

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิต
จากนักวิชาชีพสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Factors Influencing Professional Mental Health Help-Seeking
Intention among Chiang Mai University Students

เทวัญ เนติสิงหา¹

Taywan Netisingha¹

Received: September 29, 2025

Revised: December 8, 2025

Accepted: January 23, 2026

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 295 คน ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบวัดการรับรู้ตราบาททางสังคม 2) แบบวัดทัศนคติต่อการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต 3) แบบวัดความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต 4) แบบสอบถามการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว และ 5) แบบสอบถามความทุกข์ทางจิตใจ สถิติที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและการถดถอยเชิงพหุแบบลำดับชั้น ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติต่อการรับความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรความตั้งใจในการขอรับความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตมากที่สุด ($r = .474, p < .01$) ในขณะที่การรับรู้ตราบาททางสังคม ($r = -.287, p < .01$) และการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว ($r = -.141, p < .05$) มีความสัมพันธ์เชิงลบทางสถิติต่อตัวแปรความตั้งใจในการขอรับความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต แม้ว่าตัวแปรความทุกข์ทางจิตใจจะไม่ปรากฏความสัมพันธ์โดยตรงกับตัวแปรความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต แต่ในการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุแบบลำดับชั้นพบว่า ตัวแปรดังกล่าวกลับทำหน้าที่เป็นตัวแปรกดทับ และช่วยเพิ่มอำนาจการทำนายของตัวแปรทัศนคติต่อการรับความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต โดยตัวแปรพยากรณ์ทั้งหมดในแบบจำลองสุดท้ายสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความตั้งใจในการขอรับความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตได้ร้อยละ 30.9 ($R^2 = .309$)

คำสำคัญ: ความตั้งใจรับความช่วยเหลือทางสุขภาพจิต ทัศนคติต่อการรับความช่วยเหลือทางสุขภาพจิต นักศึกษา

¹ นักศึกษาหลักสูตรมนุษยศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ A Master of Science student in the Counseling Psychology Program, Faculty of Humanities, Chiang Mai University, Chiang Mai Province. Tel. 099-295-1122 Email: taywan.netisingha@gmail.com

Abstract

The purpose of this study was to investigate factors influencing the intention to seek mental health help among students at Chiang Mai University. Data were collected from a sample of 295 students using simple random sampling. The research instruments included: 1) the Social Stigma Perception Scale, 2) the Attitude Toward Receiving Mental Health Help from a Mental Health Professional Scale, 3) the Intention to Receive Mental Health Help from a Mental Health Professional Scale, 4) the Family Functioning Perception Questionnaire, and 5) the Psychological Distress Questionnaire. Data were analyzed using Pearson's correlation coefficient and hierarchical multiple regression analysis. The results indicated that attitudes toward receiving mental health help from a mental health professional was the most significant factor influencing mental health help-seeking intention from a mental health professional. ($r = .474, p < .01$). Conversely, perceived social stigma ($r = -.287, p < .01$) and perceived family functioning ($r = -.141, p < .05$) were negatively correlated with the mental health help-seeking intention. Although psychological distress did not demonstrate a direct relationship with the intention to seek mental health help from a mental health professional, hierarchical multiple regression analysis revealed that it functioned as a suppressor variable, enhancing the predictive power of attitude towards receiving mental health help from mental health professionals. Collectively, the predictors in the final model accounted for 30.9% of the variance in the intention to seek professional psychological help ($R^2 = .309$).

Keywords: Mental Health Seeking Intention, Attitude towards Mental Health Help-seeking, University Students

บทนำ

ช่วงชีวิตในระดับมหาวิทยาลัยเป็นช่วงเวลาที่ได้พบกับความเปลี่ยนแปลงและมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตสูง เนื่องจากเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านจากวัยรุ่นตอนปลายสู่วัยผู้ใหญ่ที่ต้องพบเจอกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม เช่น การใช้ชีวิตคนเดียวห่างไกลจากครอบครัว หรือการใช้ชีวิตแบบมีคู่รัก มีการเข้าสังคม และมีความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้น นักศึกษาต้องพบเจอและปรับตัวกับหลายสิ่งหลายอย่างโดยหลีกเลี่ยงไม่ได้ หากนักศึกษาไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ ความเครียด ความรู้สึกของตนเองได้อย่างเหมาะสม อาจพัฒนากลายเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตในที่สุด สอดคล้องกับรายงานประจำปี 2567 ของศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 แห่งกรมสุขภาพจิต พบว่า อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.11 เป็นร้อยละ 7.94 ต่อประชากรแสนคนภายในระยะเวลาเพียง 6 ปี (ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 - พ.ศ. 2567) โดยมีประชากรกลุ่มวัยรุ่นพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด คิดเป็นอัตรา

116.8 คนต่อประชากรแสนคน (กรมสุขภาพจิต, 2568) นอกจากนี้ ผลสำรวจจาก Mental Health Check In ข้อมูล ณ วันที่ 30 พฤศจิกายน 2568 ของกรมสุขภาพจิต พบว่า ประชากรชาวไทยที่มีอายุระหว่าง 20 ปี ถึง 29 ปี มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายร้อยละ 18.06 เสี่ยงซึมเศร้าร้อยละ 30.05 เสี่ยงเครียดร้อยละ 28.55 เสี่ยงหมดไฟร้อยละ 24.07 และเสี่ยงหมดพลังใจร้อยละ 17.68 (กรมสุขภาพจิต, 2568) จากสถิติเห็นได้ชัดเจนว่า นักศึกษาไทยที่ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 18 - 22 ปี จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตอย่างเร่งด่วน อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ทั้งหมด 295 คน เป็นที่น่าแปลกใจที่นักศึกษาจำนวนหนึ่งเลือกแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งอื่น อาทิ เพื่อน (ร้อยละ 44.07) พ่อแม่หรือญาติพี่น้อง (ร้อยละ 35.59) แฟนหรือคนรัก (ร้อยละ 23.05) และมีเพียงร้อยละ 3.05 เท่านั้นที่เลือกกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพจิต เช่น นักจิตวิทยา จิตแพทย์ เป็นแหล่งความช่วยเหลือแรก

ในบริบทของการรับความช่วยเหลือทางสุขภาพจิต นักวิชาชีพทางสุขภาพจิตช่วยสร้างความมั่นใจและลดความกังวลให้แก่นักศึกษา เนื่องจากเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ทางจิตวิทยามีจรรยาบรรณ และได้รับการรับรองอย่างถูกต้อง ซึ่งแตกต่างจากการขอคำปรึกษาจากคนใกล้ชิดทั่วไป หรือความช่วยเหลือจากแหล่งอื่นที่ไม่เหมาะสม ทำให้การตัดสินใจไปขอความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยาเป็นเรื่องที่สมเหตุสมผลและน่าไว้วางใจ นักวิชาชีพทางสุขภาพจิตมีบทบาทในการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อความไว้วางใจและการเปิดเผยตนของผู้รับบริการผ่านการสะท้อนความคิดและอารมณ์อย่างเป็นกลาง การไม่ตัดสินและการรักษาความลับตามหลักจรรยาบรรณวิชาชีพ เพื่อให้นักศึกษาได้มองเห็นรูปแบบความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมของตนเองที่อาจส่งผลกระทบต่อปัญหาที่เผชิญอยู่ ต่างจากการปรึกษาจากแหล่งอื่นที่ไม่ได้มีความเชี่ยวชาญมากเท่า นอกจากนี้ การให้คำปรึกษาจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตไม่ได้มุ่งเน้นแค่การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า แต่ยังช่วยให้นักศึกษาได้เรียนรู้และฝึกฝนทักษะในการจัดการกับความเครียด อารมณ์ และปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Neukrug, 2016) การรับบริการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาจึงไม่ได้เป็นเพียงแค่การรักษา แต่เป็นการลงทุนเพื่อการเติบโตทางจิตใจและการพัฒนาศักยภาพชีวิต

แม้ว่านักวิชาชีพสุขภาพจิตเป็นผู้ที่เรียนและถูกฝึกฝนมาอย่างเข้มข้น เป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถเฉพาะทางและเป็นผู้ที่มีความเหมาะสมในการช่วยเหลือปัญหาด้านสุขภาพจิต แต่ข้อมูลจากการสำรวจเบื้องต้นกับกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาในปีการศึกษา 2568 ของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า การเข้ารับบริการจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตยังไม่ใช่ตัวเลือกอันดับแรกของกลุ่มนักศึกษาข้างต้น เมื่อต้องเผชิญกับความเครียด ปัญหาชีวิต หรือความทุกข์ทางจิตใจ ทั้งที่บริการทางสุขภาพจิตสามารถเข้าถึงได้ง่ายและมีแหล่งบริการให้เลือกอย่างหลากหลาย อีกทั้งในหลายมหาวิทยาลัยมีบริการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาแก่นักศึกษาและบุคลากรของมหาวิทยาลัยอยู่แล้ว ผู้วิจัยจึงตั้งคำถามในการวิจัยว่า เพราะเหตุใดนักศึกษาจึงไม่มีความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพจิตวิทยา ปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลให้นักศึกษาลังเลในการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต ปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลให้นักศึกษาเลือกรับความช่วยเหลือจากแหล่งอื่นที่ไม่ได้มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ ผู้วิจัยเลือกตัวแปรที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องและส่งผล

ต่อความตั้งใจในการเข้ารับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพลุสสุขภาพจิต 4 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ตราบายทางสังคม การรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว ทักษะคิดต่อการรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพลุสสุขภาพจิต และความทุกข์ทางจิตใจ ผ่านทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 1991) เนื่องจากมีองค์ประกอบที่คล้ายคลึงกับตัวแปรในการศึกษาคั้งนี้ และใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบลำดับชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis) ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยศึกษาในประเด็นดังกล่าวกับกลุ่มตัวอย่างนักศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อทำความเข้าใจปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องและมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการเข้ารับการศึกษาทางสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพลุสสุขภาพจิต และนำองค์ความรู้ที่ได้ไปปรับใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริม พัฒนาทิศทางและประเด็นที่สำคัญต่อนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ในการเลือกเข้ารับบริการปรึกษาด้านจิตวิทยาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต

วัตถุประสงค์การวิจัย

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพลุสสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ตราบายทางสังคม การรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว ทักษะคิดต่อการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพลุสสุขภาพจิต และความทุกข์ทางจิตใจมีอิทธิพลทางตรงต่อความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพลุสสุขภาพจิต

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

(1) พฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior - TPB) ตามแนวคิดของ Ajzen (1991) ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ทักษะคิดต่อพฤติกรรม (Attitude toward the Behavior) บรรทัดฐานเชิงอัตนัย (Subjective Norm) และการรับรู้ถึงการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control - PBC) ผู้วิจัยเลือกศึกษาทั้ง 3 องค์ประกอบเนื่องจากมีความคล้ายคลึงและส่งเสริมด้านความเชื่อมโยงระหว่างเนื้อหาของงานวิจัยต่อตัวแปรอิสระในการวิจัยครั้งนี้ องค์ประกอบที่ 1 มีความคล้ายคลึงกับตัวแปรทักษะคิดต่อการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพลุสสุขภาพจิต องค์ประกอบที่ 2 มีความคล้ายคลึงกับตัวแปรการรับรู้ตราบายทางสังคม และองค์ประกอบที่ 3 มีความคล้ายคลึงกับตัวแปรการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวและตัวแปรความทุกข์ทางจิตใจ

(2) นักศึกษามหาวิทยาลัยกับปัญหาสุขภาพจิตและความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพลุสสุขภาพจิต คือ การศึกษาพฤติกรรมการขอความช่วยเหลือเมื่อนักศึกษาต้องเจอกับความทุกข์ทางจิตใจ โดยแหล่งที่มาของความช่วยเหลือหรือการตัดสินใจที่จะเลือกรับหรือไม่รับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตของแต่ละบุคคลนั้นสามารถเกิดขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น

ลักษณะทางสังคมวัฒนธรรม ทัศนคติ ความรู้ และลักษณะของแหล่งความช่วยเหลือแต่ละแหล่ง (Greenley et al., 1987)

(3) ความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต ผู้วิจัยอ้างอิงความหมายตามแนวคิดเกี่ยวกับความตั้งใจที่จะขอรับความช่วยเหลือของคีต-ลูคัส (Keith-Lucas' Theory of the Willingness to Seek Help) (ณัฐวุฒิ อรินทร์, 2553) โดยให้ความหมายว่า แนวโน้มพฤติกรรมการเลือกรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตของนักศึกษาประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความพร้อมที่จะรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต 2) ความพร้อมที่จะเปิดเผยปัญหาของตนเอง และ 3) ความพร้อมที่จะให้นักวิชาชีพสุขภาพจิตมาจัดการควบคุมดูแลรักษา

(4) การรับรู้ตราบาปทางสังคม (Public Stigma) ผู้วิจัยอ้างอิงความหมายตามแนวคิดจาก Link and Phelan (2001, อ้างถึงใน ณัฐวุฒิ อรินทร์, 2553) โดยมีความหมายว่า ระดับการรับรู้การถูกตีตราจากสังคมรอบตัวของนักศึกษาหากตนเลือกรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตหรือหากผู้อื่นรับรู้ว่าคุณเลือกรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตประกอบไปด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้สึกว่าคุณถูกเลือกปฏิบัติ และ 2) ความรู้สึกว่าคุณถูกเหมารวมในด้านลบ

(5) การรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว (Family Function) ผู้วิจัยอ้างอิงความหมายจากแนวคิดของ Epstein et al. (1983) โดยมีความหมายว่า การที่นักศึกษารับรู้ว่าคุณครอบครัวของตนนั้นมีความสนิทสนมกลมกลืนมากแค่ไหน และเป็นพื้นที่ปลอดภัยสำหรับตนหรือไม่ ประกอบไปด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมทางอารมณ์ 2) การตอบสนองต่ออารมณ์ 3) ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม 4) การสื่อสารภายในครอบครัว 5) การแก้ปัญหา และ 6) บทบาทหน้าที่ในครอบครัว

(6) ทัศนคติต่อการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต (Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help) ผู้วิจัยอ้างอิงความหมายจากทฤษฎีของ Fischer and Turner (1970) โดยมีความหมายว่า ทัศนคติเชิงบวกหรือลบของนักศึกษาที่มีต่อการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต ประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การตระหนักถึงความจำเป็นต่อการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต 2) ความอดทนต่อมลทินตราบาป 3) การมีสัมพันธภาพกับคนอื่นอย่างเปิดเผย และ 4) ความเชื่อมั่นต่อนักวิชาชีพสุขภาพจิต

(7) ความทุกข์ทางจิตใจ (Psychological Distress) ผู้วิจัยอ้างอิงความหมายจากทฤษฎีของ Kessler ที่ถูกพัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1992 เพื่อใช้ในการประเมินระดับภาวะความทุกข์ทางจิตใจของบุคคลช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา

2. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ที่มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2568 ทุกชั้นปี อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจำนวนทั้งหมด 295 คน

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการวิจัยตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2568

4. ขอบเขตด้านพื้นที่ในการวิจัย

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

การทบทวนวรรณกรรม

พฤติกรรมตามแผน

ผู้วิจัยศึกษาทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior - TPB) ที่ถูกพัฒนาโดย Ajzen (1991) เนื่องจากผู้วิจัยเห็นว่า ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมีความคล้ายคลึง ส่งเสริมความแข็งแกร่งด้านเนื้อหาและเพิ่มความเข้าใจของความเชื่อมโยงต่อกันและกันระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ในงานวิจัยครั้งนี้ ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนยังมีสมมติฐานว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากความตั้งใจเชิงพฤติกรรม และปัจจัยภายนอกอาจเป็นตัวแปรขัดขวางไม่ให้พฤติกรรมเกิดขึ้นจริงได้ หรือหากเป็นในกรณีของการวิจัยในครั้งนี้ การเลือกรับความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตอาจมีปัจจัยภายนอก เช่น การรับรู้ตราบาปทางสังคม หรือการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นปัจจัยขัดขวางไม่ให้เกิดพฤติกรรมขอความช่วยเหลือจากแหล่งความช่วยเหลือที่เหมาะสม หรืออาจทำให้เกิดพฤติกรรมขอความช่วยเหลือจากแหล่งที่ไม่เหมาะสมได้ ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ทศนคติต่อพฤติกรรม 2) บรรทัดฐานเชิงอัตนัย และ 3) การรับรู้ถึงการควบคุมพฤติกรรม

นักศึกษามหาวิทยาลัยกับปัญหาสุขภาพจิตและความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต

นักศึกษาเป็นวัยที่ต้องพบเจอกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ สิ่งเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงครั้งยิ่งใหญ่ในชีวิตการเป็นนักศึกษา จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการให้บริการการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต พบว่า กลุ่มผู้ใช้บริการส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20 - 25 ปี รองลงมาคือ ช่วงอายุ 11 - 19 ปี และแนวโน้มความเสี่ยงหรือความพยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นและนักศึกษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นรายปีจากร้อยละ 13.70 ในปี พ.ศ. 2565 ตามมาด้วยร้อยละ 24.31 ในปีพ.ศ. 2566 ร้อยละ 16.55 ในปี พ.ศ. 2567 และร้อยละ 18.06 ในปี พ.ศ. 2568 (กรมสุขภาพจิต, 2568) นักศึกษาที่ไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนหรือไม่สามารถแสดงออกถึงอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม อาจทำให้พบเจอกับปัญหาสุขภาพจิต อย่างไรก็ตาม งานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศชี้ให้เห็นตรงกันว่า นักศึกษาที่หลีกเลี่ยงการขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตจะใช้กลไกการจัดการปัญหาด้วยตนเองและพึ่งพาคนใกล้ชิดเป็นหลัก เนื่องจากนักศึกษามองว่า การรับบริการจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตจะถูกตีตราว่าตนเป็นผู้ป่วยทางจิต (ศุภวิชญ์ศิริสวัสดิ์วัฒนา, 2568) โดยนักศึกษามักเน้นที่การจัดการปัญหาด้วยตนเองมากกว่าการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุหรือการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต สถิติเหล่านี้สอดคล้องกับผลสำรวจของ ASEAN Secretariat ในปี ค.ศ. 2016 ที่พบว่า มีประชากรชาวไทยที่เผชิญกับปัญหาทาง

สุขภาพจิตเพียงร้อยละ 11 เท่านั้นที่เข้ารับบริการจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต (ASEAN Secretariat, 2016, as cited in Syafitri et al., 2025).

ความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต

ความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต หมายถึง พฤติกรรมการขอความช่วยเหลือเมื่อนักศึกษาต้องเจอกับความทุกข์ทางจิตใจ Chen (2018) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือสำหรับปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยแหล่งที่มาของความช่วยเหลือหรือการตัดสินใจที่จะเลือกรับหรือไม่รับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตของแต่ละบุคคลนั้นสามารถเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย เช่น トラบาปทางสังคม ทศนคติ ความรู้ด้านจิตวิทยา และความเกี่ยวข้องต่อแหล่งความช่วยเหลือแต่ละแหล่ง ลักษณะเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการขอรับความช่วยเหลือและส่งผลกระทบต่อแหล่งของความช่วยเหลือ โดยเฉพาะแหล่งขอความช่วยเหลือที่ให้คำปรึกษา

ตามแนวคิดความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตของคีต-ลูคัส (Keith-Lucas' Theory of the Willingness to Seek Help) (ณัฐวุฒิ อรินทร์, 2553) ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความพร้อมที่จะรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต หมายถึง การที่บุคคลยอมรับว่าตนเองไม่สามารถจัดการกับปัญหาทางสภาวะสุขภาพจิตของตนเองได้ และมีความจำเป็นในการรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต 2) ความพร้อมที่จะเปิดเผยปัญหาของตนเอง หมายถึง การที่บุคคลยอมรับในความบกร้องและอ่อนแอของตนเองต่อนักวิชาชีพสุขภาพจิต และ 3) ความพร้อมที่จะให้นักวิชาชีพสุขภาพจิตมาจัดการ ควบคุมดูแลรักษา

การรับรู้ตราบาปทางสังคม

การรับรู้ตราบาปทางสังคม หมายถึง การรับรู้อคติในแง่ลบ การด่าว่าตัดสิน การเลือกปฏิบัติ และการเหมารวมในแง่ลบบางอย่างต่อกลุ่มคนจำนวนหนึ่งในสังคมที่มีคุณสมบัติโดยบางอย่าง ประกอบไปด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้สึกว่าตนถูกเลือกปฏิบัติ และ 2) ความรู้สึกที่ตนถูกเหมารวมในด้านลบ (Link & Phelan, 2001, อ้างถึงใน ณัฐวุฒิ อรินทร์, 2553) นักศึกษาที่รับรู้ถึงตราบาปทางสังคมที่มีต่อการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพจิตวิทยามีแนวโน้มที่จะน้อมรับตราบาปนี้มาเป็นของตนเอง และพัฒนาทัศนคติเชิงลบต่อการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตเมื่อประสบกับความทุกข์ทางจิตใจและเลือกที่จะไม่รับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต

การรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว

การรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง วิธีแห่งครอบครัวที่ทำงานและเป็นไปเหมือนดังระบบที่ส่งผลกระทบต่อสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว ครอบครัวที่มีการทำงานที่ดีสามารถเป็นแหล่งความช่วยเหลือแห่งแรกเมื่อพบเจอกับความทุกข์ทางจิตใจ ในขณะที่เดียวกัน ครอบครัวที่มีข้อจำกัดด้านการทำงานของครอบครัวไม่สามารถเป็นแหล่งความช่วยเหลือเมื่อพบเจอกับความทุกข์ทางจิตใจ และสามารถเป็นต้นเหตุแห่งอาการเจ็บป่วยทางจิตใจ การรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของ Epstein et al. (1983) ประกอบไปด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมทางอารมณ์

2) การตอบสนองต่ออารมณ์ 3) ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม 4) การสื่อสารภายในครอบครัว 5) การแก้ปัญหา และ 6) บทบาทหน้าที่ในครอบครัว

ความทุกข์ทางจิตใจ

ความทุกข์ทางจิตใจ หมายถึง ความทุกข์ทรมานทางอารมณ์และจิตใจที่มีลักษณะของอาการ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (Kane, 2019) จากการสำรวจของ Wadman et al. (2019, as cited in Crugnola et al., 2021) ในกลุ่มนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัยของประเทศอังกฤษ พบว่า ความทุกข์ทางจิตใจมีความสัมพันธ์กับการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต เนื่องจากนักศึกษาต้องออกจากบ้านมาพบกับสังคมใหม่ เพื่อนใหม่ และความเครียดจากการเรียนในรูปแบบที่แตกต่างจากที่เคยเจอมาก่อน และด้วยโรคทางจิตใจที่ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในช่วงวัยรุ่น (Nosè et al., 2025) นักศึกษาจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการสนับสนุนและการดูแลด้านจิตใจ (Wadman et al., 2019, as cited in Crugnola et al., 2021)

ทัศนคติต่อการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต

ทัศนคติต่อการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต หมายถึง ความคิด ความเชื่อ และอคติทั้งเชิงบวกและเชิงลบที่นักศึกษามีต่อการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต โดยทัศนคติเชิงบวกส่งเสริมพฤติกรรมและความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต ขณะที่ทัศนคติเชิงลบบั่นทอนพฤติกรรมและความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต โดยทัศนคติที่แย่มากส่วนมากมีความเชื่อมโยงกับตราบาป การรับรู้ความรุนแรงของปัญหา ความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของบริการทางสุขภาพจิต การขาดข้อมูลและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการรักษาทางสุขภาพจิตที่เพียงพอ ความกังวลเรื่องการเรียนและการทำงานในอนาคต ประโยชน์ที่จะได้รับจากการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิต ส่งผลให้ส่วนใหญ่เลือกที่จะขอรับการปรึกษาจากแหล่งอื่นที่ไม่เป็นทางการมากกว่าสถานที่บริการที่เป็นทางการ

ทัศนคติต่อการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตตามแนวคิดของ Fischer and Turner (1970) ประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การตระหนักถึงความจำเป็นต่อการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต 2) ความอดทนต่อมลทินตราบาป 3) การมีสัมพันธภาพกับคนอื่นอย่างเปิดเผย และ 4) ความเชื่อมั่นต่อนักวิชาชีพสุขภาพจิต

การวิจัยนี้ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior - TPB) ของ Ajzen (1991) เพื่อศึกษาความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยมีสมมติฐานว่า ความตั้งใจดังกล่าวเกิดขึ้นจาก 3 องค์ประกอบหลักของ TPB ได้แก่ 1) ทัศนคติต่อพฤติกรรม (ทัศนคติเชิงบวกหรือลบต่อการขอความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต) 2) บรรทัดฐานเชิงอัตนัยและการรับรู้ถึงการควบคุมพฤติกรรม และ 3) ปัจจัยภายนอกซึ่งเป็นตัวขัดขวางหรือส่งเสริมพฤติกรรมขอความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต จากผลสำรวจของกรมสุขภาพจิตพบว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยถือเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อความทุกข์ทางจิตใจ (ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล) นอกจากนี้ยังแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มความเสี่ยงหรือความพยายามฆ่าตัวตายของวัยรุ่น

และนักศึกษาในประเทศไทยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ พบว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยส่วนใหญ่มักหลีกเลี่ยงการขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญและเลือกจัดการปัญหาด้วยตนเองหรือพึ่งพาคนใกล้ชิดเนื่องจากกลัวการถูกตีตราจากสังคมของตน การรับรู้ตราบาปนี้มีแนวโน้มที่จะทำให้ศึกษาน้อมรับตราบาปมาเป็นของตนเองและพัฒนาทัศนคติเชิงลบต่อการขอความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต ส่งผลให้ความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตลดลง ขณะเดียวกัน ครอบครัวที่ดีจะเป็นแหล่งช่วยเหลือแห่งแรกและสนับสนุนสุขภาพจิตของนักศึกษาในการก้าวข้ามผ่านปัญหาด้านสุขภาพจิต ในทางกลับกันครอบครัวที่มีข้อจำกัดในการสื่อสารและทำหน้าที่ในครอบครัวอาจเป็นต้นเหตุของปัญหาด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาได้ ดังนั้น การทำความเข้าใจถึงความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตจึงต้องพิจารณาจากอิทธิพลร่วมกันของทั้งตัวแปรภายนอกและปัจจัยภายในเหล่านี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยแสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต ได้แก่ การรับรู้ตราบาปทางสังคม การทำหน้าที่ของครอบครัว ทัศนคติที่มีต่อการรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต และความทุกข์ทางจิตใจ โดยสามารถแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ได้ตามกรอบแนวคิดการวิจัยในรูปที่ 1

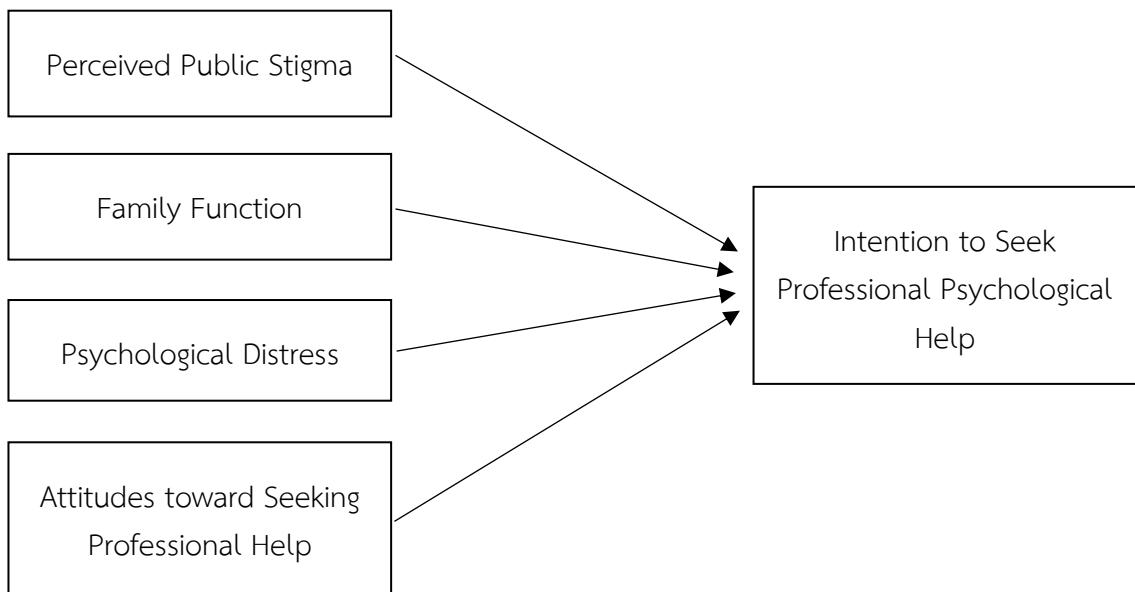


Figure 1 Conceptual Framework

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร

นักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2568 ทุกชั้นปี และมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งหมด 295 คน

กลุ่มตัวอย่าง

นักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2568 ทุกชั้นปี และมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวนทั้งหมด 295 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power (Faul et al., 2009) โดยกำหนด Effect Size = 0.44 (Large Size) จากการศึกษาที่คล้ายคลึงกัน (Mesidor & Sly, 2014) ค่าความคลาดเคลื่อน = 0.05 และค่าอำนาจการทำนาย = 0.95 เมื่อนำตัวแปรอิสระที่ใช้ในการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณทั้ง 4 ตัวแปรมาคำนวณเพิ่มเติม พบว่า ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จำเป็นขั้นต่ำอยู่ที่ประมาณ 61 คน อย่างไรก็ตาม ตามกฎทั่วไป (Rule of Thumb) ของ Green (1991) ได้เสนอว่า ขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยนั้นควรมีอย่างน้อย 200 คน ผู้วิจัยจึงได้เก็บกลุ่มตัวอย่างเกินกว่าที่กำหนดด้วยการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) ผ่าน Google Form เพื่อความรวดเร็ว และเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือทางสถิติและป้องกันอัตราการตอบกลับต่ำ เมื่อสิ้นสุดกำหนดการในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยพบว่า จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบวัดโดยไม่ถูกคัดออกมีทั้งหมด 295 คน ผู้วิจัยเห็นสมควรต่อความน่าเชื่อถือและเพียงพอต่อการคำนวณทางสถิติ จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ 295 คนในตอนท้ายสุด

เกณฑ์ในการคัดเข้า

นักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ทุกชั้นปี ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ต ในการตอบแบบวัด สามารถเข้าใจภาษาไทยที่ใช้ในแบบวัดได้เป็นอย่างดี และมีความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก

นักศึกษาที่ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ โดยไม่ตอบข้อความในแต่ละแบบวัดมากกว่า 5 ข้อ เนื่องจากจะส่งผลกระทบต่อ การคำนวณทางสถิติจากข้อความจำนวนทั้งหมด 100 ข้อ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เฉลี่ยระหว่าง 0.70 - 0.90 จากนั้นได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2568 จำนวน 40 คน ผ่าน Google Form ที่ถูกกำหนดให้กลุ่มทดลองมีสิทธิเข้าถึงแบบสอบถามเพียงหนึ่งครั้งเท่านั้น เพื่อทดสอบความเข้าใจของภาษาและหาค่าความน่าเชื่อถือ (Reliability) ของเครื่องมือแต่ละส่วนและเพื่อแบ่งแยก

อย่างชัดเจนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มตัวอย่าง โดยผลการทดสอบเบื้องต้นพบว่าค่า Cronbach's Alpha ของทุกแบบสอบถามอยู่ในระดับ 0.70 - 0.90

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) และแบบประเมินตนเอง (Self-report) ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาและดัดแปลงจากทฤษฎีและเครื่องมือจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เช่น เพศ อายุ แหล่งในการขอรับความช่วยเหลือ เมื่อพบกับความทุกข์ทางจิตใจ

ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้ตราบาปทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบวัดภาษาไทยโดยใช้แนวคิดของ Link and Phalen (2001, อ้างถึงใน ณัฐวุฒิ อรินทร์, 2553) จำนวน 12 ข้อ ประกอบไปด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้สึกว่าตนถูกเลือกปฏิบัติ และความรู้สึกว่าตนถูกเหมารวมในด้านลบ โดยมีคะแนน 5 ระดับ (Likert-scale) จากการนำแบบวัดไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76

ส่วนที่ 3 แบบวัดทัศนคติต่อการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต ผู้วิจัยสร้างแบบวัดโดยอ้างอิงองค์ประกอบจากแบบวัด Attitudes toward Seeking Professional Psychological Help Scale (ATSPPH-SF) ซึ่งถูกพัฒนาโดย Fischer and Turner (1970) ประกอบไปด้วยองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ได้แก่ 1) การตระหนักถึงความจำเป็นต่อการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต 2) ความอดทนต่อมลทินตราบาป 3) การมีสัมพันธภาพกับคนอื่นอย่างเปิดเผย และ 4) ความเชื่อมั่นต่อนักวิชาชีพสุขภาพจิต โดยมีคะแนน 5 ระดับ (Likert-scale) จากการนำแบบวัดไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

ส่วนที่ 4 แบบวัดความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต ผู้วิจัยใช้แบบวัดภาษาไทยของคีต-ลูคัส (Keith-Lucas' Theory of the Willingness to Seek Help) (ณัฐวุฒิ อรินทร์, 2553) ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ความพร้อมที่จะรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต 2) ความพร้อมที่จะเปิดเผยปัญหาของตนเอง และ 3) ความพร้อมที่จะให้นักวิชาชีพสุขภาพจิตมาจัดการ ควบคุมดูแลรักษา โดยมีคะแนน 5 ระดับ (Likert-scale) จากการนำแบบวัดไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว ผู้วิจัยสร้างโดยอ้างอิงองค์ประกอบจากแบบวัด The McMaster Family Functioning Scale ซึ่งถูกพัฒนาโดย Nathan B. Epstein ในปี 1983 ประกอบไปด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมทางอารมณ์ 2) การตอบสนองต่ออารมณ์ 3) ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม 4) การสื่อสารภายในครอบครัว 5) การแก้ปัญหา และ 6) บทบาทหน้าที่ในครอบครัว โดยมีคะแนน 5 ระดับ (Likert-scale) จากการนำแบบวัดไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความทุกข์ทางจิตใจ ผู้วิจัยปรับสร้างแบบสอบถามโดยอ้างอิงตามแบบสอบถาม Kessler Psychological Distress Scale (K10) (Kessler et al., 2002) ใหม่ทั้งหมด จำนวน 10 ข้อ เพื่อคงความเป็นแบบคัดกรองที่มีความง่าย ความรวดเร็ว และเพื่อความเหมาะสมกับ

ภาษาและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบไปด้วย 10 คำถาม เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยมีคะแนน 5 ระดับ (Likert-scale) จากการนำแบบวัดไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90

การวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามที่สมบูรณ์มาลงรหัสและบันทึกในโปรแกรมคอมพิวเตอร์
2. ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการอธิบายค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของผู้ตอบแบบสอบถาม
3. ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเพื่อศึกษาความสัมพันธ์เบื้องต้นระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม และสถิติสหสัมพันธ์ร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) เพื่อตรวจสอบค่าระหว่างตัวแปรอิสระ
4. ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบลำดับขั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานหลักของงานวิจัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำนายความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพอสุขภาพจิตของนักศึกษา และเพื่อตรวจสอบบทบาทของปัจจัยทำนายแต่ละชุดตามลำดับความสำคัญเชิงทฤษฎีที่ได้ตั้งไว้

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับรองการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ แห่งมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่รับรอง CMUREC 67/228 ลงวันที่ 12 กันยายน พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

จากข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวนทั้งหมด 295 คน พบว่า เป็นกลุ่มที่มีอายุ 20 ปี จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 34 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มที่มีอายุ 19 ปี จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 28 กลุ่มที่มีอายุ 21 ปี จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 19 และกลุ่มช่วงอายุอื่น ๆ จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 19

จากข้อมูลจัดลำดับในข้อคำถามส่วนที่ 1 พบว่า นักศึกษาเลือก "เพื่อน" เป็นแหล่งขอความช่วยเหลือแรก รองลงมา คือ "แฟนหรือคนรัก" รองลงมา คือ "พ่อ แม่ หรือ สมาชิกในครอบครัว" และนักวิชาชีพอสุขภาพจิต เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก และนักจิตวิทยาการให้คำปรึกษา อยู่ในลำดับสุดท้าย

Table 1 shows the Mean, Std., Skewness, Std. error Skewness, Kurtosis, Std. error Kurtosis for all variables in the study. (N = 295)

Variable	Mean	Std.	Skewness	Std. Error Skewness	Kurtosis	Std. Error Kurtosis
Perceived Public Stigma	1.82	0.521	0.781	0.142	0.462	0.283
Attitudes toward Seeking Professional Psychological Help	3.97	0.516	-0.574	0.142	0.154	0.283
Intention to Seek Professional Psychological Help	3.52	0.592	0.141	0.142	-0.281	0.283
Family Function Psychological Distress	3.68	0.755	-0.532	0.142	0.107	0.283
	2.54	0.824	0.549	0.142	0.329	0.283

จาก Table 1 แสดงให้เห็นถึงการกระจายตัวของข้อมูลในทุกตัวแปร (การรับรู้ตราบาปทางสังคม ทักษะคิดต่อการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิต ความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต การรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว และความทุกข์ทางจิตใจ) ที่มีลักษณะที่ใกล้เคียงกับการแจกแจงแบบปกติ และเป็นข้อกำหนดสำคัญสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติแบบพาราเมตริก (Parametric Statistics) ในการตรวจสอบค่า Skewness ตัวแปรยับยั้ง (Suppressor Effect) ซึ่งเป็นตัววัดความเบ้ของข้อมูล จากผลการคำนวณพบว่า ค่าของทุกตัวแปรอยู่ในช่วงระหว่าง -1.0 ถึง +1.0 (Hair et al., 2010; Tabachnick & Fidell, 2013) ถือว่าเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้และบ่งชี้ว่าการแจกแจงของข้อมูลมีความสมมาตร

Table 2 shows the Correlation Coefficients between all variables in the study.
(N = 295)

Variable	Perceived Public Stigma	Attitudes toward Seeking Professional Psychological Help	Family Function	Psychological Distress
Intention to Seek Professional Psychological Help	-.287**	.474**	-.141*	.042
Perceived Public Stigma		-.636**	.105	.147*
Attitudes toward Seeking Professional Psychological Help			-.246**	-.342**
Family Function				.344**

* $p < .05$, ** $p < .01$

จาก Table 2 แสดงให้เห็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ดังนี้

ความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต

มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับทัศนคติต่อการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต ($r = .474$, $p < .01$) มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับการรับรู้ตราบาปทางสังคม ($r = -.287$, $p < .01$) และมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว ($r = -.141$, $p < .05$) นอกจากนี้ ผลยังแสดงให้เห็นถึงการที่ความทุกข์ทางจิตใจไม่ได้มีความสัมพันธ์ที่ชัดเจนกับความตั้งใจในการขอความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต ($r = .042$, $p > .05$) แต่กลับมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้ตราบาปทางสังคม ($r = .147$, $p < .05$) และการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว ($r = .344$, $p < .01$)

การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุแบบลำดับขั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis)

ในการตรวจสอบอิทธิพลของปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต ผู้วิจัยได้เลือกใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบลำดับขั้น (Hierarchical Multiple Regression) ซึ่งเป็นระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณที่เหมาะสมกับการทดสอบตัวแบบตามกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี ผู้วิจัยนำตัวแปรพื้นฐาน ได้แก่ การรับรู้ตราบาปทางสังคม และการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวสู่แบบจำลองที่สร้างไว้เพื่อการวิเคราะห์เป็นสองตัวแปรแรก เนื่องจากทั้งสองตัวแปรเป็นปัจจัยภายนอกที่มีความซับซ้อนน้อยกว่าตัวแปรอื่นที่เป็นปัจจัยภายใน จากนั้นจึงเพิ่มตัวแปรภายใน ได้แก่ ทัศนคติต่อการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต และความทุกข์ทางจิตใจในขั้นตอนถัดไปเพื่อพิจารณาอิทธิพลของตัวแปรในแต่ละขั้นตอน

การเลือกใช้ระเบียบวิธีวิเคราะห์นี้มีแนวทางเดียวกับการศึกษาของ Chiou et al. (2023) ที่ใช้หลักการเดียวกันในการศึกษาและควบคุมอิทธิพลของตัวแปรพื้นฐานก่อนที่จะประเมินตัวแปรทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

Table 3 shows the Summary of the Hierarchical Multiple Regression Analysis of the variables Perceived Public Stigma, Family Function, Attitudes toward Seeking Professional Psychological Help, and Psychological Distress on the Intention to Seek Professional Psychological Help (N = 295)

Model	Predictor	Estimate (B)	SE	t	p	Beta
Model 1						
	Intercept	64.1828	2.2264	28.83	<.001	-
	Perceived Public Stigma	-0.3987	0.0807	-4.94	<.001	
	Family Function	-0.0354	0.0177	-2.00	0.046	
Model 2						
	Intercept	20.09993	6.5983	3.046	0.003	-
	Perceived Public Stigma	0.03153	0.0966	0.327	0.744	
	Family Function	-0.00769	0.0169	-0.455	0.649	
	Attitudes toward Seeking Professional Psychological Help	0.30399	0.0432	7.033	<.001	
Model 3						
	Intercept	8.2814	6.8312	1.212	0.226	-
	Perceived Public Stigma	0.0676	0.0935	0.723	0.470	0.047
	Family Function	-0.0304	0.0170	-1.790	0.074	-0.096
	Attitudes toward Seeking Professional Psychological Help	0.3598	0.0433	8.307	<.001	0.571
	Psychological Distress	0.2791	0.0585	4.771	<.001	0.264

หมายเหตุ: ตัวแปรตาม คือ ความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต

ผลการวิเคราะห์แบบจำลองที่ 1 (ตัวแปรการรับรู้ตราบาปทางสังคมและการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว)

ผลการวิเคราะห์ในแบบจำลองที่ 1 แสดงให้เห็นถึงปัจจัยพื้นฐานที่ใช้ในการศึกษามีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตอย่างชัดเจน โดยเฉพาะตัวแปรการรับรู้ตราบาปทางสังคมที่มีอิทธิพลเชิงลบอย่างมีนัยสำคัญ (Estimate = -0.3987, $p < .001$) เช่นเดียวกับตัวแปรการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีอิทธิพลเชิงลบอย่างมีนัยสำคัญ (Estimate = -0.0354, $p = 0.046$) โดยรวมแล้ว ตัวแปรทั้งสองมีอิทธิพลต่อตัวแปรความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตเพียง 26.7% ($R^2 = 0.267$)

ผลการวิเคราะห์แบบจำลองที่ 2 (เพิ่มตัวแปรทัศนคติต่อการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต)

จากการวิเคราะห์ในแบบจำลองที่ 2 เมื่อเพิ่มตัวแปรทัศนคติต่อการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตเข้ามาในแบบจำลองที่ 2 พบว่า ตัวแปรทัศนคติต่อการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตมีอิทธิพลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต (Estimate = 0.304, $p < .001$) ประเด็นที่น่าสนใจ คือ เมื่อทัศนคติต่อการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตถูกนำเข้ามาในแบบจำลองที่ 2 อิทธิพลของการรับรู้ตราบาปทางสังคมและการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวกลับไม่มีนัยสำคัญทางสถิติอีกต่อไป ($p > .05$)

ผลการวิเคราะห์แบบจำลองที่ 3 (เพิ่มตัวแปรความทุกข์ทางจิตใจ - Full Model)

เมื่อเพิ่มตัวแปรความทุกข์ทางจิตใจเข้ามาในแบบจำลองที่ 3 พบว่า ตัวแปรทัศนคติต่อการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต ($\beta = .571$) เป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลโดยตรงและมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความตั้งใจในการขอความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต

ตัวแปรความทุกข์ทางจิตใจ ($\beta = .264$) ไม่ได้มีอิทธิพลที่ชัดเจนในตอนแรก แต่เมื่ออยู่ในแบบจำลองที่ 3 บทบาทของตัวแปรความทุกข์ทางจิตใจในฐานะตัวแปรยับยั้ง (Suppressor Variable) ได้ปรากฏขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีอิทธิพลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อความตั้งใจในการขอความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต หมายความว่า ตัวแปรความทุกข์ทางจิตใจช่วยแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ที่แท้จริงระหว่างตัวแปรในแบบจำลอง

การที่การรับรู้ตราบาปทางสังคม ($\beta = -.047$) และการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว ($\beta = -.096$) ไม่มีอิทธิพลโดยตรงต่อความตั้งใจในการขอความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตในแบบจำลองที่ 3 เป็นการยืนยันถึงอิทธิพลของปัจจัยพื้นฐานที่ถูกถ่ายทอดผ่านตัวแปรทัศนคติต่อความตั้งใจในการขอความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต

ตัวแปรยับยั้ง (Suppressor Effect)

การที่ตัวแปรความทุกข์ทางจิตใจแสดงลักษณะของ Suppressor Effect พบว่า ความทุกข์ทางจิตใจมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำถึงต่ำมากต่อตัวแปรความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต ($r = .042, p > .05$) แต่เมื่อนำตัวแปรความทุกข์ทางจิตใจเข้ามาในแบบจำลองที่ 3 ร่วมกับตัวแปรอื่น ๆ พบว่า อิทธิพลของตัวแปรความทุกข์ทางจิตใจกลับสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Estimate = 0.2791, $p < .001$) ปรากฏการณ์นี้หมายความว่า ความทุกข์ทางจิตใจไม่ได้ทำนายความตั้งใจในการขอความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตได้ด้วยตนเอง แต่ทำหน้าที่ขจัดตัวแปรการรับรู้ตราบาปทางสังคมและการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่เกี่ยวข้องออกไป และเพิ่มอำนาจการทำนายให้กับตัวแปรทัศนคติต่อการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต

โดยสรุป ผลการวิเคราะห์ทั้งหมดสะท้อนให้เห็นว่า ทัศนคติต่อการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตเป็นปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลเชิงบวกและมีนัยสำคัญทางสถิติโดยตรงต่อความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ($\beta = .571$) โดยผลการวิเคราะห์เป็นไปตามสมมติฐานหลักของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (TPB) การวิเคราะห์แบบจำลองต่อเนื่องได้เปิดเผยกลไกการส่งผ่านอิทธิพลของปัจจัยพื้นฐาน โดยพบว่า อิทธิพลเชิงลบของการรับรู้ตราบาปทางสังคมและการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวที่เคยมีนัยสำคัญทางสถิติในแบบจำลองที่ 1 สูญเสียค่านัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) เมื่อตัวแปรทัศนคติถูกนำเข้าสู่แบบจำลอง บ่งชี้ถึงอิทธิพลของปัจจัยภายนอกเหล่านี้ถูกถ่ายทอด (Mediated) ผ่านทัศนคติต่อการรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตก่อนที่จะส่งผลต่อความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต นอกจากนี้ งานวิจัยในครั้งนี้ยังค้นพบว่า ความทุกข์ทางจิตใจซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงในระดับต่ำต่อความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต ($r = .042$) และแสดงคุณสมบัติเป็นตัวแปรยับยั้ง (Suppressor Variable) ในแบบจำลองสมบูรณ์ (แบบจำลองที่ 3) โดยมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความตั้งใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Estimate = 0.2791, $p < .001$) ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่ชี้ให้เห็นถึงตัวแปรความทุกข์ทางจิตใจทำหน้าที่ในการกำจัดตัวแปรที่ไม่เกี่ยวข้องออกไปและเพิ่มความสามารถในการทำนายของตัวแปรทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตให้มีความแม่นยำยิ่งขึ้น

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จากการเก็บข้อมูลทั่วไปพบว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่มีแนวโน้มในการเลือกแหล่งความช่วยเหลืออื่น ๆ มากกว่าจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเมื่อต้องพบกับปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยนักศึกษาเลือกแหล่งความช่วยเหลือจากเพื่อน (ร้อยละ 44.07) ตามด้วยพ่อแม่หรือญาติพี่น้อง (ร้อยละ 35.59) แฟนหรือคนรัก (ร้อยละ 23.05) และมีเพียงร้อยละ 3.05 เท่านั้นที่เลือกกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพจิต

จากการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบลำดับขั้นแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างตัวแปรทัศนคติต่อการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่อความตั้งใจของนักศึกษาในการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตและสอดคล้องกับแนวคิดหลักของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen (1991) และทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) ของ Fishbein and Ajzen (1975, อ้างถึงใน อนุวัตร จุลินทร และคนอื่น ๆ, 2562) ที่ระบุว่าทัศนคติซึ่งเป็นความเชื่อ ความรู้สึก และการประเมินค่าภายในของบุคคลที่มีต่อการกระทำใด ๆ นั้น ถือเป็นสิ่งที่อยู่ใกล้ชิดและมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตมากที่สุด

ผลลัพธ์นี้ยังคงสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าของ Chen et al. (2020) ที่ยืนยันว่า ทัศนคติเชิงบวกเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิต กล่าวคือเมื่อนักศึกษามีทัศนคติที่ดีต่อการรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต เช่น การมองว่าการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเป็นเรื่องปกติ ไม่ใช่เรื่องน่าอาย หรือมองว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหา ทำให้พวกเขามีแนวโน้มที่จะเปิดใจและเข้าถึงบริการเหล่านั้นมากขึ้น

นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ได้ให้ข้อสรุปเชิงประจักษ์ที่สำคัญโดยยืนยันบทบาทของทัศนคติต่อการรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพด้านสุขภาพจิตในฐานะตัวแปรสื่อกลาง (Mediator) ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ การสังเกตการณ์ว่าอิทธิพลเชิงลบของปัจจัยภายนอก ได้แก่ การรับรู้ตราบาปทางสังคม และการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวหมดนัยสำคัญทางสถิติ (Non-significant) ในแบบจำลองที่เพิ่มตัวแปรทัศนคติ เหตุการณ์นี้ยืนยันกลไกที่ว่า อิทธิพลของปัจจัยภายนอกจะถูกถ่ายทอดผ่านทัศนคติของนักศึกษาแต่ละคน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การรับรู้ตราบาปทางสังคมที่สูงจะนำไปสู่การพัฒนา ทัศนคติเชิงลบต่อการรับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ทัศนคติเชิงลบนี้เป็นตัวการหลักในการลดทอนความตั้งใจในการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตในที่สุด นอกจากนี้ การค้นพบความสัมพันธ์เชิงลบที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวกับความตั้งใจในการขอความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตในแบบจำลองที่ 1 สามารถตีความได้ว่า การที่ครอบครัวของนักศึกษามีการทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและสมบูรณ์นั้นทำให้ครอบครัวของนักศึกษาสามารถเป็นแหล่งสนับสนุนแห่งแรกที่เข้มแข็งและเพียงพอต่อการจัดการความทุกข์ทางจิตใจในระยะแรกเริ่มของนักศึกษาได้ ประสิทธิภาพและความพร้อมของแรงสนับสนุนภายในครอบครัวนี้จึงส่งผลให้ความจำเป็นหรือความตั้งใจในการแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งที่เป็นทางการภายนอกลดลงซึ่งเป็นการอธิบายความสัมพันธ์เชิงลบที่ปรากฏในงานวิจัยนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ทัศนคติต่อการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตเป็นปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต ในแบบจำลองที่ 3 ผลลัพธ์นี้ให้การสนับสนุนสมมติฐานหลักของงานวิจัยและสอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (TPB) ที่ระบุว่าทัศนคติเป็นตัวกำหนดความตั้งใจเชิงพฤติกรรม

2. ความทุกข์ทางจิตใจมีอิทธิพลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต ผลลัพธ์นี้ให้การสนับสนุนสมมติฐานหลักของงานวิจัย นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์ยังค้นพบว่า ตัวแปรดังกล่าวมีบทบาทเป็นตัวแปรกดทับ (Suppressor Variable) โดยมีส่วนสำคัญในการขจัดความแปรปรวนที่ไม่เกี่ยวข้องจากปัจจัยอื่นและเพิ่มอำนาจการทำนายให้แก่ตัวแปรทัศนคติในการรับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตในแบบจำลอง

3. การรับรู้ตราบาปทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต ผลลัพธ์นี้แตกต่างจากสมมติฐานหลักของงานวิจัยเนื่องจากอิทธิพลทางตรงของการรับรู้ตราบาปทางสังคมต่อความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตหมดนัยสำคัญทางสถิติในแบบจำลองที่ 3 ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นว่า อิทธิพลของตราบาปทางสังคมไม่ได้ส่งผลโดยตรงแต่ถูกถ่ายทอด (Transmitted) ผ่านตัวแปรสื่อกลาง (Mediator) คือ ทัศนคติต่อการรับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต

4. การรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวมีอิทธิพลทางตรงต่อความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต ผลลัพธ์นี้แตกต่างจากสมมติฐานหลักของงานวิจัยเนื่องจากอิทธิพลทางตรงของการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวต่อความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตหมดนัยสำคัญทางสถิติ ในแบบจำลองที่ 3 ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นว่า อิทธิพลของปัจจัยพื้นฐานนี้ถูกส่งผ่านตัวแปรทัศนคติต่อการรับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตหรือถูกตีความในเชิงของการเป็นแหล่งสนับสนุนปฐมภูมิที่ลดความจำเป็นในการพึ่งพาแหล่งความช่วยเหลือที่เป็นทางการภายนอก ซึ่งทำให้ความสัมพันธ์ทางตรงไม่ปรากฏในท้ายที่สุด

สรุปโดยรวม ตัวแปรทัศนคติและความทุกข์ทางจิตใจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงต่อความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ขณะที่ตัวแปรการรับรู้ตราบาปทางสังคมและการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวไม่แสดงอิทธิพลทางตรงในแบบจำลองที่ 3 แต่มีบทบาทผ่านกลไกการสื่อกลาง (Mediation) โดยมีทัศนคติต่อการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตเป็นตัวแปรสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

1. สถาบันการศึกษาสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ประกอบการจัดโครงการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) ที่เน้นส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตวิทยาและจิตเวช โดยใช้ประกอบเป็นหลักฐานเชิงวิชาการเพื่อให้นักศึกษาเห็นภาพได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. สถาบันการศึกษาสามารถนำผลการวิจัยประกอบการเรียงลำดับความสำคัญในการจัดโครงการ โดยอาจจัดกิจกรรมเชิงรุกที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตมากที่สุด (ทัศนคติต่อการรับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต) และต่อยอดโครงการอื่นที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับตัวแปรที่มีอิทธิพลรองลงมาตามลำดับ (ความทุกข์ทางจิตใจ การรับรู้ตราบาปทางสังคม และการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับตัวแปรกดทับเพื่อเพิ่มความเข้าใจในอิทธิพลของตัวแปรกดทับในขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรม
2. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ในตัวแปรทัศนคติต่อการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต เพื่อให้ได้ซึ่งข้อมูลที่มีความลึกซึ้ง หลากหลาย ชัดเจน และเป็นฐานข้อมูลที่สำคัญต่อการทบทวนวรรณกรรมในอนาคต
3. ควรขยายกลุ่มตัวอย่างไปยังนักศึกษามหาวิทยาลัยอื่น ๆ หรือกลุ่มประชากรที่หลากหลาย เพื่อให้สามารถสรุปผลและสร้างองค์ความรู้ที่ครอบคลุมและเป็นตัวแทนของประชากรได้กว้างขวางขึ้น
4. ควรศึกษาและอภิปรายปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิต เช่น ความรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพจิตที่มีอยู่ ประสบการณ์ในอดีตกับการรับความช่วยเหลือ ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการบำบัด หรือปัจจัยด้านลักษณะบุคลิกภาพ รวมถึงบทบาทของตัวแปรทางประชากรศาสตร์ เช่น เพศและชั้นปีการศึกษา ที่อาจมีผลต่อความตั้งใจในการแสวงหาความช่วยเหลือ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในระดับสังคม

1. สถาบันทางสังคมหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำความรู้ที่ได้จากงานวิจัยนี้ประกอบโครงการเสริมสร้างแรงผลักดันทางสังคมให้ประชาชนทั่วไปตระหนักถึงความสำคัญของการเข้ารับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต
2. สถาบันทางสังคมหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำความรู้ที่ได้จากงานวิจัยนี้ให้ความรู้ด้านจิตวิทยา และสร้างความตระหนักรู้ถึงอันตรายที่เกิดขึ้นจากความเชื่อหรือค่านิยมตราบาปที่ส่งผลให้นักศึกษาเลือกที่จะไม่เข้ารับความช่วยเหลือจากแหล่งที่เหมาะสม และอาจนำไปสู่การสูญเสียชีวิตในท้ายที่สุด

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2568). *ระบบรายงานสุขภาพจิต*. MENTAL HEALTH CHECK IN.

<https://checkin.dmh.go.th/dashboards>

ณัฐวุฒิ อรินทร์. (2553). ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตของนิสิตมหาวิทยาลัย. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 16(1), 82–101.

<https://so06.tci-thaijo.org/index.php/BSRI/article/view/502/446>

ศุภวิชญ์ ศิริสวัสดิ์วัฒนา. (2568, 22 กันยายน). *สร้างระบบนิเวศทางใจเพื่อไม่ให้ใครต้องร่วงหล่นจากระบบการศึกษา กับ ธาวิวรรณ เทียมเมฆ*. The 101.World.

<https://www.the101.world/thareewan-thiammekh-interview/>

- อนุวัตร จุลินทร, ดุษฎี โยเหลา, และเพ็ชรรัตน์ ไสยสมบัติ. (2562). ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลและทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน: การนำไปประยุกต์ใช้ด้านธุรกิจ. *Veridian E-Journal, Silpakorn University สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์และศิลปะ*, 12(5), 128-145. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Veridian-E-Journal/article/view/182000/149954>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/074959789190020T>
- Chen, J. (2018). Some People May Need it, But Not Me, Not Now: Seeking Professional Help for Mental Health Problems in Urban China. *Transcult Psychiatry*, 55(6), 754-774. <https://doi.org/10.1177/1363461518792741>
- Chen, P., Liu, X. J., Wang, X. Q., Yang, B. X., Ruan, J. & Liu, Z. (2020). Attitude toward seeking professional psychological help among community-dwelling population in China. *Frontiers in Psychiatry*, 11. 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00417>
- Chiou, C. P., Bai, Y. M., Lai, H. I., Hsieh, J. G., & Chang, S. C. (2023). Hierarchical multiple regression investigating factors associated with depressive symptoms in the middle-aged and elderly undergoing haemodialysis. *BMC Public Health*, 23(1), Article 237. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15140-w>
- Crugnola, C. R., Bottini, M., Madeddu, F., Preti, E., & Ierardi, E. (2021). Psychological distress and attachment styles in emerging adult students attending and not attending a university counselling service. *Health Psychology Open*, 8(1), <https://doi.org/10.1177/20551029211016120>
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171–180. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. - G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149–1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Fischer, E. H., & Turner, J. I. (1970). Orientations to seeking professional help: Development and research utility of an attitude scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35(1), 79–90. <https://doi.org/10.1037/h0029636>
- Green, S. B. (1991). How many subjects does it take to do a regression analysis. *Multi variate Behavioral Research*, 26(3), 499–510. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2603_7

- Greenley, J. R., Mechanic, D., & Cleary, P. D. (1987). Seeking help for psychologic problems: A replication and extension. *Medical Care*, 25(12), 1113–1128. <https://doi.org/10.1097/00005650-198712000-00001>
- Hair, J. F., Jr., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed.). Pearson Prentice Hall.
- Kane, S. (2019, March 5). *Factors linked to psychological distress*. PsychCentral. <http://psychcentral.com/lib/factors-linked-to-psychological-distress#1>
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L. T., Walters E. E. & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in nonspecific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959–976. <https://doi.org/10.1017/s0033291702006074>
- Mesidor, J. K., & Sly, K. F. (2014). Mental health help-seeking intentions among international and African American college students: An application of the theory of planned behavior. *Journal of International Students*, 4(2), 137-149. <https://doi.org/10.32674/jis.v4i2.474>
- Neukrug, E. S. (2016). *Theory, practice, and trends in human services: An introduction to an emerging profession* (6th ed.). Cengage Learning.
- Nosè, M., Turrini, G., Muriago, G., Badino, M., Cristofalo, D., Sartori, R., Tedeschi, F., & Barbui, C. (2025). Psychological distress and well-being in university and high school students: A cross-sectional study in Italy. *BMJ Open*, 15, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-101446>
- Syafitri, D. U., Mawaddah, S., Lau, J. Y. F., & Brown, J. S. L. (2025). Barriers and facilitators of psychological help-seeking of people with depression, anxiety, and stress symptoms among ASEAN countries: A systematic review. *International Journal of Social Psychiatry*. <https://doi.org/10.1177/00207640251367289>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Pearson.