

ความสัมพันธ์ระหว่างตราบาปเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจ ความเมตตากรุณาต่อตนเอง และเจต  
คติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาของนิสิตนักศึกษาระดับปริญญาตรี



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาจิตวิทยา  
คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2565  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELATIONSHIPS AMONG MENTAL ILLNESS STIGMA, SELF-COMPASSION, AND  
ATTITUDES TOWARD PSYCHOLOGICAL HELP-SEEKING IN UNDERGRADUATES



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Arts in Psychology  
FACULTY OF PSYCHOLOGY  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2022  
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความสัมพันธ์ระหว่างตราบาปเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจ ความเมตตากรุณาต่อตนเอง และเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาของนิสิตนักศึกษาระดับปริญญาตรี
โดย	นายกิตติชัย สายรุ่ง
สาขาวิชา	จิตวิทยา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมบุญ จารุเกษมทวี

---

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

----- คณบดีคณะจิตวิทยา  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐสุดา เต๋อพันธ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

----- ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤษยา พิสิทธิ์สังฆการ)

----- อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมบุญ จารุเกษมทวี)

----- กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นิรนาท แสนสา)

กิตติชัย สายรุ่ง : ความสัมพันธ์ระหว่างตราบาปเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจ ความเมตตาตากรุณาต่อตนเอง และเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาของนิสิต นักศึกษาระดับปริญญาตรี. ( RELATIONSHIPS AMONG MENTAL ILLNESS STIGMA, SELF-COMPASSION, AND ATTITUDES TOWARD PSYCHOLOGICAL HELP-SEEKING IN UNDERGRADUATES) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.สมบุญ จารุเกษมทวี

การแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลมีการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่นโดยผ่านการพูดคุยสื่อสารเพื่อให้ได้รับความช่วยเหลือในลักษณะต่าง ๆ การแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยานี้ได้รับอิทธิพลจากทั้งปัจจัยภายในตนเองเช่นมุมมองและเจตคติที่บุคคลมีต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา และปัจจัยภายนอกเช่นมุมมองจากบุคคลใกล้ชิดหรือสังคม อย่างไรก็ตาม ยังมีงานวิจัยไม่มากนักที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างตราบาปเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจ ความเมตตาตากรุณาต่อตนเอง และเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างตราบาปเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจ ความเมตตาตากรุณาต่อตนเอง ในการร่วมกันทำนายเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา ในกลุ่มนิสิตนักศึกษาระดับปริญญาตรี โดยในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจากนิสิตนักศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 221 คน มีอายุเฉลี่ย 20.29 ปี (SD = 1.59) ผลการวิจัยพบว่า 1) ตราบาปจากสังคมมีสหสัมพันธ์ทางลบต่อเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา 2) ตราบาปจากบุคคลใกล้ชิดมีสหสัมพันธ์ทางลบต่อเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา 3) ตราบาปจากตนเองมีสหสัมพันธ์ทางบวกต่อเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา 4) ความเมตตาตากรุณาต่อตนเองมีสหสัมพันธ์ทางบวกต่อเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา และ 5) ตราบาปจากสังคม ตราบาปจากบุคคลใกล้ชิด ตราบาปจากตนเอง และความเมตตาตากรุณาต่อตนเอง สามารถร่วมกันทำนายระดับเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ adjusted R<sup>2</sup> = .449 ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ องค์ความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปประกอบการออกแบบ วางแผนกระบวนการเพื่อส่งเสริมเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาในกลุ่มนิสิตนักศึกษาต่อไป

สาขาวิชา จิตวิทยา

ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2565

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 6270002738 : MAJOR PSYCHOLOGY

KEYWORD: Attitudes towards psychological help-seeking, public stigma,  
personal stigma, self-stigma, self-compassion

Kittichai Sairung : RELATIONSHIPS AMONG MENTAL ILLNESS STIGMA, SELF-COMPASSION, AND ATTITUDES TOWARD PSYCHOLOGICAL HELP-SEEKING IN UNDERGRADUATES. Advisor: Asst. Prof. SOMBOON JARUKASEMTHAWEE, Ph.D.

Psychological help-seeking is defined as a person's behaviors in seeking help from others through communications. Psychological help-seeking is influenced by factors both from inside such as the person's attitudes, and outside such as their family's or public's views on the problem. Although attitudes toward psychological help-seeking is an important factor, there is currently lack of studies that researched into relationships between mental illness stigma, self-compassion, and attitudes towards psychological help-seeking. This study aims to explore the relationships between public stigma, personal stigma, self-stigma, and self-compassion, and the degree to which these factors can predict the level of attitudes toward psychological help-seeking in undergraduates. Data were collected from 221 undergraduate students with a mean age of 20.29 (SD = 1.59). The results revealed 1) a significant negative correlation between public stigma and attitudes toward psychological help-seeking, 2) a significant negative correlation between personal stigma and attitudes toward psychological help-seeking, 3) a significant negative correlation between self-stigma and attitudes toward psychological help-seeking, 4) a significant positive correlation between self-compassion and attitudes toward psychological help-seeking, and 5) public stigma, personal stigma, self-stigma, and self-compassion have a significant predictive effect on attitudes toward psychological help-seeking (adjusted  $R^2 = .449$ ).

Field of Study: Psychology

Student's Signature .....

Academic Year: 2022

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำหรับการสนับสนุนทุนการศึกษา อันเป็นประโยชน์และเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้การศึกษาวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ขอขอบคุณทุนอุดหนุนการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา จากบัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเฉลิมฉลองวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงทรง เจริญพระชนมายุครบ 72 พรรษา

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ช่วยตรวจทาน ให้คำแนะนำ และรับรองจริยธรรมแก่งานวิจัยชิ้นนี้

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมบุญ จารุกษมทวี อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัยผู้คอย ให้คำแนะนำ ความช่วยเหลือ และช่วยผลักดันให้ข้าพเจ้าสามารถทำงานวิจัยฉบับนี้ออกมาจนสำเร็จได้

ขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน ที่สละเวลาอันมีค่าของท่านในการให้ข้อมูลในงานวิจัยนี้

ขอขอบคุณเพื่อน รุ่นพี่ และรุ่นน้อง คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทั้งจากระดับปริญญาตรีและปริญญาโท ที่เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในความทรงจำของข้าพเจ้า และคอยให้กำลังใจแก่ข้าพเจ้าตลอดช่วงเวลาที่ได้มีโอกาสรู้จักและเป็นมิตรกันในคณะจิตวิทยาแห่งนี้

และสุดท้ายขอขอบคุณครอบครัวของข้าพเจ้า ที่คอยดูแล ห่วงใย และสนับสนุนการตัดสินใจของข้าพเจ้าตลอดมา

ขอขอบพระคุณทุกท่านด้วยใจจริง มา ณ ที่นี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

กิตติชัย สายรุ่ง

## สารบัญ

	หน้า
.....ค	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	ค
.....ง	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....ง	ง
กิตติกรรมประกาศ.....จ	จ
สารบัญ.....ฉ	ฉ
สารบัญตาราง.....ช	ช
บทที่ 1 บทนำ.....1	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....1	1
วัตถุประสงค์ในการวิจัย.....4	4
คำถามการวิจัย.....5	5
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....5	5
คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย.....5	5
สมมติฐานในการวิจัย.....6	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....7	7
ขอบเขตงานวิจัย.....7	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....8	8
บทที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....9	9
1. เจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา (attitude toward psychological help-seeking).....9	9
2. ทรบาปเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจ (mental illness stigma).....17	17

3. ความเมตตากรุณาต่อตนเอง (self-compassion).....	25
บทที่ 3 วิธีการดำเนินงานวิจัย.....	34
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	34
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	34
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	35
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	41
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	41
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	41
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	43
ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประชากรของกลุ่มตัวอย่าง.....	44
ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	47
ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการทดสอบสมมติฐาน.....	48
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	54
สรุปผลการวิจัย.....	54
อภิปรายผลการวิจัย.....	56
ข้อจำกัดในการศึกษาวิจัย.....	65
ข้อเสนอแนะในงานวิจัย.....	66
บรรณานุกรม.....	67
ภาคผนวก.....	76
ประวัติผู้เขียน.....	83



## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ มหาวิทยาลัย คณะ และชั้นปี (N = 221).....	45
ตารางที่ 2 จำนวนและค่าร้อยละของข้อมูลประสบการณ์การแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา (N = 221).....	46
ตารางที่ 3 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	47
ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างตัวแปร .....	49
ตารางที่ 5 ค่าสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ.....	51
ตารางที่ 6 สรุปผลการวิจัยทั้งหมดตามสมมติฐานในงานวิจัย.....	53

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจ็บป่วยทางจิตใจ (mental illness) เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่มักเกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถรับมือต่อปัญหาและความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้อย่างเหมาะสม โดยอาจทำให้บุคคลเกิดภาวะเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า หรืออาการโรคทางจิตวิทยาอื่น ๆ ซึ่งความเจ็บป่วยทางจิตใจเหล่านี้เกิดขึ้นได้กับบุคคลในทุกช่วงวัยและมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของบุคคล โดยพบว่าในกลุ่มนิสิต-นักศึกษาซึ่งเป็นช่วงที่ต้องเผชิญหน้าและปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงหลายด้านในชีวิตและอาจได้รับอิทธิพลความเครียดจากหลาย ๆ แหล่ง เช่น การเปิดภาคเรียนและการเรียนรายวิชาใหม่ การทำความรู้จักและสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนใหม่ สถานการณ์ทางบ้านที่เปลี่ยนแปลงไป การเตรียมตัวเพื่อการสอบวัดผลต่าง ๆ รวมไปถึงความคาดหวังต่อผลการเรียนของตนเอง (Elias et al., 2011) ทำให้กลุ่มนิสิต-นักศึกษานี้มีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลมากกว่าถึง 6 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงวัยอื่น ๆ (Evans et al., 2018)

การแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา (psychological help-seeking) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการรับมือกับความเจ็บป่วยทางจิตใจของบุคคล โดยหมายรวมถึง พฤติกรรมที่บุคคลมีการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่นโดยผ่านการพูดคุยสื่อสารเพื่อให้ได้รับมาซึ่งความช่วยเหลือในลักษณะต่าง ๆ เช่น ความเข้าใจ คำแนะนำ ข้อมูล การรักษา หรือการสนับสนุน ต่อปัญหาที่ตัวบุคคลนั้นกำลังประสบอยู่ การแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยานี้เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพหนึ่งในการรับมือกับปัญหาทางจิตใจของบุคคล โดยหมายรวมถึงเป็นการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด เช่น เพื่อน หรือบุคคลในครอบครัว ไปจนถึงการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ เช่น นักจิตวิทยา นักจิตบำบัด จิตแพทย์ ที่มีความรู้และได้รับการฝึกฝนในกระบวนการการให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับปัญหาทางจิตใจ (Rickwood et al., 2005)

เจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา (attitude toward psychological help-seeking) หมายถึง ความโน้มเอียงของบุคคลที่มีต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาจากบุคคลใกล้ชิดหรือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยาต่าง ๆ โดยความโน้มเอียงดังกล่าวได้รับอิทธิพลจากการประเมินของบุคคลต่อผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการแสวงหาความช่วยเหลือดังกล่าวของตน

(นิตานาท เรื่องเดซลีริงค์, 2559) ซึ่งหากอ้างอิงตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (planned behavior) ของ Ajzen (1991) แล้วพบว่าเจตคติต่อพฤติกรรม (attitude toward behavior) ของบุคคล เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อเจตจำนง (intention) ของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมบางอย่าง โดยเจตคติต่อพฤติกรรมนี้ได้อิทธิพลมาจากความเชื่อและการประเมินของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมดังกล่าว (Ajzen, 1991) หากบุคคลมีความเชื่อและการประเมินพฤติกรรมไปในทางบวกแล้ว บุคคลจะมีความโน้มเอียงที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นมากกว่า และในทางตรงกันข้ามหากบุคคลมีความเชื่อและการประเมินพฤติกรรมไปในทางลบ ก็จะมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมน้อยกว่า ดังนั้นเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาจึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการแสวงหาความช่วยเหลือของบุคคล ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ช่วยให้บุคคลตัดสินใจแสวงหาความช่วยเหลือที่เป็นทางการ เช่น การเข้ารับบริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยา หรือแสวงหาความช่วยเหลือที่ไม่เป็นทางการ เช่น การปรึกษากับบุคคลใกล้ชิด ได้เมื่อบุคคลรู้ว่าตนเองมีความเจ็บป่วยทางจิตใจเกิดขึ้น (Rickwood et al., 2005)

ตราบาปเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจ (mental illness stigma) หมายถึง ตราบาปที่เกิดจากภาพเหมารวม และการตีตรากลุ่มอาการหรือลักษณะของผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจบางอย่าง โดยแบ่งออกเป็นอิทธิพลจากภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ 1) ตราบาปจากสังคม (public stigma) คือ ตราบาปที่เกิดจากความเชื่อหรือการรับรู้ในระดับสังคมหรือกลุ่มวัฒนธรรมที่บุคคลเป็นสมาชิกอยู่ และ 2) ตราบาปจากบุคคลใกล้ชิด (personal stigma) คือ มุมมอง ทัศนคติ และความเชื่อต่ออาการหรือต่อผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจ ของบุคคลใกล้ชิด เช่น เพื่อน หรือสมาชิกในครอบครัว ที่ตัวบุคคลรับรู้ และอิทธิพลจากภายในตัวบุคคล คือ 3) ตราบาปจากตนเอง (self-stigma) คือ การที่บุคคลนำเอาภาพเหมารวม อคติ และการแบ่งแยกที่ตนรับรู้ว่ามีต่อตราบาปนั้น เข้ามามีอิทธิพลต่อความเชื่อและมุมมองของตนเอง (Ludwikowski et al., 2009) โดยตราบาปทั้งจากภายนอกและภายในตนเองนั้น มีความสัมพันธ์ที่เกี่ยวเนื่องกันและมีแนวโน้มที่จะมีอิทธิพลต่อความเชื่อและมุมมองของบุคคลที่มีต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ รวมไปถึงเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาของบุคคลอีกด้วย (Corrigan, 2004) มีงานศึกษาวิจัยที่พบความสัมพันธ์ระหว่างตราบาปเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจและแนวโน้มที่บุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาในอนาคต เช่น ในงานศึกษาของ Mendoza et al. (2015) ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างตราบาปเกี่ยวกับความ

เจ็บป่วยทางจิตใจกับเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือและองค์ประกอบย่อย ได้แก่ การรับรู้ความต้องการ (recognition of need) ความอดทนต่อตราบาป (stigma tolerance) และการเปิดเผยตนเองต่อผู้อื่น (interpersonal openness) หรือในงานศึกษาของ Lally et al. (2013) ที่ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตราบาปเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจและเจตจำนงในการแสวงหาความช่วยเหลือในกลุ่มนักศึกษา โดยจากการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่าผู้ที่มีตราบาปจากตนเองมีแนวโน้มที่จะมีเจตจำนงที่จะไม่แสวงหาความช่วยเหลือในอนาคตมากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้แล้วจากกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ยังพบว่า บุคคลที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี ไม่เคยมีประวัติในการเข้ารับบริการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจ และไม่มีความรู้จักกับผู้ที่เคยมีประวัติในการเข้ารับบริการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจ จะมีแนวโน้มที่จะมีระดับตราบาปในตนเองที่สูงกว่าอีกด้วย และยังมีงานศึกษาที่พบว่าตราบาปเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจทั้ง 3 ด้านมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน รวมถึงยังมีอิทธิพลต่อเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาของบุคคลที่อยู่ในสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างกันออกไปด้วย (Choi & Miller, 2014)

ความเมตตากรุณาต่อตนเอง (self-compassion) หมายถึง การตระหนักรู้ถึงความผิดพลาดและประสบการณ์ทางลบของตนเองด้วยความเข้าใจและเมตตา สามารถให้อภัยตนเองโดยไม่ตัดสินคุณค่าของตนเองจากประสบการณ์ทางลบนั้น (อิริวัฒน์ ยิ่งสูง, 2562) โดยบุคคลที่มีความเมตตากรุณาต่อตนเองจะมีความอ่อนโยนต่อตนเอง มีสติ และเข้าใจถึงความเป็นสามัญของมนุษย์ โดยมองว่าความทุกข์ที่ตนพบเจอเป็นเรื่องทั่วไปที่สามารถเกิดขึ้นได้ในชีวิตของทุกคน (Neff, 2003) รวมถึงมีความปรารถนาและความพร้อมจากภายในตนเองที่จะลงมือหรือกระทำการบางอย่างเพื่อบรรเทาความทุกข์ที่เกิดขึ้นให้เบาลงหรือหมดไป (Jazaieri et al., 2013) ซึ่งพบว่าความเมตตากรุณาต่อตนเองนี้ มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการมีสุขภาพจิตที่ดีและตัวแปรทางจิตวิทยาเชิงบวก เช่น การมีอารมณ์ทางบวก การมองโลกในแง่ดี และความสุข (Neff et al., 2007) และมีความสัมพันธ์ในทางลบกับอาการของความเจ็บป่วยทางจิตใจต่าง ๆ เช่น ระดับความเครียดที่เกิดจากการเผชิญกับความทุกข์ (Hofmann et al., 2011) การครุ่นคิดเกี่ยวกับอาการและการหลีกเลี่ยงทางความคิดและพฤติกรรม ในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า (Krieger et al., 2013) และความรู้สึกริดก้างวล ในกลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวล (Jazaieri et al., 2018) โดยมีงานศึกษาที่พบความสัมพันธ์ระหว่างความเมตตากรุณาต่อตนเองกับเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา เช่น ในงานของ Dschaak et al.

(2021) ที่ศึกษาบทบาทของความเมตตากรุณาต่อตนเอง และความเย็นชาต่อตนเอง (self-coldness) ที่มีต่อเจตจำนงในการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาจากผู้เชี่ยวชาญ (professional help-seeking intention) ในกลุ่มนักศึกษา พบว่าในกลุ่มนักศึกษาที่ไม่มีประสบการณ์ในการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยามาก่อน ผู้ที่มีระดับความเมตตากรุณาต่อตนเองที่สูงกว่า จะมีเจตจำนงในการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาจากผู้เชี่ยวชาญที่มากกว่า และในทางตรงกันข้ามผู้ที่มีความเย็นชาต่อตนเองในระดับที่สูงกว่า จะมีเจตจำนงในการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาจากผู้เชี่ยวชาญที่น้อยกว่า

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบว่าทั้งตราบาปจากสังคม ตราบาปจากบุคคลใกล้ชิด ตราบาปจากตนเอง และความเมตตากรุณาต่อตนเอง ล้วนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแนวโน้มที่บุคคลจะมีมุมมองหรือเจตคติต่อการมีความเจ็บป่วยทางจิตใจไปในทิศทางหนึ่ง ๆ ได้ รวมไปถึงอาจมีความสัมพันธ์กับแนวโน้มที่บุคคลจะตัดสินใจแสวงหาความช่วยเหลือและเข้ารับบริการเกี่ยวกับสุขภาพจิตในอนาคต ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือ พบว่า เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือในภายหลัง แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยมองเห็นว่ายังมีงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองต่อเจตคติการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาอยู่ไม่มากนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของสังคมไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรข้างต้นกับเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาภายใต้บริบทของสังคมไทย ในกลุ่มนิสิต-นักศึกษา ระดับปริญญาตรี

CHULALONGKORN UNIVERSITY

### วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตราบาปจากสังคม ตราบาปจากบุคคลใกล้ชิด ตราบาปจากตนเอง และความเมตตากรุณาต่อตนเอง ที่มีต่อเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาในกลุ่มนิสิต-นักศึกษา ระดับปริญญาตรี
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของตราบาปจากสังคม ตราบาปจากบุคคลใกล้ชิด ตราบาปจากตนเอง และความเมตตากรุณาต่อตนเอง ในการร่วมกันทำนายเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา ในกลุ่มนิสิต-นักศึกษา ระดับปริญญาตรี

## คำถามการวิจัย

ตราบาปจากสังคม ตราบาปจากบุคคลใกล้ชิด ตราบาปจากตนเอง และความเมตตากรุณาต่อตนเอง มีความสัมพันธ์กับเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาอย่างไร

## ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ มี 4 ตัวแปร ได้แก่ ตราบาปจากสังคม ตราบาปจากบุคคลใกล้ชิด ตราบาปจากตนเอง และความเมตตากรุณาต่อตนเอง

ตัวแปรตาม มี 1 ตัวแปร ได้แก่ เจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา

## คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

1. เจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา (attitudes toward psychological help-seeking) หมายถึง ความโน้มเอียงของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้คะแนนจากมาตรวัด เจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพ ฉบับภาษาไทย ซึ่งพัฒนาโดยณัฐสุดา เต้พันธ์ (2544) มีข้อความจำนวน 29 ข้อ

2. ตราบาปเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจ (mental illness stigma) หมายถึง ตราบาปที่เกิดจากภาพเหมารวม และการตีตรากลุ่มอาการหรือลักษณะของผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจ บางอย่าง โดยแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ คือ

2.1) ตราบาปจากสังคม (public stigma) หมายถึง มุมมอง ทักษะคติ และความเชื่อในระดับสังคมหรือกลุ่มวัฒนธรรมที่บุคคลเป็นสมาชิก ที่มีต่อภาพเหมารวมของอาการหรือต่อผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจ ที่บุคคลรับรู้ ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้คะแนนจาก มาตรวัดการประทับตราว่าด้อยค่าจากสังคมในการแสวงหาความช่วยเหลือ ฉบับภาษาไทย ซึ่งพัฒนาโดยธนวัต ปุณยกนก (2553) มีข้อความจำนวน 12 ข้อ

2.2) ตราบาปจากบุคคลใกล้ชิด (personal stigma) หมายถึง มุมมอง ทักษะคติ และความเชื่อต่อภาพเหมารวมของอาการหรือต่อผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจ ของบุคคลใกล้ชิด เช่น เพื่อน

หรือสมาชิกในครอบครัว ที่มีต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ ที่บุคคลรับรู้ ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้คะแนน จาก มาตรการประคับประคองว่าด้อยค่าจากบุคคลใกล้ชิดในการแสวงหาความช่วยเหลือ ฉบับ ภาษาไทย ซึ่งพัฒนาโดยธนวัต ปุณยณนก (2553) มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ

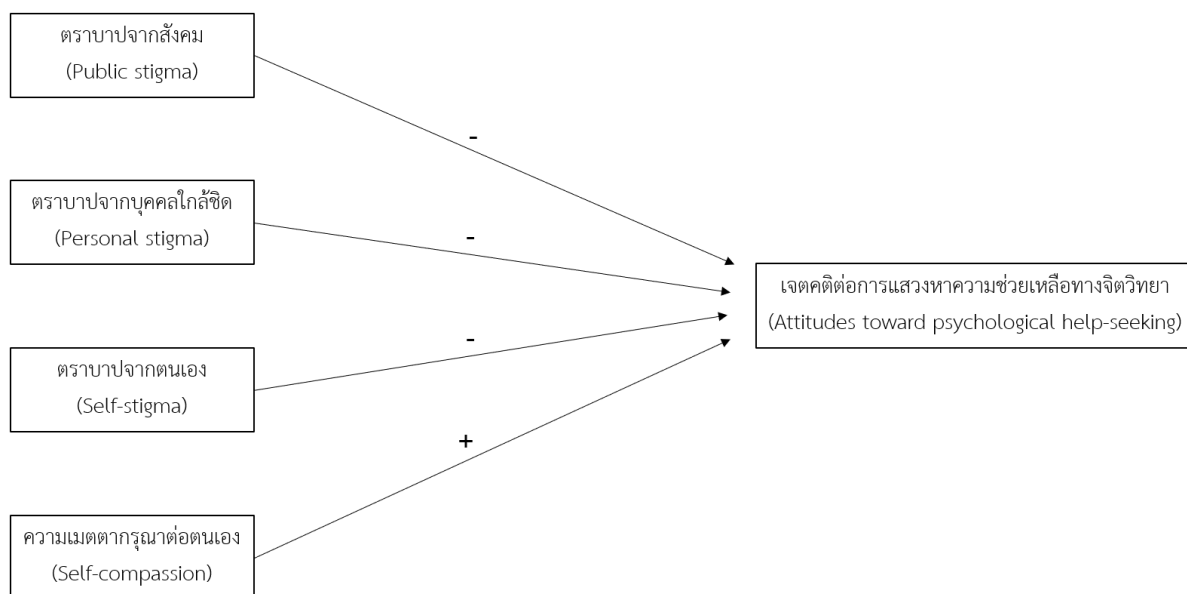
2.3) ตราบาปจากตนเอง (self-stigma) หมายถึง มุมมอง ทักษะคติ และความเชื่อในระดับตัว บุคคล ที่มีต่อภาพเหมารวมของอาการหรือต่อผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจ ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้ คะแนนจาก มาตรการประคับประคองว่าด้อยค่าจากตนเองในการแสวงหาความช่วยเหลือฉบับ ภาษาไทย ซึ่งพัฒนาโดยธนวัต ปุณยณนก (2553) มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ

3. ความเมตตากรุณาต่อตนเอง (self-compassion) หมายถึง การมองเห็นคุณค่าและให้ ความเมตตากรุณาต่อตนเองเมื่อต้องเผชิญกับประสบการณ์ที่กระทบต่อตัวบุคคลและก่อให้เกิด ความรู้สึกทางด้านลบต่าง ๆ ผ่านการไม่ประเมินหรือตัดสินคุณค่าของตนเอง รวมไปถึงการมองตนเอง ในฐานะของมนุษย์คนหนึ่ง โดยในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้คะแนนจากมาตรการความเมตตากรุณาต่อตนเอง ฉบับภาษาไทย ซึ่งพัฒนาโดย พลอยชมพู อัครธัญญ์ (2555) มีข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ

### สมมติฐานในการวิจัย

1. ตราบาปทางสังคม มีสหสัมพันธ์ทางลบกับ เจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทาง จิตวิทยา
2. ตราบาปจากบุคคลใกล้ชิด มีสหสัมพันธ์ทางลบกับ เจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือ ทางจิตวิทยา
3. ตราบาปจากตนเอง มีสหสัมพันธ์ทางลบกับ เจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทาง จิตวิทยา
4. ความเมตตากรุณาต่อตนเอง มีสหสัมพันธ์ทางบวกกับ เจตคติต่อการแสวงหาความ ช่วยเหลือทางจิตวิทยา
5. ตราบาปจากสังคม ตราบาปจากบุคคลใกล้ชิด ตราบาปจากตนเอง และความเมตตากรุณา ต่อตนเอง สามารถร่วมกันทำนายเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาได้

## กรอบแนวคิดในการวิจัย



## ขอบเขตงานวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตราบาปจากสังคม ตราบาปจากบุคคลใกล้ชิด ตราบาปจากตนเอง และความเมตตากรุณาต่อตนเอง รวมถึงอิทธิพลในการทำนายเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา ในกลุ่มนิสิต-นักศึกษา ที่มีอายุระหว่าง 18-25 ปี กำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี และเป็นผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยนี้ จำนวน 150 คน



### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างตราบาปจากสังคม ตราบาปจากบุคคลใกล้ชิด ตราบาปจากตนเอง ความเมตตากรุณาต่อตนเอง และเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา
2. ทำให้ทราบถึงอิทธิพลของตราบาปจากสังคม ตราบาปจากบุคคลใกล้ชิด ตราบาปจากตนเอง และความเมตตากรุณาต่อตนเอง ที่มีต่อเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา
3. ข้อค้นพบจากการวิจัยสามารถนำไปศึกษาเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาในกลุ่มนิสิต-นักศึกษา



## บทที่ 2

### แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

#### 1. เจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา (attitude toward psychological help-seeking)

##### 1.1 นิยามและขอบเขต

##### 1.1.1 การแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา

Barker (2007) นิยามการแสวงหาความช่วยเหลือว่า คือ การแสดงออกของบุคคลที่รับรู้ว่าคุณเองนั้นมีความต้องการความช่วยเหลือทั้งในเรื่องส่วนตัว เรื่องจิตใจ เรื่องอารมณ์ความรู้สึก เรื่องสุขภาพ หรือเรื่องบริการทางสังคมต่าง ๆ โดยมีความปรารถนาที่จะให้ความต้องการนั้นได้รับการตอบแทนในทางที่ดี

Rickwood et al. (2005) ได้ให้นิยามการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาว่า หมายถึง การแสวงหาความช่วยเหลือเป็นกระบวนการที่บุคคลแสวงหาและใช้ซึ่งความสัมพันธ์ทางสังคม ทั้งทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อให้ได้รับความช่วยเหลือต่อปัญหาของตนเอง

การแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา (psychological help-seeking) หมายถึง ความพยายามของบุคคลในการแสวงหาการสนับสนุนและความช่วยเหลือ เพื่อพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น โดยในบริบทเกี่ยวกับสุขภาพจิตแล้วมักหมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจมองหาความช่วยเหลือ การสนับสนุน และการเยียวยาทางจิตใจจากแหล่งต่าง ๆ (Rickwood & Thomas, 2012)

การแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาอาจสามารถแบ่งแยกได้อีกเป็น 2 รูปแบบ (Rickwood et al., 2005) ได้แก่

##### 1) การแสวงหาความช่วยเหลือแบบเป็นทางการ (formal help-seeking)

หมายถึง การแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญที่มีบทบาทและผ่านการฝึกอบรมในด้านที่เกี่ยวข้องกับการให้ความช่วยเหลือมาก่อน เช่น ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ, อาจารย์, นักบวช และ

ในส่วนบุคลากรที่ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือทางจิตวิทยาโดยตรง เช่น นักจิตวิทยาการปรึกษา, นักจิตวิทยาคลินิก, จิตแพทย์, นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

## 2) การแสวงหาความช่วยเหลือแบบไม่เป็นทางการ (informal help-seeking)

หมายถึง การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ที่อาจไม่ได้ผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือมาก่อน โดยมากแล้วจะเป็นบุคคลที่รู้จัก ใกล้ชิด และไว้วางใจ เช่น ครอบครัว เพื่อน บุคคลใกล้ชิด

นอกจากนั้นแล้ว ในปัจจุบันยังมีช่องทางที่อาจใช้ในการแสวงหาความช่วยเหลืออื่น ๆ ที่ไม่ใช่การพูดคุยหรือปรึกษากับบุคคลอื่นโดยตรงอีกด้วย เช่น แอปพลิเคชันเกี่ยวกับสุขภาพจิตต่าง ๆ บนโทรศัพท์มือถือ ซึ่งมีทั้งในลักษณะแอปพลิเคชันที่รวบรวมชุดข้อมูลสำหรับให้ความรู้เกี่ยวกับอาการ ความเจ็บป่วยทางจิตใจ แอปพลิเคชันสำหรับทำแบบประเมินตนเองเบื้องต้นและแปลผล หรือในลักษณะของแชทบอท (chat bot) สำหรับพูดคุยและสอบถามข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับอาการ ความเจ็บป่วยทางจิตใจและแนวทางในการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาอีกด้วย

### 1.1.2 เจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา

เจตคติ (attitude) หมายถึง ความรู้สึกโน้มเอียงของบุคคลที่มีต่อประสบการณ์สิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดย Greenwald (1968) ได้อธิบายองค์ประกอบของ เจตคติไว้ว่า ประกอบไปด้วย อารมณ์และความรู้สึก (affect & emotion), ความคิดและความเชื่อ (cognitions & belief) และแนวโน้มเชิงพฤติกรรม (action tendencies) ที่บุคคลมีต่อสิ่งหนึ่ง

เจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา (attitude toward psychological help-seeking) หมายถึง ความรู้สึกโน้มเอียงของบุคคลที่มีต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา ซึ่งผ่านการประเมินถึงผลลัพธ์ที่บุคคลคาดว่าอาจเกิดขึ้นจากการแสวงหาความช่วยเหลือดังกล่าว (Topkaya, 2014)

สำหรับในงานศึกษานี้ ผู้วิจัยให้นิยามเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาว่า หมายถึง ความโน้มเอียงของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาทั้งแบบเป็นทางการจากผู้เชี่ยวชาญ และแบบไม่เป็นทางการจากบุคคลใกล้ชิดอื่น ๆ

## 1.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา

### 1.2.1 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (theory of planned behavior)

Ajzen (1991) ได้พัฒนาโมเดลทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (theory of planned behavior) ซึ่งเป็นโมเดลทฤษฎีที่พัฒนาเพิ่มเติมจากทฤษฎีพฤติกรรมตามเหตุผล (theory of reasoned action) ของ Ajzen และ Fishbein โดยทั้งสองโมเดลได้พยายามอธิบายถึงปัจจัยภายในตัวบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมหนึ่ง ๆ ของบุคคลนั้น โดย Ajzen (1991) ได้อธิบายว่าปัจจัยเจตคติต่อพฤติกรรม (attitude toward the behavior), การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (subjective norm), และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (perceived behavior control) ร่วมกันมีอิทธิพลต่อเจตจำนง (intention) ของบุคคลในการแสดงออกถึงพฤติกรรม (behavior)

1) เจตคติต่อพฤติกรรม หมายถึง การประเมินภายในตนเองของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรม ทั้งในลักษณะของกระบวนการและผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งหากบุคคลประเมินว่าพฤติกรรมนั้นเป็นบวก จะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะเจตจำนงในการกระทำพฤติกรรมนั้นมากขึ้น กล่าวได้ว่าหากบุคคลมีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้นจะส่งผลให้เจตจำนงในการกระทำพฤติกรรมนั้นเป็นไปในทางบวกเช่นกัน และในทางตรงกันข้ามหากบุคคลประเมินพฤติกรรมนั้นไปในทางลบ จะมีเจตจำนงในการกระทำพฤติกรรมนั้นไปในทางลบ ทั้งนี้ เจตคติต่อพฤติกรรมได้รับอิทธิพลมาจากความเชื่อของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมดังกล่าว

2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับมุมมองและความคาดหวังของสังคมที่มีต่อตนเองในการที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่าง โดยเจตจำนงของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมจะโน้มเอียงไปตามการรับรู้ที่บุคคลอื่นในสังคมแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อตนเองมีความคาดหวังให้บุคคลนั้นมีกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมดังกล่าว

3) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมดังกล่าวว่าพฤติกรรมนั้นมีความยากง่ายมากน้อยเพียงใด หากจะกระทำ โดยอาจอ้างอิงจากประสบการณ์ในอดีตหรือการประเมินอุปสรรคที่บุคคลเชื่อว่าอาจเกิดขึ้น

### 1.2.2 ปัจจัยทางสังคมและปัจจัยรายบุคคลในการเข้ารับบริการทางด้านสุขภาพ

Andersen และ Newman (1973) ได้พัฒนาทฤษฎีปัจจัยทางสังคมและปัจจัยรายบุคคลในการเข้ารับบริการทางด้านสุขภาพ (societal and individual determinants of medical care utilization) ขึ้นเพื่อทำการอธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสวงหาความช่วยเหลือของบุคคลไว้ประกอบไปด้วย 3 ปัจจัยใหญ่ด้วยกันคือ ปัจจัยทางสังคม (social determinants) ปัจจัยรายบุคคล (individual determinants) และโครงสร้างของระบบสุขภาพ (health services system) ซึ่งในส่วนของปัจจัยรายบุคคล สามารถแบ่งออกได้อีกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1) องค์ประกอบด้านปัจจัยพื้นฐานเดิมของบุคคล (predisposing component) ประกอบไปด้วย (1) ข้อมูลเชิงประชากรของบุคคล (demographic) เช่น เพศ อายุ หรือประวัติความเจ็บป่วยในอดีต (2) โครงสร้างทางสังคม (social structure) เช่น ระดับการศึกษา อาชีพการงาน หรือศาสนา และ (3) ความเชื่อ (beliefs) เช่น การให้ความสำคัญแก่การดูแลสุขภาพ เจตคติต่อการบริการทางสุขภาพ หรือความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย

2) องค์ประกอบด้านการเข้าถึง (enabling component) ประกอบไปด้วย (1) ครอบครัวยุคใหม่ (family) เช่น รายได้ของครอบครัว การมีประกันสุขภาพ หรือโอกาสในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ และ (2) ระดับชุมชนและสังคม (community) เช่น อัตราส่วนประชากรต่อบุคลากรทางด้านสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรับบริการทางสุขภาพ หรือภูมิภาคที่อาศัยอยู่

3) องค์ประกอบด้านความเจ็บป่วย (illness component) ประกอบไปด้วย (1) การรับรู้ของบุคคล (perceived) เช่น การประเมินอาการโดยตนเอง หรือสภาวะโดยทั่วไปของบุคคล และ (2) การประเมินวินิจฉัย (evaluated) เช่น การประเมินโดยแพทย์ หรือการวินิจฉัยโรคจากอาการที่พบ

Andersen (1995) ยังได้พบอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการทางด้านสุขภาพในครั้งต่อไปของบุคคลคือ ผลลัพธ์จากการเข้ารับบริการทางด้านสุขภาพ (outcomes) โดยหากบุคคลที่เข้ารับบริการรับรู้ว่าคุณภาพที่ดีขึ้น ได้รับการประเมินว่ามีความเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี และมีความพึงพอใจต่อกระบวนการที่เกิดขึ้นแล้ว จะมีแนวโน้มที่จะมีการแสวงหาความช่วยเหลือและเข้ารับบริการต่อไปในอนาคต

### 1.2.3 โมเดลความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ

Henshaw และ Freedman (2009) ได้พัฒนาและนำเสนอโมเดลความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ (health belief model) ซึ่งเป็นโมเดลนี้ตั้งอยู่บนทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม และถูกพัฒนาขึ้นโดย Rosenstock (1974) เพื่อใช้ในการอธิบายเกี่ยวปัจจัยที่มีผลต่อแนวโน้มที่บุคคลจะมีพฤติกรรม การแสวงหาความช่วยเหลือ Henshaw และ Freedman อธิบายว่าโมเดลความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ มีสมมติฐานว่าบุคคลจะมีแนวโน้มที่จะแสวงหาความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพ หากได้ประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ แล้ว ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้านใหญ่ ๆ ด้วยกัน ได้แก่

1) ความรู้สึกคุกคามจากอาการเจ็บป่วย (threat) ประกอบด้วยการที่บุคคลรับรู้ว่าคุณเองมีความเจ็บป่วยอยู่ หรือรับรู้ว่าคุณเองมีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาความเจ็บป่วยนั้น (perceived susceptibility) และการที่บุคคลมีความเชื่อว่าอาการความเจ็บป่วยนั้นมีผลกระทบอย่างมาก ต่อการดำรงชีวิตประจำวันของตน (perceived severity) ซึ่งนอกจากการประเมินตนเองของบุคคลแล้ว ยังรวมถึงการได้รับการวินิจฉัยจากผู้เชี่ยวชาญ เช่น จิตแพทย์ หรือนักจิตวิทยาอีกด้วย หากบุคคลรับรู้ว่าคุณเองกำลังได้รับผลกระทบจากอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ก็จะมีแนวโน้มที่จะแสวงหาความช่วยเหลือเพื่อให้อาการนั้นบรรเทาลง

2) ความคาดหวังต่อกระบวนการรักษา (expectations) ประกอบด้วยการที่บุคคลมีความเชื่อว่าการเข้ารับกระบวนการรักษาหรือการลงมือป้องกันจะมีประสิทธิภาพในการลดความเจ็บป่วยนั้นได้ (perceived benefits) การประเมินถึงอุปสรรคที่ขวางกั้นการเข้ารับกระบวนการดังกล่าว (perceived barriers) และการรับรู้ถึงศักยภาพในตนเองที่จะทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลง หลังเข้าสู่กระบวนการแล้ว (perceived self-efficacy) หากบุคคลรับรู้ว่าการเข้าสู่กระบวนการรักษานี้เป็นประโยชน์ในการลดอาการความเจ็บป่วยของตนแล้ว จะมีแนวโน้มที่จะแสวงหาความช่วยเหลือเพิ่มมากขึ้น

3) สัญญาณเตือนให้ลงมือกระทำ (cues to action) หมายถึงการที่บุคคลได้รับข้อมูลหรือสัญญาณทั้งจากตนเอง ครอบครัว บุคคลใกล้ชิด ผู้เชี่ยวชาญ หรือสื่อต่าง ๆ ว่าควรที่จะมีการแสวงหาความช่วยเหลือ เข้าร่วมกระบวนการรักษา หรือหาแนวทางในการป้องกัน เพื่อให้ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่นั้นบรรเทาหรือหายจากอาการนั้น

### 1.2.4 กระบวนการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาของ Rickwood

งานวิจัยของ Rickwood และคณะ (2005) ได้อธิบายถึงการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาไว้ว่า เป็นกระบวนการที่บุคคลมีความพยายามในการแสวงหาความช่วยเหลือต่อปัญหาที่ตนเองเผชิญอยู่ เพื่อบรรเทาให้ปัญหานั้นลดลงไป ผ่านการที่บุคคลจะสื่อสารความคิด ความรู้สึกที่อยู่ข้างในตนเอง ออกไปสู่ผู้อื่นที่อยู่ภายนอก โดยอาจเป็นได้ทั้งบุคคลใกล้ชิดต่าง ๆ หรือผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้เกี่ยวกับปัญหาของตน นับเป็นการสื่อสารทางสังคมอย่างหนึ่ง โดยกระบวนการแสวงหาความช่วยเหลือนี้เริ่มต้นจากการที่บุคคล

1) มีความตระหนักรู้ (awareness) ถึงอาการความเจ็บป่วยของตนเอง และประเมินว่าอาจต้องการกระบวนการรักษา ซึ่งต้องอาศัยศักยภาพทางอารมณ์ของบุคคลที่จะสามารถรับรู้ถึงความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นภายในตนเองได้

2) มีการแสดงออก (expression) หรือวิธีการที่จะสื่อสารถึงอาการ อารมณ์ ความรู้สึกและความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นสามารถเข้าใจได้

3) สามารถเข้าถึงแหล่งของความช่วยเหลือได้ (availability) โดยในที่นี้หมายถึงทั้งแหล่งที่เป็นทางการคือบุคลากรทางด้านจิตวิทยาต่าง ๆ และแหล่งที่ไม่เป็นทางการคือเพื่อน ครอบครัว และบุคคลใกล้ชิดที่ให้ความช่วยเหลือด้วยเช่นกัน

4) มีความเต็มใจ (willingness) ที่จะแสวงหาความช่วยเหลือ และเปิดเผยความเปราะบางของตนเอง โดยหากบุคคลมีความเชื่อและเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาในทางลบ หรือไม่เชื่อมั่นว่าการแสวงหาความช่วยเหลือนั้นจะให้ผลดีแก่ตนเองแล้ว อาจทำให้บุคคลเลือกที่จะไม่แสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาได้

### 1.2.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาเจตคติการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา

ในงานศึกษาของ Henderson, Evans-Lacko, และ Thomicroft (2013) ได้ระบุถึงปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการที่บุคคลจะหลีกเลี่ยงการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาไว้ 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) การขาดความรู้ในการระบุสัญญาณหรืออาการของความเจ็บป่วยทางจิตใจ (lack of knowledge to identify features of mental illnesses) 2) การขาดความรู้ถึงวิธีการในการเข้าถึง

กระบวนการรักษา (ignorance about how to access treatment) 3) การมีอคติต่อผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจ (prejudice against people who have mental illness) และ 4) การคาดการณ์ว่าผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจจะถูกเลือกปฏิบัติ (expectation of discrimination against people diagnosed with mental illness) ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบในงานวิจัยอื่น ๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับแนวทางในการพัฒนาเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา

ในงานทบทวนวรรณกรรมของ Gulliver และคณะ (2012) ที่ทำการศึกษาทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเพื่อพัฒนาการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเจ็บป่วยทางจิตใจทั่วไป จากการคัดเลือกของ Gulliver และคณะมี 6 งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและถูกนำมาวิเคราะห์ โดยพบกระบวนการเพื่อพัฒนาการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา 3 แนวทางหลัก ได้แก่

1) การให้ข้อมูลความรู้ทางจิตวิทยา (mental health literacy information) เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทางจิต หรือข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างในหลายงานวิจัยมีเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาในทางบวกมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมการวิจัย

2) การให้ข้อมูลเพื่อลดตราบาป (destigmatisation information) เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) พบว่า กลุ่มตัวอย่างในหลายงานวิจัยมีเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาในทางบวกมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมการวิจัย

3) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางในการแสวงหาความช่วยเหลือ (help-seeking source information) เช่น การแนะนำการฝึกทักษะการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavioral training) หรือการดูวิดีโอเกี่ยวกับกระบวนการปรึกษา/บำบัดทางจิตวิทยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างในหลายงานวิจัยมีเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาในทางบวกมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมการวิจัย

อย่างไรก็ตาม ในงานวิจัยที่ Gulliver และคณะ ทำการศึกษาทบทวนนั้น ผลการวิเคราะห์ในงานวิจัยไม่พบความแตกต่างของเจตจำนงและพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา



หลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ซึ่งสะท้อนว่านอกจากเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาแล้ว อาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือของบุคคลเพิ่มเติมอยู่ ควรได้รับการศึกษาและวิจัยเพิ่มเติมต่อไป

### 1.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา

Rickwood และ Braithwaite (1994) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสวงหาความช่วยเหลือ ในกลุ่มวัยรุ่น โดยเมื่อวิเคราะห์จากกลุ่มตัวอย่างทั่วไปพบว่าปัจจัย เพศหญิง, ความรุนแรงของอาการ (symptoms of psychological distress), การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม (availability of social support), การมีคนรู้จักที่เคยเข้ารับบริการกับผู้เชี่ยวชาญมาก่อน (knowing someone who had sought professional help), รวมถึงการมีลักษณะทางบุคลิกที่มีความตระหนักรู้ในตัวเองสูง (high private self-consciousness) และความเต็มใจที่จะเปิดเผยเรื่องสุขภาพจิต (willingness to disclose mental health) เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยทำนายการแสวงหาความช่วยเหลือได้อย่างมีนัยสำคัญ ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่มีสัญญาณของลักษณะอาการของความเจ็บป่วยทางจิตใจนั้น พบว่าปัจจัยเพศและความเต็มใจที่จะเปิดเผยเรื่องสุขภาพจิต เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยทำนายการแสวงหาความช่วยเหลือได้ และในกลุ่มที่มีการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนั้น พบว่าปัจจัยความรุนแรงของอาการ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายได้มากที่สุด

เพศ (gender) ของบุคคลเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่พบว่ามอิทธิพลต่อเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา เช่น ในงานศึกษาของ Ang และคณะ (2004) พบว่าเพศหญิงจะมีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติทางบวกต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยามากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับเพศชาย รวมถึงเปิดใจที่จะรับรู้ว่าคุณมีความต้องการที่จะเข้ารับบริการมากกว่าในเพศชายอีกด้วย หรือในงานศึกษาหนึ่งของ Yousaf, Popat, และ Hunter (2015) พบว่าทัศนคติของเพศชายที่มีต่อบรรทัดฐานความเป็นชายแบบดั้งเดิม (traditional masculinity norms) เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาได้อย่างมีนัยสำคัญ

Mackenzie, Gekoski, และ Knox (2006) ได้ทำการศึกษาความแตกต่างของเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาจากผู้เชี่ยวชาญ จากการวิเคราะห์พบว่า เพศและอายุ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาจากผู้เชี่ยวชาญ (intentions to

seek professional psychological help) โดยพบว่า ในกลุ่มเพศหญิงจะมีเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาในทางบวกมากกว่าในกลุ่มเพศชาย และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุพบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุ (older adults) จะมีเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาที่กว่ากลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (younger adults) ซึ่งสอดคล้องกับในอีกงานวิจัยหนึ่งของ Mackenzie, Scott, Mather, และ Sareen (2008) ที่ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุเช่นกัน โดยในงานวิจัยนี้พบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 55-74 ปี มีแนวโน้มที่จะมีเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาในทางบวก มากกว่าในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญ

งานวิจัยของ ten Have และคณะ (2010) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยากับการเข้ารับบริการจริง พบว่า เจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยามีความสัมพันธ์กับแนวโน้มที่บุคคลนั้นจะเข้ารับบริการทางด้านสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้พบว่าเจตคติความเชื่อแต่ละด้านมีน้ำหนักความสัมพันธ์ที่แตกต่างกัน

## 2. トラバブเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจ (mental illness stigma)

### 2.1 นิยามและขอบเขต

ตราบาบ (stigma) เป็นคุณลักษณะที่สื่อถึงภาพเหมารวมที่ลดทอนคุณค่า (devalued stereotype) ของบุคคลที่ถูกตีตรา (stigmatized) จากการมีคุณลักษณะบางอย่าง โดยที่คุณลักษณะนั้นอาจเป็นสิ่งที่มองเห็นได้ง่าย เช่น รูปร่าง สีผิว หรือเป็นคุณลักษณะที่ไม่สามารถมองเห็นได้ แต่หากถูกเปิดเผยให้ผู้อื่นรับรู้ อาจนำไปสู่การตีตราและลดทอนคุณค่าของบุคคลนั้นได้เช่น ประวัติอาชญากรรม ประวัติการรักษาพยาบาลทางกาย หรือทางจิตใจต่าง ๆ (Goffman, 1963)

Weiss, Ramakrishna, และ Somma (2006) ให้นิยามเกี่ยวกับตราบาบว่า เป็นกระบวนการทางสังคมที่สามารถรับรู้ คาดการณ์ และอธิบายลักษณะได้ผ่านการกีดกัน ปฏิเสธ กล่าวโทษ หรือลดคุณค่าบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ที่เป็นผลมาจากประสบการณ์ การรับรู้ และการคาดเดาด้วยเหตุผล ในการตัดสินทางสังคมต่อบุคคลและกลุ่มบุคคลหนึ่ง ๆ

ในงานศึกษาและงานวิจัยที่เป็นของไทยนั้น ได้มีการเลือกใช้คำแปลของตราบาบไว้หลากหลายด้วยกัน เช่น การประทับตราว่าด้อยค่า (ชนวัต ปุณยณก, 2553) ความรู้สึกตราบาบ (ณัฐ

สุภา พรสมบุญ, 2560) การตีตราทางสังคม (นิฮาพีชา หะยิวาเงาะ, 2554) ตราบาป (นิตานาล เรื่อง เดชสิริพงศ์, 2556)

ตราบาปเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจ (mental illness stigma) หมายถึง ความเชื่อและทัศนคติต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ ที่หมายรวมถึงภาพเหมารวม (stereotype) อคติ (prejudice) และการเลือกปฏิบัติ (discrimination) ที่มีต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ หรือผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจ บางกลุ่มอาการ ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ทั้งในรูปแบบของตราบาปจากสังคม (public stigma) หรือตราบาปจากตนเอง (self-stigma) (Rüsch et al., 2005)

สำหรับในงานศึกษานี้ ผู้วิจัยให้นิยามตราบาปเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจว่า หมายถึง ตราบาปที่เกิดจากภาพเหมารวม และการตีตรา ที่เกิดขึ้นต่อกลุ่มอาการความเจ็บป่วยทางจิตใจหรือลักษณะของผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจบางอย่าง โดยอาจเกิดได้ทั้งในระดับโครงสร้างทางสังคม บุคคลใกล้ชิด หรือในระดับการรับรู้ของผู้ที่ถูกตีตราเอง

## 2.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับตราบาปเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจ

### 2.2.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดตราบาปเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจ

ตราบาปเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจ เป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่ได้รับอิทธิพลจากมุมมองและความเชื่อของสังคมหนึ่ง ๆ มีต่ออาการความเจ็บป่วยทางจิตใจและบุคคลที่มีอาการดังกล่าว โดยในงานของ Link และ Phelan (2001) ได้อธิบายเกี่ยวกับองค์ประกอบ 4 ด้านที่มีผลต่อการเกิดตราบาปไว้ ดังนี้

#### 1) การจำแนกและการให้นิยามความแตกต่าง (distinguishing and labeling differences)

มนุษย์มีแนวโน้มที่จะมีความแตกต่างระหว่างกันหลาย ๆ ด้าน ลักษณะติดตัวหรือการแสดงออกบางอย่าง เช่น สีผิว, ความฉลาด, เพศสภาพ, หรือรสนิยมทางเพศของบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งที่ผูกติดอยู่กับตัวบุคคลนั้นมานานและเป็นอัตลักษณ์ที่มีความโดดเด่น (salient) และสังเกตเห็นได้ง่ายเมื่อปรากฏอยู่ในสังคมแวดล้อมหนึ่ง ๆ ทำให้ลักษณะหรือการแสดงออกนั้นมักถูกนำมาใช้เป็นเกณฑ์ในการจำแนก (distinguish) ความแตกต่างและมีการให้นิยาม (label) กับตัวบุคคลที่มีลักษณะนั้น

2) การเชื่อมโยงความแตกต่างเข้ากับคุณลักษณะทางลบ (associating human differences with negative attributes)

องค์ประกอบต่อมาของตราบาปเกิดขึ้นเมื่อความแตกต่างหนึ่ง ๆ ถูกเชื่อมโยงเข้ากับคุณลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ (undesirable characteristics) ในบริบทของสังคมนั้น และก่อให้เกิดเป็นภาพเหมารวม (stereotype) บางอย่างขึ้นต่อบุคคลที่มีลักษณะความแตกต่างดังกล่าว เช่น ผู้ที่มีอาการของโรคทางจิตในบางกลุ่มอาการ อาจมีความเสี่ยงที่จะไม่สามารถควบคุมตนเองได้เมื่อถูกกระตุ้น ทำให้เกิดเป็นภาพเหมารวมว่าผู้ที่มีอาการทางจิต เป็นผู้ที่คาดเดาพฤติกรรมไม่ได้ หรืออาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่น โดยการเชื่อมโยงนี้มักเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติและรวดเร็ว เมื่อบุคคลจะต้องทำการประเมินหรือตัดสินใจอะไรบางอย่างในระยะเวลาอันสั้น

3) การแบ่งแยก ‘พวกเรา’ ออกจาก ‘พวกเขา’ (separating “us” from “them”)

การเชื่อมโยงคุณลักษณะทางลบเข้ากับนิยามบางอย่าง อาจถูกนำมาใช้เป็นเหตุผลในการเชื่อว่าบุคคลที่มีลักษณะและนิยามดังกล่าว มีความแตกต่างจากตนเอง และไม่ใช่มิตรกับตนเองได้ การอนุমানสาเหตุว่าพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ เป็นคุณลักษณะของ ‘พวกเขา’ ไม่ใช่ของ ‘พวกเรา’ หรือ ‘ฉัน’ ทำให้เสริมความเชื่อของบุคคลที่มีต่อภาพเหมารวมของ ‘พวกเขา’ ว่ามีลักษณะเช่นนั้น ที่ไม่เหมือนกับตนเองอยู่ โดยอาจสะท้อนให้เห็นในลักษณะวิธีการที่บุคคลพูดถึงผู้ที่ถูกตีตราว่าพวกเขา ‘เป็น’ สิ่งนั้น (เช่น เป็นผู้ป่วยทางจิต) แทนการระบุว่าพวกเขา ‘มี’ สิ่งนั้น (เช่น มีอาการป่วยทางจิต)

4) การสูญเสียสถานะและการเลือกปฏิบัติ (status loss and discrimination)

บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่ถูกตีตรา มักได้รับผลกระทบในทางปฏิบัติหรือทางนโยบายจากสังคมแวดล้อมที่ตนอยู่ โดยอาจหมายรวมถึงการถูกประเมิน และตัดสินจากบุคคลอื่นว่าด้อยค่ากว่า มีสถานะทางสังคมที่ต่ำกว่า ซึ่งอาจสะท้อนในบริบทการแลกเปลี่ยนทางสังคม การพูดคุยต่าง ๆ ที่ผู้ถูกตราอาจได้รับความเชื่อถือ หรือมีสิทธิในการที่จะถูกรับฟังไม่เท่าเทียมกับผู้อื่นที่ไม่ถูกตีตรา หรือถูกจำกัดโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรหรือตำแหน่งทางสังคมต่าง ๆ เช่น การถูกปฏิเสธการสมัครงาน หรือการถูกปฏิเสธสิทธิในการซื้อและครอบครองทรัพย์สิน

## 2.2.2 รูปแบบของตราบาปเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจ

อาจสามารถจำแนกรูปแบบของตราบาปเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจได้ตามแหล่งที่มาของอิทธิพลต่อการเกิดตราบาปนั้น ๆ โดยแบ่งออกเป็นตราบาปที่ได้รับอิทธิพลมาจากภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ ตราบาปจากสังคม (public stigma) ตราบาปจากบุคคลใกล้ชิด (personal stigma) และตราบาปที่ได้รับอิทธิพลจากภายในของตัวบุคคล ได้แก่ ตราบาปจากตนเอง (self-stigma) (Ludwikowski et al., 2009) โดยมีรายละเอียดของแต่ละด้านดังนี้

### 1) ตราบาปจากสังคม (public stigma)

หมายถึง ตราบาปที่เกิดจากความเชื่อหรือการรับรู้ในระดับสังคมหรือกลุ่มวัฒนธรรมที่บุคคลเป็นสมาชิก ซึ่งอาจมีมุมมอง ทักษะคติ และความเชื่อต่อผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจไปในทางหนึ่ง ผ่านการรับรู้ภาพเหมารวมที่มีต่อกลุ่มอาการความเจ็บป่วยทางจิตใจบางอย่าง ซึ่งอาจถูกสะท้อนให้เห็นและมีการผลิตซ้ำผ่านการนำเสนอบทบาทของผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจที่เห็นได้จากสื่อต่าง ๆ เช่น การนำเสนอข่าว นวนิยาย หรือภาพยนตร์ โดยสังคมมักมีความเชื่อและความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนต่อผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจ ในงานศึกษาของ Corrigan และ Watson (2002) ได้สรุปความเชื่อที่คลาดเคลื่อนนี้ จากงานวิจัยอื่น ๆ ที่ทำการทบทวนวรรณกรรมไว้เป็น 3 ข้อ ได้แก่

(1) ความกลัวและการแบ่งแยก (fear and exclusion) โดยสังคมมักมีความเชื่อว่าผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจในระดับที่รุนแรง เป็นบุคคลที่น่ากลัว จึงควรถูกแยกให้ห่างจากสังคมส่วนรวม

(2) การจำกัดสิทธิในการตัดสินใจ (authoritarianism) โดยสังคมมักมีความเชื่อว่าผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจในระดับที่รุนแรง เป็นบุคคลที่ขาดความรับผิดชอบ จึงควรให้ผู้อื่นตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ในชีวิตให้

(3) ความเห็นอกเห็นใจ (benevolence) โดยสังคมมักมีความเชื่อว่าผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจในระดับที่รุนแรง เป็นเหมือนกับเด็กเล็ก ๆ ที่ควรได้รับการดูแลจากผู้อื่น

ความเชื่อที่คลาดเคลื่อนไปเหล่านี้ก่อให้เกิดเป็นภาพเหมารวมและอคติต่อกลุ่มอาการความเจ็บป่วยทางจิตใจ และอาจนำไปสู่การแบ่งแยก หรือเลือกปฏิบัติต่อผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจบางกลุ่มอาการดังกล่าวได้ (Rüsch et al., 2014) นอกจากนั้นแล้วตราบาปจากสังคมอาจมีความเข้มข้นหรือจำเพาะต่อแต่ละกลุ่มอาการความเจ็บป่วยทางจิตใจที่แตกต่างกันไปได้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่

เกี่ยวข้องเช่น ปัจจัยที่ก่อให้เกิดกลุ่มอาการ ความเชื่อทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อกลุ่มอาการ ความสามารถของบุคคลในการควบคุมอาการ และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากกลุ่มอาการนั้น (Mak et al., 2014)

## 2) ตราบาปจากบุคคลใกล้ชิด (personal stigma)

หมายถึง มุมมองทัศนคติ และความเชื่อต่ออาการหรือต่อผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจ ของบุคคลว่าคนใกล้ชิด เช่น เพื่อน หรือสมาชิกในครอบครัว ที่บุคคลรับรู้ ซึ่งอาจเหมือนหรือแตกต่างจากความเชื่อที่บุคคลรับรู้จากระดับสังคมได้ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์เฉพาะของบุคคลนั้น ๆ เอง โดยหากบุคคลประเมินหรือคาดการณ์ว่าคนใกล้ชิดของตนมีความเชื่อหรือทัศนคติในทางลบต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจแล้ว บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะไม่เปิดเผยเรื่องราวและปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจของตนเองกับคนใกล้ชิดเหล่านั้น (Rüsch et al., 2005) ไปจนถึงมีแนวโน้มที่บุคคลจะไม่แสวงหาความช่วยเหลือทางจิตใจจากแหล่งอื่น ๆ เช่น นักจิตวิทยา จิตแพทย์ ในอนาคตอีกด้วย

ในงานศึกษาของ Vogel และคณะ (2007) ที่ศึกษาถึงอิทธิพลของกลุ่มสังคมของบุคคลที่มีต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา พบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่ถูกแนะนำให้แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดและกลุ่มตัวอย่างที่มีบุคคลใกล้ชิดเคยแสวงหาความช่วยเหลือมาก่อน มีแนวโน้มที่จะมีเจตคติในทางบวกต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา มีความเชื่อในทางบวกต่อผลลัพธ์จากการเข้าพบนักจิตบำบัด และมีความคาดหวังว่าบุคคลใกล้ชิดของตนจะยอมรับการแสวงหาความช่วยเหลือดังกล่าว นอกจากนี้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีบุคคลใกล้ชิดเคยแสวงหาความช่วยเหลือมาก่อน ยังมีแนวโน้มที่จะมีเจตจำนงต่อการแสวงหาความช่วยเหลือในทางบวกอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับในงานวิจัยของ Boyd และคณะ (2010) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจและมุมมองที่บุคคลมีต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ ผ่านการเก็บข้อมูลและให้ผู้ร่วมวิจัยประเมินอาการความเจ็บป่วยทางจิตใจของตัวละครสมมติ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ครอบครัว เพื่อน หรือตนเองเคยมีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตใจมาก่อน มีแนวโน้มที่จะไม่กล่าวโทษ มีอารมณ์โกรธต่อผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจน้อยกว่า และมีการรักษาระยะห่างทางสังคมน้อยกว่า รวมถึงมีการประเมินว่าความเจ็บป่วยทางจิตใจของตัวละครสมมติที่มีความรุนแรงกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมีบุคคลใกล้ชิดมีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตใจ

### 3) ตราบาปจากตนเอง (self-stigma)

ตราบาปจากตนเอง เป็นตราบาปที่เกิดจากกระบวนการภายในของตัวบุคคล ในการนำเอา ภาพเหมารวม อคติ และการแบ่งแยกที่ตนรับรู้ว่ามีต่อตราบาปนั้น เข้ามามีอิทธิพลต่อความเชื่อ และมุมมองของตนเอง โดยที่ตราบาปจากตนเองนี้ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคลผ่านการรับรู้ตราบาป (perceived stigma) หมายถึง ความเชื่อและเจตคติ ที่บุคคลเชื่อว่าผู้คนส่วนมากในสังคมมีต่อผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจ และประสบการณ์ในการถูกตีตรา (experienced stigma) หมายถึง ประสบการณ์โดยตรงที่บุคคลถูกเลือกปฏิบัติหรือกีดกันบางอย่าง เนื่องมาจากการมีความเจ็บป่วยทางจิตใจของตน (Brohan et al., 2010) โดยหากบุคคลเคยมีประสบการณ์ในการถูกตีตรา และเลือกปฏิบัติจากสังคมหรือบุคคลรอบข้างแล้ว บุคคลมีแนวโน้มที่จะมีความเห็นด้วยต่อภาพเหมารวม (stereotype endorsement) ที่มีต่ออาการความเจ็บป่วยทางจิตใจเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลในทางลบต่อมุมมองที่มีต่อตนเอง (self-concept) ทำให้บุคคลเลือกที่จะปลีกตัวหรือหลีกเลี่ยงจากการเข้าสังคม (isolation-withdrawal) ซึ่งอาจส่งผลให้อาการความเจ็บป่วยทางจิตใจที่มีอยู่แย่ลงอีกด้วย (Drapalski et al., 2013)

Corrigan, Rafacz, และ Rüsche (2011) ได้พัฒนาโมเดลเพื่ออธิบายพัฒนาการของตราบาปจากตนเองไว้ โดยแบ่งออกเป็น 2 ช่วงคือ 1) ช่วงรับรู้และเห็นด้วย (aware and agree) โดยเชื่อว่าบุคคลจะเรียนรู้เกี่ยวกับความเชื่อที่สังคมวัฒนธรรมของตนเองมีต่อภาพเหมารวมเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจ และนำความเชื่อนั้นมาผ่านกระบวนการทางความคิดและการให้คุณค่าของตนเองว่าจะมีความเชื่อมากน้อยเพียงใดต่อภาพเหมารวมดังกล่าว และ 2) ช่วงการนำมาใช้กับตนเองและผลกระทบ (self-apply and harm) เกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลรับรู้หรือถูกวินิจฉัยว่ามีความเจ็บป่วยทางจิตใจบางอย่าง และได้นำภาพเหมารวมเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจนั้นมาใช้กับตนเอง ซึ่งอาจทำให้เกิดผลกระทบในทางลบต่อการใช้ชีวิตของตัวบุคคลเอง

ตราบาปในตนเองที่เกิดขึ้นนี้มีอิทธิพลในทางลบต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ไปจนถึงการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ในการดำเนินชีวิตและการทำงาน (Rüsche et al., 2014) และเป็นอุปสรรคที่ขัดขวางการบรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคล โดยการเห็นคุณค่าในตนเองที่ลดลง มีผลให้บุคคลประเมินตนเองว่าไม่มีคุณค่าเพียงพอที่จะได้รับโอกาสต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิต และในขณะเดียวกัน การรับรู้ความสามารถของตนเองที่ลดลง ก็มีผลต่อความพยายามของบุคคล

ที่จะดำเนินชีวิตตามเป้าหมายและสิ่งที่ดีให้คุณค่า (Corrigan & Rao, 2012) นอกจากนี้ยังพบว่าในสังคมที่มีวัฒนธรรมแบบคณาธิปไตย (collectivistic cultures) บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะมีการรับอิทธิพลจากภายนอกเข้าไปภายในตนเอง (internalize) และเกิดเป็นตราบาปจากตนเองที่มากกว่าสังคมที่มีวัฒนธรรมแบบปัจเจกนิยม (individualistic cultures) อีกด้วย (Ben et al., 2021)

ทั้งนี้แม้ว่าตราบาปจากสังคม ตราบาปจากบุคคลใกล้ชิด และตราบาปจากตนเอง จะมีความแตกต่างกันในส่วนองแหล่งที่มาของอิทธิพลของตราบาปดังกล่าวก็ตาม ยังพบว่าตราบาปทั้งสามด้านนี้มีความสัมพันธ์ระหว่างกันด้วย โดย Ritscher และคณะ (2003) ได้อธิบายว่าปัจจัยจากภายนอก คือตราบาปจากสังคมและตราบาปจากบุคคลใกล้ชิด จะมีอิทธิพลต่อความเชื่อและภาพเหมารวมเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจของบุคคลผ่านกระบวนการรับเข้าสู่ตนเอง (internalization) และทำให้เกิดเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลคือ ตราบาปจากตนเองต่อไปได้ ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบในหลายงานวิจัยที่พบว่า ตราบาปจากสังคมและตราบาปจากบุคคลใกล้ชิดมีอิทธิพลในทางบวกต่อตราบาปจากตนเอง รวมทั้งยังพบด้วยว่า ตราบาปจากสังคมและตราบาปจากบุคคลใกล้ชิดมีอิทธิพลในทางลบต่อเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา โดยมีตราบาปจากตนเองเป็นตัวแปรส่งผ่านอย่างมีนัยสำคัญ (Choi & Miller, 2004; Ludwikowski et al., 2009; Vogel et al., 2010) ซึ่งข้อค้นพบเหล่านี้ยังสอดคล้องกับในงานของ ธนวัต ปุณยภนิก (2553) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มนิสิต-นักศึกษาในประเทศไทยอีกด้วย

แต่อย่างไรก็ตาม ตราบาปจากสังคม ตราบาปจากบุคคลใกล้ชิด และตราบาปจากตนเอง ยังคงมีอิทธิพลต่อความเชื่อและภาพเหมารวมเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยเฉพาะของบุคคล เช่น ปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม โดยในงานของ Choi และ Miller (2014) ที่พบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างบุคคลที่ยึดคุณค่าวัฒนธรรมแบบเอเชีย (Asian cultural values) และบุคคลที่ยึดคุณค่าวัฒนธรรมแบบยุโรป-อเมริกัน (European American cultural values) โดยในกลุ่มที่ยึดคุณค่าวัฒนธรรมแบบเอเชีย มีแนวโน้มที่จะมีระดับตราบาปจากสังคมและตราบาปจากบุคคลใกล้ชิดที่สูงกว่า หรือปัจจัยทางด้านอายุ โดยใน Nearchou และคณะ (2018) ที่พบว่าในช่วงวัยรุ่น ตราบาปจากสังคมมีอิทธิพลมากกว่าตราบาปจากตนเองในการทำนายเจตจำนงในการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา และในงานของ Mackenzie และคณะ (2019) ที่พบว่ากลุ่มผู้สูงวัยมีแนวโน้มที่จะมีระดับตราบาปจากสังคมและตราบาปจากตนเองที่น้อยกว่าช่วงวัยผู้ใหญ่ และยังพบว่าช่วงอายุ เป็นตัวแปรกำกับอิทธิพลของตราบาปจากสังคมและตราบาปจากตนเอง ที่มีต่อเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาอีกด้วย



เมื่อคำนึงถึงความสัมพันธ์และความแตกต่างของตราบาปเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจแต่ ละด้านแล้ว การศึกษาวิจัยจึงควรมีการจำแนกและให้ความสำคัญกับทั้งตราบาปจากสังคม ตราบาป จากบุคคลใกล้เคียง และตราบาปจากตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างรอบด้านถึง อิทธิพลของตราบาปเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจแต่ละด้านที่มีต่อตัวบุคคล รวมถึงตัวแปรอื่น ๆ ที่ ทำการศึกษาต่อไป

### 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตราบาปเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจ

Lally และคณะ (2013) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตราบาปเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ทางจิตใจและเจตจำนงในการแสวงหาความช่วยเหลือในกลุ่มนักศึกษา โดยจากการวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่าผู้ที่มีตราบาปจากตนเองสูงมีแนวโน้มที่จะมีเจตจำนงที่จะไม่แสวงหาความช่วยเหลือในอนาคต มากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การรับรู้ตราบาปทางสังคม (perceived public stigma) นั้น ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับเจตจำนงในการแสวงหาความช่วยเหลือ นอกจากนี้แล้วจากกลุ่มตัวอย่าง ในงานวิจัยนี้ยังพบว่า บุคคลที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี, ไม่เคยมีประวัติในการเข้ารับบริการเกี่ยวกับความ เจ็บป่วยทางจิตใจ, และไม่มีความรู้จักกับผู้ที่เคยมีประวัติในการเข้ารับบริการเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ทางจิตใจ จะมีแนวโน้มที่จะมีระดับตราบาปในตนเองที่สูงกว่าอีกด้วย

ในงานวิจัยของ Mendoza, Masuda, และ Swartout (2015) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างตราบาปเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจ การปกปิดตนเอง (self-concealment) และเจตคติ ต่อการแสวงหาความช่วยเหลือ (help-seeking attitudes) ในกลุ่มนักศึกษา พบความสัมพันธ์ ระหว่างตราบาปเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจกับเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือและ องค์กรประกอบย่อย ได้แก่ การรับรู้ความต้องการ (recognition of need) ความอดทนต่อตราบาป (stigma tolerance) และการเปิดเผยตนเองต่อผู้อื่น (interpersonal openness) อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ส่วนตัวแปรการปกปิดตนเองนั้น มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความอดทนต่อ ตราบาป และการเปิดเผยตนเองต่อผู้อื่น

Oexle และคณะ (2018) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของตราบาป เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจ และแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย (suicidality) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะ ความเจ็บป่วยทางจิตใจ โดยจากการวิเคราะห์ในขั้นต้นพบว่า องค์ประกอบของตราบาปเกี่ยวกับความ เจ็บป่วยทางจิตใจในทุกด้านนั้น มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย และเมื่อ

ใช้วิธีการวิเคราะห์เส้นทาง (path analysis) เพื่อสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของตราบาบเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจ พบว่าตราบาบจากสังคม (public stigma) ซึ่งประกอบไปด้วย 2 องค์ประกอบย่อย คือ การมีประสบการณ์ในการถูกเลือกปฏิบัติ (experienced discrimination) และการรับรู้ตราบาบ (perceived stigma) มีอิทธิพลในการทำนายตราบาบส่วนบุคคล (individual stigma) ซึ่งประกอบไปด้วยอีก 2 องค์ประกอบย่อย คือ ตราบาบที่คาดการณ์ (anticipated stigma) และตราบาบจากตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่าตราบาบทางสังคม มีอิทธิพลต่อแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย โดยมีตราบาบส่วนบุคคลเป็นตัวแปรส่งผ่านอิทธิพลทั้งหมด อย่างมีนัยสำคัญ

### 3. ความเมตตากรุณาต่อตนเอง (self-compassion)

#### 3.1 นิยามและขอบเขต

Neff (2003) ได้ให้นิยามความเมตตากรุณา (compassion) หมายถึงกระบวนการที่บุคคลสัมผัสถึงความทุกข์ของผู้อื่น เปิดการรับรู้ถึงความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น ไม่หลีกเลี่ยงหรือพาตัวเองออกห่างจากความรู้สึกดังกล่าว และยังรวมไปถึงการให้ความเข้าใจอย่างไม่ตัดสินแก่ผู้อื่นที่อาจประสบกับความล้มเหลวหรือการกระทำที่ผิดพลาด ดังนั้น ความเมตตากรุณาต่อตนเอง (self-compassion) จึงหมายถึงการที่บุคคลเปิดการรับรู้ถึงความทุกข์ของตนเอง ไม่หลีกเลี่ยงหรือหลีกเลี่ยงจากความทุกข์ที่เกิดขึ้น รวมถึงมีความปรารถนาที่จะหาแนวทางให้ความทุกข์นั้นบรรเทาออกไป และเยียวยาตนเองด้วยความอ่อนโยน

Gilbert (2014) ได้ให้นิยามของความเมตตากรุณาต่อตนเองไว้ว่า การที่บุคคลสามารถมอบความรู้สึกสงบ ปลอดภัย เพียงพอที่จะมีส่วนร่วมรับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อตนเอง และแสวงหาแนวทางในการบรรเทาความรู้สึกทุกข์ให้แก่ตนเองได้เมื่อเผชิญต่อความทุกข์ยาก

Feldman และ Kuyken (2011) ได้ให้นิยามความเมตตากรุณาต่อตนเองไว้ว่า เป็นกระบวนการภายในของบุคคลจิตใจที่จะรับรู้ถึงความเจ็บปวด และความเป็นสากลของความเจ็บปวดนั้นในประสบการณ์ของมนุษย์ รวมถึงศักยภาพที่บุคคลจะเผชิญหน้ากับความเจ็บปวดนั้นได้อย่างมีเมตตา มีความเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก มีจิตใจที่สงบมั่นคง และมีความอดทนต่อประสบการณ์ดังกล่าวที่เกิดขึ้นกับตนเอง

Jinpa (2015) ได้ให้นิยามความเมตตากรุณาไว้ว่า เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นตอบสนองต่อความเป็นจริงอันหลีกเลี่ยงไม่ได้ของมนุษย์ คือความเจ็บปวดและความโศกเศร้า เป็นความรู้สึกเป็นกังวลเมื่อเราต้องเผชิญหน้ากับความทุกข์ของผู้อื่น และมีความรู้สึกมุ่งมั่นที่จะบรรเทาให้ความทุกข์นั้นหายไป

Goldin และ Jazaieri (2017) ได้อธิบายถึงความเมตตากรุณาว่าประกอบไปด้วย 1) การมีการตระหนักรู้ต่อความทุกข์ 2) ความรู้สึกใส่ใจและดูแล 3) ความปรารถนาอย่างจริงใจที่จะบรรเทาความทุกข์ และ 4) ความพร้อมที่จะลงมือกระทำ เพื่อให้ความทุกข์นั้นบรรเทาลง

ความเมตตากรุณาต่อตนเอง หมายถึง การตระหนักรู้ถึงความล้มเหลว ความผิดพลาด และประสบการณ์ทางลบของตนเองด้วยความเข้าใจและเมตตา สามารถให้อภัยตนเองโดยไม่หลีกเลี่ยงปฏิเสธ หรือตัดสินคุณค่าของตนเองจากประสบการณ์ทางลบนั้น และมีความเข้าใจว่าสิ่งที่ตนพบเจอเป็นเรื่องทั่วไปของมนุษย์ที่เกิดขึ้นได้ (อิริวัฒน์ ยิ่งสูง, 2562)

สำหรับในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยให้นิยามความเมตตากรุณาต่อตนเองว่า หมายถึง การมองเห็นคุณค่าและให้ความเมตตากรุณาต่อตนเองเมื่อต้องเผชิญกับประสบการณ์ที่กระทบต่อตัวบุคคลและก่อให้เกิดความรู้สึกทางด้านลบต่าง ๆ ผ่านการไม่ประเมินหรือตัดสินคุณค่าของตนเอง รวมไปถึงการมองตนเองในฐานะของมนุษย์คนหนึ่งซึ่งอาจประสบกับความผิดพลาด หรือมีความไม่สมบูรณ์พร้อมในตนเองอยู่เป็นธรรมชาติ และสามารถให้ความยอมรับและเข้าใจในตนเองและธรรมชาติของมนุษย์ที่เป็นเช่นนั้นได้

### 3.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความเมตตากรุณาต่อตนเอง

#### 3.2.1 แนวคิดความเมตตากรุณาต่อตนเองของ Neff

Neff (2003) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับความเมตตากรุณาต่อตนเองไว้ว่า อาจสามารถแบ่งแยกองค์ประกอบได้ออกเป็น 3 ด้าน ที่มีอิทธิพลร่วมกันในการก่อให้เกิดความเมตตากรุณาต่อตนเองภายในตัวของบุคคล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การอ่อนโยนต่อตนเอง (self-kindness) หมายถึง การที่บุคคลมอบความอ่อนโยน (kindness) และความเข้าใจ (understanding) ให้กับตนเอง แทนที่การตัดสินตนเองอย่างรุนแรง (harsh judgement) หรือการตำหนิตนเอง (self-criticism) เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบต่อตนเองจนก่อให้เกิดความทุกข์ขึ้น

2) ความเป็นสามัญของมนุษย์ (common humanity) หมายถึง การรับรู้และเข้าใจว่า ประสบการณ์ความทุกข์ที่ตนเองพบเจอเป็นประสบการณ์ที่มนุษย์ส่วนมากล้วนเคยพบเจอมาก่อนทั้งสิ้น เป็นธรรมชาติที่บุคคลอาจจะต้องพบเจอกับความทุกข์ต่าง ๆ ในช่วงชีวิต แทนการมองว่า ประสบการณ์ความทุกข์ของตนเองนั้นเป็นสิ่งที่แปลกแยก (separating) หรือโดดเดี่ยว (isolating) มีเพียงตนเองที่ประสบพบเจอเท่านั้น

3) การมีสติ (mindfulness) หมายถึง การตระหนักรู้ถึงความคิดและความรู้สึกเจ็บปวดอย่างเป็นกลาง ไม่ประเมินหรือตัดสินสิ่งนั้นเกินกว่าที่เป็นจริง (over-identification) โดยเมื่อบุคคลมีสติตระหนักรู้ ความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์จะมีอิทธิพลต่อการรับรู้และประเมินตนเองลดน้อยลง และมองถึงสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างสอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น

Neff (2011) ได้ให้คำอธิบายเปรียบเทียบระหว่างความเมตตากรุณาต่อตนเองและการเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) โดยกล่าวว่า แม้ทั้งสองตัวแปรทางจิตวิทยาจะเป็นมีลักษณะพื้นฐานที่คล้ายกัน คือ การเป็นปัจจัยสำคัญต่อการยอมรับตนเองในทางบวก (positive self-regard) มีผลให้บุคคลมีความอ่อนโยนกับตนเอง มองเห็นตนเองเป็นส่วนหนึ่งของภาพรวมที่ใหญ่กว่า ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า ปลอดภัย ได้รับการยอมรับและมั่นคง แต่อย่างไรก็ตาม ความเมตตากรุณาต่อตนเองมีแนวโน้มที่จะทำให้บุคคลลดช่องว่างระหว่างตนเองและผู้อื่นลง และนำความรู้สึกอ่อนโยน ใส่ใจที่มักจะมีให้กับผู้อื่น วนกลับเข้ามามอบให้กับตนเองได้ รวมถึงการเป็นปัจจัยที่อาจเข้ามาดูแลตัวบุคคลได้หากเผชิญกับประสบการณ์ที่ผิดพลาด รู้สึกน่าอาย หรือเผชิญกับความไม่สมบูรณ์แบบของชีวิต นอกจากนี้ Neff และ Pommier (2013) ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างความเมตตากรุณาต่อตนเองกับการมีความเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ (compassion for humanity) การห่วงใยอย่างร่วมรู้สึก (empathic concern) และการเห็นแก่ประโยชน์ส่วนร่วม (altruism) อีกด้วย

### 3.2.2 แนวคิดความเมตตากรุณาต่อตนเองของ Gilbert

Gilbert (2014) ได้อธิบายถึงความเป็นมาและลักษณะของการบำบัดแบบมุ่งเน้นความเมตตากรุณา (compassion focused therapy: CFT) ไว้ โดย Gilbert ได้กล่าวถึงองค์ประกอบพื้นฐานในกระบวนการพัฒนาความเมตตากรุณาต่อตนเองในตัวบุคคลไว้สององค์ประกอบหลักด้วยกัน ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมกับความทุกข์ (engagement with suffering) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในตัวของบุคคล แบ่งออกเป็น 6 องค์ประกอบย่อยได้แก่ 1) การใส่ใจที่จะเผชิญและไม่หลีกเลี่ยงจากความทุกข์ (care for well-being) 2) ความอ่อนไหวที่จะรับรู้ถึงความทุกข์ (sensitivity) 3) ความสามารถที่จะตอบสนองต่อความรู้สึกที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม (sympathy) 4) ความอดทนต่อความรู้สึกที่เกิดจากความทุกข์ (tolerance) 5) ความเข้าใจในความรู้สึกและประสบการณ์ของตนเอง (empathy) และ 6) การยอมรับและไม่ตัดสินความทุกข์ที่เกิดขึ้น (non-judgement) ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 6 นี้ล้วนมีความเกี่ยวเนื่องกัน หากขาดด้านใดไปแล้วกระบวนการภายในตัวบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความเมตตากรุณาในตนเองติดขัดหรือเป็นอุปสรรคต่อการรับมือต่อความทุกข์อย่างเหมาะสมได้

2. การบรรเทาและป้องกันความทุกข์ (alleviation/prevention of suffering) เป็นทักษะแนวทางในการตอบสนองต่อความทุกข์ของบุคคล แบ่งออกเป็น 6 องค์ประกอบย่อยได้แก่ 1) การสนใจที่จะพัฒนา เรียนรู้สิ่งที่เป็นประโยชน์ (attention) 2) การใช้เหตุผลอย่างเป็นประโยชน์ต่อการประเมินและรับรู้ความทุกข์ (reasoning) 3) การมีพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาความเมตตากรุณาต่อตนเอง (behavior) 4) การยอมรับให้ตนเองเกิดอารมณ์ที่เหมาะสมได้ (feeling) 5) การใช้จินตภาพและการฝึกสมาธิเพื่อกระตุ้นความรู้สึก (imagery) และ 6) การฝึกประสาทสัมผัสทางร่างกาย (sensory) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้บุคคลมีความพร้อมที่จะค้นพบ เรียนรู้ ฝึกฝน และพัฒนาทักษะเหล่านี้ เพื่อนำไปสู่การลงมือปฏิบัติเพื่อบรรเทาความทุกข์นั้น

เป้าหมายของกระบวนการบำบัดแบบมุ่งเน้นความเมตตากรุณาคือการทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดรับรู้ถึงความรู้สึกปลอดภัยในปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น สามารถอดทนและรู้สึกปลอดภัยถึงเรื่องราวที่สำรวจร่วมกันในระหว่างกระบวนการ และพัฒนาให้เกิดความเมตตากรุณาต่อตนเองขึ้นมาแทนที่การตำหนิตนเอง (self-criticism) (Gilbert, 2009) โดยในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การบำบัดแบบมุ่งเน้นความเมตตากรุณามีประสิทธิภาพในการเพิ่มความเมตตากรุณาต่อตนเองรวมถึงตัวแปรจิตวิทยาเชิงบวกอื่น ๆ เช่น ความมั่นใจในตนเอง สติ การยอมรับ ซึ่งนำไปสู่การลดตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางจิตใจต่าง ๆ เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ความรู้สึกล้าชื่อย ของบุคคลได้ (Craig et al., 2020)

### 3.2.3 แนวคิดความเมตตาตากรุณาต่อตนเองโปรแกรมฝึกฝนเพื่อพัฒนาความเมตตาตากรุณา

โปรแกรมการฝึกฝนเพื่อพัฒนาความเมตตาตากรุณา (compassion cultivation training Program: CCT) ถูกพัฒนาโดย Jinpa โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาให้บุคคลมีความตระหนักรู้และเข้าใจถึงอิทธิพลของความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเอง ผ่านกระบวนการฝึกฝนสมาธิ (Jinpa, 2015) โดยในงานเขียนเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกฝนเพื่อพัฒนาความเมตตาตากรุณาของ Goldin และ Jazaieri (2017) ได้มีการอธิบายถึงความเมตตาตากรุณาไว้ว่าประกอบไปด้วยปฏิสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการความคิด ความรู้สึก เจตนา และแรงผลักดันภายในตัวของบุคคลที่จะทำความเข้าใจและบรรเทาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ขึ้นแก่ตนเอง ผู้อื่น รวมถึงสังคมต่อไป โดยมีรายละเอียดของทั้ง 4 องค์ประกอบดังนี้

1) การมีการตระหนักรู้ต่อความทุกข์ (awareness of suffering) ซึ่งหมายถึงองค์ประกอบทางความคิดภายในตัวบุคคลที่สามารถจะมุ่งความสนใจไปสู่ผู้อื่น รับรู้ผ่านมุมมองของผู้อื่น ตระหนักถึงความทุกข์ที่ผู้อื่นกำลังเผชิญ และสามารถที่จะมุ่งความสนใจของตนให้อยู่กับความทุกข์นั้นอย่างไม่ตัดสิน

2) ความรู้สึกใส่ใจและดูแล (caring and tender concern) หมายถึงองค์ประกอบทางความรู้สึกของบุคคลที่สามารถรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้อื่น สะท้อนความรู้สึกนั้นเข้ามาภายในตนเองได้ และมีความใส่ใจอย่างร่วมรู้สึกต่ออารมณ์ความรู้สึกนั้น

3) ความปรารถนาอย่างจริงใจที่จะบรรเทาความทุกข์ (genuine wish to see the relief of that suffering) หมายถึงองค์ประกอบทางด้านเจตนาของบุคคล ที่ต้องการจะทำให้เกิดซึ่งความเปลี่ยนแปลงต่อปัจจัยและเงื่อนไขที่ก่อให้เกิดความทุกข์ขึ้น

4) ความพร้อมที่จะลงมือกระทำ (readiness to take action) หมายถึงองค์ประกอบทางพฤติกรรมของบุคคล ที่จะลงมือกระทำการบางอย่างให้ความทุกข์นั้นบรรเทาลงหรือหมดไป

ในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกฝนเพื่อพัฒนาความเมตตาตากรุณา มีความเมตตาตากรุณาต่อตนเอง ความเมตตาตากรุณาต่อผู้อื่น และการรับรู้ความเมตตาตากรุณาต่อผู้อื่น ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังเข้าร่วมโปรแกรม (Jazaieri et al., 2013) รวมถึงยังพบว่ามีผู้เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกฝนเพื่อพัฒนาความเมตตาตากรุณา มีระดับความวิตกกังวลลดลง มีความรู้สึกสงบเพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มที่จะยอมรับประสบการณ์ทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันอย่างที่เป็นจริง ไม่

พยายามที่จะปรับให้เกิดความเปลี่ยนแปลง หรือคงไว้ซึ่งภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นนั้นอีกด้วย (Jazaieri et al., 2018)

### 3.2.4 แนวคิดความเมตตากรุณาต่อตนเองในกระบวนการฝึกสมาธิแผ่เมตตา

กระบวนการฝึกสมาธิแผ่เมตตา (compassion meditation) ของ Pace และคณะ (2009) เป็นรูปแบบการฝึกเพื่อพัฒนาให้บุคคลเกิดความเมตตากรุณาต่อตนเองและผู้อื่น โดยมีพื้นฐานอยู่บนกระบวนการฝึกสติ สมาธิในพุทธศาสนาของทิเบตที่เรียกว่า *lojong* โดยได้ Pace และคณะ (2009) นำแนวคิดดังกล่าวมาเป็นพื้นฐาน โดยในกระบวนการฝึกสมาธิแผ่เมตตาสามารถแบ่งได้เป็น 2 ส่วนด้วยกันได้แก่

1) การฝึกให้บุคคลมีพื้นฐานของสมาธิและความมั่นคงทางจิตใจ ผ่านการฝึกฝนสมถะและวิปัสสนา (Shamatha and Vipassana) โดยมีการใช้การสังเกตลมหายใจเพื่อให้เกิดสมาธิ สังเกตความคิดและประสาทสัมผัสทางร่างกายที่เกิดขึ้นระหว่างกระบวนการฝึก รวมถึงการสำรวจและทำความเข้าใจอย่างไม่ตัดสินต่อความปรารถนาที่จะแสวงหาความสุขและหลีกเลี่ยงความทุกข์อันเป็นธรรมชาติของมนุษย์

2) การแผ่ขยายสมาธิที่เกิดขึ้นภายในตนเองไปสู่การสังเกตความคิด ความรู้สึกที่บุคคลมีต่อผู้อื่นทั้งญาติมิตรหรือคนแปลกหน้าที่พบเจอในชีวิตประจำวัน สังเกตถึงความเปลี่ยนแปลงไม่คงที่ของความคิดความรู้สึกดังกล่าว รับรู้ถึงการตอบสนองทางอารมณ์ที่มีต่อผู้อื่นนั้นว่า ไม่ใช่ภาพสะท้อนความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเสมอไป สะท้อนถึงผลกระทบทางลบที่เกิดขึ้นจากความเห็นแก่ตัว (selfishness) และการยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง (self-centered attitude) รวมถึงผลกระทบทางบวกที่เกิดจากการคำนึงถึงความเป็นอยู่ของผู้อื่น (welfare of others)

โดยในงานศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า กระบวนการฝึกสมาธิแผ่เมตตามีอิทธิพลในการช่วยให้บุคคลที่ฝึกมีอาการทางบวกเพิ่มขึ้น มีอารมณ์ทางลบลดลง รวมถึงช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเผชิญกับความทุกข์ของบุคคลอีกด้วย (Hofmann et al., 2011) ซึ่งกระบวนการฝึกสมาธิแผ่เมตตาเป็นแนวทางหนึ่งที่เป็นเหมือนการสร้างภูมิคุ้มกันต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจขึ้นภายในตัวบุคคล ผ่านความเข้าใจในอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกที่มีต่อทั้งตนเองและผู้อื่น

### 3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเมตตาตากรุณาต่อตนเอง

Heath, Brenner, Lannin, และ Vogel (2018) ได้ทำการวิจัยในกลุ่มนักศึกษา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเมตตาตากรุณาต่อตนเอง ที่มีต่อตราบาปเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา โดยผลการวิเคราะห์พบว่า เมื่อพิจารณาในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการรับรู้ตราบาปทางสังคม (perceived public stigma) ที่สูงนั้น ผู้ที่มีระดับความเมตตาตากรุณาต่อตนเองที่สูงกว่าจะมีระดับของตราบาปต่อตนเองที่คาดการณ์ (anticipated self-stigma) ที่ต่ำกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีระดับความเมตตาตากรุณาต่อตนเองที่ต่ำกว่า

Dschaak และคณะ (2021) ได้ทำการศึกษาบทบาทของความเมตตาตากรุณาต่อตนเอง และความเย็นชาต่อตนเอง (self-coldness) ที่มีต่อเจตจำนงในการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาจากผู้เชี่ยวชาญ (professional help-seeking intention) ในกลุ่มนักศึกษา โดยจากการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่าในกลุ่มนักศึกษาที่ยังไม่เคยแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยามาก่อน ผู้ที่มีระดับความเมตตาตากรุณาต่อตนเองที่สูงกว่า จะมีเจตจำนงในการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาจากผู้เชี่ยวชาญที่มากกว่า และในทางตรงกันข้ามผู้ที่มีความเย็นชาต่อตนเองในระดับที่สูงกว่า จะมีเจตจำนงในการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาจากผู้เชี่ยวชาญที่น้อยกว่า นอกจากนี้ ยังพบตัวแปรอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับเจตจำนงต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา เช่น การรับรู้ประสิทธิภาพของบริการทางสุขภาพจิต (perceived mental healthcare effectiveness) ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจ (knowledge of mental illness) การปกปิดตนเอง (self-concealment) และ ตราบาปต่อตนเองเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือ (personal stigma of seeking help) อีกด้วย

Krieger และคณะ (2013) ได้ทำการศึกษาบทบาทของความเมตตาตากรุณาต่อตนเองที่มีต่ออาการของภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยจากการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มีแนวโน้มที่จะมีระดับของความเมตตาตากรุณาต่อตนเองน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้มีภาวะซึมเศร้า และเมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์กับอาการของภาวะซึมเศร้าแล้ว ความเมตตาตากรุณาต่อตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการของภาวะซึมเศร้า (depressive symptoms) และพฤติกรรมหลีกเลี่ยง (avoidant functioning) ซึ่งประกอบด้วย



การครุ่นคิดเกี่ยวกับอาการ (symptom-focused Rumination) และการหลีกเลี่ยงทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive and behavioral avoidance)

งานวิจัยเชิงคุณภาพของ Pauley และ McPherson (2010) ที่ทำการศึกษาประสบการณ์และความหมายของความเมตตาและความเมตตากรุณาต่อตนเองในกลุ่มผู้ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าหรือวิตกกังวล โดยทำการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยจากการสรุปบทสัมภาษณ์ได้รายงานถึงความเมตตากรุณาต่อตนเองไว้ว่า น่าจะเป็นปัจจัยที่มีประโยชน์ต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจของตนเอง โดยผู้ร่วมวิจัยระบุว่า การมีความเมตตากรุณาต่อตนเองจะช่วยให้ตนมีความตระหนักรู้และมองเห็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้สอดคล้องต่อความเป็นจริงมากขึ้น ช่วยให้เรียนรู้และให้อภัยต่อความผิดพลาด และยอมรับตนเองอย่างที่เป็นได้ แต่ในขณะเดียวกันก็ได้รายงานว่าความคิดและมุมมองที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยทางจิตใจที่ตนเองมีอยู่นั้น เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาให้เกิดความเมตตากรุณาต่อตนเองอีกด้วย

Kim และ Ko (2018) ได้ทำการศึกษาอิทธิพลของความเมตตากรุณาต่อตนเองที่มีต่อสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ ในกลุ่มผู้สูงวัย โดยผลจากการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า ความเมตตากรุณาต่อตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบต่อตัวแปรทางลบ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (depression) ภาวะวิตกกังวล (anxiety) และภาวะการนอนผิดปกติ (sleep disturbance) ในขณะเดียวกัน ความเมตตากรุณาต่อตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อตัวแปรความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) ในกลุ่มผู้สูงวัย

งานวิจัยเชิงสำรวจของ Neff, Rude, และ Kirkpatrick (2007) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเมตตากรุณาต่อตนเองและตัวแปรทางจิตวิทยาต่าง ๆ พบสหสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างความเมตตากรุณาต่อตนเองกับตัวแปรทางจิตวิทยาเชิงบวก ได้แก่ ความสุข (happiness), การมองโลกในแง่ดี (optimism), อารมณ์ทางบวก (positive affect), ปัญญา (wisdom), ความคิดริเริ่มส่วนบุคคล (personal initiative), ความสงสัยใคร่รู้และช่างสำรวจ (curiosity and exploration), บุคลิกภาพด้านการยอมรับคล้อยตาม (agreeableness), บุคลิกภาพด้านการแสดงตัว (extroversion), และบุคลิกภาพด้านการกำกับตนเอง (conscientiousness) นอกจากนี้ความเมตตากรุณาต่อตนเองยังพบสหสัมพันธ์ในทางลบต่อตัวแปรอารมณ์ทางลบ (negative affective) และบุคลิกภาพด้านความไม่เสถียรทางอารมณ์ (neuroticism) อีกด้วย

Chishima และคณะ (2018) ได้ทำการวิจัยถึงอิทธิพลของความเมตตากรุณาต่อตนเองที่มีต่อกระบวนการรับมือกับความเครียด (stress coping processes) ในกลุ่มนักศึกษา ในประเทศญี่ปุ่น โดยผลการศึกษาพบว่าความเมตตากรุณาต่อตนเองมีอิทธิพลทางลบต่อการรับมือแบบหลีกเลี่ยง (avoidance-oriented coping) โดยมีความสามารถในการควบคุม (controllability) และความรู้สึกถูกคุกคาม (feelings of threat) เป็นตัวแปรส่งผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ความเมตตากรุณาต่อตนเองมีอิทธิพลในการช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการประเมินความรู้สึกถูกคุกคามที่ลดลง และประเมินว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุมปัญหาที่เผชิญอยู่เพิ่มขึ้น

Booth และคณะ (2019) ได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างบทบาททางเพศแบบมีความเป็นชาย (masculine gender role) ตราบาปจากตนเอง ความเมตตากรุณาต่อตนเอง และความเยินชาต่อตนเอง ในกลุ่มนักศึกษาเพศชาย โดยผลการวิเคราะห์พบว่าบทบาททางเพศแบบมีความเป็นชายสูงมีความสัมพันธ์ในทางบวกต่อตัวแปรตราบาปจากตนเอง และความเยินชาต่อตนเอง ในขณะที่บทบาททางเพศแบบมีความเป็นชายมีความสัมพันธ์ในทางลบต่อตัวแปรความเมตตากรุณาต่อตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่าความเมตตากรุณาต่อตนเองและความเยินชาต่อตนเอง มีบทบาทเป็นตัวแปรส่งผ่านระหว่างบทบาททางเพศแบบมีความเป็นชายและตราบาปจากตนเองอีกด้วย

### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินงานวิจัย

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตราบาปที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางจิตใจ ความละเอียดต่อตนเอง ความเมตตาต่อตนเอง และเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาในกลุ่มนิสิต-นักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ กลุ่มนิสิต-นักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ในประเทศไทย และมีอายุอยู่ระหว่าง 18-25 ปี โดยในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้การสุ่มแบบตามสะดวก (convenient sampling) โดยในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะทำการประชาสัมพันธ์แบบสอบถามการวิจัยผ่านทางกลุ่มสังคมออนไลน์ Facebook ผ่านการ Post ข้อความและแผ่นภาพประชาสัมพันธ์การวิจัยเพื่อเชิญชวนและขอความร่วมมือจากนิสิต-นักศึกษา ที่มีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์ในการเข้าร่วมการวิจัย และมีความเต็มใจในการช่วยตอบแบบสอบถาม มาเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยได้ระบุเกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยไว้ดังนี้

1. เป็นบุคคลที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ในประเทศไทย
2. เป็นบุคคลที่มีช่วงอายุระหว่าง 18-25 ปี
3. มีทักษะในการอ่านและเขียนภาษาไทยได้ดี
4. เป็นบุคคลที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
5. ไม่อยู่ระหว่างการพบนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์ เพื่อบำบัดรักษาปัญหาสุขภาพจิต

เมื่อกกลุ่มตัวอย่างได้พิจารณาว่าตนเองมีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์ที่ได้ระบุไว้และมีความสนใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยแล้ว กลุ่มตัวอย่างสามารถอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและเข้าร่วมตอบแบบสอบถามการวิจัยได้ผ่านทางออนไลน์ผ่านเว็บไซต์ Google form ตามช่องทางที่ได้ประชาสัมพันธ์ไว้ได้ต่อไป

#### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน โดยอ้างอิงจากคำแนะนำในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Hair และคณะ (2006) ที่ระบุว่า ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางการ

วิจัยนั้นควรที่จะกำหนดจากจำนวนของตัวแปรและขนาดของโมเดลในงานวิจัยนั้น โดยควรกำหนดให้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างประมาณ 20 คนต่อหนึ่งตัวแปรในโมเดล และกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยไม่ควรน้อยกว่า 100 คน ซึ่งจากโมเดลงานวิจัยของกลุ่มผู้วิจัยนั้นมีทั้งหมด 5 ตัวแปรจึงควรเก็บอย่างน้อยที่สุด 100 คน ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างไว้ไม่ต่ำกว่า 150 คนเพื่อให้สอดคล้องกับคำแนะนำและเพื่อเป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นของการวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

#### 1.1 ลักษณะแบบประเมิน

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามแบบเลือกตอบและข้อคำถามปลายเปิด รวม 9 ข้อคำถาม แบ่งออกเป็นสองส่วน คือ

1.1.1 ข้อคำถามทั่วไปเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล มี 5 ข้อคำถาม ได้แก่ เพศ, อายุ, คณะที่ศึกษา, ชั้นปี, และ มหาวิทยาลัย

1.1.2 ข้อคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ในการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ มี 4 ข้อคำถามดังนี้

- 1) ท่านเคยเข้ารับบริการทางจิตวิทยามาก่อน
- 2) บุคคลในครอบครัวของท่านเคยเข้ารับบริการทางจิตวิทยามาก่อน
- 3) เพื่อนหรือคนสนิทของท่านเคยเข้ารับบริการทางจิตวิทยามาก่อน
- 4) มหาวิทยาลัยของท่านมีศูนย์บริการทางด้านจิตวิทยา

### 2. มาตรวัดเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา

#### 2.1 ลักษณะแบบประเมิน

มาตรวัดเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา ในงานวิจัยนี้อ้างอิงจาก มาตรวัดเจตคติในการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพ ฉบับภาษาไทย ซึ่งพัฒนาโดย ณัฐสุดา เต้พันธ์

(2544) ที่ได้ทำการแปลและพัฒนาจากมาตรวัด Attitudes toward seeking professional help for psychological disturbances ของ Fischer และ Turner (1970)

สำหรับมาตรวัดเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพ ฉบับภาษาไทย ญัฐสุดา เต้พันธ์ (2544) มีข้อคำถาม 29 ข้อ ลักษณะการประเมินเป็นแบบลิเคิร์ต (likert scale) 4 ระดับ โดยระดับ 1 หมายถึง ไม่ตรง และ ระดับ 4 หมายถึง ตรงมาก โดยคะแนนรวมของมาตรวัดที่สูง แสดงถึงการที่ผู้ตอบมีเจตคติในทางบวกต่อการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพ

ตัวอย่างข้อคำถาม

“แม้ว่าจะมีศูนย์การปรึกษาทางจิตวิทยา แต่ฉันก็ไม่เคยเชื่อถือ”

“ถ้าเพื่อนมีปัญหา ฉันมักแนะนำให้เขาไปปรึกษานักจิตวิทยา”

“ฉันรู้สึกไม่สบายใจเมื่อไปพบนักจิตวิทยา เพราะฉันกังวลถึงความรู้สึกที่ผู้อื่นมีต่อฉันเมื่อทราบว่าฉันไปพบนักจิตวิทยา”

2.2 การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพมาตรวัดเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา

2.2.1 ผู้วิจัยได้ทำการติดต่อและขออนุญาตผู้พัฒนามาตรวัดฉบับภาษาไทย เพื่อนำแบบประเมินมาพัฒนาและใช้เก็บข้อมูลในงานวิจัย

2.2.2 ผู้วิจัยนำมาตรวัดเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาไปทำการเก็บข้อมูลทดลองนำร่องกับกลุ่มตัวอย่างนิสิต-นักศึกษาระดับปริญญาตรี ที่มีอายุระหว่าง 18-25 ปี จำนวน 50 คน เพื่อคำนวณค่าความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในของมาตรวัดกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยในครั้งนี้ ผลการวิเคราะห์พบค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาอยู่ที่ .777 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาอีกครั้งเพื่อตรวจสอบค่าความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในอีกครั้งหนึ่ง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผลการวิเคราะห์พบค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาอยู่ที่ .849 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี

### 3. มาตรการدابเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจ

#### 3.1 ลักษณะแบบประเมิน

มาตรการدابเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจ ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาโดยแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ คือ ดราบาปจากสังคม ดราบาปจากบุคคลใกล้ชิด และดราบาปจากตนเอง โดยผู้วิจัยอ้างอิงมาตรวัดจากงานวิจัยของ ธนวัต ปุณยกนก (2553) ซึ่งได้ทำการพัฒนามาตรวัดดราบาปเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจฉบับภาษาไทยไว้ทั้งหมด 3 มาตรวัด ดังนี้

##### 3.1.1 มาตรการدابจากสังคม

อ้างอิงจากมาตรวัดการประทับตราว่าด้อยค่าจากสังคมในการแสวงหาความช่วยเหลือ ของ ธนวัต ปุณยกนก (2553) ซึ่งได้รับการพัฒนาจากมาตรวัด Stigma Scale for Receiving Psychological Help ของ Komiya, Good, และ Sherrod (2000) โดยฉบับภาษาไทยมีข้อความ 12 ข้อลักษณะการประเมินเป็นแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ โดยระดับ 0 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และระดับ 4 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยคะแนนรวมของมาตรวัดที่สูงหมายถึงการมีระดับดราบาปจากสังคมที่สูง

##### ตัวอย่างข้อความ

“การพบนักจิตวิทยาเพื่อแก้ไขปัญหาส่วนตัว (เช่นปัญหาทางอารมณ์ หรือปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์) จะถูกสังคมมองว่าเป็นคนมีปัญหาและสังคมไม่ยอมรับ”

“คนทั่วไปจะมองคนที่เคยไปรับการปรึกษาจากนักจิตวิทยาในทางไม่ดี”

“คนส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะไม่ค่อยชอบคนที่เคยไปรับการปรึกษาจากนักจิตวิทยา”

##### 3.1.2 มาตรการدابจากบุคคลใกล้ชิด

อ้างอิงจากมาตรวัดการประทับตราว่าด้อยค่าจากบุคคลใกล้ชิดในการแสวงหาความช่วยเหลือ ของ ธนวัต ปุณยกนก (2553) ซึ่งได้รับการพัฒนาจากมาตรวัด Perceptions of Stigmatization by Others for Seeking Help ของ Vogel และคณะ (2009) โดยฉบับภาษาไทยมีข้อความ 12 ข้อ

ลักษณะการประเมินเป็นแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ โดยระดับ 1 หมายถึง (บุคคลใกล้ชิด) ไม่แสดงท่าทีอะไรเลย และ ระดับ 5 หมายถึง แสดงท่าทีอย่างมาก โดยคะแนนรวมของมาตรวัดที่สูงหมายถึงการมีระดับตราบาปจากบุคคลใกล้ชิดที่สูง

ตัวอย่างข้อคำถาม

“คนใกล้ชิดรอบข้างจะมีปฏิกิริยากับท่านในทางลบ”

“คิดถึงท่านในด้านที่ไม่ดี”

“มองว่าท่านมีความผิดปกติหรือมีปัญหาอย่างรุนแรง”

### 3.1.3 มาตรวัดตราบาปจากตนเอง

อ้างอิงจากมาตรวัดการประทับตราว่าด้อยค่าจากบุคคลใกล้ชิดในการแสวงหาความช่วยเหลือของ ธนวัต ปุณยกนก (2553) ซึ่งได้รับการพัฒนาจากมาตรวัด Self-stigma of Seeking help ของ Vogel และคณะ (2006) โดยฉบับภาษาไทย มีข้อคำถาม 12 ข้อ ลักษณะการประเมินเป็นแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ โดยระดับ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ ระดับ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตัวอย่างข้อคำถาม

“การแสวงหาความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยาการปรึกษาจะทำให้ฉันรู้สึกว่าเป็นคนที่ไม่ค่อยฉลาดนัก”

“การขอความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยาจะทำให้ฉันรู้สึกว่าคุณด้อยค่าลง”

“ฉันมองว่าถ้าฉันไปปรึกษาปัญหากับนักจิตวิทยาการปรึกษาแล้วฉันจะรู้สึกว่าคุณไม่เข้มแข็งพอ”

3.2 การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของมาตรวัดตราบาปเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจ ทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ มาตรวัดตราบาปจากสังคม มาตรวัดตราบาปจากบุคคลใกล้ชิด และมาตรวัดตราบาปจากตนเอง

3.2.1 ผู้วิจัยได้ทำการติดต่อและขออนุญาตผู้พัฒนามาตรวัดตราบาปจากสังคม มาตราวัดตราบาปจากบุคคลใกล้ชิด และมาตรวัดตราบาปจากตนเองฉบับภาษาไทย เพื่อนำแบบประเมินมาพัฒนา และใช้เก็บข้อมูลในงานวิจัย

3.2.2 ผู้วิจัยนำมาตรวัดตราบาปจากสังคม จำนวน 12 ข้อ ไปทำการเก็บข้อมูลทดลองนำร่อง กับกลุ่มตัวอย่างนิสิต-นักศึกษาระดับปริญญาตรี ที่มีอายุระหว่าง 18-25 ปี จำนวน 50 คน เพื่อคำนวณค่าคุณสมบัติทางจิตมิติของแต่ละมาตรวัดกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย เพื่อคำนวณค่าความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในของมาตรวัดกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยในครั้งนี้ ผลการวิเคราะห์พบค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาของมาตรวัดตราบาปจากสังคมอยู่ที่ .817 อยู่ในเกณฑ์ดี และก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาอีกครั้งเพื่อตรวจสอบค่าความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในอีกครั้งหนึ่ง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผลการวิเคราะห์พบค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาอยู่ที่ .866 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี

3.2.3 ผู้วิจัยนำมาตรวัดตราบาปจากบุคคลใกล้ชิด จำนวน 12 ข้อ ไปทำการเก็บข้อมูลทดลองนำร่องกับกลุ่มตัวอย่างนิสิต-นักศึกษาระดับปริญญาตรี ที่มีอายุระหว่าง 18-25 ปี จำนวน 50 คน เพื่อคำนวณค่าความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในของมาตรวัดกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยในครั้งนี้ ผลการวิเคราะห์พบค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาอยู่ที่ .943 อยู่ในเกณฑ์ดีมาก และก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาอีกครั้งเพื่อตรวจสอบค่าความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในอีกครั้งหนึ่ง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผลการวิเคราะห์พบค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาอยู่ที่ .948 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดีมาก

3.2.4 ผู้วิจัยนำมาตรวัดตราบาปจากตนเอง จำนวน 12 ข้อ ไปทำการเก็บข้อมูลทดลองนำร่องกับกลุ่มตัวอย่างนิสิต-นักศึกษาระดับปริญญาตรี ที่มีอายุระหว่าง 18-25 ปี จำนวน 50 คน เพื่อคำนวณค่าความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในของมาตรวัดกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยในครั้งนี้ ผลการวิเคราะห์พบค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาอยู่ที่ .828 อยู่ในเกณฑ์ดี และก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาอีกครั้งเพื่อตรวจสอบค่าความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในอีกครั้งหนึ่ง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผลการวิเคราะห์พบค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาอยู่ที่ .854 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี



#### 4. มาตรการวัดความเมตตากรุณาต่อตนเอง

##### 4.1 ลักษณะแบบประเมิน

มาตรการวัดความเมตตากรุณาต่อตนเอง ฉบับภาษาไทย ได้รับการพัฒนาโดยพลอยชมพู อดิศรinsky (2555) ซึ่งได้รับการพัฒนาจากมาตรการวัด Self-compassion scale ของ Neff (2003) โดยฉบับภาษาไทยมีข้อความ 26 ข้อ ลักษณะการประเมินเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ โดยระดับ 1 หมายถึง แทบจะไม่เคยเลย และระดับ 5 หมายถึง แทบจะทุกครั้ง โดยคะแนนรวมของมาตรการที่สูง แสดงถึงการที่ผู้ตอบมีระดับความเมตตากรุณาต่อตนเองที่สูง

##### ตัวอย่างข้อความ

“ฉัรับไม่ได้และตำหนิข้อบกพร่องของตนเอง”

“เวลารู้สึกหดหู่ท้อแท้ ฉันทักจะหมกมุ่นและคิดถึงแต่เรื่องต่าง ๆ ที่ฉันทำผิดพลาด”

“เวลามีเรื่องเลวร้ายเกิดขึ้น ฉันทมองว่ามันเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่ทุกคนต้องประสบ”

##### 4.2 การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของมาตรการวัดความเมตตากรุณาต่อตนเอง

4.2.1 ผู้วิจัยได้ทำการติดต่อและขออนุญาตผู้พัฒนามาตรการวัดฉบับภาษาไทย เพื่อนำแบบประเมินมาพัฒนาและใช้เก็บข้อมูลในงานวิจัย

4.2.2 ผู้วิจัยนำมาตรการวัดความเมตตากรุณาต่อตนเองไปทำการเก็บข้อมูลทดลองนำร่องกับกลุ่มตัวอย่างนิสิต-นักศึกษาระดับปริญญาตรี ที่มีอายุระหว่าง 18-25 ปี จำนวน 50 คน เพื่อคำนวณค่าความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในของมาตรการวัดกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยในครั้งนี้ ผลการวิเคราะห์พบค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาอยู่ที่ .813 อยู่ในเกณฑ์ดี และก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาอีกครั้งเพื่อตรวจสอบค่าความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในอีกครั้งหนึ่ง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผลการวิเคราะห์พบค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาอยู่ที่ .820 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มนิสิต-นักศึกษา ที่มีอายุระหว่าง 18-25 ปี และกำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี โดยผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างแบบออนไลน์ผ่านเว็บไซต์ Google Forms

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การทำวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำส่งโครงการวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (institutional review board: IRB) ทำการตรวจสอบเพื่อให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับสิทธิและความปลอดภัยในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งได้รับการอนุมัติโครงการให้ดำเนินการวิจัยได้ ทั้งนี้ก่อนทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้แจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน ก่อนทำการเก็บข้อมูล โดยการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ เป็นไปตามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้อาจมีบางข้อคำถามที่อาจทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจที่จะเปิดเผยหรือให้ข้อมูลได้บ้าง แต่มีความเสี่ยงต่ำที่จะส่งผลเสียต่อร่างกายและจิตใจของผู้เข้าร่วมวิจัย อย่างไรก็ตามผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย และสามารถติดต่อกับผู้วิจัยเพื่อสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลาตามช่องทางที่ได้ระบุไว้ ในส่วนของข้อมูลที่ได้จากผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยทำการเก็บรักษาเป็นความลับ โดยข้อมูลการวิจัยที่ได้รับจากการวิเคราะห์จะถูกนำเสนอแบบเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัยได้

### การวิเคราะห์ข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression) โดยใช้โปรแกรม SPSS version 22 มีรายละเอียดดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistics) โดยการแจกแจงร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากร

2. การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าคะแนนที่เป็นไปได้

3. การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics)

3.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยดังนี้

3.1.1) トラバアทางสังคมมีความสัมพันธ์ต่อเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา ในทิศทางลบ

3.1.2) トラバアจากบุคคลใกล้ชิดมีความสัมพันธ์ต่อเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา ในทิศทางลบ

3.1.3) トラバアจากตนเองมีความสัมพันธ์ต่อเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา ในทิศทางลบ

3.1.4) ความเมตตากรุณาต่อตนเองมีความสัมพันธ์ต่อเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา ในทิศทางบวก

3.2 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression) ด้วยการใส่ตัวแปรอิสระเข้าไปในสมการทั้งหมดพร้อมกัน (enter) เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยดังนี้

3.2.1) トラバアจากสังคม トラバアจากบุคคลใกล้ชิด トラバアจากตนเอง และความเมตตากรุณาต่อตนเอง สามารถร่วมกันทำนายเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาได้

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

งานวิจัยนี้ต้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา トラバアจากสังคม トラバアจากบุคคลใกล้ชิด トラバアจากตนเอง และความเมตตากรุณาต่อตนเอง โดยได้ตั้งสมมติฐานในงานวิจัยไว้ดังนี้

1. トラバアจากสังคมมีสหสัมพันธ์กับเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา ในทิศทางลบ
2. トラバアจากบุคคลใกล้ชิดมีสหสัมพันธ์กับเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา ในทิศทางลบ
3. トラバアจากตนเองมีสหสัมพันธ์กับเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา ในทิศทางลบ
4. ความเมตตากรุณาต่อตนเองมีสหสัมพันธ์กับเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา ในทิศทางบวก
5. トラバアจากสังคม トラバアจากบุคคลใกล้ชิด トラバアจากตนเอง และความเมตตากรุณาต่อตนเอง สามารถร่วมกันทำนายเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาได้

เมื่อทำการเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้ทำการนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์เชิงสถิติด้วยโปรแกรม SPSS version 22 เพื่อทดสอบสมมติฐานงานวิจัย โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

**ขั้นตอนที่ 1** การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistics) โดยการแจกแจงร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากร

**ขั้นตอนที่ 2** วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าคะแนนที่เป็นไปได้

**ขั้นตอนที่ 3** การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐานในการวิจัย โดยแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

3.1) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 – 4

3.2) การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) โดยการใส่ตัวแปรอิสระเข้าไปในสมการทั้งหมดพร้อมกัน (enter) เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 5

### ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ในเก็บข้อมูลในครั้งนี้ มีผู้ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและสมัครใจที่จะเข้าร่วมตอบแบบสอบถามจำนวน 221 คน โดยแบ่งเป็นเพศหญิง 132 คน คิดเป็นร้อยละ 59.7 เพศชาย 63 คน คิดเป็นร้อยละ 28.5 กลุ่มเพศทางเลือก (LGBTQIA+) 22 คน คิดเป็นร้อยละ 10.0 และไม่ประสงค์ที่จะระบุ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.8

ช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุ 18-20 ปีมากที่สุด จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 64.7 รองลงมาเป็นช่วงอายุ 21-23 ปี จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 29.9 และช่วง 24-25 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 5.5 โดยมีค่าเฉลี่ยเลขคณิต 20.29 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.59

กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้มาจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยมากที่สุด จำนวน 151 คน คิดเป็นร้อยละ 68.3 รองลงมาเป็นกลุ่มมหาวิทยาลัยในเครือราชภัฏฯ จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 15.1 และจากมหาวิทยาลัยอื่น ๆ อีก จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 16.6

กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้มาจากหลายกลุ่มคณะต่าง ๆ โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในกลุ่มคณะจิตวิทยามากที่สุด มีจำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 46.6 รองลงมาเป็นกลุ่มคณะครุศาสตร์/ศึกษาศาสตร์ จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 15.4 กลุ่มคณะศิลปศาสตร์/อักษรศาสตร์ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 6.8 กลุ่มคณะบริหารธุรกิจ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 5.0 กลุ่มคณะวิศวกรรมศาสตร์ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 4.5 กลุ่มคณะวิทยาศาสตร์ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 4.5 และจากกลุ่มคณะอื่น ๆ อีกจำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 17.2

ในส่วนของชั้นปี มีกลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 1 จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 14.0 ชั้นปีที่ 2 จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 52.0 ชั้นปีที่ 3 จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 14.9 ชั้นปีที่ 4 จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 18.6 และชั้นปีที่ 5 จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.5

ตารางที่ 1 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ มหาวิทยาลัย คณะ และชั้นปี  
(N = 221)

ตัวแปร	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	132	59.7
	ชาย	63	28.5
	LGBTQIA+	22	10.0
	ไม่ประสงค์ที่จะระบุ	4	1.8
อายุ	18 - 20	143	64.7
	21 - 23	66	29.8
	24 - 25	12	5.5
	(Mean = 20.29, SD = 1.59)		
มหาวิทยาลัย	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	151	68.3
	มหาวิทยาลัยในเครือราชภัฏฯ	33	15.1
	อื่น ๆ	37	16.6
คณะ	จิตวิทยา	103	46.6
	ครุศาสตร์ / ศึกษาศาสตร์	34	15.4
	ศิลปศาสตร์ / อักษรศาสตร์	15	6.8
	บริหารธุรกิจ	11	5.0
	วิศวกรรมศาสตร์	10	4.5
	วิทยาศาสตร์	10	4.5
	อื่น ๆ	44	17.2
ชั้นปี	1	31	14.0
	2	115	52.0
	3	33	14.9
	4	41	18.6
	5	1	0.5

ในส่วนของการประสพการณ์ที่เกี่ยวข้องการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา มีกลุ่มตัวอย่างที่ระบุว่าเคยเข้ารับบริการทางจิตวิทยาด้วยตนเอง จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 24.9 ไม่เคยเข้ารับบริการด้วยตนเองจำนวน 166 คน คิดเป็นร้อยละ 75.1 มีกลุ่มตัวอย่างที่ระบุว่ามิบุคคลในครอบครัวเคยเข้ารับบริการทางด้านจิตวิทยา จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 127 ไม่มีบุคคลในครอบครัวเคยเข้ารับบริการ จำนวน 127 คน คิดเป็นร้อยละ 57.5 ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 21.3 มีกลุ่มตัวอย่างที่ระบุว่ามิเพื่อนหรือคนสนิทเคยเข้ารับบริการทางด้านจิตวิทยา จำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 55.7 ไม่มีเพื่อนหรือคนสนิทเคยเข้ารับบริการ จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 19.0 ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 25.3 มีกลุ่มตัวอย่างศึกษาระบุว่ามหาวิทยาลัยที่ศึกษามีศูนย์บริการทางด้านจิตวิทยา จำนวน 192 คน คิดเป็นร้อยละ 86.9 ไม่มีศูนย์บริการ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 3.6 ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 12.3

ตารางที่ 2 จำนวนและค่าร้อยละของข้อมูลประสพการณ์การแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา (N = 221)

ข้อความ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ตนเองเคยเข้ารับบริการ	ใช่	55	24.9
	ไม่ใช่	166	75.1
คนในครอบครัวเคยเข้ารับบริการ	ใช่	47	21.3
	ไม่ใช่	127	57.5
	ไม่ทราบ / ไม่แน่ใจ	47	21.3
เพื่อนหรือคนสนิทเคยเข้ารับบริการ	ใช่	123	55.7
	ไม่ใช่	42	19.0
	ไม่ทราบ / ไม่แน่ใจ	56	25.3
มหาวิทยาลัยมีศูนย์บริการฯ	ใช่	192	86.9
	ไม่ใช่	8	3.6
	ไม่ทราบ / ไม่แน่ใจ	21	12.3

## ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ค่าสถิติพื้นฐานได้แก่ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าต่ำสุด (min) ค่าสูงสุด (max) และค่าคะแนนที่เป็นไปได้ ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย เจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางด้านจิตวิทยา (attitude toward psychological help-seeking) トラバアจากสังคม (public stigma) トラバアจากบุคคลใกล้ชิด (personal stigma) トラバアจากตนเอง (self-stigma) และความเมตตากรุณาต่อตนเอง (self-compassion)

ตารางที่ 3 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปร	Mean	SD	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าต่ำสุด-สูงสุด
Attitudes	91.25	10.89	29 - 116	59 - 112
Public	18.77	7.54	0 - 36	0 - 36
Personal	24.75	11.43	12 - 60	12 - 59
Self	22.14	8.24	12 - 60	12 - 54
Compassion	84.05	13.13	26 - 130	53 - 119

หมายเหตุ : Attitudes = เจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา, Public = トラバアจากสังคม, Personal = トラバアจากบุคคลใกล้ชิด, Self = トラバアจากตนเอง, Compassion = ความเมตตากรุณาต่อตนเอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา ประเมินด้วยมาตรวัดเจตคติในการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพ ฉบับภาษาไทย ซึ่งมีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 29 - 116 คะแนน ค่าสถิติจากกลุ่มตัวอย่าง 221 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยเลขคณิตของเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยามีค่าเท่ากับ 91.25 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.89 ค่าคะแนนต่ำสุด 59 และค่าคะแนนสูงสุด 112

トラバアจากสังคม ประเมินด้วยมาตรวัดการประทับตราว่าด้วยค่าจากสังคมในการแสวงหาความช่วยเหลือ ฉบับภาษาไทย ซึ่งมีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-36 คะแนน ค่าสถิติจากกลุ่มตัวอย่าง 221 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยเลขคณิตของトラバアจากสังคมมีค่าเท่ากับ 18.77 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.54 ค่าคะแนนต่ำสุด 0 และค่าคะแนนสูงสุด 36



ตราบาปจากบุคคลใกล้ชิด ประเมินด้วยมาตรวัดการประทับตราว่าด้อยค่าจากบุคคลใกล้ชิด ในการแสวงหาความช่วยเหลือ ฉบับภาษาไทย ซึ่งมีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน ค่าสถิติจากกลุ่มตัวอย่าง 221 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยเลขคณิตของตราบาปจากบุคคลใกล้ชิดเท่ากับ 24.75 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.43 ค่าคะแนนต่ำสุด 12 และค่าคะแนนสูงสุด 59

ตราบาปจากตนเอง ประเมินด้วยมาตรวัดการประทับตราว่าด้อยค่าจากตนเองในการแสวงหาความช่วยเหลือ ฉบับภาษาไทย ซึ่งมีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน ค่าสถิติจากกลุ่มตัวอย่าง 221 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยเลขคณิตของตราบาปจากตนเองเท่ากับ 22.14 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.24 ค่าคะแนนต่ำสุด 12 และค่าคะแนนสูงสุด 54

ความเมตตากรุณาต่อตนเอง ประเมินด้วยมาตรวัดความเมตตากรุณาต่อตนเอง ฉบับภาษาไทย ซึ่งมีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 26 – 130 คะแนน ค่าสถิติจากกลุ่มตัวอย่าง 221 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยเลขคณิตของความเมตตากรุณาต่อตนเองเท่ากับ 84.05 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.13 ค่าคะแนนต่ำสุด 53 และค่าคะแนนสูงสุด 119

### ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการทดสอบสมมติฐาน

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลของตัวแปรที่ศึกษามาทำการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานทางวิจัย ซึ่งแบ่งออกเป็นสองส่วนคือ การวิเคราะห์ข้อมูลค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และการวิเคราะห์ข้อมูลการถดถอยแบบพหุคูณ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

#### 3.1 การวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ทำการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ (correlation) ระหว่างตัวแปรทั้งหมดเพื่อทดสอบสมมติฐาน ใช้วิธีการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) โดยมีตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด 5 ตัวแปร แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างตัวแปร

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. Attitudes	-				
2. Public	-.180**	-			
3. Personal	-.259**	.356**	-		
4. Self	-.673**	.315**	.484**	-	
5. Compassion	.257**	-.228**	-.239**	-.350**	-

หมายเหตุ \*\*  $p < 0.01$ , หนึ่งหาง

**สมมติฐานที่ 1** トラバアจากสังคมมีสหสัมพันธ์กับเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา ในทิศทางลบ จากการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ดังตารางที่ 4 พบสหสัมพันธ์ในทิศทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองตัวแปร ( $r = -.180, p < .01$ , หนึ่งหาง) ดังนั้น ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์สนับสนุนสมมติฐานที่ 1

**สมมติฐานที่ 2** トラバアจากบุคคลใกล้ชิดมีสหสัมพันธ์กับเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา ในทิศทางลบ จากการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ดังตารางที่ 4 พบสหสัมพันธ์ในทิศทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองตัวแปร ( $r = -.259, p < .01$ , หนึ่งหาง) ดังนั้น ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์สนับสนุนสมมติฐานที่ 2

**สมมติฐานที่ 3** トラバアจากตนเองมีสหสัมพันธ์กับเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา ในทิศทางลบ จากการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ดังตารางที่ 4 พบสหสัมพันธ์ในทิศทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองตัวแปร ( $r = -.673, p < .01$ , หนึ่งหาง) ดังนั้น ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์สนับสนุนสมมติฐานที่ 3

**สมมติฐานที่ 4** ความเมตตากรุณาต่อตนเองมีสหสัมพันธ์กับเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา ในทิศทางบวก จากการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ดังตารางที่ 4 พบสหสัมพันธ์ในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองตัวแปร ( $r = .257, p < .01$ , หนึ่งหาง) ดังนั้น ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์สนับสนุนสมมติฐานที่ 4

### 3.2 การวิเคราะห์ข้อมูลการถดถอยพหุคูณ

ทำการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) ด้วยวิธีการใส่ตัวแปรอิสระเข้าสมการพร้อมกันทุกตัว (enter) ตามกรอบแนวคิดของการวิจัย

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยได้ทำการทดสอบเพื่อดูค่าความคาดเคลื่อนมาตรฐาน (normality) ความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อน (homoscedasticity และ heteroscedasticity) และภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (multicollinearity) ของตัวแปรอิสระที่ใช้ในการวิจัย โดยในการทดสอบค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของตัวแปรอิสระในการวิจัย ผู้วิจัยพิจารณาจากแผนภาพความน่าจะเป็นแบบปกติ (P-P plot) เพื่อดูถึงการกระจายของข้อมูลว่ามีลักษณะการกระจายแบบปกติหรือไม่ ซึ่งจากการพิจารณาพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงที่ค่อนข้างปกติ ถือว่าผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของการถดถอยพหุคูณ และในการทดสอบความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระในการวิจัย ผู้วิจัยพิจารณาจากแผนภาพการกระจาย (scatter plot) เพื่อพิจารณาถึงรูปแบบการกระจายของข้อมูลในการวิจัย ซึ่งไม่พบว่ามีลักษณะการกระจายที่เป็นแบบแผนหรือลักษณะจำเพาะแต่อย่างใด ซึ่งแสดงถึงการมีความแปรปรวนเท่ากัน (homoscedasticity) ของตัวแปรอิสระในการวิจัย ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการถดถอยพหุคูณ

ในการทดสอบภาวะร่วมเส้นตรงพหุของตัวแปรอิสระในการวิจัย ผู้วิจัยได้พิจารณาค่าความคลาดเคลื่อนยินยอม (tolerance) และค่าอัตราความแปรปรวนเพื่อ (variance inflation ratio) โดยอ้างอิง เกณฑ์ในการตรวจสอบของ Hair และคณะ (2006) ซึ่งระบุว่า ค่าความคลาดเคลื่อนยินยอมของแต่ละตัวแปรอิสระนั้นควรอยู่ในเกณฑ์ไม่ต่ำกว่า .19 และค่าอัตราความแปรปรวนเพื่อของแต่ละตัวแปรอิสระควรมีค่าต่ำกว่าเกณฑ์คือ 5.3 ซึ่งเมื่อทำการทดสอบภาวะร่วมเส้นตรงพหุทั้งสองค่าแล้วพบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวในการวิจัยนี้มีค่าผ่านเกณฑ์ทั้งหมดคือ มีค่าความคลาดเคลื่อนยินยอมอยู่ระหว่าง .694 - .859 และมีค่าอัตราความแปรปรวนเพื่ออยู่ระหว่าง 1.164 - 1.440 ตามข้อมูลที่แสดงอยู่ในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ตัวแปร	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		Collinearity Statistics		
	<i>B</i>	<i>Std. Error</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>Sig.</i>	<i>Tolerance</i>	<i>VIF</i>
ค่าคงที่	107.038	4.831		22.156	.000		
Public	.029	.079	.020	.372	.710	.836	1.197
Personal	.081	.056	.085	1.433	.153	.718	1.393
Self	-.936	.079	-.708	11.788	.000	.694	1.440
Compassion	.029	.045	.034	.637	.525	.859	1.164

หมายเหตุ  $adjusted R^2 = .449$  ( $p < .001$ ),  $F = 48.881$  ( $p < .001$ )

**สมมติฐานที่ 5** トラバアจากสังคค トラバアจากบุคคลใกล้เคียง トラバアจากตนเอง และความเมตตา กรุณาต่อตนเอง สามารถร่วมกันทำนายเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาได้ จากการ วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่าตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวสามารถร่วมกันทำนายเจตคติต่อการแสวงหา ความช่วยเหลือทางจิตวิทยาได้ โดยมีค่า  $adjusted R^2 = .449$  ( $p < .001$ ) ซึ่งหมายความว่า トラバア จากสังคค トラバアจากบุคคลใกล้เคียง トラバアจากตนเอง และความเมตตากรุณาต่อตนเอง สามารถ ร่วมกันทำนายและอธิบายความแปรปรวนของเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาได้ ร้อยละ 44.9

จากการพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานในการทำนายตัวแปรเจตคติต่อการแสวงหา ความช่วยเหลือทางจิตวิทยา ( $Z_{Attitudes}$ ) ของตัวแปรอิสระที่ทำการศึกษาทั้ง 4 ตัวแปร พบว่ามี 1 ตัว แปรอิสระที่สามารถทำนายเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาได้ได้อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ คือ トラバアจากตนเอง ( $Z_{Self}$ ) ( $\beta = -.708$ ,  $p < .001$ ) ในขณะที่ตัวแปรอิสระอื่น ๆ ใน งานวิจัย ได้แก่ トラバアจากสังคค ( $Z_{Public}$ ) ( $\beta = .020$ ,  $p = .710$ ) トラバアจากบุคคลใกล้เคียง

( $Z_{\text{Personal}}$ ) ( $\beta = .085, p = .153$ ) และความเมตตากรุณาต่อตนเอง ( $Z_{\text{Compassion}}$ ) ( $\beta = .034, p = .525$ ) นั้นมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐานที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์สถิติการถดถอยพหุคูณสนับสนุนสมมติฐานบางส่วน กล่าวคือ ตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวสามารถร่วมกันทำนายระดับของตัวแปรเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาจากน้ำหนักในการทำนายของตัวแปรอิสระแต่ละตัวแล้วพบว่า トラบาปจากตนเอง สามารถทำนายระดับของเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ตัวแปรอิสระอีก 3 ตัวนั้น ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และจากค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยที่ได้จากการวิเคราะห์สามารถนำมาเขียนเป็นสมการทำนายในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (Z-Score) ได้ดังนี้

$$Z_{\text{Attitudes}} = -.708^{**} Z_{\text{Self}} + .020 Z_{\text{Public}} + .085 Z_{\text{Personal}} + .034 Z_{\text{Compassion}}$$

จากสมการข้างต้นที่ได้จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณนี้ สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อตัวแปรトラบาปจากตนเองเพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน จะทำให้เจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาลดลง .708 หน่วยมาตรฐาน เมื่อตัวแปรトラบาปจากสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน จะทำให้เจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาเพิ่มขึ้น .201 หน่วยมาตรฐาน เมื่อตัวแปรトラบาปจากบุคคลใกล้ชิดเพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน จะทำให้เจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาเพิ่มขึ้น .085 หน่วยมาตรฐาน และเมื่อความเมตตากรุณาต่อตนเองเพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน จะทำให้เจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาเพิ่มขึ้น .036 หน่วยมาตรฐาน

ตารางที่ 6 สรุปผลการวิจัยทั้งหมดตามสมมติฐานในงานวิจัย

	สมมติฐาน	สถิติที่ใช้ทดสอบ	ผลการทดสอบสมมติฐาน
1	ตรวจหาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาในทิศทางลบ	สหสัมพันธ์ (correlation)	<b>สนับสนุนสมมติฐาน</b> $r = -.180$ , $p < .01$ , หนึ่งหาง
2	ตรวจหาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาในทิศทางลบ	สหสัมพันธ์ (correlation)	<b>สนับสนุนสมมติฐาน</b> $r = -.259$ , $p < .01$ , หนึ่งหาง
3	ตรวจหาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาในทิศทางลบ	สหสัมพันธ์ (correlation)	<b>สนับสนุนสมมติฐาน</b> $r = -.673$ , $p < .01$ , หนึ่งหาง
4	ความเมตตาต่อตนเองมีสหสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาในทิศทางบวก	สหสัมพันธ์ (correlation)	<b>สนับสนุนสมมติฐาน</b> $r = .257$ , $p < .01$ , หนึ่งหาง
5	ตรวจหาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาได้	การถดถอยพหุคูณ (multiple regression)	<b>สนับสนุนสมมติฐานบางส่วน</b> ตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวสามารถร่วมกันทำนายระดับทัศนคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $adjusted R^2 = .449$ , $p < .001$

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา トラบาปจากสังคม トラบาปจากบุคคลใกล้ชิด トラบาปจากตนเอง และความเมตตากรุณาต่อตนเอง ในกลุ่มนิสิต-นักศึกษาระดับปริญญาตรีที่มีอายุระหว่าง 18-25 ปี

ในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ มีผู้ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและสมัครใจที่จะเข้าร่วมตอบแบบสอบถามจำนวน 221 คน โดยแบ่งเป็นเพศหญิง 132 คน คิดเป็นร้อยละ 59.7 เพศชาย 63 คน คิดเป็นร้อยละ 28.5 กลุ่มเพศทางเลือก (LGBTQIA+) 22 คน คิดเป็นร้อยละ 10.0 และไม่ประสงค์ที่จะระบุ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.8 ในส่วนของช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุ 18-20 ปีมากที่สุด จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 64.7 รองลงมาเป็นช่วงอายุ 21-23 ปี จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 29.9 และช่วง 24-25 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 5.5 โดยมีค่าเฉลี่ยเลขคณิต 20.29 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.59

ในขั้นตอนทดสอบความเที่ยงตรงภายในของมาตรวัดที่ใช้ในงานวิจัย พบว่ามาตรทั้งหมดมีความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี เหมาะสมกับการนำไปใช้งาน โดยมาตรวัดที่ใช้และผลการทดสอบคุณภาพมาตรวัดมีดังต่อไปนี้

1. มาตรวัดเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา

ในการทดสอบนาร่องมีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา = .777 อยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ และก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาอีกครั้งหนึ่ง ผลการวิเคราะห์พบค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา = .849 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี

2. มาตรวัดトラบาปจากสังคม

ในการทดสอบนาร่องมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา = .817 อยู่ในเกณฑ์ดี และก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาอีกครั้งหนึ่ง ผลการวิเคราะห์พบค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา = .866 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี

### 3. มาตรการวัดรบบาจากบุคคลใกล้ชิด

ในการทดสอบนำร่องมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา = .943 อยู่ในเกณฑ์ดีมาก และก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาอีกครั้งหนึ่ง ผลการวิเคราะห์พบค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา = .948 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดีมาก

### 4. มาตรการวัดรบบาจากตนเอง

ในการทดสอบนำร่องมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา = .829 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี และก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาอีกครั้งหนึ่ง ผลการวิเคราะห์พบค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา = .854 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี

### 5. มาตรการวัดความเมตตากรุณาต่อตนเอง

ในการทดสอบนำร่องมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา = .813 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี และก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาอีกครั้งหนึ่ง ผลการวิเคราะห์พบค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา = .820 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี

ผู้วิจัยได้ยื่นขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน หลังได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปใช้ทำการเก็บข้อมูล โดยวิธีการทางออนไลน์ ผ่าน Google Form และหลังจากได้ข้อมูลครบจำนวนที่ต้องการแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลและนำข้อมูลไปทำการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยแบ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประชากรของกลุ่มตัวอย่าง การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย การวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และการวิเคราะห์ข้อมูลการถดถอยพหุคูณ ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐาน พบผลดังนี้

1. トラババからสังคมมีสหสัมพันธ์กับเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา ในทิศทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.180, p < .01$ , หนึ่งหาง)

2. トラババからบุคคลใกล้ชิดมีสหสัมพันธ์กับเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา ในทิศทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.259, p < .01$ , หนึ่งหาง)

3. トラババからตนเองมีสหสัมพันธ์กับเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา ในทิศทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองตัวแปร ( $r = -.673, p < .01$ , หนึ่งหาง)



4. ความเมตตากรุณาต่อตนเองมีสหสัมพันธ์กับเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา ในทิศทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .257, p < .01$ , หนึ่งหาง)

5. トラบาปจากสังคม トラบาปจากบุคคลใกล้ชิด トラบาปจากตนเอง และความเมตตากรุณาต่อตนเอง สามารถร่วมกันทำนายเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted  $R^2 = .449, p < .001$ )

จากการพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานในการทำนายตัวแปรเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา ( $Z_{Attitudes}$ ) ของตัวแปรอิสระที่ทำการศึกษาทั้ง 4 ตัวแปร พบว่ามี 1 ตัวแปรอิสระที่สามารถทำนายเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ トラบาปจากตนเอง ( $Z_{Self}$ ) ( $\beta = -.708, p < .001$ ) ในขณะที่ตัวแปรอิสระอื่น ๆ ในงานวิจัย ได้แก่ トラบาปจากสังคม ( $Z_{Public}$ ) ( $\beta = .020, p = .710$ ) トラบาปจากบุคคลใกล้ชิด ( $Z_{Personal}$ ) ( $\beta = .085, p = .153$ ) และความเมตตากรุณาต่อตนเอง ( $Z_{Compassion}$ ) ( $\beta = .034, p = .525$ ) นั้นมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐานที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

### อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยทำการอภิปรายสมมติฐานการวิจัยที่ได้ตั้งไว้ทั้งหมด 5 สมมติฐาน ดังต่อไปนี้

**สมมติฐานที่ 1** トラบาปจากสังคมมีสหสัมพันธ์กับเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาในทิศทางลบ

**ผลการวิจัย** สันับสนุนสมมติฐาน

จากผลการเคราะห์ทางสถิติ พบสหสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.180, p < .01$ , หนึ่งหาง) สามารถแปลความได้ว่าหากกลุ่มตัวอย่างมีระดับトラบาปจากสังคมในระดับที่สูง มีแนวโน้มที่จะมีระดับเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาที่ต่ำ และในทางตรงกันข้าม หากกลุ่มตัวอย่างมีระดับเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาที่สูง จะมีแนวโน้มที่จะมีระดับトラบาปจากสังคมในที่ต่ำ

ผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับข้อค้นพบในงานวิจัยของ Wrigley และคณะ (2005) ที่พบว่าหากบุคคลมีการรับรู้トラบาปจากสังคมในระดับที่สูง จะทำให้มีเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาในทางลบ เช่นเดียวกับในงานของ Pedersen และ Paves (2014) ที่พบ

ความสัมพันธ์ทางลบระหว่างเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาและอาการเกี่ยวกับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มีหลายงานศึกษาที่พบความสัมพันธ์ของตราบาปจากสังคมที่มีต่อเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ โดยตราบาปจากสังคมนี้มีอิทธิพลต่อการที่บุคคลจะมีมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจต่าง ๆ และการให้ความสำคัญต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา โดยการรับรู้ตราบาปจากสังคมอาจทำให้บุคคลเกิดความกังวลต่อปฏิกิริยาทางลบที่อาจเกิดขึ้นจากบุคคลอื่นหากมีบุคคลเหล่านั้นรับรู้ว่าคุณเคยหรือกำลังอยู่ระหว่างการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา ซึ่งทำให้บุคคลเกิดความลังเลที่จะแสวงหาความช่วยเหลือต่อไปในอนาคต (Barney et al., 2006) เมื่อบุคคลที่มีการรับรู้ตราบาปจากสังคมที่สูง จะประเมินการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาอย่างไม่เป็นทางการ เช่น การปรึกษาบุคคลใกล้ชิด คนในครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อน ว่าไม่ได้มีความสำคัญมากนัก (Pattyn et al., 2014) นอกจากนี้ยังมีหลายงานศึกษาที่พบว่าตราบาปจากสังคมมีอิทธิพลในทางบวกต่อระดับของตราบาปจากตนเองของบุคคล และพบว่าตราบาปจากสังคมมีอิทธิพลในทางอ้อมต่อเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา โดยมีตราบาปจากตนเองเป็นตัวแปรส่งผ่านอีกด้วย (Latalova et al., 2014; Ludwikowski et al., 2009)

โดยสรุปแล้วอาจกล่าวได้ว่า ตราบาปจากสังคมทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะมีมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจในทางลบ มีการประเมินการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาว่าไม่ได้มีความสำคัญมากนัก และหลีกเลี่ยงที่จะแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาอย่างเหมาะสม รวมถึงมีแนวโน้มที่จะทำให้บุคคลมีระดับตราบาปจากตนเองที่สูง ตราบาปจากสังคมจึงมีสหสัมพันธ์ทางลบต่อเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา

**สมมติฐานที่ 2** ตราบาปจากบุคคลใกล้ชิดมีสหสัมพันธ์กับเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา ในทิศทางลบ

**ผลการวิจัย** สนับสนุนสมมติฐาน

จากผลการเคราะห์ทางสถิติ พบสหสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.259, p < .01$ , หนึ่งหาง) แปลความได้ว่าหากกลุ่มตัวอย่างมีระดับตราบาปจากบุคคลใกล้ชิดในระดับที่สูง มีแนวโน้มที่จะมีระดับเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาที่ต่ำ และในทางตรงกันข้าม

หากกลุ่มตัวอย่างมีระดับเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาที่สูง จะมีแนวโน้มที่จะมีระดับตราบาปจากบุคคลใกล้ชิดที่ต่ำ

บุคคลใกล้ชิด เช่น ครอบครัวหรือเพื่อนนับเป็นแหล่งความช่วยเหลือทางจิตวิทยาแบบไม่เป็นทางการที่บุคคลมักจะถึงได้ง่าย โดยความช่วยเหลือทางจิตวิทยานี้อาจแสดงออกมาในรูปแบบของการสนับสนุนทางสังคม (social support) โดย Griffiths และคณะ (2011) ได้อธิบายว่าบุคคลอาจได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดผ่านการสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) การสนับสนุนทางข้อมูล (informational support) การสนับสนุนทางมิตรภาพ (companionship support) และการสนับสนุนทางเครื่องมือ (instrumental support) ซึ่งอาจช่วยให้บุคคลรู้สึกได้รับการรับฟัง เกิดความเข้าใจในตนเอง รวมถึงอาจได้รับการสนับสนุนให้มีการแสวงหาความช่วยเหลืออย่างเป็นทางการต่อไปได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานศึกษาของ Vogel และ Wei (2005) ที่พบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด (perceived social support) มีอิทธิพลทางลบต่อการเกิดความเจ็บป่วยทางจิตใจต่าง ๆ และความเจ็บป่วยทางจิตใจนี้มีอิทธิพลทางบวกต่อเจตจำนงต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาอีกด้วย

แต่ในขณะเดียวกันบุคคลใกล้ชิดก็เป็นปัจจัยภายนอกที่มีความใกล้ชิดและมีอิทธิพลต่อตัวบุคคลในการรับรู้ถึงภาพเหมารวมที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางจิตใจด้วยเช่นกัน โดยหากบุคคลใกล้ชิดไปปรึกษาด้วยขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจหรือมีมุมมองที่เป็นอคติต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจดังกล่าวแล้ว อาจทำให้บุคคลได้รับผลทางลบจากการแสวงหาความช่วยเหลือนั้นได้ โดยในงานศึกษาของ Samari และคณะ (2022) ได้อธิบายว่า หากบุคคลรับรู้ถึงตราบาปจากบุคคลใกล้ชิด จะทำให้บุคคลขาดการสนับสนุนที่เหมาะสม (Absence of appropriate support) หรือได้รับการสนับสนุนที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ (provision of unhelpful support) จะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะเลือกไม่เปิดเผย (preference for non-disclosure) และต่อต้านการแสวงหาความช่วยเหลืออย่างเป็นทางการ (opposition towards formal help-seeking) ต่อไปในอนาคต และยังมีงานวิจัยที่พบว่า ตราบาปจากบุคคลใกล้ชิดมีอิทธิพลในทางบวกต่อระดับของตราบาปจากตนเองของบุคคลอีกด้วย (Choi & Miller, 2014)

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า บุคคลใกล้ชิดเป็นแหล่งความช่วยเหลือทางจิตวิทยาที่มีบุคคลเข้าถึงได้ง่ายและสามารถให้การสนับสนุนทางสังคมได้ในหลายรูปแบบ โดยหากบุคคลมีการรับรู้ตราบาปจากบุคคลใกล้ชิดที่สูง อาจมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงการเปิดเผยความเจ็บป่วยทางจิตใจของตน และ

หลีกเลี่ยงการแสวงหาความช่วยเหลือจากทั้งจากบุคคลใกล้ชิดหรือจากผู้เชี่ยวชาญต่อไปในอนาคต รวมถึงทราบจากบุคคลใกล้ชิดมีแนวโน้มที่จะทำให้บุคคลมีระดับของทราบจากตนเองที่สูงได้ทราบจากบุคคลใกล้ชิดจึงมีสหสัมพันธ์ทางลบต่อเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา

**สมมติฐานที่ 3**   ทราบจากตนเองมีสหสัมพันธ์กับเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา ในทิศทางลบ

**ผลการวิจัย**   สนับสนุนสมมติฐาน

จากผลการเคราะห์ทางสถิติ พบสหสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.673, p < .01$ , หนึ่งทาง) สามารถแปลความได้ว่าหากกลุ่มตัวอย่างมีระดับทราบจากตนเองในระดับที่สูง มีแนวโน้มที่จะมีระดับเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาที่ต่ำ และในทางตรงกันข้าม หากกลุ่มตัวอย่างมีระดับเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาที่สูง จะมีแนวโน้มที่จะมีระดับทราบจากสังคมในที่ต่ำ

Corrigan, Larson, และ Ruesch (2009) ได้อธิบายถึงอิทธิพลของทราบจากตนเองที่มีต่อตัวบุคคลไว้ โดยในงานได้อธิบายไว้ว่าบุคคลที่มีทราบจากตนเองจะมีการตระหนักรู้ (awareness) ถึงภาพเหมารวมที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจ มีความเห็นด้วย (agreement) ต่อภาพเหมารวมดังกล่าว และมีการนำมาใช้ (application) ในการรับรู้และอธิบายสิ่งที่ตนเองเป็นอยู่ ซึ่งก่อให้เกิดการลดทอนคุณค่าในตนเอง (self-devaluation) ส่งผลให้การรับรู้คุณค่าในตนเอง (Self-esteem) และการรับรู้ความสามารถในตนเอง (self-efficacy) ลดต่ำลง และส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะไม่แสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาอย่างเหมาะสม ไปจนถึงไม่พยายามที่จะดำเนินชีวิตตามเป้าหมายของตนเอง เพราะมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยทางจิตใจที่ตนมีอยู่นี้ทำให้ตนเองเป็นคนไม่มีศักยภาพ และไม่น่าจะประสบความสำเร็จแม้ว่าจะพยายามแค่ไหนก็ตาม ซึ่งได้เรียกอิทธิพลของทราบจากตนเองที่มีต่อตัวบุคคลนี้ว่าปรากฏการณ์ “จะพยายามทำไม” (“why try” effect) การที่บุคคลการรับรู้คุณค่าในตนเองที่ลดลงและปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นนี้มีความสัมพันธ์กับการมีอาการซึมเศร้าที่สูง และการฟื้นฟูที่ถดถอยลงอีกด้วย (Corrigan et al., 2016)

คำอธิบายดังกล่าวสอดคล้องกับข้อค้นพบในหลายงานวิจัย เช่น ในงานของ Lannin และคณะ (2016) กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับตราบาปจากตนเองที่สูง มีแนวโน้มที่จะแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจ (seeking mental health information) และข้อมูลเกี่ยวกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา (counseling information) ที่น้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับตราบาปจากตนเองที่ต่ำ ในงานของ Jennings และคณะ (2015) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตราบาป (perceived stigma) ตราบาปจากตนเอง การพึ่งพาตนเอง (self-reliance) เจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือ และพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือ (treatment-seeking behaviors) ซึ่งพบว่าตราบาปจากตนเองและการพึ่งพาตนเองนั้นสามารถทำนายเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือได้อย่างมีนัยสำคัญทั้งสองตัวแปร และยังพบว่าตราบาปจากตนเองมีอิทธิพลทางอ้อมต่อเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือ โดยมีการพึ่งพาตนเองเป็นตัวแปรส่งผ่านอีกด้วย และในงานของ Tucker และคณะ (2013) ที่พบว่าตราบาปจากตนเองที่มีต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ (mental illness self-stigma) และตราบาปจากตนเองที่มีต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา (help-seeking self-stigma) ทั้งสององค์ประกอบนี้สามารถทำนายเจตคติ (attitude) และเจตจำนง (intention) ต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา รวมถึงองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับตราบาปในการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาได้อย่างมีนัยสำคัญอีกด้วย

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า ตราบาปจากตนเองมีแนวโน้มที่จะมีอิทธิพลต่อการรับรู้คุณค่าในตนเองและการรับรู้ความสามารถในตนเองของบุคคล และมีแนวโน้มที่จะทำให้บุคคลขาดความพยายามที่จะแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตวิทยา ซึ่งอาจทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะขาดความเข้าใจและมีความเชื่อต่อภาพเหมารวมเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจอย่างไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง รวมถึงขาดการแสวงหาความช่วยเหลืออย่างเหมาะสมในอนาคต ตราบาปจากตนเองจึงมีสหสัมพันธ์ทางลบต่อเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา

**สมมติฐานที่ 4** ความเมตตากรุณาต่อตนเองมีสหสัมพันธ์กับเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา ในทิศทางบวก

**ผลการวิจัย** สนับสนุนสมมติฐาน

จากผลการเคราะห์ทางสถิติ พบสหสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .257, p < .01$ , หนึ่งหาง) สามารถแปลความได้ว่าหากกลุ่มตัวอย่างมีระดับตราบาปจากสังคมในระดับที่สูง มี

แนวโน้มที่จะมีระดับเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาที่ต่ำ และในทางตรงกันข้าม หากกลุ่มตัวอย่างมีระดับเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาที่สูง ก็จะมีแนวโน้มที่จะมีระดับตราบาปจากสังคมในที่ต่ำ

ผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับข้อค้นพบในงานวิจัยของ Dschaak และคณะ (2021) ที่ศึกษาบทบาทของความเมตตากรุณาต่อตนเอง และความเอ็นชากับตนเอง ที่มีต่อเจตจำนงต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา โดยพบว่าความเอ็นชากับตนเองมีความสัมพันธ์กับการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาในทิศทางลบ และความเมตตากรุณาต่อตนเองมีความสัมพันธ์ต่อการแสวงหาความช่วยเหลือในทิศทางบวก และในงานของ Kotera และ Ting (2021) ที่พบว่าความเมตตากรุณาต่อตนเองมีอิทธิพลทางบวกต่อการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี และมีอิทธิพลทางลบต่อปัญหาความเจ็บป่วยทางจิตใจต่าง ๆ นอกจากนี้แล้วเมื่อเปรียบเทียบกับตัวแปรอื่น ๆ ในงานวิจัย ความเมตตากรุณาต่อตนเองนั้นเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายปัญหาความเจ็บป่วยทางจิตใจมากที่สุดอีกด้วย

ความเมตตากรุณาต่อตนเองเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อสุขภาวะทางจิตของบุคคล รวมถึงมีความสัมพันธ์กับกระบวนการภายในที่เกี่ยวข้องกับการประเมินระดับของปัญหาและรับมือกับปัญหานั้น ๆ ของบุคคลอีกด้วย โดยในบุคคลที่มีความเมตตากรุณาต่อตนเองจะมอบความอ่อนโยน ความเข้าใจให้แก่ตนเอง รับรู้ประสบการณ์และปัญหาที่ตนพบเจอเป็นเรื่องธรรมชาติที่มนุษย์ต้องพบเจอ รวมไปถึงมีสติที่จะรับรู้และประเมินประสบการณ์ดังกล่าวอย่างสอดคล้องกับความเป็นจริง Neff (2003) สอดคล้องกับข้อค้นพบในงานของ Neely และคณะ (2009) ที่พบว่าความเมตตากรุณาต่อตนเองเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีสุขภาวะทางจิตอย่างมีนัยสำคัญ และมีอิทธิพลในการทำนายสุขภาวะทางจิตของบุคคลเมื่อเผชิญกับสภาวะเครียด มากกว่าตัวแปรอื่น ๆ ในงานวิจัย ความเมตตากรุณาต่อตนเองนั้นยังมีความสัมพันธ์กับตัวแปรจิตวิทยาทางบวกอื่น ๆ เช่น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมองเห็นคุณค่าในตนเองและการรับรู้ความสามารถในตนเอง (Souza & Hutz, 2016) มีบทบาทในการช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการฟื้นคืนพลังทางจิตวิทยา (psychological resilience) ซึ่งช่วยลดอิทธิพลของตราบาปจากสังคมและตราบาปจากตนเองที่มีต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา ส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะมีเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาในทิศทางบวกต่อไป (Heath et al., 2018)

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า ความเมตตากรุณาต่อตนเองนั้นช่วยให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะประเมินปัญหา รวมถึงความเจ็บป่วยทางจิตใจของตนเองที่เผชิญอยู่อย่างสอดคล้องกับความเป็นจริง และมีมุมมองว่าเป็นเรื่องธรรมชาติที่มนุษย์ต้องพบเจอ รวมถึงทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะสามารถรับมือกับปัญหานั้นอย่างเหมาะสมผ่านการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา และจากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยเองยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเมตตากรุณาต่อตนเองกับเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยามากนัก ข้อค้นพบในงานวิจัยนี้จึงเป็นหลักฐานหนึ่งที่ช่วยสะท้อนให้เห็นว่าความเมตตากรุณาต่อตนเอง เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ในทางบวกต่อเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาของบุคคล

**สมมติฐานที่ 5** トラバア来自สังคม トラバア来自บุคคลใกล้ชิด トラバア来自ตนเอง และความเมตตากรุณาต่อตนเอง สามารถร่วมกันทำนายเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาได้

**ผลการวิจัย** สนับสนุนสมมติฐานบางส่วน

จากการวิเคราะห์พบว่า トラバア来自สังคม トラバア来自บุคคลใกล้ชิด トラバア来自ตนเอง และความเมตตากรุณาต่อตนเอง สามารถร่วมกันทำนายเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $adjusted R^2 = .449, p < .001$ ) แต่เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานในการทำนายพบว่ามีเพียงตัวแปร トラバア来自ตนเอง เท่านั้นที่สามารถทำนายเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = -.708, p < .001$ )

จากผลการวิเคราะห์ในงานวิจัยนี้อาจกล่าวได้ว่า トラバア来自ตนเองมีแนวโน้มที่จะมีอิทธิพลมากที่สุดต่อการที่บุคคลจะมีเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาในทิศทางหนึ่ง เมื่อเปรียบเทียบกับตัวแปร トラバア来自สังคม トラバア来自บุคคลใกล้ชิด และความเมตตากรุณาต่อตนเอง ในกลุ่มนิสิต-นักศึกษาระดับปริญญาตรี

ผลการวิเคราะห์ในครั้งนี้สอดคล้องกับข้อค้นพบในงานวิจัยของ Topkaya (2014) ซึ่งแม้ว่าจะพบความสัมพันธ์ในทิศทางลบระหว่างเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยากับตัวแปร トラバア来自ตนเอง และ トラバア来自สังคมก็ตาม แต่เมื่อพิจารณาสมการทำนายในงานวิจัยแล้วพบว่า

ตราบาปจากตนเองมีอิทธิพลมากกว่าตราบาปจากสังคมในการอธิบายตัวแปรเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา เช่นเดียวกับผลการวิเคราะห์ในงานวิจัยนี้

รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างตราบาปจากสังคม ตราบาปจากบุคคลใกล้ชิด และตราบาปจากตนเอง อาจช่วยอธิบายข้อค้นพบดังกล่าวได้ โดยมีงานวิจัยที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตราบาปทั้ง 3 ด้าน เช่น โมเดลเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางวิชาชีพในงานศึกษาของ Ludwikowski, Vogel, และ Armstong (2009) ที่ทำการศึกษถึงอิทธิพลของตราบาปจากสังคม ตราบาปจากบุคคลใกล้ชิด และตราบาปจากตนเอง ที่มีต่อเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางวิชาชีพ (Attitudes toward career counseling) โดยผลการศึกษาพบว่าตัวแปรตราบาปจากสังคมและตราบาปจากบุคคลใกล้ชิด มีอิทธิพลต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางวิชาชีพ โดยมีตัวแปรตราบาปจากตนเองเป็นตัวแปรส่งผ่าน เช่นเดียวกับข้อค้นพบในงานวิจัยของธนวัต ภูณยกนก (2553) ที่ศึกษาอิทธิพลของตราบาปเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจทั้งสามองค์ประกอบ ที่มีต่อเจตจำนงต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา (help seeking intention) โดยมีเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่าน ซึ่งผลการศึกษาพบอิทธิพลทางอ้อมของตราบาปจากสังคมและตราบาปจากบุคคลใกล้ชิด ที่มีต่อตัวแปรเจตจำนงต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา โดยมีตัวแปรตราบาปจากตนเอง และเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือเป็นตัวแปรส่งผ่าน อย่างมีนัยสำคัญหรือในงานของ Bathje และ Pryor (2011) ที่พบว่ากรรับรู้และเห็นด้วยที่บุคคลมีต่อตราบาปจากสังคมสามารถทำนายระดับของตราบาปจากตนเองได้ เช่นเดียวกับในงานของ Vogel และคณะ (2013) ที่ทำการเก็บข้อมูลระดับของตราบาปจากสังคมและตราบาปจากตนเองในกลุ่มตัวอย่าง โดยทำการข้อมูลในช่วงเวลาที่ 1 และเก็บซ้ำอีกครั้งในช่วงเวลาที่ 2 เมื่อระยะเวลาผ่านไป 3 เดือน ผลการวิเคราะห์พบว่าระดับของตราบาปจากสังคมในช่วงเวลาที่ 1 สามารถทำนายระดับของตราบาปจากตนเองในช่วงเวลาที่ 2 ได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว มีแนวโน้มความเป็นไปได้ว่า ตราบาปจากสังคมและตราบาปจากบุคคลใกล้ชิด อาจมีอิทธิพลต่อระดับของตราบาปจากตนเองของบุคคลและมีอิทธิพลในทางอ้อมต่อเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาผ่านตัวแปรตราบาปจากตนเอง

ความเมตตากรุณาต่อตนเอง อาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างตราบาปจากสังคม ตราบาปจากบุคคลใกล้ชิด และตราบาปจากตนเอง ผ่านกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล โดยในงานศึกษาของ Wong และคณะ (2019) ได้อธิบายถึงกระบวนการทำงานของความเมตตากรุณาต่อตนเองที่มีต่อกระบวนการการเกิดของตราบาปในตนเองไว้ว่า ความ



เมตตาการุณาต่อตนเองนั้นมีอิทธิพลต่อกระบวนการทางความคิด (cognitive processes) กระบวนการทางอารมณ์ (emotional processes) และกระบวนการทางสังคม (social processes) ภายในตัวบุคคล ซึ่งกระบวนการทั้งสามด้านนี้มีอิทธิพลต่อการที่บุคคลจะรับรู้และตีความอิทธิพลจากปัจจัยภายนอกต่าง ๆ โดยหากบุคคลมีระดับความเมตตาการุณาต่อตนเองที่สูงแล้ว กระบวนการทั้งสามที่จะมีความยืดหยุ่นมากขึ้น และทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะรับอิทธิพลจากตราบาปจากสังคมและตราบาปจากบุคคลใกล้ชิดเข้ามามีผลกับตนเองลดน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบในงานศึกษาของ Heath และคณะ (2018) ที่ทำการวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตราบาปจากสังคม (perceived public stigma) ตราบาปจากตนเองที่คาดการณ์ (anticipated self-stigma) และความเมตตาการุณาต่อตนเอง ผลการวิเคราะห์พบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการรับรู้ตราบาปจากสังคมที่สูง กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับของความเมตตาการุณาต่อตนเองที่สูงกว่า จะมีระดับตราบาปจากตนเองที่คาดการณ์ที่ต่ำกว่าอีกกลุ่มหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นจึงมีแนวโน้มความเป็นไปได้ว่าความเมตตาการุณาต่อตนเองอาจเป็นตัวแปรที่มีบทบาทในการกำกับอิทธิพลจากปัจจัยภายนอกคือตราบาปจากสังคมและตราบาปจากบุคคลใกล้ชิด ที่มีต่อระดับตราบาปจากตนเองของบุคคล ผ่านการทำให้บุคคลมีกระบวนการทางความคิด กระบวนการทางอารมณ์ และกระบวนการทางสังคมที่ยืดหยุ่นมากขึ้นได้

จากผลการวิเคราะห์และการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นอาจกล่าวได้ว่า การที่ตราบาปจากตนเอง เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการทำนายเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาในงานวิจัยนี้ มีแนวโน้มความเป็นไปได้ว่าอาจเกี่ยวเนื่องมาจากรูปแบบความสัมพันธ์และอิทธิพลระหว่างตัวแปรตราบาปจากสังคม ตราบาปจากบุคคลใกล้ชิด และความเมตตาการุณาต่อตนเอง ที่มีต่อตัวแปรตราบาปจากตนเอง โดยบุคคลมีแนวโน้มที่จะรับรู้ตราบาปเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจจากภายนอก คือ ตราบาปจากสังคมและตราบาปจากบุคคลใกล้ชิด ว่าสังครบข้างของตน มีความเชื่อและมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจเป็นอย่างไร และอาจมีการประเมินผ่านกระบวนการทางความคิด กระบวนการทางอารมณ์ และกระบวนการทางสังคม ภายในตนเองอีกครั้งหนึ่ง ก่อนจะรับเข้ามาเป็นความเชื่อของตนเองที่มีต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ หรือตราบาปจากตนเอง โดยมีความเมตตาการุณาต่อตนเองคอยกำกับอิทธิพลจากปัจจัยภายนอกที่มีต่อกระบวนการที่เกิดขึ้นนี้ จึงทำให้มีแนวโน้มความเป็นไปได้ที่ตราบาปจากตนเองจะมีอิทธิพลต่อเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาของบุคคลมากกว่าตัวแปรอื่น ๆ ในงานวิจัยนี้

ข้อค้นพบในงานวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่าทั้งตราบาปจากสังคม ตราบาปจากบุคคลใกล้เคียง ตราบาปจากตนเอง และความเมตตากรุณาต่อตนเอง ล้วนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาของบุคคลอย่างมีนัยสำคัญ หากจะมีการนำองค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยนี้ไปใช้ประโยชน์ในการออกแบบหรือวางแผนกระบวนการเพื่อส่งเสริมเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาในกลุ่มนิสิต-นักศึกษาต่อไปในอนาคต จึงควรให้ความสำคัญกับตัวแปรเหล่านี้ โดยหากพิจารณาถึงอิทธิพลในสมการทำนายเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาแล้ว อาจพิจารณาและให้ความสำคัญกับการพัฒนาแนวทางในการลดอิทธิพลของตราบาปเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจ โดยมุ่งเน้นที่ตราบาปจากตนเองเป็นสำคัญ โดยอาจมีการประชาสัมพันธ์หรืออบรมเพื่อให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับกลุ่มอาการความเจ็บป่วยทางจิตใจ แนวทางในการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา รวมถึงการได้รับฟังประสบการณ์ตรงจากผู้ที่มีเคยเข้าสู่กระบวนการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยามาก่อน ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยลดระดับตราบาปจากตนเองของบุคคลได้ (Spagnolo et al., 2008) ควบคู่ไปกับการส่งเสริมให้บุคคลมีความเมตตากรุณาต่อตนเองผ่านการฝึกในรูปแบบต่าง ๆ เช่น กระบวนการฝึกสมาธิแผ่เมตตา (Pace, 2009) รวมถึงควรมีการเผยแพร่องค์ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องต่ออาการความเจ็บป่วยทางจิตใจต่าง ๆ ในระดับสังคม เพื่อลดอิทธิพลของตราบาปเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจในวงกว้างต่อไป

### ข้อจำกัดในการศึกษาวิจัย

1. ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยต้องการทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง นิสิต-นักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี โดยไม่ได้เจาะจงมหาวิทยาลัยที่จะใช้ทำการเก็บข้อมูลการวิจัย จึงอาจทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มาจากหลายที่มา อาจมีปัจจัยบางอย่างที่เหมือนหรือแตกต่างกัน ที่เป็นปัจจัยแทรกซ้อนต่อผลการวิจัยในครั้งนี้ได้

2. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบตามสะดวก (convenience sampling) โดยอาศัยการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างผ่านการประชาสัมพันธ์ในกลุ่มสังคมออนไลน์ (Facebook) ซึ่งอาจทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีความสนใจเกี่ยวกับงานวิจัยและความรู้ทางจิตวิทยา หรือมีทัศนคติในทางบวกต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาอยู่ก่อนแล้ว จึงมีความสนใจและสมัครใจเข้ามาเป็นผู้ร่วมการวิจัยในงานนี้ได้ ทำให้ผลการวิจัยในครั้งนี้อาจไม่สามารถสะท้อนภาพรวมทั้งหมดของกลุ่มนิสิต-นักศึกษา ระดับปริญญาตรี ในประเทศไทยได้

3. ในการวิจัยนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยให้ข้อมูลด้วยวิธีการรายงานตนเอง (self-report) ซึ่งอาศัยการประเมินตนเองโดยตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย ทำให้อาจเกิดความคลาดเคลื่อนในการตอบแบบสอบถาม อันเนื่องมาจากอคติส่วนบุคคล และอคติเอนเอียงต่อความปรารถนาของสังคม (social desirability bias) ได้

4. ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง นิสิต-นักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ในประเทศไทยเท่านั้น การนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้อ้างอิงสู่กลุ่มประชากรอื่นที่อาจมีคุณลักษณะแตกต่างกัน เป็นสิ่งที่ควรกระทำด้วยความระมัดระวัง

### ข้อเสนอแนะในงานวิจัย

1. สำหรับงานวิจัยหลังจากนี้ อาจทำการศึกษาถึงความแตกต่างระหว่างกลุ่มในเรื่องของประสบการณ์ในการแสวงหาความช่วยเหลือและโอกาสในการเข้าถึงความช่วยเหลือทางจิตวิทยาที่เป็นทางการว่าอาจมีอิทธิพลต่อเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาของกลุ่มนิสิต-นักศึกษาอย่างไร

2. สำหรับงานวิจัยหลังจากนี้ อาจทำการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระในงานวิจัยนี้คือตราบาปจากสังคม ตราบาปจากบุคคลใกล้ชิด ตราบาปจากตนเอง และความเมตตากรุณาต่อตนเอง เพื่อทำความเข้าใจถึงอิทธิพลที่ตัวแปรดังกล่าวมีต่อกัน รวมถึงอิทธิพลที่มีต่อเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาเพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างรอบด้าน

3. สำหรับงานวิจัยหลังจากนี้ อาจทำการศึกษาเพิ่มเติมถึงอิทธิพลของเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาที่มีต่อพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาในอนาคต โดยอาจทำการวิจัยในระยะยาว หรือมีการเก็บข้อมูลซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างเดิม เพื่อดูแนวโน้มที่กลุ่มตัวอย่างจะมีการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาต่อไป

## บรรณานุกรม

รายการอ้างอิงภาษาไทย

ณัฐสุดา เต็มพันธ์. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบความผูกพันและเจตคติ ในการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพของนักศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย].

<http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/65186>

ณัฐสุภา พรสมบุญ. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้สึกตราบาบของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ]. <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/59676>

ธนวัต ปุณยภนิก. (2553). โมเดลเจตจำนงต่อการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพ : บทบาทการส่งผ่านของการประทับตราว่าด้วยค่าตามการรับรู้และเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย].

<http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/38373>

นิตานาถ เรื่องเดชสิริพงศ์. (2559). ความสัมพันธ์ของความเครียด ตราบาบ เจตคติในการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาและภาวะวิกฤตวัยกลางคนในคนวัยทำงาน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย].

<http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/52348>

นิฮาพีชา หะยิวาเงาะ. (2554). ทศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และการตีตราทางสังคม : กรณีศึกษาชุมชนมุสลิมในจังหวัดปัตตานี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/22969>

พลอยชมพู อัครธัญย์. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง ความเมตตากรุณาต่อตนเอง ค่าดัชนีมวลกาย การประเมินตนเสมือนวัตถุและความพึงพอใจในภาพลักษณ์ทางร่างกายในสตรีวัยรุ่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/42008>

อชิวัฒน์ ยิ่งสูง. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความละเอียดอ่อนต่อตนเอง ความเมตตากรุณาต่อตนเอง สติและปัญหาด้านจิตใจ ของนิสิตระดับปริญญาตรี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย].

<http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/64649>

รายการอ้างอิงภาษาอังกฤษ

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)

Andersen, R., & Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 95-124.

Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of health and social behavior*, 1-10.

- Ang, R. P., Lim, K. M., Tan, A.-G., & Yau, T. Y. (2004). Effects of gender and sex role orientation on help-seeking attitudes. *Current Psychology, 23*(3), 203-214.
- Barker, G. (2007). Adolescents, social support and help-seeking behaviour: an international literature review and programme consultation with recommendations for action.
- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., & Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 40*(1), 51-54.
- Bathje, G., & Pryor, J. (2011). The relationships of public and self-stigma to seeking mental health services. *Journal of Mental Health Counseling, 33*(2), 161-176.
- Ben, C., Chio, F. H., Mak, W. W., Corrigan, P. W., & Chan, K. K. (2021). Internalization process of stigma of people with mental illness across cultures: A meta-analytic structural equation modeling approach. *Clinical psychology review, 87*, 102029.
- Booth, N. R., McDermott, R. C., Cheng, H.-L., & Borgogna, N. C. (2019). Masculine gender role stress and self-stigma of seeking help: The moderating roles of self-compassion and self-coldness. *Journal of counseling psychology, 66*(6), 755.
- Boyd, J. E., Katz, E. P., Link, B. G., & Phelan, J. C. (2010). The relationship of multiple aspects of stigma and personal contact with someone hospitalized for mental illness, in a nationally representative sample. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 45*(11), 1063-1070.
- Brohan, E., Slade, M., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC health services research, 10*(1), 1-11.
- Chishima, Y., Mizuno, M., Sugawara, D., & Miyagawa, Y. (2018). The influence of self-compassion on cognitive appraisals and coping with stressful events. *Mindfulness, 9*(6), 1907-1915.
- Choi, N.-Y., & Miller, M. J. (2014). AAPI college students' willingness to seek counseling: The role of culture, stigma, and attitudes. *Journal of counseling psychology, 61*(3), 340.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American psychologist, 59*(7), 614.

- Corrigan, P. W., Bink, A. B., Schmidt, A., Jones, N., & Rüschi, N. (2016). What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the “why try” effect. *Journal of Mental Health, 25*(1), 10-15.
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Ruesch, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World psychiatry, 8*(2), 75.
- Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rüschi, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry research, 189*(3), 339-343.
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *The Canadian Journal of Psychiatry, 57*(8), 464-469.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry, 1*(1), 16.
- Craig, C., Hiskey, S., & Spector, A. (2020). Compassion focused therapy: a systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert review of neurotherapeutics, 20*(4), 385-400.
- Drapalski, A. L., Lucksted, A., Perrin, P. B., Aakre, J. M., Brown, C. H., DeForge, B. R., & Boyd, J. E. (2013). A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiatric Services, 64*(3), 264-269.
- Dschaak, Z. A., Spiker, D. A., Berney, E. C., Miller, M. E., & Hammer, J. H. (2021). Collegian help seeking: the role of self-compassion and self-coldness. *Journal of Mental Health, 30*(3), 284-291.
- Elias, H., Ping, W. S., & Abdullah, M. C. (2011). Stress and academic achievement among undergraduate students in Universiti Putra Malaysia. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 29*, 646-655.
- Evans, T. M., Bira, L., Gastelum, J. B., Weiss, L. T., & Vanderford, N. L. (2018). Evidence for a mental health crisis in graduate education. *Nature biotechnology, 36*(3), 282-284.
- Feldman, C., & Kuyken, W. (2011). Compassion in the landscape of suffering. *Contemporary Buddhism, 12*(1), 143-155.
- 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(1p1), 79.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.
- Goffman, E. (1963). Embarrassment and social organization.
- Goldin, P. R., & Jazaieri, H. (2017). The compassion cultivation training (CCT) program. *The Oxford handbook of compassion science*, 235-245.
- Greenwald, A. G. (1968). On defining attitude and attitude theory. *Psychological foundations of attitudes*, 361-388.
- Griffiths, K. M., Crisp, D. A., Barney, L., & Reid, R. (2011). Seeking help for depression from family and friends: a qualitative analysis of perceived advantages and disadvantages. *BMC psychiatry*, 11(1), 1-12.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., Christensen, H., & Brewer, J. L. (2012). A systematic review of help-seeking interventions for depression, anxiety and general psychological distress. *BMC psychiatry*, 12(1), 1-12.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2006). Multivariate data analysis 6th Edition. *Pearson Prentice Hall. New Jersey. humans: Critique and reformulation. Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Heath, P. J., Brenner, R. E., Lannin, D. G., & Vogel, D. L. (2018). Self-compassion moderates the relationship of perceived public and anticipated self-stigma of seeking help. *Stigma and Health*, 3(1), 65.
- Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American journal of public health*, 103(5), 777-780.
- Henshaw, E. J., & Freedman-Doan, C. R. (2009). Conceptualizing mental health care utilization using the health belief model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(4), 420.
- Hofmann, S. G., Grossman, P., & Hinton, D. E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions. *Clinical psychology review*, 31(7), 1126-1132.

- Jazaieri, H., Jinpa, G. T., McGonigal, K., Rosenberg, E. L., Finkelstein, J., Simon-Thomas, E., Cullen, M., Doty, J. R., Gross, J. J., & Goldin, P. R. (2013). Enhancing compassion: A randomized controlled trial of a compassion cultivation training program. *Journal of Happiness Studies*, 14(4), 1113-1126.
- Jazaieri, H., McGonigal, K., Lee, I. A., Jinpa, T., Doty, J. R., Gross, J. J., & Goldin, P. R. (2018). Altering the trajectory of affect and affect regulation: The impact of compassion training. *Mindfulness*, 9(1), 283-293.
- Jennings, K. S., Cheung, J. H., Britt, T. W., Goguen, K. N., Jeffirs, S. M., Peasley, A. L., & Lee, A. C. (2015). How are perceived stigma, self-stigma, and self-reliance related to treatment-seeking? A three-path model. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(2), 109.
- Jinpa, T. (2015). *A fearless heart: why compassion is the key to greater wellbeing*. Hachette UK.
- Kim, C., & Ko, H. (2018). The impact of self-compassion on mental health, sleep, quality of life and life satisfaction among older adults. *Geriatric Nursing*, 39(6), 623-628.
- 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.
- Kotera, Y., & Ting, S.-H. (2021). Positive psychology of Malaysian university students: Impacts of engagement, motivation, self-compassion, and well-being on mental health. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(1), 227-239.
- Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N., & Holtforth, M. G. (2013). Self-compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behavior therapy*, 44(3), 501-513.
- Lally, J., Ó Conghaile, A., Quigley, S., Bainbridge, E., & McDonald, C. (2013). Stigma of mental illness and help-seeking intention in university students. *The Psychiatrist*, 37(8), 253-260.
- Lannin, D. G., Vogel, D. L., Brenner, R. E., Abraham, W. T., & Heath, P. J. (2016). Does self-stigma reduce the probability of seeking mental health information? *Journal of counseling psychology*, 63(3), 351.
- Latalova, K., Kamaradova, D., & Prasko, J. (2014). Perspectives on perceived stigma and



- self-stigma in adult male patients with depression. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 10, 1399.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 363-385.
- Ludwikowski, W., Vogel, D., & Armstrong, P. I. (2009). Attitudes toward career counseling: The role of public and self-stigma. *Journal of counseling psychology*, 56(3), 408.
- Mackenzie, C. S., Gekoski, W. L., & Knox, V. (2006). Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging and mental health*, 10(6), 574-582.
- Mackenzie, C. S., Heath, P. J., Vogel, D. L., & Chekay, R. (2019). Age differences in public stigma, self-stigma, and attitudes toward seeking help: A moderated mediation model. *Journal of Clinical Psychology*, 75(12), 2259-2272.
- Mackenzie, C. S., Scott, T., Mather, A., & Sareen, J. (2008). Older adults' help-seeking attitudes and treatment beliefs concerning mental health problems. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(12), 1010-1019.
- Mak, W. W., Chong, E. S., & Wong, C. C. (2014). Beyond attributions: Understanding public stigma of mental illness with the common sense model. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(2), 173.
- Mendoza, H., Masuda, A., & Swartout, K. M. (2015). Mental health stigma and self-concealment as predictors of help-seeking attitudes among Latina/o college students in the United States. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 37(3), 207-222.
- Nearchou, F. A., Bird, N., Costello, A., Duggan, S., Gilroy, J., Long, R., McHugh, L., & Hennessy, E. (2018). Personal and perceived public mental-health stigma as predictors of help-seeking intentions in adolescents. *Journal of adolescence*, 66, 83-90.
- Neely, M. E., Schallert, D. L., Mohammed, S. S., Roberts, R. M., & Chen, Y.-J. (2009). Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motivation and emotion*, 33(1), 88-97.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250.

- Neff, K. D. (2011). Self - compassion, self - esteem, and well - being. *Social and personality psychology compass*, 5(1), 1-12.
- Neff, K. D., & Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and identity*, 12(2), 160-176.
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of research in personality*, 41(4), 908-916.
- Oexle, N., Waldmann, T., Staiger, T., Xu, Z., & Ruesch, N. (2018). Mental illness stigma and suicidality: the role of public and individual stigma. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 27(2), 169-175.
- Pace, T. W., Negi, L. T., Adame, D. D., Cole, S. P., Sivilli, T. I., Brown, T. D., Issa, M. J., & Raison, C. L. (2009). Effect of compassion meditation on neuroendocrine, innate immune and behavioral responses to psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*, 34(1), 87-98.
- Pattyn, E., Verhaeghe, M., Sercu, C., & Bracke, P. (2014). Public stigma and self-stigma: Differential association with attitudes toward formal and informal help seeking. *Psychiatric Services*, 65(2), 232-238.
- Pauley, G., & McPherson, S. (2010). The experience and meaning of compassion and self - compassion for individuals with depression or anxiety. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(2), 129-143.
- Pedersen, E. R., & Paves, A. P. (2014). Comparing perceived public stigma and personal stigma of mental health treatment seeking in a young adult sample. *Psychiatry research*, 219(1), 143-150.
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-journal for the Advancement of Mental health*, 4(3), 218-251.
- Rickwood, D., & Thomas, K. (2012). Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems. *Psychology research and behavior management*, 5, 173.

- Rickwood, D. J., & Braithwaite, V. A. (1994). Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social science & medicine*, 39(4), 563-572.
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry research*, 121(1), 31-49.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health education monographs*, 2(4), 328-335.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European psychiatry*, 20(8), 529-539.
- Rüsch, N., Brohan, E., Gabbidon, J., Thornicroft, G., & Clement, S. (2014). Stigma and disclosing one's mental illness to family and friends. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(7), 1157-1160.
- Samari, E., Teh, W. L., Roystonn, K., Devi, F., Cetty, L., Shahwan, S., & Subramaniam, M. (2022). Perceived mental illness stigma among family and friends of young people with depression and its role in help-seeking: a qualitative inquiry. *BMC psychiatry*, 22(1), 1-13.
- Souza, L. K. d., & Hutz, C. S. (2016). Self-compassion in relation to self-esteem, self-efficacy and demographical aspects. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 26, 0181-0188.
- Spagnolo, A. B., Murphy, A. A., & Librera, L. A. (2008). Reducing stigma by meeting and learning from people with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(3), 186.
- ten Have, M., de Graaf, R., Ormel, J., Vilagut, G., Kovess, V., & Alonso, J. (2010). Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(2), 153-163.
- Topkaya, N. (2014). Gender, Self-Stigma, and Public Stigma in Predicting Attitudes toward Psychological Help-Seeking. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 14(2), 480-487.
- Tucker, J. R., Hammer, J. H., Vogel, D. L., Bitman, R. L., Wade, N. G., & Maier, E. J. (2013). Disentangling self-stigma: Are mental illness and help-seeking self-stigmas different? *Journal of counseling psychology*, 60(4), 520.

- Vogel, D. L., Bitman, R. L., Hammer, J. H., & Wade, N. G. (2013). Is stigma internalized? The longitudinal impact of public stigma on self-stigma. *Journal of counseling psychology, 60*(2), 311.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., Wester, S. R., Larson, L., & Hackler, A. H. (2007). Seeking help from a mental health professional: The influence of one's social network. *Journal of Clinical Psychology, 63*(3), 233-245.
- Vogel, D. L., & Wei, M. (2005). Adult Attachment and Help-Seeking Intent: The Mediating Roles of Psychological Distress and Perceived Social Support. *Journal of counseling psychology, 52*(3), 347.
- Weiss, M. G., Ramakrishna, J., & Somma, D. (2006). Health-related stigma: rethinking concepts and interventions. *Psychology, health & medicine, 11*(3), 277-287.
- Wong, C. C. Y., Knee, C. R., Neighbors, C., & Zvolensky, M. J. (2019). Hacking stigma by loving yourself: A mediated-moderation model of self-compassion and stigma. *Mindfulness, 10*(3), 415-433.
- Wrigley, S., Jackson, H., Judd, F., & Komiti, A. (2005). Role of stigma and attitudes toward help-seeking from a general practitioner for mental health problems in a rural town. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 39*(6), 514-521.
- Yousaf, O., Popat, A., & Hunter, M. S. (2015). An investigation of masculinity attitudes, gender, and attitudes toward psychological help-seeking. *Psychology of Men & Masculinity, 16*(2), 234.

**ภาคผนวก**  
**แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย**

**คำชี้แจง**

1. แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่
  - 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มี 2 ส่วนย่อย
    - 1.1) ข้อคำถามทั่วไปเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ
    - 1.2) ข้อคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ในการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา
  - 2) มาตรการวัดเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา จำนวน 29 ข้อ
  - 3) มาตรการวัดทราบเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจ มี 3 ส่วนย่อย
    - 3.1) มาตรการวัดทราบจากสังคม จำนวน 12 ข้อ
    - 3.2) มาตรการวัดทราบจากบุคคลใกล้ชิด จำนวน 12 ข้อ
    - 3.3) มาตรการวัดทราบจากตนเอง จำนวน 12 ข้อ
  - 4) มาตรการวัดความเมตตากรุณาต่อตนเอง จำนวน 26 ข้อ
2. แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบข้อคำถามตามความเป็นจริง ข้อมูลการตอบกลับของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดจะถูกเก็บไว้เป็นระยะเวลา 6 เดือน และเมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยทั้งหมดแล้ว ผู้วิจัยจะทำการลบข้อมูลการตอบกลับทั้งหมดที่เก็บรวบรวมได้จากงานวิจัยนี้ออกจากฐานระบบการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย ข้อมูลและผลการวิจัยจากข้อมูลที่รวบรวมมาได้ นั้น จะถูกนำเสนอแบบเป็นภาพรวมเพื่อให้เห็นถึงแนวโน้มเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยเท่านั้น และจะไม่มีการนำเสนอข้อมูลใดก็ตามที่อาจสามารถระบุถึงตัวของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

### 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

#### คำชี้แจง

โปรดระบุหรือเลือกคำตอบที่สอดคล้องกับตัวของท่านมากที่สุด

เพศ  ชาย  หญิง  LGBTQIA+  ไม่ระบุ

อายุ ..... คณะที่ศึกษา .....

ชั้นปี ..... มหาวิทยาลัย .....

### 1.2 ข้อคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ในการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา

#### คำชี้แจง

โปรดเลือกคำตอบที่สอดคล้องกับตัวของท่านมากที่สุด

การเข้ารับบริการทางจิตวิทยา หมายถึง การมีประสบการณ์ในการเข้าพบนักจิตวิทยา จิตแพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตวิทยาอื่น ๆ เพื่อรับการปรึกษาหรือบำบัดความเจ็บป่วยทางจิตใจ

#### 1. ท่านเคยเข้ารับบริการทางจิตวิทยามาก่อน

ตรงกับตัวฉัน  ไม่ตรงกับตัวฉัน

#### 2. บุคคลในครอบครัวของท่านเคยเข้ารับบริการทางจิตวิทยามาก่อน

ตรงกับตัวฉัน  ไม่ตรงกับตัวฉัน  ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

#### 3. เพื่อนหรือคนสนิทของท่านเคยเข้ารับบริการทางจิตวิทยามาก่อน

ตรงกับตัวฉัน  ไม่ตรงกับตัวฉัน  ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

#### 4. มหาวิทยาลัยของท่านมีศูนย์บริการทางด้านจิตวิทยา

ตรงกับตัวฉัน  ไม่ตรงกับตัวฉัน  ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

## 2. มาตรการวัดเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา

### คำชี้แจง

ข้อความด้านล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความแสดงถึงความรู้สึกที่ท่านมีต่อการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยา

**นักจิตวิทยา** หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง โดยเฉพาะเป็นผู้ที่มีความชำนาญในการให้การปรึกษาปัญหาด้านจิตใจแก่บุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือ ทั้งบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต และบุคคลทั่วไปที่มีปัญหา ทั้งนี้เพื่อให้บุคคลสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

กรุณาอ่านข้อความต่อไปนี้โดยละเอียดและเลือกตอบตัวเลขที่ ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

โดยที่ 1 หมายถึง ไม่ตรงเลย, 2 หมายถึง ค่อนข้างไม่ตรง, 3 หมายถึง ค่อนข้างตรง, และ 4 หมายถึง ตรงมาก

ข้อที่	ข้อความ	ไม่ตรงเลย	ค่อนข้างไม่ตรง	ค่อนข้างตรง	ตรงมาก
1.	แม้ว่าจะมีศูนย์การปรึกษาทางจิตวิทยา แต่ฉันก็ไม่เคยเชื่อถือ	1	2	3	4
2.	ถ้าเพื่อนมีปัญหา ฉันมักแนะนำให้เขาไปปรึกษานักจิตวิทยา	1	2	3	4
3.	ฉันรู้สึกไม่สบายใจเมื่อไปพบนักจิตวิทยา เพราะฉันกังวลถึงความรู้สึกที่ผู้อื่นมีต่อฉันเมื่อทราบว่าฉันไปพบนักจิตวิทยา	1	2	3	4

### 3.1 มาตรการประท้วงตราว่าด้อยค่าจากสังคมในการแสวงหาความช่วยเหลือ

#### คำชี้แจง

กรุณาอ่านข้อความต่อไปนี้โดยละเอียดและเลือกตอบตัวเลขที่ **ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด**

โดยที่ 0 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย, 2 หมายถึง เห็นด้วย, และ 3 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อที่	ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	เห็น ด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.	การพบนักจิตวิทยาเพื่อแก้ไขปัญหาส่วนตัว (เช่น ปัญหาทางอารมณ์ หรือปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์) จะถูกสังคมมองว่าเป็นคนมีปัญหาและสังคมไม่ยอมรับ	0	1	2	3
2.	คนทั่วไปจะมองคนที่เคยไปรับการปรึกษาจากนักจิตวิทยาในทางไม่ดี	0	1	2	3
3.	คนส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะไม่ค่อยชอบคนที่เคยไปรับการปรึกษาจากนักจิตวิทยา	0	1	2	3



### 3.2 มาตรการวัดการประทับใจตราว่าด้วยค่าจากบุคคลใกล้ชิดในการแสวงหาความช่วยเหลือ

#### คำชี้แจง

ลองนึกถึงว่า ท่านกำลังประสบปัญหาด้านจิตใจ (เช่นปรับตัวไม่ได้ มีปัญหาด้านการเรียน มีความเครียด หรือมีอาการซึมเศร้า) และท่าน ต้องการความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตวิทยา (เช่นนักจิตวิทยาการปรึกษา) หากท่านพบนักจิตวิทยาการปรึกษาเพื่อรับบริการแล้ว ท่านคิดว่า คนใกล้ชิดรอบตัวท่าน (เช่น พ่อแม่ ญาติพี่น้อง หรือเพื่อน) จะมีการแสดงท่าทีต่าง ๆ ดังต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

ขอให้ท่านประเมินโดยละเอียดเกี่ยวกับความเป็นไปได้และเลือกตอบตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยที่ 1 หมายถึง ไม่แสดงท่าทีอะไรเลย, 2 หมายถึง แสดงท่าทีเล็กน้อย, 3 หมายถึง แสดงท่าทีบ้าง, 4 หมายถึง แสดงท่าทีค่อนข้างมาก, และ 5 หมายถึง แสดงท่าทีอย่างมาก

ข้อที่	การแสดงท่าทีต่างๆของคนใกล้ชิดรอบข้าง (เช่น เพื่อน ญาติพี่น้อง) ถ้ารู้ว่าฉันไปพบกับนักจิตวิทยาเพื่อรับบริการปรึกษา	ไม่แสดงท่าทีอะไรเลย	แสดงท่าทีเล็กน้อย	แสดงท่าทีบ้าง	แสดงท่าทีค่อนข้างมาก	แสดงท่าทีอย่างมาก
1.	มีปฏิกริยากับท่านในทางลบ	1	2	3	4	5
2.	คิดถึงท่านในด้านที่ไม่ดี	1	2	3	4	5
3.	มองว่าท่านมีความผิดปกติหรือมีปัญหาอย่างรุนแรง	1	2	3	4	5

### 3.3 มาตรการประทัพบตราว่าด้วยค่าจากตนเองในการแสวงหาความช่วยเหลือ

#### คำชี้แจง

กรุณาอ่านข้อความต่อไปนี้โดยละเอียดและเลือกตอบตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยที่ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย, 3 หมายถึง เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยพอ ๆ กัน, 4 หมายถึง เห็นด้วย, และ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อที่	ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยพอ ๆ กัน	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.	การแสวงหาความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยา การปรึกษาจะทำให้ฉันรู้สึกว่าเป็นคนที่ไม่ค่อยฉลาดนัก	1	2	3	4	5
2.	การขอความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยาจะทำให้ฉันรู้สึกว่าเป็นคนด้อยค่าลง	1	2	3	4	5
3.	ฉันมองว่าถ้าฉันไปปรึกษาปัญหากับนักจิตวิทยาการปรึกษาแล้วฉันจะรู้สึกว่าตนเองไม่เข้มแข็งพอ	1	2	3	4	5

#### 4. มาตรการวัดความเมตตา กรุณาต่อตนเอง

##### คำชี้แจง

โปรดเลือกตอบตัวเลขที่พิจารณาแล้วเห็นว่า **ตรงกับตัวท่านมากที่สุด**

โดยที่ 1 หมายถึง แทบจะไม่เคย, 2 หมายถึง น้อยครั้ง, 3 หมายถึง ปานกลาง, 4 หมายถึง บ่อย ๆ, และ 5 หมายถึง แทบจะทุกครั้ง

ข้อที่	ข้อความ	แทบจะ ไม่เคย	น้อยครั้ง	ปาน กลาง	บ่อย ๆ	แทบจะ ทุกครั้ง
1.	ฉันรับไม่ได้และตำหนิข้อบกพร่องของ ตนเอง	1	2	3	4	5
2.	เวลาารู้สึกหดหู่ท้อแท้ ฉันมักจะหมกมุ่น และคิดถึงแต่เรื่องต่าง ๆ ที่ฉันทำผิดพลาด	1	2	3	4	5
3.	เวลาที่มีเรื่องเลวร้ายเกิดขึ้น ฉันมองว่ามัน เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่ทุกคนต้องประสบ	1	2	3	4	5

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	กิตติชัย สายรุ่ง
วัน เดือน ปี เกิด	20 ธันวาคม 2539
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ที่อยู่ปัจจุบัน	1020 ซ.เพชรเกษม 55/2 ถนนเพชรเกษม แขวงหลักสอง เขตบางแค กรุงเทพมหานคร 10160



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY