

เจตคติตราบาปต่อโรคซึมเศร้า: ระยะห่างทางสังคมและพฤติกรรมการช่วยเหลือ

นางสาวชลธิชา ธาดานุกุลวัฒนา 5637421738

นางสาวทอฝัน สิทธิฤกษ์ 5637445838

นางสาวธัญชา ฉันทประทีป 5637451538

โครงการทางจิตวิทยานี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

สาขาจิตวิทยา

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2559

STIGMA ATTITUDES TOWARD DEPRESSION: SOCIAL DISTANCE AND PROSOCIAL
BEHAVIOR

Ms. Chonticha Thadanukoonwattana 5637421738

Ms. Torfun Sitthirerk 5637445838

Ms. Thanutcha Chanthapratheep 5637451538

A Senior Project in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Bachelor of Science in Psychology

Faculty of Psychology

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

หัวข้อโครงการทางจิตวิทยา เจตคติตราบาปต่อโรคซึมเศร้า: ระยะห่างทางสังคมและพฤติกรรมการ
ช่วยเหลือ

โดย นางสาวชลธิชา ภูตานุกุลวัฒนา 5637421738

นางสาวทอฝัน สิทธิฤกษ์ 5637445838

นางสาวธนัชชา ฉันทประทีป 5637451538

สาขาวิชา จิตวิทยา

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการทางจิตวิทยาหลัก อาจารย์ ดร. สุภลักษณ์ ลวดลาย

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับโครงการทางจิตวิทยาฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาบัณฑิต

..... คณบดีคณะจิตวิทยา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณางค์ มณีศรี)

คณะกรรมการสอบโครงการทางจิตวิทยา

..... อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการทางจิตวิทยาหลัก

(อาจารย์ ดร. สุภลักษณ์ ลวดลาย)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชูพงศ์ ปัญจมะวัต)

..... กรรมการ

(อาจารย์ ดร. พนิดา เสือวรรณศรี)

นางสาวชลธิชา ธาดานุกุลวัฒนา, นางสาวทอฝัน สิทธิฤกษ์, นางสาวธัญชา ฉันทประทีป: เจตคติตราบา
 บาบต่อโรคซึมเศร้า: ระยะเวลาทางสังคมและพฤติกรรมกรช่วยเหลือ (STIGMA ATTITUDES TOWARD
 DEPRESSION: SOCIAL DISTANCE AND PROSOCIAL BEHAVIORS) อาจารย์ที่ปรึกษา: อาจารย์ ดร.
 สุภรณ์ ลวดลาย, 85 หน้า

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของเจตคติตราบาบาที่มีต่อโรคซึมเศร้า และ
 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในการทำนายพฤติกรรมกรช่วยเหลือ และระยะเวลาทางสังคม ซึ่งมีการเข้าใจอย่างร่วม
 รู้สึกเป็นตัวแปรส่งผ่าน กลุ่มผู้วิจัยได้ศึกษาในกลุ่มนิสิตนักศึกษาในระดับปริญญาตรีจากสถาบันอุดมศึกษาใน
 กรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มนิสิตนักศึกษาสาขาจิตวิทยาที่ผ่านการ
 เรียนวิชาเกี่ยวกับจิตวิทยาปกติ และกลุ่มนิสิตนักศึกษาที่ไม่เคยผ่านการเรียนวิชาดังกล่าวมาก่อน จำนวน
 กลุ่มละ 192 คน รวมทั้งสิ้น 384 คน การวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูลจากการใช้แบบสอบถาม ซึ่ง
 ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และมาตรวัด จำนวน 5 มาตร เพื่อวัดความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า
 เจตคติตราบาบาต่อโรคซึมเศร้า การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก ระยะเวลาทางสังคม และพฤติกรรมกรช่วยเหลือ

ผลการศึกษาพบว่า 1) ไม่พบสหสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและเจตคติตราบาบา
 กล่าวคือระดับเจตคติตราบาบาต่อโรคซึมเศร้าในนิสิตนักศึกษาที่ผ่านการเรียนรายวิชาที่เกี่ยวกับจิตวิทยา
 ปกติและนิสิตนักศึกษาที่ไม่เคยผ่านการเรียนรายวิชาที่เกี่ยวกับจิตวิทยาปกติ มีระดับไม่ต่างกัน 2) เจต
 คติตราบาบาที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวกต่อระยะเวลาทางสังคม โดยเจตคติตราบาบาที่มีสหสัมพันธ์เชิง
 เส้นตรงทางลบต่อการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก และการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกมีสหสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางลบต่อ
 ระยะเวลาทางสังคม อีกทั้งพบผลของอิทธิพลทางอ้อมของเจตคติตราบาบาต่อระยะเวลาทางสังคมโดยมีการ
 เข้าใจอย่างร่วมรู้สึกเป็นตัวแปรส่งผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกมีสหสัมพันธ์
 เชิงเส้นตรงทางบวกต่อพฤติกรรมกรช่วยเหลือ แต่ไม่พบว่าเจตคติตราบาบาที่มีสหสัมพันธ์เชิงเส้นตรงต่อ
 พฤติกรรมกรช่วยเหลือ และการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกไม่มีอิทธิพลส่งผ่านระหว่างเจตคติตราบาบาและพฤติกรรม
 กรช่วยเหลือ และ 4) ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่มีอิทธิพลกำกับต่อความสัมพันธ์
 ระหว่างเจตคติตราบาบาต่อการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก และไม่มีอิทธิพลกำกับต่อความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ
 ตราบาบาต่อระยะเวลาทางสังคม แต่มีอิทธิพลกำกับทางลบต่อความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติตราบาบาต่อ
 พฤติกรรมกรช่วยเหลือ

สาขาวิชา.....จิตวิทยา.....ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา.....2559.....ลายมือชื่อนิสิต.....

ลายมือชื่อนิสิต.....

ลายมือชื่อ อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการทางจิตวิทยาหลัก.....

5637421738, 5637445838, 5637451538: MAJOR PSYCHOLOGY

CHONTICHA THADANUKOONWATTANA, TORFUN SITTHIRERK, THANUTCHA

CHANTHAPRATHEEP: STIGMA ATTITUDES TOWARD DEPRESSION: SOCIAL DISTANCE AND HELPING BEHAVIORS. ADVISOR: DR. SUPALAK LUADLAI, 85 pp.

This study aims to explore an influence of public stigma attitudes toward Depression Disorder and depressed patients on prosocial behaviors and social distance by using empathy as a mediator. 384 undergraduate students living in Bangkok Metropolitan Region were divided into two groups based on their own educational experience on abnormal psychology and related subject. This study was a survey research which used 5 questionnaires that measure Depression Disorder knowledge, stigma attitudes toward Depression Disorder, empathy, prosocial behaviors and social distance. The results show that there was no significant relation between depression disorder knowledge and stigma attitudes in both groups. Stigma attitude showed positive and significant relation to social distance; while stigma attitude negatively and significantly related to empathy. Further, empathy showed negative correlation with social distance. Meanwhile, it showed positive correlation with prosocial behavior. In particular, empathy was crucial considered as a significant mediator of the relation between stigma attitude and social distance. However, empathy was not found to be the significant mediator of the relation between stigma attitude and prosocial behavior. Finally, depression disorder knowledge has neither the moderating effect on the relation between stigma attitudes and empathy nor the relation between stigma attitudes and social distance, but has the negative moderating effect on the relation between stigma attitudes and prosocial behavior.

Field of Study: Psychology..... Student's Signature.....

Academic Year: 2016..... Student's Signature.....

Student's Signature.....

Advisor's Signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความช่วยเหลือ ความกรุณา ความช่วยเหลือ และน้ำใจจากบุคลากรหลายท่าน คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณด้วยความซาบซึ้งใจอย่างมากมา ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณอาจารย์ ดร. สุภลักษณ์ ลวดลาย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ความเมตตากรุณา พุ่มเทร่างกาย แรงใจ สละเวลาอันมีค่าคอยให้คำปรึกษา ชี้แนะความรู้ และให้คำแนะนำรวมทั้งช่วยตรวจสอบข้อบกพร่อง และให้ความช่วยเหลือด้วยความเอาใจใส่ ตลอดกระบวนการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้

กราบขอบพระคุณคณาจารย์ อาจารย์ทุกท่านในคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้ประสิทธิ์ความรู้ประสาทความรู้อันเป็นพื้นฐานในการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้

ขอขอบพระคุณพี่ณัฐนันท์ มั่นคง ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และเป็นพี่ปรึกษาให้กับคณะผู้วิจัยในการวิเคราะห์ผลทางสถิติของข้อมูลในวิทยานิพนธ์เล่มนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบคุณเพื่อน ๆ รุ่นน้อง และรุ่นพี่ ระดับชั้นปริญญาตรี ปริญญาโท และปริญญาเอก คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่าน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการกระจายแบบสอบถามออนไลน์ไปยังกลุ่มตัวอย่างเป้าหมาย และช่วยให้คำแนะนำที่มีประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้

ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่าร่วมตอบแบบสอบถาม ทำให้คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลได้ครบจำนวน และทำให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

นางสาวชลธิชา ธานีคุณวุฒิวัฒนา

นางสาวทอฝัน สิทธิฤกษ์

นางสาวธนัชชา ฉันทประทีป

สารบัญ

หัวข้อ	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฌ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	20
สมมติฐานที่ใช้ในการวิจัย	21
ขอบเขตของการวิจัย	21
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	22
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	23
บทที่ 2 วิธีดำเนินการวิจัย	21
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	21
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	22
การพัฒนาและลักษณะของมาตรวัด	23
การเก็บรวบรวมข้อมูล	32
การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ	33
บทที่ 3 ผลการวิจัย	36
บทที่ 4 อภิปรายผลการวิจัย	49
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	60
รายการอ้างอิง	63
ภาคผนวก	71

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. ตารางแสดงเกณฑ์การวินิจฉัยโรค Major Depressive Disorder ตาม DSM-5	6
2. ตารางเกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดเจตคติตราบาปต่อโรคซึมเศร้า	25
3. ตารางเกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก	26
4. ตารางแสดงด้านการประเมินในแต่ละข้อกระทงในมาตรวัด TEQ	27
5. ตารางเกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามระยะห่างทางสังคมในมิติของ การประเมินด้านระยะห่างทางสังคม	29
6. ตารางเกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามระยะห่างทางสังคมในมิติของ การประเมินการรับรู้อันตรายจากผู้ป่วยทางจิต	30
7. ตารางเกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือ	31
8. ตารางแสดงข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	37
9. ตารางแสดงค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าพิสัย และค่ามัธยฐานของ คะแนนรวมจากแบบประเมินวัดความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า มาตรวัดเจตคติตราบาป ต่อโรคซึมเศร้า มาตรวัดการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก มาตรวัดระยะห่างทางสังคม และมาตรวัดพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือ	39
10. ตารางเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนรวมจากมาตรวัดเจตคติตราบาปต่อ โรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มนิสิตนักศึกษาที่ผ่านการเรียนรายวิชาที่เกี่ยวกับจิตวิทยาปกติ และนิสิตนักศึกษาที่ไม่เคยผ่านการเรียนรายวิชาที่เกี่ยวกับจิตวิทยาปกติ	41
11. ตารางแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรวมจากแบบประเมินวัด ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า มาตรวัดเจตคติตราบาปต่อโรคซึมเศร้า มาตรวัดการเข้าใจ อย่างร่วมรู้สึก มาตรวัดระยะห่างทางสังคม และ มาตรวัดพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือ (Pearson's Product-Moment correlation Coefficient)	42
12. ตารางการทดสอบอิทธิพลของตัวแปรส่งผ่านในโมเดลเจตคติตราบาปต่อ ระยะห่างทางสังคม	43
13. การทดสอบอิทธิพลของตัวแปรส่งผ่านในโมเดลเจตคติตราบาปต่อ พฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือ	45

ตารางที่	หน้า
14. ผลการวิเคราะห์ความถดถอยอย่างง่ายของความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าต่อพฤติกรรม การช่วยเหลือและระยะห่างทางสังคม ด้วยการวิเคราะห์ความถดถอยอย่างง่าย แบบปกติ (Enter Simple Regression)	47
15. ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (cronbach's alpha) และ CITC ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 ในแต่ละข้อกระทงของมาตรวัดเจตคติตราบาปต่อโรคซึมเศร้า	82
16. ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (cronbach's alpha) และ CITC ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 ในแต่ละข้อกระทงของมาตรวัดมาตรวัดการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก	83
17. ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (cronbach's alpha) และ CITC ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 ในแต่ละข้อกระทงของมาตรวัดระยะห่างทางสังคม	84
18. ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (cronbach's alpha) และ CITC ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 ในแต่ละข้อกระทงของพฤติกรรมความช่วยเหลือ	85

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1. โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติตราบาปต่อโรคซึมเศร้าและระยะห่างทางสังคม โดยมีการเข้าใจอย่างรู้สึกเป็นตัวแปรส่งผ่าน และความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าเป็นตัวแปรกำกับ	34
2. โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติตราบาปต่อโรคซึมเศร้าและพฤติกรรมช่วยเหลือ โดยมีการเข้าใจอย่างรู้สึกเป็นตัวแปรส่งผ่าน และความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าเป็นตัวแปรกำกับ	35
3. กราฟแท่งเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนรวมจากมาตรวัดเจตคติตราบาปต่อ โรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มนิสิตนักศึกษาที่ผ่านการเรียนรายวิชาที่เกี่ยวกับจิตวิทยาปกติ และนิสิตนักศึกษาที่ไม่เคยผ่านการเรียนรายวิชาที่เกี่ยวกับจิตวิทยาปกติ (N=384)	41
4. โมเดลเจตคติตราบาปต่อระยะห่างทางสังคม	43
5. โมเดลอิทธิพลของตัวแปรต่างๆต่อระยะห่างทางสังคม	44
6. โมเดลเจตคติตราบาปต่อพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือ	45
7. โมเดลอิทธิพลของตัวแปรต่างๆต่อพฤติกรรมช่วยเหลือ	45
8. แผนภาพแสดงความสัมพันธ์ของความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าต่อระยะห่างทางสังคม	48
9. แผนภาพแสดงความสัมพันธ์ของความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าต่อพฤติกรรมช่วยเหลือ	48

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้า (Depressive disorder) เป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่พบได้บ่อย โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอาการซึม สูญเสียความสนใจในสิ่งต่างๆ รู้สึกไร้ค่า เหนื่อยล้าไม่มีแรง มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ รวมไปถึงการมีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งอาการต่างๆ ที่กล่าวมานี้ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานหรือส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ทั้งนี้โรคซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับปัญหาความบกพร่องทางปัญญาความคิด และกระบวนการแปรผลทางอารมณ์

โดยส่วนของปัญญาความคิดจะมีผลทั้งในด้านความสามารถในการคิด การจดจำ การตัดสินใจ การสร้างสรรค์ความคิดใหม่ๆ การใช้เหตุผล และความจำ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในด้านความจำที่ต้องใช้ความพยายามหรือความสามารถในการระลึก (Marazziti et al., 2010) ซึ่งในบางงานวิจัยพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้ารายงานถึงความสามารถในการรับข้อมูลใหม่ได้น้อยลง ทั้งที่ความสามารถในการจดจำเท่าเดิม ซึ่งเป็นไปได้ว่า ภาวะซึมเศร้ามาพร้อมกับความเกี่ยวข้องของการมองโลกในแง่ร้าย ซึ่งส่งผลให้ความจำมีประสิทธิภาพลดลง (Cronholm & Ottosson, 1961; Sternberg & Jarvik, 1976; Strömgren, 1977; Steif et al., 1986b อ้างถึงใน Marazziti et al., 2010) อีกทั้งความสามารถในการสังเคราะห์ลดลง มีการตอบสนองที่ช้าลง และมีความบกพร่องในความสามารถด้านการจัดการ โดยในการทำการทดสอบ Wisconsin Card Sorting Test (WCST) ผู้ป่วยซึมเศร้าได้แสดงถึงความยากลำบากในการทำแบบทดสอบการตั้งสมมติฐานและความยืดหยุ่นทางการรู้คิด ซึ่งความไม่ยืดหยุ่นนี้ นำไปสู่ปัญหาในการรับมือกับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน และนำไปสู่อารมณ์ซึมเศร้าที่จะคงอยู่เป็นเวลานานขึ้น เนื่องจากการพยายามทำให้ความเครียดนั้นคงอยู่ต่อไปเรื่อยๆ เช่น ในงานวิจัยของ Farrin และคณะ (2003) อ้างถึงใน Marazziti และคณะ (2010) พบว่า เมื่อยังมีการเน้นย้ำความเปราะบางของผลการกระทำของบุคคลหนึ่งในปฏิบัติการตอบสนองในด้านการรู้คิดและด้านอารมณ์นำไปสู่ปฏิบัติการที่แสดงออกมากเกินไปเกินกว่าความเป็นจริงในความคิดของตนเอง เช่น แทนข้อผิดพลาดเพียงเล็กน้อยเป็นหายนะที่ใหญ่เกินความจริง และเพิ่มความรู้สึกว่าตนเป็นบุคคลล้มเหลวมากขึ้น และในส่วนของกระบวนการแปรผลทางอารมณ์

คือ ผู้ป่วยจะมีความลำเอียงในการสนใจและจดจำข้อมูลเชิงลบ เช่นเดียวกันกับที่ชอบตีความข้อมูลในเชิงลบมากกว่าเชิงบวก และเชิงกลางๆ ะหว่างอยู่ในระยะซึมเศร้า (Disner et al., 2011)

โรคซึมเศร้าสามารถพบได้ในทุกช่วงอายุ พบได้ในหลากหลายกลุ่มประชากร และพบได้ในทุกประเทศทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก หรือ World Health Organization (WHO) ได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2559 นี้ มีผู้คนที่กำลังทรมานจากโรคซึมเศร้าอยู่ประมาณ 350 ล้านคนทั่วโลก และยังคงคาดการณ์ว่าอนาคตในปีพ.ศ. 2563 โรคซึมเศร้าจะกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกอันดับที่ 2 รองลงมาจากโรคหัวใจและหลอดเลือด เพราะปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่กีดกันการใช้ชีวิตของผู้คนมากขึ้น (WHO, 2001) และในปีพ.ศ. 2573 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่โรคต่างๆ มากที่สุด (WHO, 2008)

สำหรับประเทศไทยนั้น จากข้อมูลผลการสำรวจระดับจิตวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขพบว่า มีความชุกของโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ในประชากรไทยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ประมาณร้อยละ 1.8 หรือประมาณ 900,000 คน และจากการสำรวจสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นในสถานศึกษา ปี พ.ศ. 2547 ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่านักเรียนระดับมัธยมปลาย และระดับปวช. มีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 16.41 หรือกล่าวได้ว่าประมาณ 1 ใน 6 คนของนักเรียนระดับมัธยมปลาย หรือปวช. จะมีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่านักเรียนในกรุงเทพมหานคร มีภาวะซึมเศร้าสูงสุดถึงร้อยละ 20.63 ส่วนในภาคอื่นๆ ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นักเรียนมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 17.28 ภาคใต้ นักเรียนมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15.60 ภาคเหนือ นักเรียนมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 15.15 และภาคกลาง นักเรียนมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 14.14

นอกจากนี้ สิ่งที่เลวร้ายที่สุดคือ โรคซึมเศร้าอาจนำไปสู่การสูญเสียชีวิตซึ่งปัจจุบันมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้น ดังบทความในปี พ.ศ. 2533 พบว่าอัตราการตาย 15% ของผู้ป่วยซึมเศร้ามาจากการฆ่าตัวตาย (Guze & Robins, 1970; Miles, 1977 อ้างถึงใน Beskow, 1990) และต่อมา ในปีพ.ศ. 2546 พบว่าในประเทศสหรัฐอเมริกาจะมีคนฆ่าตัวตายประมาณ 31,000 คนต่อปี และ 90% ของคนเหล่านั้นเป็นผู้ป่วยทางจิต ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าเป็นผู้ป่วยซึมเศร้า (Antai-Otong, 2003) โดยความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายจะยิ่งสูงขึ้นในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา (Wasserman, 2016) สำหรับในประเทศไทยนั้น ข้อมูลจากผลการสำรวจระดับจิตวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปีพ.ศ. 2556 ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พบว่าประชากรในประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายประมาณ 3.5% หรือประมาณ 1.8 ล้านคน โดยมากกว่าร้อยละ 60 – 90 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายมีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและสารเสพติด

จึงอาจกล่าวได้ว่า โรคซึมเศร้านำไปสู่การสูญเสียของประชากร ในแง่บุคคล โรคซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อให้เกิดความบกพร่องทั้งในด้านร่างกาย การรู้คิด อารมณ์ ซึ่งรบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน และส่งผลให้รับมือกับปัญหาอย่างไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ถึงแม้ว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้า อาจเป็นได้ทั้งปัจจัยภายใน เช่น ลักษณะนิสัย การเผชิญกับปัญหา มุมมองต่อการใช้ชีวิต และปัจจัยภายนอก เช่น สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความบกพร่องในด้านร่างกาย การรู้คิดและอารมณ์ ล้วนแล้วแต่นำไปสู่การเป็นโรคซึมเศร้า และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคต นอกจากนี้ โรคซึมเศร่ายังถือเป็นอาการพื้นฐานของโรคทางจิตอื่นๆ และอาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยทางกาย หรือการมีประสิทธิภาพในการใช้ชีวิตบกพร่องได้ และในด้านปัญหาสังคม อาจเกิดเป็นพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ซึ่งนำไปสู่ปัญหาอาชญากรรม หากอยู่ในขั้นร้ายแรงขึ้น อาจนำไปสู่การทำร้ายตัวเอง และการฆ่าตัวตายในท้ายที่สุด โดยที่บุคคลส่วนหนึ่งไม่ได้รับการรักษาหรือแม้กระทั่งเข้าถึงการรักษา ดังนั้นโรคซึมเศร้าจึงเป็นโรคที่ควรตระหนักและให้ความสำคัญ เนื่องจากส่งผลกระทบต่อทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และส่งผลทั้งต่อตนเองและบุคคลอื่นในสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

การตระหนักของบุคคลที่มีต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร่า นับว่าเป็นเรื่องสำคัญอีกเรื่องหนึ่งเช่นกัน เนื่องจากเจตคติทางลบของบุคคลส่วนใหญ่ที่มีต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร่ามากขึ้น ตามงานวิจัยของ Corrigan, Druss และ Perlick (2014) พบว่า มุมมองของบุคคลทั่วไปแบบเหมารวมที่มีต่อผู้ป่วยทางจิตว่าเป็นบุคคลอันตราย ไม่สามารถคาดเดาพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้ ไร้ความสามารถในการทำกิจกรรมอื่น นำไปสู่การกีดกันทางสังคม เช่น การขับไล่บุคคลออกจากกลุ่มโดยใช้เงื่อนไขดังกล่าว ทั้งในด้านการงานและสังคมหรือแม้กระทั่งโอกาสทางการศึกษา ซึ่งการแสดงออกถึงการกีดกันทางสังคมจะพัฒนาเป็นส่วนหนึ่งของตราบาปในใจตน โดยผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตจะเริ่มเชื่อความคิดในเชิงลบที่บุคคลอื่นแสดงออก และคิดว่าตนเองไม่สามารถหายจากการเป็นโรสดังกล่าวได้ ไม่ควรค่ากับการได้รับการดูแลเอาใจใส่ เป็นอันตรายต่อบุคคลอื่น ต้องรับผิดชอบในความเจ็บป่วยของตนเอง สิ่งเหล่านี้นำไปสู่ความอับอาย การเห็นคุณค่าในตนเองลดลง และไม่มีความสามารถในการบรรลุเป้าหมาย นอกจากนี้ ยังนำไปสู่การพัฒนา “why-try” effect ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเชื่อว่าพวกเขาไม่สามารถหายจากโรคที่เป็นอยู่และใช้ชีวิตอย่างปกติได้ จึงไม่เห็นความสำคัญของการพยายามรักษา รวมไปถึงการปฏิเสธ การซ่อนปัญหา การ

ปฏิเสธความช่วยเหลือ หรือการไม่ได้รับความใส่ใจจากคนรอบข้าง เพื่อหลีกเลี่ยงการถูกตีตราว่ามีความเจ็บป่วยทางจิต

ทั้งนี้ การมองเห็นถึงความแตกต่างระหว่างตนเองและผู้ป่วยในบุคคลทั่วไป รวมไปถึงความเชื่อที่มาจากภูมิหลังของตนต่อผู้ป่วยทั้งในระดับรุนแรงและไม่รุนแรง โดยมองว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรคทางจิตอ่อนแอ ไปจนถึงผู้ป่วยโรคทางจิตเป็นอันตรายต่อบุคคลรอบข้าง เนื่องจากไม่สามารถคาดเดาพฤติกรรมได้ นำไปสู่การสร้างตราบาปต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรคทางจิต ซึ่งส่งผลให้เกิดระยะห่างทางสังคมเพิ่มขึ้น โดยงานวิจัยของ Lowder (2007) ที่ศึกษาพบว่า ความคุ้นเคย (ในบริบทนี้หมายถึงความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต) ส่งผลให้เกิดตราบาป และตราบาปส่งผลให้เกิดระยะห่างทางสังคม ซึ่งผู้ที่มีเจตคติตราบาปต่อผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิต มีแนวโน้มที่จะปลีกตัวออกจากกลุ่มผู้ป่วย รวมไปถึงการเกิดการกีดกันทางสังคม ยกตัวอย่างเช่น อคติ การเหยียดวัย การเหมารวมผิดถึงกลุ่มที่มีความเจ็บป่วยทางจิต และมีเจตคติทางลบต่อผู้เชี่ยวชาญและเจ้าหน้าที่ที่ให้ความช่วยเหลือ โดย Corrigan และคณะ (2001) ได้กล่าวเพิ่มเติมว่า อิทธิพลของเจตคติตราบาปต่อผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตที่มีผลต่อระยะห่างทางสังคม สอดคล้องกับทฤษฎีผลกระทบบของตราบาป ซึ่งกล่าวถึง ความคิดด้านลบเกี่ยวกับสุขภาพจิต จะนำไปสู่พฤติกรรมด้านลบต่อบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิต (Corrigan, 1998) จึงอาจกล่าวได้ว่า การรับรู้ถึงพฤติกรรมของบุคคลรอบข้างที่มีต่อผู้ป่วย ส่งผลกระทบท่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย

จากงานวิจัยที่พบว่าเจตคติตราบาปของบุคคลรอบข้างมีผลต่ออาการของผู้ป่วย ในทางกลับกัน การบำบัดของผู้ป่วยจึงต้องอาศัยแรงสนับสนุนทางสังคมเช่นเดียวกัน นอกเหนือจากการเข้ารับการรักษาอย่างถูกวิธี โดยพบว่า การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมความช่วยเหลือระหว่างบุคคลต่อผู้ป่วย ทั้งยังลดระยะห่างทางสังคม ตามงานวิจัยของ Shih, Wang, Trahan Bucher และ Stotzer (2009) ที่ทำงานวิจัยเกี่ยวกับความเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกต่อพฤติกรรมความช่วยเหลือในชาวต่างชาติต่อชาวเอเชียหลังจากให้ดูภาพยนตร์เกี่ยวกับวิถีชีวิตของชาวเอเชียที่ต้องปรับตัวเมื่ออาศัยอยู่ในต่างแดน และพบว่า การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกเป็นสื่อกลางที่ก่อให้เกิดการเข้าใจ เพิ่มความชื่นชมต่อสมาชิกกลุ่มอื่นและเพิ่มพฤติกรรมความช่วยเหลือต่อกลุ่มบุคคลอื่นที่มีเชื้อชาติแตกต่างกัน

ถึงแม้ว่าโรคซึมเศร้าอาจเกิดจากปัจจัยของตัวบุคคลหรือสถานการณ์ตามที่ได้กล่าวไป แต่ปัจจัยสำคัญที่ทำให้อาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความรุนแรงมากขึ้นนั่นก็คือ เจตคติตราบาปของบุคคลรอบ

ข้าง และเจตคติตราบาไปยังนำไปสู่ระยะห่างทางสังคมที่เพิ่มขึ้นด้วย อย่างไรก็ตาม การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยเพิ่มพฤติกรรมการช่วยเหลือและลดระยะห่างทางสังคม ซึ่งนำไปสู่การฟื้นฟูอาการ ซึมเศร้าในผู้ป่วย

ทั้งนี้ ในประเทศไทยยังไม่มีผู้ศึกษาเจตคติตราบาของบุคคลทั่วไปที่มีต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มนิสิตนักศึกษามหาวิทยาลัยที่ถือเป็นส่วนสำคัญของการรับมือกับปัญหาโรคดังกล่าวที่มากขึ้นในอนาคต รวมไปถึงการศึกษากิจกรรมของการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกที่มีผลต่อระยะห่างทางสังคมและพฤติกรรมการช่วยเหลือ อันจะนำไปสู่การเป็นสภาพแวดล้อมหรือแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี โดยมีความรู้และทักษะในการจัดการและรับมือกับบุคคลที่ประสบกับโรคดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คณะผู้วิจัยจึงต้องการที่จะทำการศึกษาคติที่มีต่อผู้ป่วยซึมเศร้า โดยมุ่งเฉพาะเจาะจงไปที่เจตคติตราบาของบุคคลทั่วไปที่มีต่อบุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยศึกษาความแตกต่างในกลุ่มนิสิตนักศึกษาที่ผ่านการเรียนวิชาจิตวิทยาปกติ และกลุ่มนิสิตที่ยังไม่ได้ผ่านการเรียนวิชาจิตวิทยาปกติ โดยมีการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกเป็นตัวแปรส่งผ่านต่อระยะห่างทางสังคมและพฤติกรรมการช่วยเหลือ

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภาวะซึมเศร้า (Depression)

โดยทั่วไปเราอาจเข้าใจ ความเศร้า (Sadness) และภาวะซึมเศร้า (Depression) ว่ามีความหมายเหมือนกัน คือ สภาวะอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้นกับบุคคลทั่วไปเมื่อเผชิญกับการสูญเสีย การพลาดในสิ่งที่หวัง หรือการถูกปฏิเสธ แต่ในทางจิตวิทยา ภาวะซึมเศร้า เป็นพยาธิสภาพทางจิตที่มีระดับความรู้สึกเศร้ารุนแรงหรือเรื้อรัง รู้สึกหมดหนทาง มีภาวะสิ้นยินดี และมีอารมณ์หรือมีพฤติกรรมอื่น ๆ ร่วมด้วย เมื่อเราอยู่ในภาวะซึมเศร้า เราอาจมีความรู้สึกมากกว่า 1 อย่าง อาทิ การไร้ความรู้สึก ความไร้อารมณ์ ความรู้สึกผิด การโทษตัวเอง หรือความรู้สึกใด ๆ ก็ตามที่มีมักจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของเรา (ฉันทวรัตน์ นุรณสุขสกุล, 2555; Firestone, 2015) อีกทั้ง ภาวะซึมเศร้า เป็นความผิดปกติทางสภาวะอารมณ์แบบเรื้อรังที่ส่งผลต่อความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม โดยภาวะซึมเศร้านี้ อาจไม่ต้องการสถานการณใด ๆ มาเป็นตัวกระตุ้น ซึ่งแตกต่างจากความเศร้าที่เกิดจากการกระตุ้นของสถานการณ์ที่เราไม่พึงปรารถนา เช่น ความสูญเสีย ความผิดหวัง หรือประสบการณ์ยากลำบากอื่น ๆ (Winch, 2015)

หากพบว่าภาวะดังกล่าวมีระดับรุนแรง เรื้อรัง จนส่งผลกระทบต่อการทำงานชีวิต และเข้าตามเกณฑ์วินิจฉัยความผิดปกติทางจิตในคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition: DSM-5™, American Psychiatric Association, 2013) จะถูกจัดอยู่ในกลุ่มโรคซึมเศร้า (Depressive disorders)

กลุ่มโรคซึมเศร้า (Depressive disorders)

เป็นกลุ่มโรคในคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตที่รวมไปถึงความผิดปกติทางอารมณ์(mood disorder) ประกอบด้วย disruptive mood dysregulation disorder, major depressive disorder, persistent depressive disorder(dysthymia), premenstrual dysphoric disorder, substance/medication-induced depressive disorder, depressive disorder due to another medical condition, other specified depressive disorder และ unspecified depressive disorder โดยใช้ major depressive disorder เป็นเกณฑ์หลักในการวินิจฉัย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

ตารางแสดงเกณฑ์การวินิจฉัยโรค Major depressive disorder ตาม DSM-5

เกณฑ์การวินิจฉัย

A. มีอาการดังต่อไปนี้อย่างน้อย 5 อาการ โดยผู้ป่วยจะต้องมีอาการอย่างน้อยหนึ่งข้อจากอาการต่อไปนี้ 1. อารมณ์ซึมเศร้า หรือ 2. สูญเสียความสนใจหรือความพึงพอใจในสิ่งต่างๆ และอาการดังกล่าวจะต้องเกิดขึ้นเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และต้องมีอาการเหล่านั้นอยู่เกือบตลอดเวลา และเป็นเกือบทุกวัน

1. มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน เกือบทุกวัน
2. สูญเสียซึ่งความสนใจและความพึงพอใจในสิ่งต่างๆ
3. น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้น (มีการเปลี่ยนแปลงมากกว่า 5% ของน้ำหนักแต่ละเดือน)
4. นอนไม่หลับ หรือนอนหลับมากเกินไปในแต่ละวัน
5. กระวนกระวาย อยู่ไม่สุข หรือเคลื่อนไหวช้าลง
6. เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย หรือไม่มีแรง
7. รู้สึกไร้ค่า หรือรู้สึกผิดมากเกินไปจนความจำเป็น

-
8. สูญเสียความสามารถในการคิด ตัดสินใจ หรือสมาธิลดลง
9. มักจะคิดเรื่องเกี่ยวกับความตาย มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย หรือมีการวางแผนฆ่าตัวตาย
- B. อาการดังกล่าวส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือเกิดความบกพร่องในการใช้ ชีวิตทั้งทางสังคม อาชีพ หรือหน้าที่สำคัญอื่นๆในชีวิต
- C. อาการที่เกิดขึ้นมิได้เป็นผลจากความผิดปกติของร่างกาย หรือผลกระทบจากการใช้ยา หรือสารอื่นๆในการรักษาทางการแพทย์
- D. อาการที่เกิดขึ้นไม่สามารถอธิบายได้ดีกว่าด้วยเกณฑ์ของโรคทางจิตเวชอื่นๆ
- E. อาการไม่ได้เข้ากับเกณฑ์ของ manic episode หรือ hypomanic episode
-

หมายเหตุ. ปรับปรุงจาก Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition: DSM-5™, by American Psychiatric Association, 2013, Arlington, VA, American Psychiatric Association. Copyright 2013 by American Psychiatric Association. Adapted with permission.

โดยความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในงานของกลุ่มผู้วิจัย หมายถึง ความรู้ต่ออาการของโรคซึมเศร้า และผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ได้จากการเรียนวิชาจิตวิทยาปกติ หรือจากประสบการณ์ทั้งทางตรง เช่น การใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และประสบการณ์ทางอ้อม เช่น การรับข้อมูลผ่านทางบุคคลอื่นและสื่อต่างๆ ตามที่ตนได้ประสบมา ซึ่งจะมีอิทธิพลกำกับต่อความสัมพันธ์ระหว่าง 1. เจตคติตราบาปและการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก 2. เจตคติตราบาปและระยะห่างทางสังคม และ 3. เจตคติตราบาปและพฤติกรรมช่วยเหลือในงานวิจัยนี้

การวัดความรู้และการปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

แบบสอบถามที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินความรู้ของผู้เข้าร่วมวิจัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งได้พัฒนาแบบประเมินนี้จากมาตร Knowledge of depression MCQ Test ของ Gabriel และ Violato (2009) โดยพัฒนาจากการเลือกตอบจาก 4 ตัวเลือก (Multiple choices) เป็นเลือกตอบแบบถูกผิด (True-False) และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยพิจารณาคำตอบที่ถูกต้องจากข้อกระทงที่คณะผู้วิจัยกำหนดให้ ซึ่งประกอบไปด้วย ข้อกระทง 15 ข้อ ที่ครอบคลุมองค์ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง หรือผู้ป่วยซึมเศร้าทุกคนสามารถฟื้นฟูจากอาการซึมเศร้าได้ เป็นต้น เพื่อประเมิน

ความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยต่ออาการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสองกลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้ผ่านการเรียนวิชาจิตวิทยาปกติ และผู้ที่ยังไม่ผ่านการเรียนวิชาดังกล่าว ว่าความรู้ในกลุ่มผู้ถูกวิจัยทั้งสองกลุ่มที่มีความแตกต่างกันนั้น มีผลต่อเจตคติตราบาปและระยะห่างทางสังคมที่ต่างกันหรือไม่อย่างไร ซึ่งตามสมมติฐานแล้ว บุคคลที่มีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้า จะมีเจตคติตราบาปและระยะห่างทางสังคมต่อผู้ป่วยโรคดังกล่าวน้อยกว่าบุคคลทั่วไปที่ไม่ได้มีความรู้ในโรคซึมเศร้า

เจตคติตราบาป (Stigma attitudes)

เจตคติ (Attitude)

Allport (1935 อ้างถึงใน Pratkanis, Breckler และ Greenwald, 2014) กล่าวว่า “เจตคติเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการศึกษานักจิตวิทยาสังคมอย่างที่ไม่ขาดไม่ได้” โดยเจตคติก็เป็นตัวแปรที่มีผู้สนใจเป็นจำนวนมาก Eagly และ Chaiken (1993 อ้างถึงใน Albarracín, Johnson และ Zanna, 2014) ได้ให้นิยามของเจตคติไว้ว่า “เจตคติเป็นการแสดงถึงความคิด ความรู้สึก และแนวโน้มทางพฤติกรรมที่แสดงออกมา โดยการประเมินสิ่งต่างๆ ที่ชอบและไม่ชอบ

ซึ่งนักจิตวิทยาหลายคน ได้ให้คำนิยามคำว่า “เจตคติ” แตกต่างกันไป โดย Schneider (1988) อ้างถึงใน Abidin, Ibrahim และ Akiah (2011) กล่าวว่า เจตคติ คือ ปฏิกริยาที่ประเมินต่อบุคคลสิ่งของ และเหตุการณ์ต่างๆ รวมไปถึงความเชื่อและความรู้สึกทางบวกและทางลบต่อสิ่งหนึ่ง นอกจากนี้ ยังกล่าวว่า เจตคติสามารถนำไปสู่สถานการณ์ที่จะประสบ และเป็นตัวตัดสินถึงผลกระทบของพฤติกรรม เช่นเดียวกันกับทฤษฎีของ Baron และ Byrne (1987) อ้างถึงใน Abidin, Ibrahim และ Akiah (2011) ที่กล่าวไปในทิศทางเดียวกัน คือ เจตคติเป็นการประเมินบุคคลสิ่งของ หรือประเด็นต่างๆ ทั้งแบบทั่วไปและแบบส่งผลในระยะยาว เนื่องจากเจตคติคงอยู่เป็นเวลานาน ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเพียงชั่วครู่จึงไม่ถือเป็นเจตคติ ซึ่งคล้ายคลึงกับคำกล่าวของ Vaughan และ Hogg (1995) อ้างถึงใน Abidin, Ibrahim และ Akiah (2011) ที่กล่าวว่าเจตคติมีความคงทนต่อเวลาและสถานการณ์ ความรู้สึกชั่วครู่ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์หนึ่งไม่ถือว่าเป็นเจตคติ ดังนั้น เมื่อเจอความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้นๆ ต่อบางสิ่งบางอย่าง จะไม่ถือว่าเป็นเจตคติ ยิ่งไปกว่านั้น Vaughan และ Hogg (1995) อ้างถึงใน Abidin, Ibrahim และ Akiah (2011) ยังกล่าวเพิ่มเติมถึงเจตคติว่า เป็นชุดของแนวโน้มความเชื่อ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ค่อนข้างคงทน ต่อสิ่งของ

กลุ่ม เหตุการณ์หรือสัญลักษณ์ที่มีความสำคัญทางสังคม หรือความรู้ การประเมินต่างๆ ไปในด้านบวกหรือลบต่อบุคคล สิ่งของ หรือประเด็นบางอย่าง

ซึ่งจากนิยามนี้ ทำให้เราพบว่า เจตคติเกี่ยวข้องกับเพียงแค่ว่าสิ่งที่มีความสำคัญทางสังคม ถ้ากล่าวสั้นๆ หมายถึง การประเมินค่าทางบวกหรือลบ หรือความรู้สึกที่บุคคลมีต่อบุคคลอื่น สิ่งอื่นประเด็นทางสังคม และเหตุการณ์อื่นๆ และยังคงรวมไปถึง สิ่งที่บุคคลรู้สึกต่อสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องทางสังคม เจตคติส่วนใหญ่คงอยู่เป็นระยะเวลานาน ยกตัวอย่างเช่น หากโดนแมวกัดแล้วไม่ชอบความรู้สึกในขณะนั้น การตอบสนองทางอารมณ์เป็นเพียงความรู้สึก ในทางกลับกัน ถ้าหากว่าประสบการณ์ที่โดนแมวกัด ทำให้เกลียดแมวตัวอื่นๆ ด้วย ความเกลียดชังที่มีต่อแมวอาจถูกพิจารณาว่าเป็นเจตคติที่มีต่อแมว

ไม่เพียงเท่านั้น Chaiklin (2011) ได้อ้างถึงนิยามของเจตคติทั้งในด้านจิตวิทยาและสังคมศาสตร์ โดยเจตคติในความหมายทางจิตวิทยา หมายถึง พฤติกรรม ในขณะที่ในความหมายทางสังคมศาสตร์ จะหมายถึง เจตนาของพฤติกรรม สภาวะทางจิตใจหรือความรู้สึกต่อความเป็นจริงหรือสถานการณ์ในขณะนั้น (Merriam Webster's Online Dictionary อ้างถึงใน Chaiklin, 2011) เมื่อใช้ในความหมายของการลดเจตคติและลดการแบ่งแยก ทางจิตวิทยาจึงมุ่งเน้นที่การเปลี่ยนแปลงทางเจตคติ ในขณะที่ สังคมศาสตร์จะมุ่งเน้นที่การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม

กล่าวโดยสรุป เจตคติ คือ ชุดของความเชื่อความรู้สึก และพฤติกรรมที่บุคคลใช้ประเมินต่อบางสิ่งบางอย่างที่มีความเกี่ยวข้องทางด้านสังคม ซึ่งมีความคงทน ไม่ได้เปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์หรือเวลาในทันทีทันใด

ซึ่งจากการศึกษาทางเจตคติตลอดเวลา 50 กว่าปีที่ผ่านมา พบว่า เจตคติสามารถทำนายพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ ได้ (Fishbein & Ajzen, 1974; Fazio, 1986 อ้างถึงใน Pratkanis et al., 2014) ถึงกระนั้น จากงานวิจัยต่อมาของ LaPiere (1934 อ้างถึงใน Pratkanis et al., 2014) ค้นพบว่าเจตคติอาจไม่สามารถทำนายพฤติกรรมได้เสมอไป เนื่องจาก ในสถานการณ์หนึ่งไม่ได้มีเพียงเจตคติเดียวที่ถูกดึงมาใช้ อีกทั้งยังเชื่อว่าเจตคติ ประกอบด้วยความเชื่อ ความรู้สึก และแนวโน้มในการทำพฤติกรรมต่อสิ่งต่างๆ (Hogg & Vaughan, 2005 อ้างถึงใน McLeod, 2014) ดังนั้น พฤติกรรมที่แสดงออกมาจึงอาจไม่สามารถบอกได้ว่าเกิดจากเจตคติเรื่องใด

ตราบาป (Stigma)

ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542) ได้นิยามว่า “ตราบาป หมายถึง บาปติดตัวหรือความรู้สึกว่าเป็นบาปซึ่งมีฝังอยู่ในจิตใจตลอดไป”

ในความหมายทั่วไป “ตราบาป หมายถึง การตีตราจากสังคมต่อบุคคลที่แสดงความผิดปกติบางอย่างที่แตกต่างจากคนในสังคม ทำให้ตัวบุคคลเกิดความรู้สึกอับยศและอับอาย” (Goffman, 2009) และในการศึกษาทางสังคมวิทยา “ตราบาป เป็นรอยตำหนิ หรือสัญลักษณ์แห่งความอับยศที่นำมาสู่เจตคติเชิงลบต่อผู้ถือครอง โดยบางครั้งตราบาปอาจเกี่ยวข้องกับการขาดความรู้เกี่ยวกับเงื่อนไขของตราบาปนั้น” (Link และ Phelan, 2001; Corrigan, 2005, อ้างถึงใน Thornicroft, Rose, Kassam และ Sartorius, 2007) อาจกล่าวได้ว่า ตราบาปมีอิทธิพลต่อความรู้สึกถูกเหมารวม (stereotyped) ถูกตีตรา (labelled) หรือถูกกีดกันทางสังคม (marginalized) (Goffman, 1963, อ้างถึงใน Crowe, Averett, และ Glass, 2016)

ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้สนใจในบริบทตราบาปของผู้ป่วยทางจิต (mental illness stigma) โดยเฉพาะจะไปที่โรคซึมเศร้า และจากคำนิยามข้างต้นสามารถกล่าวได้ว่า เจตคติตราบาปต่อโรคซึมเศร้า (Stigma attitude toward depression) แสดงถึงความคิด ความเชื่อ หรือพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อโรคซึมเศร้าในทางลบ โดยการตีตรา อีกทั้งสามารถนำไปสู่การแบ่งแยกทางสังคม (discrimination) (Link & Phelan, 2001; Corrigan, 2005, อ้างถึงใน Thornicroft, Rose, Rose, Kassam และ Sartorius, 2007)

นอกจากนี้ ถึงแม้ว่าการศึกษาส่วนใหญ่มักจะนิยามเจตคติตราบาปต่อโรคซึมเศร้าอย่างกว้างๆ แต่หลายการศึกษาก็แสดงให้เห็นว่าเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องแยกแยะเป็น 2 รูปแบบระหว่างการรับรู้ตราบาปจากสังคม (Perceived stigma) กับ ตราบาปภายในใจตน (Personal stigma) (Calear, Griffiths & Christensen, 2011; Eisenberg, Downs, Golberstein & Zivin, 2009; Griffiths, Christensen, & Jorm, 2008 อ้างถึงใน Coppens et al., 2013) โดยการรับรู้ตราบาปจากสังคม เป็นการรับรู้ของตัวบุคคลต่อความคิดและความรู้สึกของคนอื่นในสังคมต่อภาวะซึมเศร้า ส่วน ตราบาปภายในใจตน เป็นความคิดและความเชื่อของตัวบุคคลต่อภาวะซึมเศร้า (Calear et al., 2011; Griffiths et al., 2006 อ้างถึงใน Coppens et al., 2013)

ซึ่งความหมายของเจตคติตราบาปต่อโรคซึมเศร้าในงานของกลุ่มผู้วิจัยนี้ สามารถกล่าวได้โดยสรุปคือ เจตคติตราบาปของโรคซึมเศร้า เป็นการที่บุคคลมีความคิด ความเชื่อต่อบุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าในแง่ลบ นำไปสู่การตีตรา การแบ่งแยกทางสังคมและแสดงพฤติกรรมทางลบ โดยการศึกษาเจตคติตราบาปนี้ ต้องมีการศึกษาทั้ง 2 รูปแบบ คือ การรับรู้ตราบาปทางสังคมและตราบาปในใจตน นอกจากนี้ การแบ่งแยกทางสังคมจะนำไปสู่การเกิดระยะห่างทางสังคม (Social Distance) ซึ่งคณะผู้วิจัยพบว่า ระยะห่างทางสังคมสามารถลดได้โดยมีตัวแปรการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกมาเกี่ยวข้อง (Empathy)

การวัดเจตคติตราบาปที่มีต่อโรคซึมเศร้า

ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้นำมาตร Predictors of depression stigma ของ Griffiths, Christensen และ Jorm (2008) มาแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย ซึ่งประกอบด้วยข้อกระทงทั้งหมด 18 ข้อ แบ่งเป็น 2 มิติ คือ ตราบาปภายในใจตน (Personal Stigma) จำนวน 9 ข้อ เป็นการประเมินความคิดและความเชื่อของตัวบุคคลต่อภาวะซึมเศร้า และการรับรู้ตราบาปจากสังคม (Perceived Stigma) จำนวน 9 ข้อ

เป็นการประเมินการรับรู้ของตัวบุคคลต่อความคิดและความรู้สึกของคนอื่นในสังคมต่อภาวะซึมเศร้า

โดยมาตรวัดนี้เป็นมาตรวัดประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ (5-point Likert scale) เริ่มจากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ไปจนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) และเป็นข้อกระทงทางบวกทั้งหมด หากมีคะแนนรวมสูงจะแสดงให้เห็นถึงเจตคติตราบาปที่มีต่อโรคซึมเศร้ามาก และหากมีคะแนนรวมต่ำจะแสดงให้เห็นถึงเจตคติตราบาปที่มีต่อโรคซึมเศร้าน้อย

การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก (Empathy)

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก (Empathy) เป็นตัวแปรที่มีผู้ศึกษาและให้คำจำกัดความอย่างหลากหลาย บางคนให้คำจำกัดความการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก ว่าเป็นกระบวนการทางปัญญาในรูปแบบหนึ่ง โดยเป็นความสามารถในการรับรู้ถึงความรู้สึก หรือสถานะความคิดทางปัญญาของผู้อื่น (Borke, 1971; Deutsch และ Madle, 1975; Hogan, 1969; Kohut, 1971 อ้างถึงใน Eisenberg และ Miller, 1987) คล้ายคลึงกันกับคำจำกัดความที่กล่าวว่า “เป็นความสามารถทางปัญญาในการเข้าใจหรือมองเห็นสิ่งที่อยู่ในใจของผู้อื่น” (Cooley, 1902/1956; Mead, 1934 อ้างถึงใน Eisenberg และ Miller, 1987) หรือเป็นความสามารถที่จะรู้สึก และแบ่งปันความรู้สึกของผู้อื่น โดยบางคนเชื่อว่าการเข้าใจอย่าง

ร่วมรู้สึกนั้น เกี่ยวข้องกับความสามารถที่ในการจับคู่ (match) อารมณ์ผู้อื่น ขณะที่บางคนเชื่อว่าการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกเกี่ยวข้องกับการเห็นอกเห็นใจ (tenderhearted) ที่มีต่อผู้อื่น (Snyder, Lopez และ Pedrotti, 2010)

โดยงานวิจัยของ Rogers และคณะ (2007) กล่าวว่า มีการแบ่งประเภทของการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกเชิงอารมณ์ (affective empathy) และ การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกเชิงปัญญา (cognitive empathy)

- การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกเชิงอารมณ์ (affective empathy) (Eisenberg & Miller, 1987; Hoffman, 1984; Mehrabian & Epstein, 1972 อ้างถึงใน Rogers et al., 2007) คือ ความรู้สึกของผู้สังเกตที่ตอบสนองต่อระดับอารมณ์ของผู้อื่น (Davis, 1983 อ้างถึงใน Rogers et al., 2007)
- การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกเชิงปัญญา (cognitive empathy) (Kohler, 1929; Mead 1934; Piaget, 1932 อ้างถึงใน Rogers et al., 2007) คือ กระบวนการการเข้าใจมุมมองของผู้อื่น (Davis, 1983 อ้างถึงใน Rogers et al., 2007)

อย่างไรก็ตามนักวิจัยปัจจุบันมีการใช้การผสมผสานแนวคิดที่หลากหลาย (multi-dimensional approach) เพื่อที่จะเข้าใจตัวแปรนี้ การใช้มุมมองความรู้ของการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกทั้ง 2 ประเภททั้งเชิงอารมณ์ และเชิงปัญญา ซึ่งเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกที่มีความจำเพาะ แต่ก็มี ความเกี่ยวเนื่องกัน (Davis, 1980, 1983) โดย Winczewski, Bowen และ Collins (2016) กล่าวว่า งานวิจัยปัจจุบันนี้มิได้ให้คำจำกัดความของการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกอย่างแน่ชัด และยังคงมีความเห็นพ้องต้องกันในความแตกต่างนี้อยู่

สำหรับในงานวิจัยนี้ คณะผู้วิจัยจะใช้ความหมายของการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกว่าเป็น ความสามารถในการเข้าใจ และรู้สึกต่อประสบการณ์ของผู้อื่น ภายใต้กรอบการอ้างอิง (frame of reference) ของผู้อื่น อาทิ ความสามารถในการนำมุมมองความคิดตนเองไปอยู่ในตำแหน่งของผู้อื่น หรือ อาจกล่าวได้ว่าการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก เป็นการมองเห็นผ่านดวงตาของผู้อื่น การฟังผ่านหูของผู้อื่น และการรู้สึกผ่านใจของผู้อื่น (Bellet & Maloney, 1991) และในงานวิจัยนี้การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกถูกนำมาใช้เพื่อทำนายว่าจะมีอิทธิพลทางลบต่อเจตคติตราบาปและระยะห่างทางสังคม อีกทั้งมีอิทธิพลทางบวกต่อ

พฤติกรรมช่วยเหลือ และยังเป็นอิทธิพลส่งผ่านระหว่าง 1. เจตคติตราบาปและระยะห่างทางสังคม
2. เจตคติตราบาปและพฤติกรรมช่วยเหลือ

การวัดการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก

จากงานวิจัยของ Spreng, McKinnon, Mar และ Levine (2009) ได้พัฒนาการวัดการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกชื่อว่า the Toronto Empathy Questionnaire (TEQ) ขึ้น โดยมาตรวัดนี้พัฒนามาจากมาตรวัดการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกที่ได้มีการศึกษามาก่อนในอดีต อาทิ มาตร The Empathy Scale ของ Hogan (1969) มาตร Questionnaire measure of emotional empathy (QMEE) ของ Mehrabian และ Epstein (1972) มาตร The Interpersonal Reactivity Index (IRI) ของ Davis (1983) และมาตร the balanced emotional empathy scale (BEES) ของ Mehrabian (2000) เป็นต้น โดยมาตรวัด TEQ นี้ ประกอบด้วยข้อกระทง 16 ข้อ ซึ่งมีความครอบคลุมขอบเขตอันเกี่ยวข้องกับมุมมองทางทฤษฎีของการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก (theoretical facets of empathy) อีกทั้งมาตรวัดนี้ เป็นมาตรวัดแบบสอบถามการรายงานตนเองแบบสั้น และเป็นมาตรวัดตัวแปรทางจิตวิทยาที่ง่ายต่อการนำไปใช้ คณะผู้วิจัยจึงเลือกมาตรวัดนี้มาใช้ในการวัดการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกในงานวิจัยนี้

ระยะห่างทางสังคม (Social distance)

ระยะห่างทางสังคม (Social distance) ตามความหมายของพจนานุกรมจิตวิทยา หมายถึง ระดับที่บุคคลเว้นระยะไว้จากสมาชิกอื่นที่มาจากสังคมที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งสะท้อนถึงการยอมรับของเชื้อชาติและภูมิหลังทางสังคมต่อสมาชิกอื่น ซึ่งในงานวิจัยของ Arënliu, Bërxulli และ Haskuka (2013) ก็ได้กล่าวถึงระยะห่างทางสังคมในแง่ของความแตกต่างทางภูมิหลัง โดยกล่าวว่า ระยะห่างทางสังคมเกี่ยวข้องกับภูมิหลังที่เกิดขึ้นอย่างเฉพาะเจาะจง ระดับการศึกษา และประสบการณ์การปฏิสัมพันธ์กับบุคคลเฉพาะกลุ่ม

นอกจากนี้ หากพูดถึงในแง่ของความสัมพันธ์ ระยะห่างทางสังคม อาจเป็นผลมาจากระยะห่างทางความรู้สึกของบุคคลในกลุ่ม (Bogardus, 1947 อ้างถึงใน Arënliu, Bërxulli และ Haskuka, 2013) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Bethlehem (2015) ที่กล่าวว่า ระยะห่างทางสังคมเป็นผลมาจากเจตคติทางลบหรืออคติจากสมาชิกกลุ่ม แต่หากไม่ใช้การต่อต้านจากสมาชิกกลุ่ม อาจไม่ได้หมายความว่าอคติหรือเจตคติทางลบก็ได้

ไม่เพียงเท่านั้น ระยะห่างทางสังคมยังหมายความถึงการขาดความพร้อมในการเปิดรับความสัมพันธ์กับผู้อื่นก็ได้ หรือแม้กระทั่ง เป็นการอ้างอิงถึงขอบเขตการเข้าใจกลุ่มบุคคลอื่น ซึ่งเป็นลักษณะของปฏิสัมพันธ์แบบกึ่งมีส่วนร่วม (ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นเพียงฝ่ายเดียว โดยที่อีกฝ่ายไม่ได้มีปฏิสัมพันธ์ตอบสนอง) และความสัมพันธ์ในสังคม (Arënliu, Bërxulli และ Haskuka, 2013)

ซึ่งกลุ่มผู้วิจัยมีจุดมุ่งหมายที่จะใช้ระยะห่างทางสังคมเป็นตัวแปรทำนายอิทธิพลของเจตคติตราบาปต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและภาวะโรคซึมเศร้า ซึ่งพบว่า ระยะห่างทางสังคมถูกให้คำนิยามว่า ความใกล้ชิดที่บุคคลหนึ่งมีต่อบุคคลอื่นในสถานการณ์ทางสังคม และถูกใช้เพื่อทำนายพฤติกรรมการแบ่งแยกของบุคคลต่อผู้ป่วยโรคทางจิต (Baumann, 2007; Link และ Phelan, 2001; Marie และ Miles, 2008 อ้างถึงใน Smith & Cashwell, 2011) หากระยะห่างทางสังคมน้อย แสดงถึงความรู้สึกว่าไม่มีความแตกต่างกัน และความเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ในทางกลับกัน หากมีระยะห่างทางสังคมมาก หมายความว่า บุคคลนั้นเป็นบุคคลแปลกหน้า บุคคลภายนอก หรือไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Baumann, 2007 อ้างถึงใน Smith & Cashwell, 2011) ซึ่งการวิจัยระยะห่างทางสังคมได้ให้ข้อมูลเชิงลึกว่า เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตราบาปของผู้ป่วยโรคทางจิต (Marie & Miles, 2008 อ้างถึงใน Smith & Cashwell, 2011)

โดยระยะห่างทางสังคมในงานของกลุ่มผู้วิจัยนี้ หมายถึง ความใกล้ชิดที่บุคคลหนึ่งมีต่อผู้ป่วยซึมเศร้าในสถานการณ์ทางสังคมต่างๆ ซึ่งถูกใช้เพื่อทำนายพฤติกรรมการแบ่งแยกของบุคคลต่อผู้ป่วยซึมเศร้า และในงานวิจัยนี้ ระยะห่างทางสังคมถูกนำมาใช้เพื่อทำนายความสัมพันธ์ทางบวกต่อเจตคติตราบาป และทางลบต่อการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกด้วย

การวัดระยะห่างทางสังคม

คณะผู้วิจัยได้นำมาตร Social Distance Scale ของ Link, Cullen, Frank, และ Wozniak (1987) มาแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย ประกอบด้วยแบบสอบถามระยะห่างทางสังคม มีจำนวนข้อกระทง 15 ข้อ แบ่งเป็น 2 มิติ คือ การประเมินด้านระยะห่างทางสังคม (Social Distance Questions) จำนวน 7 ข้อ และ การประเมินการรับรู้อันตรายจากผู้ป่วยทางจิต (Perceived-Dangerous of Mental Patients Questions) จำนวน 8 ข้อ ซึ่งในการแปลผลคะแนน ยิ่งคะแนนต่ำ คือการแสดงให้เห็นถึงระยะห่างทางสังคมที่น้อย และยิ่งคะแนนสูง คือการแสดงให้เห็นถึงระยะห่างทางสังคมที่มาก

พฤติกรรมความช่วยเหลือ (Prosocial behaviors)

พฤติกรรมช่วยเหลือ เป็นพฤติกรรมที่มุ่งก่อให้เกิดประโยชน์แก่บุคคลอื่น โดย C. Daniel Batson (2003) อ้างถึงใน Cherry (2014) พูดถึงขอบข่ายของพฤติกรรมอย่างกว้างๆ เช่น การช่วยเหลือการปลอบใจหรืออำนวยการให้ผู้อื่นเกิดความสะดักสะบาย การแบ่งปัน และการให้ความร่วมมือ ในขณะที่ Eisenberg และ Miller (1987) อ้างถึงใน Nelson (1999) นั้นกล่าวว่า เป็นพฤติกรรมที่สมัครใจ ซึ่งอาจมาจากแรงจูงใจด้านบวกหรือลบเพียงด้านใดด้านหนึ่งหรือทั้งสองด้านก็ได้ Eisenberg (1986 อ้างถึงใน Eisenberg, 2010) ยังกล่าวอีกว่า พฤติกรรมช่วยเหลืออาจเกิดจากแรงจูงใจหลายปัจจัย อาทิ การรู้สึกว่าคุณเองมีประโยชน์ (egoistic concern) ความต้องการพึ่งพาอาศัย การเสริมแรงทางบวกที่เป็นรูปธรรม และการยอมรับจากสังคม หรือปัจจัยอื่นๆ (other-oriented concern) อาทิ ความเห็นอกเห็นใจ และปัจจัยทางศีลธรรมจรรยา (moral concern) อาทิ ความต้องการสนับสนุนศีลธรรมภายในใจ เช่น สิ่งที่เกี่ยวข้องกับคุณค่าทางจิตใจ ความเท่าเทียมกันของคนในสังคม หรือความรู้สึกรับผิดชอบต่อผู้อื่น และ Bierhoff (2002) อ้างถึงใน Lam (2012) ได้กล่าวเพิ่มเติมว่า นอกจากจะเป็นพฤติกรรมที่สมัครใจแล้ว ยังไม่สามารถใช้ระเบียบข้อบังคับกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าวได้ เช่น การบริจาค การแบ่งปัน การช่วยเหลือ และการให้ความสนับสนุนต่อบุคคลหนึ่ง และในส่วนของบริการที่ได้รับค่าตอบแทนนั้น ไม่ถือว่าเป็นพฤติกรรมช่วยเหลือ

ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกัน นักวิทยาศาสตร์ด้านสังคมได้กล่าวถึงพฤติกรรมช่วยเหลือว่าเป็น ความตั้งใจที่จะช่วยเหลือบุคคลอื่น โดยมีลักษณะที่คำนึงถึงสิทธิ ความรู้สึก และสวัสดิภาพของผู้อื่น รวมไปถึงการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกและการคำนึงถึงบุคคลเหล่านั้น และยังประพฤติตนเพื่อช่วยเหลือหรือทำตนให้เป็นประโยชน์แก่บุคคลอื่น โดยได้มีการกล่าวถึงคำนี้ขึ้นตั้งแต่ปี 1970 และให้ “พฤติกรรมต่อต้านสังคม” (Antisocial Behavior) เป็นคำตรงกันข้ามของพฤติกรรมดังกล่าว (Cherry, 2014)

ทั้งนี้ การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมช่วยเหลือได้ ตามงานวิจัยของ Shih, Wang, Trahan Bucher และ Stotzer (2009) ที่ได้ทำการทดลองกับคนผิวขาวโดยการให้ดูภาพยนตร์เรื่อง Joy Luck Club ซึ่งแสดงถึงวิถีชีวิตของชาวเอเชียที่ต้องปรับตัวไปอยู่ในสังคมประเทศตะวันตก และทำแบบสอบถามเกี่ยวกับการชมภาพยนตร์ดังกล่าว หลังจากนั้นจึงให้เผชิญกับสถานการณ์ที่ได้จัดไว้ให้ช่วยเหลือคนเอเชีย (เชื้อชาติแตกต่างกัน) และคนผิวขาว (เชื้อชาติเดียวกัน) เพื่อศึกษาตัวแปรการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกต่อพฤติกรรมความช่วยเหลือ ซึ่งพบว่ากลุ่มควบคุม คือกลุ่มที่ไม่ได้ชมภาพยนตร์

ดังกล่าว ช่วยเหลือบุคคลที่มีเชื้อชาติเดียวกันมากกว่าชาวเอเชียที่ต่างเชื้อชาติกัน ในขณะที่กลุ่มที่ได้ชมภาพยนตร์มีการช่วยเหลือชาวเอเชียเพิ่มขึ้นเท่าๆ กับคนผิวขาว ซึ่งช่วยชาวเอเชียมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ดูภาพยนตร์ ทั้งนี้ พฤติกรรมการช่วยเหลือที่เกิดขึ้นนั้นเป็นพฤติกรรมที่ไม่ได้มาจากแรงกดดันทางสังคมที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเมื่อมีการควบคุมตัวแปรของการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกแล้ว พบว่าค่าของพฤติกรรมช่วยเหลือที่เป็นผลมาจากการจัดกระทำนั้นลดลงอย่างมีนัยสำคัญ จึงอาจกล่าวได้ว่า การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกมีอิทธิพลให้เกิดพฤติกรรมการช่วยเหลือและลดการแบ่งแยกด้านเชื้อชาติลง

ในขณะที่ งานวิจัยของ Stürmer, Snyder, Kropp และ Siem (2006) และการศึกษาของ Stürmer, Snyder และ Omoto (2005) (อ้างถึงใน Pryor, Reeder, Monroe และ Patel, 2010) ที่ถึงแม้จะพบว่า การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกของบุคคลต่อผู้ป่วย HIV นำไปสู่พฤติกรรมการช่วยเหลือที่มากขึ้น แต่มีข้อจำกัด คือ อยู่ในเงื่อนไขของการที่บุคคลและผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มเดียวกัน ซึ่งในทางกลับกัน หากบุคคลและผู้ป่วยถูกจัดอยู่ในคนละกลุ่ม ปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมการช่วยเหลือ คือ แรงดึงดูดทางกายที่มีผลมากกว่าการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก

โดยพฤติกรรมการช่วยเหลือในงานของกลุ่มผู้วิจัยนี้ หมายถึง ความตั้งใจที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย ซึมเศร้า โดยคำนึงถึงสิทธิความรู้สึกและสวัสดิภาพของ รวมถึงการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกต่อผู้ป่วยซึมเศร้า และการประพฤติดนเพื่อช่วยเหลือหรือทำตนให้เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยซึมเศร้า ซึ่งมีอิทธิพลทางลบต่อเจตคติตราบาป และมีอิทธิพลทางบวกต่อการเข้าใจอยู่ร่วมรู้สึกในงานวิจัยนี้

การวัดพฤติกรรมการช่วยเหลือ

คณะผู้วิจัยได้นำมาตร Prosocial Tendencies Measure (PTM) ของ Carlo และ Randall (2002) ซึ่งเป็นมาตรวัดประเมินแนวโน้มพฤติกรรมการช่วยเหลือในสถานการณ์ด้านต่างๆ โดยมาตรวัดนี้เป็นมาตรวัดประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ (5-point Likert scale) เริ่มจาก ไม่ตรงกับตัวฉัน ที่สุด (1 คะแนน) ไปจนถึง ตรงกับตัวฉันมากที่สุด (5 คะแนน) ซึ่งมาตรดังกล่าวประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมการช่วยเหลือจำนวน 23 ข้อกระทง โดยแบ่งเป็น มิติทั้ง 6 ด้านจากประเภทของพฤติกรรมการช่วยเหลือ ได้แก่ มิติด้านการอยู่ในที่สาธารณะ (Public) มิติด้านการนิรนาม (Anonymous) มิติด้านสถานการณ์ตึงเครียด (Dire) มิติด้านอารมณ์ (Emotional) มิติด้านการทำตามคำร้องขอ (Compliant) และ มิติด้านการเอื้อเฟื้อ (Altruism)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องของเจตคติตราบาปต่อบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิต

จากการศึกษาในงานวิจัยของ Ndetei และคณะ (2016) พบว่า เจตคติที่มีต่อความเจ็บป่วยทางจิต เป็นผลมาจากปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลเกี่ยวข้อง อาทิ อายุ เพศ แหล่งที่อยู่อาศัย ความแตกต่างของศาสนา เป็นต้น ซึ่ง Yoshioka, Reavley, Rossetto และ Nakane (2016) ได้อธิบายถึงปัจจัยดังกล่าวเพิ่มเติมว่า ภูมิหลังและประสบการณ์ของบุคคล มีผลต่อการรับรู้ตราบาปทางสังคม (Perceive stigma) และตราบาปภายในใจตน (Personal stigma) ในระดับที่แตกต่างกัน อาทิ การรู้สึกถึงความเป็นอันตรายต่อบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิต การที่บุคคลเหล่านั้นจะแสดงพฤติกรรมที่ไม่สามารถคาดเดาได้ หรือความเจ็บป่วยทางจิตเป็นเพียงความอ่อนแอแต่ไม่ได้เป็นโรค เป็นต้น

ซึ่ง Gureje และคณะ (2005) ได้ทำการสำรวจความรู้ทั่วไปและเจตคติต่ออาการป่วยทางจิตของกลุ่มประชากรในประเทศไนจีเรียจำนวน 2,040 คน (คิดเป็น 22% ของประชากรทั้งประเทศ) พบว่า ประชากรส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับอาการป่วยทางจิตค่อนข้างน้อย และมักจะมีมุมมองเชิงลบต่ออาการป่วยทางจิต โดยประมาณ 96.5% (S.D. = 0.5) ของกลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าผู้ป่วยทางจิตมีอันตรายจากพฤติกรรมรุนแรงของพวกเขา และยังพบว่า คนส่วนใหญ่เลือกที่จะไม่สื่อสารกับผู้ป่วยทางจิต โดย 82.7% (S.E. = 1.3) ของกลุ่มตัวอย่างกลัวที่จะต้องพูดคุยกับผู้ป่วยทางจิต และมีเพียง 16.9% (S.E. = 0.9) ของกลุ่มตัวอย่างเท่านั้นที่มีความคิดจะแต่งงานกับผู้ป่วยทางจิต สรุปได้ว่า ประชากรในประเทศไนจีเรียมองว่าอาการป่วยทางจิตเป็นตราบาปอย่างหนึ่ง และเจตคติทางลบต่ออาการป่วยทางจิตอาจมีสาเหตุจากความกลัว และความรับผิดชอบที่ต้องมีต่อผู้ป่วยทางจิต

จากแนวคิดที่ว่าอาการป่วยทางจิตสามารถควบคุมได้ด้วยปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมถูกนำมาใช้ในงานวิจัยของ Al-Adawi และคณะ (2002) ศึกษาปัจจัยทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อเจตคติของคนในประเทศโอมานที่มีต่ออาการป่วยทางจิต โดยการเปรียบเทียบเรื่องความรู้ทั่วไป เจตคติต่ออาการป่วยทางจิต และการดูแลจัดการผู้ป่วยทางจิตในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนแพทย์ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางจิต และประชากรทั่วไปในประเทศ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่ออาการป่วยทางจิตกับตัวแปรเชิงประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ และเพศ เป็นต้น ส่วนในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนแพทย์และประชากรทั่วไปพบว่า ทั้งคู่ปฏิเสธว่าพันธุกรรมเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการป่วยทางจิต และเชื่อว่าอารมณ์มีบทบาทสำคัญที่เป็นสาเหตุของการเกิดอาการซึมเศร้านี้ รวมถึงคุณค่าในชีวิต ชีวิตครอบครัว และความสามารถในการตัดสินใจ อย่างไรก็ตาม ทั้งนักเรียนแพทย์และประชากรทั่วไปมีเจตคติต่อผู้ป่วยทางจิตในเชิงเหมาวม

และมองพวกเขาแปลกแยกจากคนทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการให้ย้ายสถานที่ดูแลผู้ป่วยทางจิตออกไปห่างชุมชน แสดงให้เห็นว่า ประชากรในประเทศโอมานเริ่มมีความเข้าใจถึงสาเหตุของอาการป่วยทางจิต แต่ก็ยังมีการมองว่าอาการป่วยทางจิตเป็นตราบาปอยู่โดยทั่วไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องของเจตคติตราบาปต่อระยะห่างทางสังคม

เจตคติตราบาปต่อบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิต จะนำไปสู่ระยะห่างทางสังคมระหว่างบุคคลต่อผู้ป่วยมากกว่าต่อบุคคลทั่วไป การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตจะนำไปสู่ความเข้าใจในโรคดังกล่าวมากขึ้น และนำไปสู่ระยะห่างทางสังคมที่ลดลงได้ ตามงานวิจัยของ Dietrich, Mergl, และ Rummel-Kluge (2014) พบว่า ผู้เข้าร่วมการประชุมเกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามีตราบาปส่วนตนลดลงอย่างมีนัยสำคัญมากกว่าเจ้าหน้าที่และบุคคลจากกลุ่มตัวอย่างประชากรทั่วไป โดยอาจเป็นผลมาจากการมีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และสามารถเชื่อมโยงความรู้ดังกล่าวไปยังประสบการณ์ส่วนบุคคลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและปฏิสัมพันธ์นั้นต่อผู้ป่วยได้ ซึ่งไม่เพียงแต่มีความรู้และประสบการณ์ส่วนบุคคลต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากกว่าบุคคลทั่วไป แต่ยังมีความพึงพอใจที่จะช่วยเหลือหรือตอบสนองเพื่อให้เกิดความพึงพอใจในสังคมหรือตามบรรทัดฐานที่ผู้เข้าร่วมประชุมควรปฏิบัติในบริบทของตน

แต่ในทางกลับกัน กลับมีงานวิจัยที่พบว่า ระยะห่างทางสังคมที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดเพียงกับบุคคลธรรมดา แต่ยังสามารถเกิดขึ้นกับผู้เชี่ยวชาญหรือบุคลากรที่มีความรู้และความเข้าใจในความเจ็บป่วยทางจิตต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลธรรมดา จึงอาจเป็นไปได้ว่า ความรู้ความเข้าใจอาจไม่ใช่ปัจจัยเดียวที่นำไปสู่ระยะห่างทางสังคมที่ลดลง โดย Lauber, Anthony, Ajdacic-Gross และ Rössler (2004) ได้ศึกษาเจตคติที่มีต่อผู้ป่วยทางจิตและระยะห่างทางสังคมต่อผู้ป่วยทางจิต โดยเปรียบเทียบในกลุ่มตัวอย่างชาวสวิส เป็นจิตแพทย์ 90 คน และประชากรทั่วไป 786 คน ซึ่งพบว่า ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองจะมีเจตคติทางบวกต่อกลุ่มผู้ป่วยทางจิต แต่ในกลุ่มตัวอย่างจิตแพทย์มีเจตคติทางบวกมากกว่าประชากรทั่วไป และทั้งสองกลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของระยะห่างทางสังคมต่อผู้ป่วยทางจิต แสดงให้เห็นว่า จิตแพทย์ควรตระหนักว่าพวกเขามีเจตคติต่อผู้ป่วยทางจิตในระดับเดียวกับคนทั่วไป ซึ่งควรพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเจตคติตราบาปและการกีดกันทางสังคมต่อผู้ป่วยทางจิต ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Nordt, Rössler และ Lauber (2006) ที่ได้กล่าวว่า ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ และมีความรู้ในด้านโรคทางจิต อาทิ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาล นักบำบัดอื่นๆ เป็นต้น มีระยะห่างทางสังคม (Social distance) ต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระดับเดียวกับบุคคลทั่วไป และมีระยะห่างทางสังคมต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท

มากกว่าบุคคลทั่วไป จึงอาจกล่าวได้ว่า การที่บุคคลมีความรู้หรือความเชี่ยวชาญในด้านความเจ็บป่วยทางจิต อาจไม่ได้ช่วยให้ระยะห่างทางสังคมระหว่างบุคคลต่อผู้ป่วยโรคทางจิตลดลง ในทางตรงกันข้าม อาจนำไปสู่ระยะห่างทางสังคมที่เพิ่มขึ้นด้วย ดังงานวิจัยของ Lauber, Nordt, Falcatto และ Rössler (2004) พบว่า ระยะห่างทางสังคมเป็นโครงสร้างที่ได้รับอิทธิพลจากหลายตัวแปร ทั้งปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม และเจตคติส่วนบุคคล ซึ่งการได้รับความรู้ที่เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตในบางโรค เช่น โรคจิตเภท นำไปสู่ระยะห่างทางสังคมที่เพิ่มขึ้น นอกเหนือจากนี้ อาจมาจากการรับรู้การกีดกันทางสังคม (การรับรู้มุมมองของบุคคลอื่นที่มีต่อบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิต) การตระหนักว่าบุคคลดังกล่าวป่วย มีเจตคติทางบวกต่อการรักษาทางการแพทย์ และตระหนักถึงคุณลักษณะความเจ็บป่วยทางลบ ความเข้าใจในการแพทย์จึงนำไปสู่ระยะห่างทางสังคมที่เพิ่มขึ้น โดยสิ่งที่จะช่วยลดระยะห่างทางสังคม คือ การตระหนักถึงการรับรู้ของตนและเชื่อว่าความเจ็บป่วยทางจิตเป็นการแสดงออกถึงวิกฤตในชีวิต การให้ความรู้เพิ่มเติมบุคคลทั่วไปเพียงอย่างเดียวจึงไม่สามารถลดระยะห่างทางสังคมได้ตามที่ได้กล่าวไว้ในตอนต้น แต่ก็อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดระยะห่างทางสังคมลดลง

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกต่อระยะห่างทางสังคมและพฤติกรรมการช่วยเหลือ

อย่างไรก็ตาม นอกเหนือจากการให้ความรู้ ยังพบว่า ความคุ้นเคยของบุคคลที่มีต่อผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตนั้นมีผลให้เกิดระยะห่างทางสังคมลดลง ตามงานวิจัยของ Lowder (2007) ที่กล่าวถึงบุคคลที่มีความคุ้นเคยนั้นมีแนวโน้มที่จะมีอคติต่อกลุ่มผู้ป่วยลดลง และ Corrigan และคณะ (2001) ได้กล่าวเสริมถึงการตอบสนองของความกลัวและมีระยะห่างทางสังคมที่น้อยกว่าบุคคลที่ไม่คุ้นเคยด้วย ยิ่งไปกว่านั้น การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกก็เป็นอีกตัวแปรสำคัญร่วมด้วยที่ทำให้ระยะห่างสังคมและการแบ่งแยกลดลง และยังนำไปสู่พฤติกรรมการช่วยเหลือ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับงานวิจัยของ Shih, Wang, Trahan Bucher, และ Stotzer (2009) ที่พบว่า การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกเป็นสื่อกลางที่ทำให้เกิดเจตคติที่ดี ความชื่นชม พฤติกรรมการเข้าใจ และพฤติกรรมการช่วยเหลือต่อกลุ่มบุคคลอื่นที่มีเชื้อชาติแตกต่างกัน กล่าวโดยละเอียดคือการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก ช่วยเพิ่มความชื่นชมต่อสมาชิกกลุ่มอื่นที่มีความแตกต่างด้านเชื้อชาติ นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มพฤติกรรมการช่วยเหลือ ต่อกลุ่มดังกล่าว ซึ่งเกิดขึ้นโดยความสมัครใจ มิใช่โดยแรงกดดันทางสังคม และ งานวิจัยของ Eisenberg, Eggum และ Di Giunta (2010) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมช่วยเหลือกับการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกในบริบทเฉพาะบุคคล พบว่า ในบริบททั่วไปพบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างพฤติกรรมช่วยเหลือและการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกในบริบทเฉพาะบุคคล

จากการที่ได้ทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว จึงพบว่าเจตคติตราบาปที่มีต่อความเจ็บป่วยทางจิตเป็นผลมาจากปัจจัยต่างๆ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ สถานที่อยู่ และสถานการณ์หรือประสบการณ์ที่พบ นำไปสู่การรับรู้ตราบาปทางสังคม และตราบาปภายในใจตนในระดับที่แตกต่างกัน โดยเจตคติตราบาปนี้ นำไปสู่การกีดกันทางสังคมและระยะห่างทางสังคม ซึ่งพบว่าบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ความเข้าใจมากกว่าบุคคลทั่วไป มีระยะห่างทางสังคมต่อผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตไม่แตกต่างกัน จึงมีการศึกษาถึงปัจจัยของระยะห่างทางสังคมที่พบว่ามาจากหลายสาเหตุ การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตอย่างถูกต้องจึงไม่ใช่ปัจจัยเดียวที่ทำให้ระยะห่างทางสังคมลดลง และอาจส่งผลไปในทิศทางตรงกันข้ามในบางกรณี ระยะห่างทางสังคมที่ลดลงจึงมาจากการตระหนักถึงการรับรู้ของตนและเชื่อว่าความเจ็บป่วยทางจิตเป็นการแสดงออกถึงวิกฤตอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นในชีวิต รวมไปถึงปัจจัยอื่นๆ อีก เช่น ความคุ้นเคยที่จะนำไปสู่ระยะห่างทางสังคมที่ลดลง และการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกที่ส่งผลทั้งระยะห่างทางสังคมที่ลดลงและการเกิดขึ้นของพฤติกรรมความช่วยเหลือ

กลุ่มของผู้วิจัยจึงมุ่งที่จะศึกษาเจตคติตราบาปต่อโรคซึมเศร้า ซึ่งมีอิทธิพลต่อระยะห่างทางสังคม และพฤติกรรมช่วยเหลือ โดยมีการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกเป็นตัวแปรส่งผ่าน โดยเปรียบเทียบระหว่างบุคคลที่ผ่านการเรียนวิชาจิตวิทยาอปกติ (บุคคลที่มีความรู้ในเรื่องดังกล่าว) และผู้ที่ยังไม่เคยผ่านการเรียน (บุคคลที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคดังกล่าว หรือมีความรู้เกี่ยวกับโรคดังกล่าวในระดับทั่วไป) ในบริบทของประเทศไทย เพื่อศึกษาให้เห็นถึงผลลัพธ์ของทั้งสองกลุ่มตัวอย่างว่ามีความแตกต่างหรือไม่อย่างไร และหากไม่เกิดความแตกต่างขึ้น อาจเป็นผลมาจากปัจจัยส่งผ่านที่กล่าวมาหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของเจตคติตราบาป (Stigma attitude) ที่มีต่อโรคซึมเศร้า และผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในการทำนายพฤติกรรมช่วยเหลือ (Prosocial behavior) และระยะห่างทางสังคม (Social distance) ซึ่งมีการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก (Empathy) เป็นตัวแปรส่งผ่านในกลุ่มนิสิตนักศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มนิสิตนักศึกษาสาขาจิตวิทยาที่ผ่านการเรียนวิชาเกี่ยวกับจิตวิทยาอปกติ กับกลุ่มนิสิตนักศึกษาที่ไม่เคยผ่านการเรียนวิชาดังกล่าวมาก่อน

สมมติฐานที่ใช้ในการวิจัย

1.นิสิตนักศึกษาสาขาจิตวิทยาที่ผ่านการเรียนรายวิชาที่เกี่ยวกับจิตวิทยาอปกติ มีเจตคติตราบาปต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าน้อยกว่านิสิตนักศึกษาสาขาอื่น ๆ ที่ไม่เคยผ่านการเรียนรายวิชาที่เกี่ยวกับจิตวิทยาอปกติ

2.เจตคติตราบาปมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวกกับระยะห่างทางสังคมโดยมีการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกเป็นอิทธิพลส่งผ่าน

3.เจตคติตราบาปมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางลบกับพฤติกรรมการช่วยเหลือโดยมีการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกเป็นอิทธิพลส่งผ่าน

4.ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 1) มีอิทธิพลกำกับต่อความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติตราบาปต่อการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก 2) มีอิทธิพลกำกับต่อความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติตราบาปต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือ และ 3) มีอิทธิพลกำกับทางลบต่อความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติตราบาปต่อระยะห่างทางสังคม

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 18-25 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มนิสิตนักศึกษาระดับปริญญาตรีจากสถาบันอุดมศึกษาในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวนทั้งหมด 384 คน โดยแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มละ 192 คน โดยกลุ่มแรกมีคุณสมบัติ คือ เป็นนิสิตนักศึกษาสาขาจิตวิทยาที่ผ่านการเรียนรายวิชาเกี่ยวกับจิตวิทยาอปกติ และกลุ่มที่สองมีคุณสมบัติ คือ เป็นนิสิตนักศึกษาจากสาขาต่างๆ ที่ไม่เคยผ่านการเรียนรายวิชาจิตวิทยาอปกติ โดยมีตัวแปรที่ต้องการศึกษาทั้งสิ้น 5 ตัวแปร ได้แก่

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า
2. เจตคติตราบาปต่อโรคซึมเศร้า
3. การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก
4. ระยะห่างทางสังคม
5. พฤติกรรมการช่วยเหลือ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า หมายถึง ความรู้ต่ออาการของโรคซึมเศร้าและผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้จากการเรียนวิชาจิตวิทยาอปกติ หรือทั้งจากทางตรง เช่น การใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และทางอ้อม เช่น การรับข้อมูลผ่านทางบุคคลอื่นและสื่อต่างๆ ตามที่ตนได้ประสบมา ซึ่งประเมินจากแบบประเมินวัดความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าที่พัฒนาจากมาตร Knowledge of depression MCQ Test ของ Gabriel และ Violato (2009) ซึ่งคณะผู้วิจัยนำมาพัฒนาในรูปแบบของแบบสอบถามประเภทเลือกตอบแบบถูกผิด จากนั้นนำมาแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย ก่อนจะคัดเลือกข้อคำถามที่เหมาะสม โดยหากกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนสูง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากกว่า 11 ข้อ คะแนนต่ำ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยกว่า 11 ข้อ

2. เจตคติตราบาปต่อโรคซึมเศร้า หมายถึง ความคิด ความเชื่อ หรือพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อโรคซึมเศร้าในทางลบโดยการตีตราผู้ป่วยซึมเศร้า ซึ่งอาจนำไปสู่การแบ่งแยกทางสังคมของบุคคลต่อผู้ป่วยซึมเศร้า ซึ่งประเมินได้จากมาตรวัดเจตคติตราบาปต่อโรคซึมเศร้า (Predictors of depression stigma) ของ Griffiths, Christensen และ Jorm (2008) โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 18 ถึง 90 คะแนน หากกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนรวมสูง หมายถึง มีเจตคติตราบาปที่มีต่อโรคซึมเศร้ามาก และหากกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีเจตคติตราบาปที่มีต่อโรคซึมเศรำน้อย

3. การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจและรู้สึกต่อประสบการณ์ของผู้อื่น ภายใต้กรอบการอ้างอิง (frame of reference) ของผู้อื่น อาทิ ความสามารถในการนำมุมมองความคิดตนเองไปอยู่ในตำแหน่งของผู้อื่น เป็นต้น ซึ่งประเมินได้จากมาตรวัดการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก (Toronto Empathy Questionnaire) ของ Spreng, McKinnon, Mar และ Levine (2009) โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 64 คะแนน หากกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนรวมสูง หมายถึง มีการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกสูง และหากกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกต่ำ

4. ระยะห่างทางสังคม หมายถึง ความใกล้ชิดที่บุคคลหนึ่งมีต่อผู้ป่วยซึมเศร้าในสถานการณ์ทางสังคมต่างๆ ซึ่งถูกใช้เพื่อทำนายพฤติกรรมการแบ่งแยกของบุคคลต่อผู้ป่วยซึมเศร้า ซึ่งประเมินได้จากมาตรวัดระยะห่างทางสังคม (Social Distance Scale) ของ Link, Cullen, Frank และ Wozniak (1987) โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 42 คะแนน หากกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนสูง หมายถึง การแสดงให้เห็นถึงการมี

ระยะห่างทางสังคมที่มากและหากกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนต่ำ หมายถึง การแสดงให้เห็นถึงการมีระยะห่างทางสังคมที่น้อย

5. พฤติกรรมการช่วยเหลือ หมายถึง ความตั้งใจที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยซึมเศร้า โดยคำนึงถึงสิทธิ ความรู้สึกและสวัสดิภาพของ รวมถึงการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกต่อผู้ป่วยซึมเศร้า และการประพฤติตนเพื่อช่วยเหลือหรือทำตนให้เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยซึมเศร้า ซึ่งประเมินได้จากมาตรวัดพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือ (Prosocial Tendencies Measure) ของ Carlo and Randall (2002) โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 23 ถึง 115 คะแนน หากกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนสูง หมายถึง การแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการมีพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือสูง และหากกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนต่ำ หมายถึง การแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการมีพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือต่ำ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้ข้อมูลเจตคติตราบาปของบุคคลที่มีต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทั้งจากนิสิตนักศึกษาที่มีความรู้เรื่องโรคทางจิต และไม่มีความรู้เรื่องดังกล่าว เพื่อเป็นพื้นฐานในการวิเคราะห์ข้อมูลถึงสาเหตุและปัจจัยของปัญหา และใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาการมีเจตคติตราบาปต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

บทที่ 2

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของเจตคติตราบาปที่มีต่อโรคซึมเศร้า และผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในการทำนายพฤติกรรมการช่วยเหลือและระยะห่างทางสังคม ซึ่งมีการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกเป็นตัวแปรส่งผ่านในกลุ่มนิสิตนักศึกษาระดับปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มนิสิตนักศึกษาสาขาจิตวิทยาที่ผ่านการเรียนวิชาเกี่ยวกับจิตวิทยาปกติ กับกลุ่มนิสิตนักศึกษาที่ไม่เคยผ่านการเรียนวิชาดังกล่าวมาก่อน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

นิสิตนักศึกษาระดับปริญญาตรีในสถาบันอุดมศึกษาในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

กลุ่มตัวอย่าง

นิสิตนักศึกษาระดับปริญญาตรีในสถาบันอุดมศึกษาในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มด้วยกัน คือ นิสิตนักศึกษาสาขาจิตวิทยาที่ผ่านการเรียนรายวิชาที่เกี่ยวกับจิตวิทยาปกติ และนิสิตนักศึกษาสาขาอื่น ๆ ที่ไม่เคยผ่านการเรียนรายวิชาวิชาที่เกี่ยวกับจิตวิทยาปกติ

การวิจัยครั้งนี้จะใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยคณะผู้วิจัยคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรการคำนวณของ Roscoe (1969: 156-157, อ้างถึงใน กัญญศิริ จันทน์เจริญ, 2554) กรณีที่ประชากรมีจำนวนไม่แน่นอน (Infinite population) ดังนี้

$$N = (Z\sigma/e)^2$$

เมื่อ N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

Z = คะแนน Z ตามระดับความมีนัยสำคัญที่ผู้วิจัยกำหนด (α)

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

σ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากร

โดยคณะผู้วิจัยกำหนดให้ความคลาดเคลื่อนมากที่สุดที่ยอมรับได้เป็น 1/10 ของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากร และระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

จะได้ $N = (Z\sigma/e)^2$, $Z = 1.96$ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($\alpha = 0.05$), $e = \sigma/10$

$$N = 384$$

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้จะใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 384 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มด้วยกัน คือ กลุ่มนิสิต นักศึกษาศาขาคจิตวิทยาที่ผ่านการเรียนรายวิชาที่เกี่ยวกับจิตวิทยาปกติ จำนวน 192 คน และกลุ่มนิสิต นักศึกษาศาขาคอื่น ๆ ที่ไม่เคยผ่านการเรียนรายวิชาที่เกี่ยวกับจิตวิทยาปกติ จำนวน 192 คน โดยเลือกเก็บข้อมูลจากนิสิตนักศึกษาที่ศึกษาอยู่ในสถาบันอุดมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ได้แก่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาวิทยาลัยศิลปากร สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี บางมดและบางขุนเทียน มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยรามคำแหง มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ มหาวิทยาลัยกรุงเทพ มหาวิทยาลัยรังสิต มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย สถาบันเทคโนโลยีไทย-ญี่ปุ่น วิทยาลัยดุสิตธานี มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลกรุงเทพ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต และ อื่นๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยชุดของแบบสอบถาม (Questionnaires) 1 ชุด ซึ่งมีแบบสอบถามทั้งหมด 6 ตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เพื่อสอบถามข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ คณะ ชั้นปีที่กำลังศึกษา มหาวิทยาลัย และเพิ่มเติมข้อคำถามความคลุกคลีกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ตอนที่ 2 แบบประเมินวัดความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า จำนวน 15 ข้อ พัฒนาจากมาตรฐาน Knowledge of depression MCQ Test ของ Gabriel และ Violato (2009) โดยคณะผู้วิจัย นำแบบสอบถามประเภทมีตัวเลือกให้เลือกตอบจากตัวเลือก 4 ข้อมาพัฒนาในรูปแบบของแบบสอบถามประเภทเลือกตอบแบบถูกผิด จากนั้นนำมาแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย ก่อนจะคัดเลือกข้อคำถามที่เหมาะสม

ตอนที่ 3 มาตรการวัดเจตคติตราบาปต่อโรคซึมเศร้า จำนวน 18 ข้อ แบ่งเป็น Personal Stigma Scale จำนวน 9 ข้อ และ Public Stigma Scale จำนวน 9 ข้อ ซึ่งคณะผู้วิจัยได้นำมาตร Predictors of depression stigma ของ Griffiths, Christensen และ Jorm (2008) มาแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย

ตอนที่ 4 มาตรการวัดการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก จำนวน 16 ข้อ ซึ่งคณะผู้วิจัยได้นำมาตร Toronto Empathy Questionnaire ของ Spreng, McKinnon, Mar และ Levine (2009) มาแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย

ตอนที่ 5 มาตรการวัดระยะห่างทางสังคม จำนวน 14 ข้อ แบ่งเป็น Social Distance Questions จำนวน 7 ข้อ และ Perceived-Dangerous of Mental Patients Questions จำนวน 7 ข้อ ซึ่งคณะผู้วิจัยได้นำมาตร Social Distance Scale ของ Link, Cullen, Frank และ Wozniak (1987) มาแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย

ตอนที่ 6 มาตรการวัดพฤติกรรมกรรมากรช่วยเหลือ จำนวน 23 ข้อ ซึ่งคณะผู้วิจัยได้นำมาตร Prosocial Tendencies Measure ของ Carlo and Randall (2002) มาแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย

การพัฒนาและลักษณะของมาตรวัด

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามประเภทเลือกตอบ (Multiple choice) และเติมคำตอบโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกคำตอบที่คณะผู้วิจัยกำหนดให้ตามความเป็นจริง

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ คณะ ชั้นปีที่กำลังศึกษา มหาวิทยาลัย และเพิ่มเติมข้อคำถามความคลุกคลีกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อวัดระดับความคลุกคลี หรือความใกล้ชิด ของผู้เข้าร่วมวิจัยกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ตอนที่ 2 แบบประเมินวัดความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินความรู้ของผู้เข้าร่วมวิจัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า โดยเป็นแบบสอบถามประเภทเลือกตอบแบบถูกผิด (True-False) ที่ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยพิจารณาคำตอบที่ถูกต้องจากข้อกระทงที่คณะผู้วิจัยกำหนดให้

โดยคณะผู้วิจัยได้พัฒนาแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า จากมาตร Knowledge of depression MCQ Test ของ Gabriel และ Violato (2009) ในรูปแบบของแบบสอบถามประเภทเลือกตอบ

แบบถูกผิด ที่ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกคำตอบที่ถูกต้องของข้อกระทงที่คณะผู้วิจัยกำหนดให้ ประกอบไปด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อกระทง ที่ครอบคลุมองค์ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า (เช่น โรคซึมเศร้าเป็น ความอ่อนแอของบุคคล ไม่ใช่ความผิดปกติทางการแพทย์ เป็นต้น)

เกณฑ์การให้คะแนน หากตอบผิดจะคิดคะแนนเป็น 0 คะแนน ตอบถูกจะคิดคะแนนเป็น 1 คะแนน มีการแปลผลคะแนน คือ หากมีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 70% (มากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน) จะ ถูกจัดอยู่ในกลุ่มผู้มีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าสูง และคะแนนร่วมน้อยกว่า 70% (น้อยกว่า 11 คะแนน) จะ ถูกจัดอยู่ในกลุ่มผู้มีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าต่ำ

ตอนที่ 3 มาตรการเจตคติตราบาปต่อโรคซึมเศร้า

คณะผู้วิจัยได้นำมาตร Predictors of depression stigma ของ Griffiths, Christensen, และ Jorm (2008) มาแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยมีอาจารย์ที่ ปรึกษาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งประกอบด้วยข้อกระทงทั้งหมด 18 ข้อ แบ่งเป็น 2 มิติ คือ ตราบาปภายในใจตน (Personal Stigma) จำนวน 9 ข้อ เป็นการประเมินความคิดและความเชื่อของตัวบุคคลต่อภาวะซึมเศร้า (ยกตัวอย่างเช่น ผู้คนที่ เป็นโรคซึมเศร้าสามารถดึงตัวเองออกมาจากความรู้สึกเศร้าได้เมื่อพวกเขาต้องการ) และ การรับรู้ตราบาปจากสังคม (Perceived Stigma) จำนวน 9 ข้อ เป็นการประเมินการรับรู้ของตัวบุคคล ต่อความคิดและความรู้สึกของคนอื่นในสังคมต่อภาวะซึมเศร้า (ยกตัวอย่างเช่น คนส่วนมากเชื่อว่าผู้คนที่ เป็นโรคซึมเศร้าสามารถดึงตัวเองออกมาจากความรู้สึกนั้นได้เมื่อพวกเขาต้องการ)

โดยมาตรวัดนี้เป็นมาตรวัดประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ (5-point Likert scale) เริ่มจากไม่เห็น ด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ไปจนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) และเป็นข้อกระทงทางบวกทั้งหมด สามารถคิดคะแนนจากการรวมคะแนนทั้งหมดจากแต่ละข้อกระทง โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 18 ถึง 90 คะแนน มีการแปลผลคะแนน คือ หากมีคะแนนรวมสูงจะแสดงให้เห็นถึงเจตคติตราบาปที่มีต่อโรคซึมเศร้า มาก และหากมีคะแนนรวมต่ำจะแสดงให้เห็นถึงเจตคติตราบาปที่มีต่อโรคซึมเศร้าน้อย

ตารางที่ 2

ตารางเกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดเจตคติตราบาปต่อโรคซึ่มเศร้า

ระดับความคิดเห็น	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
ไม่เห็นด้วย	2
เฉยๆ	3
เห็นด้วย	4
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5

จากนั้น คณะผู้วิจัยนำมาตรวัดที่แปลเป็นภาษาไทยไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of Item – Objective Congruence : IOC) เพื่อพิจารณาถึงความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบทดสอบโดยพิจารณาเป็นรายข้อ แล้วให้กลุ่มตัวอย่างในชั้นพัฒนามาตรวัดที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 53 คน ทดลองทำเพื่อประเมินคุณภาพของข้อกระทง จากนั้นนำคะแนนมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมจากทั้งมาตรวัด (Corrected Item Total Correlation) โดยเปรียบเทียบกับค่า critical r ของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ($r = 0.27, df = 51, p < 0.05$) ผลที่ได้พบว่ามีข้อกระทงที่ผ่านทั้งสิ้น 8 ข้อ แต่เนื่องด้วยข้อที่ไม่ผ่านทั้ง 10 ข้อนั้นมีความสำคัญตรงกับนิยามจึงไม่ได้เลือกตัดข้อใดไป จึงนำมาปรับแก้ภาษาให้เหมาะสม และชัดเจน ก่อนจะนำมาตรวัดที่ปรับปรุงแล้วมาเก็บข้อมูลอีกครั้งกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 107 คน เพื่อกำหนดค่าความเที่ยง (Reliability) ของมาตรวัดว่าแต่ละข้อกระทงสอดคล้องกันหรือไม่ เป็นการวัดความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ผลการวิเคราะห์พบว่ามาตรวัดชุดนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .69 ซึ่งถือเป็นเกณฑ์พอใช้ที่สามารถนำมามาตรวัดที่ปรับปรุงแล้วไปใช้ได้

ตอนที่ 4 มาตรวัดการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก

จากงานวิจัยของ Spreng, McKinnon, Mar และ Levine (2009) ได้พัฒนามาตรวัดการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกชื่อว่า the Toronto Empathy Questionnaire (TEQ) ขึ้น เป็นมาตรวัดการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกที่ครอบคลุมการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกเชิงอารมณ์ และการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกเชิงปัญญา โดยมาตรวัดนี้

พัฒนามาจากมาตรวัดการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกที่ได้มีการศึกษามาก่อนในอดีต อาทิ มาตร The Empathy Scale โดย Hogan (1969) มาตร Questionnaire measure of emotional empathy (QMEE) โดย Mehrabian และ Epstein (1972) มาตร The Interpersonal Reactivity Index (IRI) โดย Davis (1983) และมาตร the balanced emotional empathy scale (BEES) โดย Mehrabian (2000) เป็นต้น โดยมาตรวัด TEQ นี้เป็นมาตรวัดแบบสอบถามการรายงานตนเองแบบสั้น และเป็นมาตรวัดตัวแปรทางจิตวิทยาที่ง่ายต่อการนำไปใช้ คณะผู้วิจัยจึงเลือกมาตรวัดนี้มาใช้ในการวัดการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกในงานวิจัย

มาตรวัด TEQ มี 16 ข้อกระทง ประกอบไปด้วยข้อกระทงทั้งทางบวก และทางลบ โดยมีข้อกระทงทางลบ 8 ข้อ ที่คิดเป็นคะแนนทางลบ (negatively scored) ได้แก่ ข้อ 2, 4, 7, 10, 11, 12, 14 และ 15 (ยกตัวอย่างเช่น ฉันไม่ค่อยรู้สึกอะไรกับการที่คนอื่นประสบความสำเร็จ) และข้อกระทงทางบวก 8 ข้อ ที่คิดเป็นคะแนนทางบวก (positively scored) ได้แก่ ข้อ 1, 3, 5, 6, 8, 9, 13 และ 16 (ยกตัวอย่างเช่น เมื่อคนอื่นรู้สึกตื่นเต้น คุณมีแนวโน้มที่จะรู้สึกตื่นเต้นด้วย) มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 64 คะแนน โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามรายงานตนเองด้วยมาตรวัดประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ (5-point Likert scale) เริ่มจากระดับที่ไม่เคยมีเลย (0 คะแนน) จนถึงระดับมีเป็นประจำสม่ำเสมอ (4 คะแนน) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3

ตารางเกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก

ระดับความคิดเห็น	คะแนน	
	ข้อกระทงทางบวก	ข้อกระทงทางลบ
ไม่เคยมีเลย (Never)	0	4
มีบ้างนานๆครั้ง (Rarely)	1	3
มีเป็นบางครั้ง (Sometimes)	2	2
มีบ่อยครั้ง (Often)	3	1
มีเป็นประจำสม่ำเสมอ (Always)	4	0

ในการแปลผลคะแนน ยังมีคะแนนรวมต่ำ คือการแสดงให้เห็นถึงการมีกรเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกน้อย และยังมีคะแนนรวมสูง คือการแสดงให้เห็นถึงการมีกรเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกสูง

ทั้งนี้ข้อกระทงทั้งหมด 16 ข้อ ครอบคลุมขอบเขตอันเกี่ยวข้องกับมุมมองทางทฤษฎีของการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก (theoretical facets of empathy) โดยมุมมองทางด้านอารมณ์ของการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกนั้นเกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ เช่น การติดต่อทางอารมณ์ (Lipps, 1903; Eisenberg & Miller, 1987) ความเข้าใจในอารมณ์ (Haxby, Hoffman & Gobbini, 2000), การกระตุ้นเร้าความเห็นอกเห็นใจผ่านทางกายภาพ (Levenson & Ruef, 1992) และการเอื้อเพื่อแก่กัน (Rice, 1964) โดยมุมมองทางปรากฏการณ์เหล่านี้ปรากฏอยู่ในข้อกระทงทั้งหลายในมาตรวัด TEQ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ข้อกระทงที่ 1 และ 4 ประเมินการรับรู้ของระดับอารมณ์ของผู้อื่น

ข้อกระทงที่ 8 ประเมินความเข้าใจในอารมณ์ของผู้อื่น

ข้อกระทงที่ 2, 7, 10, 12, และ 15 ประเมินความถี่ของพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นถึงการไวต่อความรู้สึกที่มีต่อผู้อื่นที่เหมาะสม

ข้อกระทงที่ 3, 6, 9 และ 11 ประเมินการกระตุ้นเร้าความเห็นอกเห็นใจผ่านทางกายภาพ

ข้อกระทงที่ 5, 14 และ 16 ประเมินการเอื้อเพื่อแก่กัน

ข้อกระทงที่ 13 ประเมินความถี่ของพฤติกรรมที่เชื่อมกับลำดับขั้นสูงกว่าของการตอบสนองต่อการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก เช่น พฤติกรรมการช่วยเหลือ

โดยสามารถจำแนกด้านการประเมินในแต่ละข้อกระทงในมาตรวัด TEQ ดังนี้

ตารางที่ 4

ตารางแสดงด้านการประเมินในแต่ละข้อกระทงในมาตรวัด TEQ

ข้อกระทง	ด้านการประเมิน
1,4	การรับรู้ของระดับอารมณ์ของผู้อื่น
8	ความเข้าใจในอารมณ์ของผู้อื่น
2, 7, 10, 12, 15	ความถี่ของพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นถึงการไวต่อความรู้สึกที่มีต่อผู้อื่นที่เหมาะสม
3, 6, 9, 11	การกระตุ้นเร้าความเห็นอกเห็นใจผ่านทางกายภาพ
5, 14, 16	การเอื้อเพื่อแก่กัน
13	ประเมินความถี่ของพฤติกรรมที่เชื่อมกับลำดับขั้นสูงกว่าของการตอบสนองต่อการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก เช่น พฤติกรรมการช่วยเหลือ

ต่อมาคณะผู้วิจัยนำมาตรวัดการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกมาแปลเป็นภาษาไทย แล้วนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) แล้วให้กลุ่มตัวอย่างในชั้นพัฒนามาตรที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 53 คนทดลองทำเพื่อประเมินคุณภาพของข้อกระทง และนำคะแนนมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมจากทั้งมาตรวัด (Corrected Item Total Correlation) โดยเปรียบเทียบกับค่า critical r ของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ($r = 0.27, df = 51, p < 0.05$) และคัดเลือกเฉพาะข้อกระทงที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงกว่าค่าวิกฤติแล้วจึงนำมาปรับแก้ภาษาให้เหมาะสม และชัดเจน ผลที่ได้พบว่ามีข้อกระทงที่ผ่านทั้งสิ้น 14 ข้อ แต่เนื่องจากอีก 2 ข้อที่ไม่ผ่านนั้นมีความสำคัญตรงกับนิยามจึงไม่ได้เลือกตัดข้อนั้นไป ต่อมาคณะผู้วิจัยนำมาตรวัดที่ปรับปรุงแล้วมาเก็บข้อมูลอีกครั้งเพื่อคำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ของมาตรวัดว่าแต่ละข้อกระทงสอดคล้องกันหรือไม่ เป็นการวัดความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยใช้การคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ซึ่งมีเกณฑ์ยอมรับอยู่ที่ 0.7 ขึ้นไป พบว่า มาตรวัดชุดนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84

ตอนที่ 5 แบบสอบถามระยะห่างทางสังคม

คณะผู้วิจัยได้นำมาตร Social Distance Scale ของ Link, Cullen, Frank และ Wozniak (1987) มาแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย ประกอบด้วยแบบสอบถามระยะห่างทางสังคม มีจำนวนข้อกระทง 14 ข้อ แบ่งเป็น 2 มิติ คือ การประเมินด้านระยะห่างทางสังคม (Social Distance Questions) จำนวน 7 ข้อ (ยกตัวอย่างเช่น คุณรู้สึกอย่างไรหากคุณสามารถทำงานแบบเดียวกับผู้ที่ เป็นโรคซึมเศร้า เป็นต้น) และการประเมินการรับรู้อันตรายจากผู้ป่วยทางจิต (Perceived-Dangerous of Mental Patients Questions) จำนวน 7 ข้อ (ยกตัวอย่างเช่น หากมีกลุ่มของผู้ป่วยทางจิตอาศัยอยู่ใกล้บ้าน ฉันจะไม่อนุญาตให้ลูกหรือคนในครอบครัวของฉันไปดูหนังตามลำพัง เป็นต้น)

โดยในมิติของการประเมินด้านระยะห่างทางสังคมจำนวน 7 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ (4-point Likert scale) เริ่มจากเต็มใจอย่างยิ่ง (0 คะแนน) ไปจนถึง ไม่เต็มใจอย่างยิ่ง (3 คะแนน) เป็นข้อกระทงทางบวกทั้งหมด สามารถคิดคะแนนจากการรวมคะแนนทั้งหมดจากแต่ละข้อกระทงแล้วนำมาหารด้วย 7 โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน

ในการแปลผลคะแนน ยิ่งคะแนนรวมต่ำ คือการแสดงให้เห็นถึงระยะห่างทางสังคมที่น้อย และยิ่งคะแนนรวมสูง คือการแสดงให้เห็นถึงระยะห่างทางสังคมที่มาก

ตารางที่ 5

ตารางเกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามระยะห่างทางสังคมในมิติของการประเมินด้านระยะห่างทางสังคม

ระดับความคิดเห็น	คะแนน
เต็มใจอย่างยิ่ง	0
อาจจะเต็มใจ	1
อาจจะไม่เต็มใจ	2
ไม่เต็มใจอย่างยิ่ง	3

และในมิติการประเมินการรับรู้อันตรายจากผู้ป่วยทางจิต จำนวน 7 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 6 ระดับ (6-point Likert scale) เริ่มจากเห็นด้วยอย่างยิ่ง (0 คะแนน) ไปจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) ประกอบด้วยข้อกระทงทางบวก 2 ข้อ คือ ข้อ 2 และ 6 และข้อกระทงทางลบที่ต้องกลับคะแนนก่อนนำมาคำนวณ 6 ข้อ คือ ข้อ 1,3,4,5 และ 7

ในการแปลผลคะแนน หลังจากกรรวมคะแนนทั้งข้อกระทงทางบวกและข้อกระทงทางลบแล้ว นำคะแนนรวมทั้งหมดที่ได้มาหารด้วย 7 จะมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 5 คะแนน ยิ่งคะแนนสูงจะแสดงให้เห็นว่าผู้ประเมินมองว่าผู้ป่วยทางจิตเป็นอันตรายมาก และคะแนนต่ำจะแสดงให้เห็นว่าผู้ประเมินมองว่าผู้ป่วยทางจิตเป็นอันตรายน้อย โดยเกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามระยะห่างทางสังคมในมิติของการประเมินการรับรู้อันตรายจากผู้ป่วยทางจิต มีดังนี้

ตารางที่ 6

ตารางเกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามระยะห่างทางสังคมในมิติของการประเมินการรับรู้อันตรายจากผู้ป่วยทางจิต

ระดับความคิดเห็น	คะแนน	
	ข้อกระทงทางบวก	ข้อกระทงทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	5
เห็นด้วย	1	4
อาจจะเห็นด้วย	2	3
อาจจะไม่เห็นด้วย	3	2
ไม่เห็นด้วย	4	1
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	0

ทั้งนี้ ข้อกระทงจากทั้ง 2 มิติมีความแตกต่างกันที่บุคคลเป้าหมายในข้อกระทง กล่าวคือ ในมิติของการประเมินด้านระยะห่างทางสังคมจะมีบุคคลเป้าหมายเป็นคนที่ เป็นโรคซึมเศร้า แต่ในมิติของการประเมินการรับรู้อันตรายจากผู้ป่วยทางจิต ข้อกระทงทั้งหมดจะกล่าวถึงผู้ป่วยทางจิตเป็นหลัก

ต่อมาคณะผู้วิจัยนำมาตรวจวัดที่แปลเป็นภาษาไทยไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of Item – Objective Congruence : IOC) เพื่อพิจารณาถึงความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบทดสอบโดยพิจารณาเป็นรายข้อ แล้วให้กลุ่มตัวอย่างในชั้นพัฒนามาตรวัดที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงทดลองทำเพื่อประเมินคุณภาพของข้อกระทง และนำคะแนนมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมจากทั้งมาตรวัด (Corrected Item Total Correlation) โดยเปรียบเทียบกับค่า critical r ของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ($r = .27, df = 51, p < 0.05$) ผลที่ได้พบว่าข้อกระทงทุกข้อผ่านการคัดเลือก จากนั้นจึงนำมาปรับแก้ภาษาให้เหมาะสม และชัดเจน ลำดับถัดมาคณะผู้วิจัยนำมาตรวจวัดที่ปรับปรุงแล้วมาเก็บข้อมูลอีกครั้งเพื่อคำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ของมาตรวัดว่าแต่ละข้อกระทงสอดคล้องกันหรือไม่ เป็นการวัดความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยใช้การคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ซึ่งมีเกณฑ์ยอมรับอยู่ที่ 0.7 ขึ้นไป ผลการวิเคราะห์พบว่ามาตรวัดชุดนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81

ตอนที่ 6 มาตรวัดพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือ

คณะผู้วิจัยได้นำมาตร Prosocial Tendencies Measure (PTM) ของ Carlo และ Randall (2002) ซึ่งเป็นมาตรวัดประเมินแนวโน้มพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือในสถานการณ์ด้านต่างๆ โดยมาตรวัดนี้เป็นมาตรวัดประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ (5-point Likert scale) เริ่มจาก ไม่ตรงกับตัวฉันที่สุด (1 คะแนน) ไปจนถึง ตรงกับตัวฉันมากที่สุด (5 คะแนน) มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 23 ถึง 115 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 7

ตารางเกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือ

ระดับความคิดเห็น	คะแนน
ไม่ตรงกับตัวฉันที่สุด	1
ค่อนข้างไม่ตรงกับตัวฉัน	2
ตรงกับตัวฉัน	3
ตรงกับตัวฉันมาก	4
ตรงกับตัวฉันมากที่สุด	5

ในการแปลผลคะแนน ยังมีคะแนนรวมต่ำ คือการแสดงให้เห็นถึงการมีใจอย่างร่วมรู้สึกน้อย และยิ่งคะแนนรวมสูง คือการแสดงให้เห็นถึงการมีใจอย่างร่วมรู้สึกสูง

ทั้งนี้มาตรวัด PTM ประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือจำนวน 23 ข้อกระทง โดยแบ่งเป็น มิติทั้ง 6 ด้านจากประเภทของพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือ ได้แก่

1. มิติด้านการอยู่ในที่สาธารณะ (Public) จำนวน 4 ข้อกระทง (ยกตัวอย่างเช่น ฉันสามารถช่วยเหลือคนอื่นได้ดีที่สุดเมื่อมีผู้คนกำลังดูฉันอยู่)
2. มิติด้านการนิรนาม (Anonymous) จำนวน 5 ข้อกระทง (ยกตัวอย่างเช่น ฉันคิดว่าการช่วยเหลือผู้อื่นโดยผู้อื่นไม่รู้เป็นการช่วยเหลือที่ดีที่สุด)
3. มิติด้านสถานการณ์ตึงเครียด (Dire) จำนวน 3 ข้อกระทง (ยกตัวอย่างเช่น ฉันมีแนวโน้มที่จะช่วยเหลือผู้อื่นเมื่อพวกเขาต้องการช่วยเหลือจริงๆ หรืออยู่ในสถานการณ์วิกฤติ)

4. มิติด้านอารมณ์ (Emotional) จำนวน 4 ข้อกระทง (ยกตัวอย่างเช่น ฉันมีแนวโน้มที่จะช่วยเหลือผู้อื่น) โดยเฉพาะเมื่อผู้อื่นกำลังประสบความเศร้าเสียใจ”

5. มิติด้านการทำตามคำร้องขอ (Compliant) จำนวน 2 ข้อกระทง (ยกตัวอย่างเช่น ฉันไม่เคยลังเลที่จะช่วยเหลือผู้อื่นเมื่อพวกเขากร้องขอ)

6. มิติด้านการเอื้อเฟื้อ (Altruism) จำนวน 5 ข้อกระทง (ยกตัวอย่างเช่น ฉันช่วยเหลือผู้อื่นบ่อยครั้ง แม้ว่าฉันจะไม่ได้รับสิ่งใดตอบแทนก็ตาม)

ต่อมาคณะผู้วิจัยนำมาตรวจวัดที่แปลเป็นภาษาไทยไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of Item – Objective Congruence : IOC) เพื่อพิจารณาถึงความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบทดสอบโดยพิจารณาเป็นรายข้อ แล้วให้กลุ่มตัวอย่างในชั้นพัฒนามาตรที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงทดลองทำเพื่อประเมินคุณภาพของข้อกระทง และนำคะแนนมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมจากทั้งมาตรวจวัด (Corrected Item Total Correlation) โดยเปรียบเทียบกับค่า critical r ของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ($r = .27, df = 51, p < 0.05$) ผลพบว่ามีข้อกระทงที่ผ่านทั้งสิ้น 12 ข้อ และข้อกระทงที่ไม่ผ่าน 11 ข้อ แต่เนื่องจากในข้อที่ไม่ผ่านนั้นมีความสำคัญตรงกับนิยามจึงไม่ได้เลือกตัดข้อใดออกไป แล้วจึงนำมาปรับแก้ภาษาให้เหมาะสม และชัดเจน

ลำดับถัดมาคณะผู้วิจัยนำมาตรวจวัดที่ปรับปรุงแล้วมาเก็บข้อมูลอีกครั้งเพื่อคำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ของมาตรวจวัดว่าแต่ละข้อกระทงสอดคล้องกันหรือไม่ เป็นการวัดความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยใช้การคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ซึ่งมีเกณฑ์ยอมรับอยู่ที่ 0.7 ขึ้นไป ผลการวิเคราะห์พบว่ามาตรวจวัดชุดนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .75

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้ ข

1. คณะผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากนิสิตนักศึกษาจากคณะต่างๆ ที่อยู่ในบริเวณจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยใช้วิธีการลงพื้นที่แจกแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่าง และรวบรวมแบบสอบถามกลับคืน เมื่อกลุ่มตัวอย่างกรอกข้อมูลในแบบสอบถามด้วยความสมัครใจอย่างเรียบร้อย

2. คณะผู้วิจัยสร้างเครื่องมือในการวิจัยอีกรูปแบบหนึ่งทางออนไลน์ โดยสร้างแบบสอบถามผ่าน Google Form จากเว็บไซต์ google .com และทำการกระจายชุดแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่างผ่านสื่อโซเชียลมีเดีย อาทิ แอปพลิเคชัน Line, Facebook.com และ Pantip.com เป็นต้น ก่อนจะนำข้อมูลจากแบบสอบถามมาเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เมื่อเก็บข้อมูลครบตามที่ต้องการแล้ว ทางคณะผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม ก่อนที่จะรวบรวมข้อมูลทั้งหมดเพื่อนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistics) ในการบรรยายลักษณะหรือความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไป และความคลุกคลีกับผู้ป่วยซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างหรือประชากร ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ คณะผู้วิจัยใช้โปรแกรม SPSS for Windows Version 22 ใช้วิเคราะห์ตัวแปรส่งผ่านในการหาค่าทางสถิติเพื่อใช้ทดสอบสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 นิสิตนักศึกษาสาขาจิตวิทยาที่ผ่านการเรียนรายวิชาที่เกี่ยวกับจิตวิทยาปกติ มีเจตคติตราบาปต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าน้อยกว่านิสิตนักศึกษาสาขาอื่น ๆ ที่ไม่เคยผ่านการเรียนรายวิชาวิชาที่เกี่ยวกับจิตวิทยาปกติ

ทดสอบโดยใช้ทดสอบโดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows ในการทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของระดับเจตคติตราบาปในกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการเรียนรายวิชาเกี่ยวกับจิตวิทยาปกติต่อเจตคติตราบาปกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ผ่านการเรียนรายวิชาดังกล่าว

สมมติฐานข้อที่ 2 เจตคติตราบาปมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวกกับระยะห่างทางสังคมโดยมีการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกเป็นอิทธิพลส่งผ่าน

ทดสอบโดยใช้โปรแกรม Process ของ Hayes (2013) ในโปรแกรม SPSS for Windows ในการตรวจสอบอิทธิพลของตัวแปรส่งผ่าน เพื่อทดสอบอำนาจของการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกว่าเป็นตัวแปรส่งผ่านของเจตคติตราบาปกับระยะห่างทางสังคม

สมมติฐานข้อที่ 3 เจตคติตราบาปมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางลบกับพฤติกรรมการช่วยเหลือ โดยมีการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกเป็นอิทธิพลส่งผ่าน

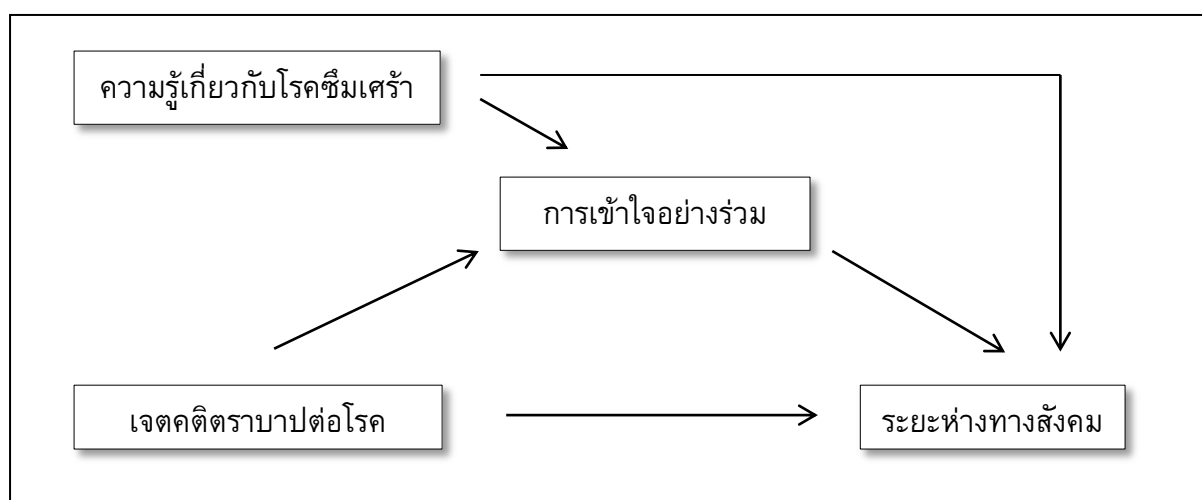
ทดสอบโดยใช้โปรแกรม Process ของ Hayes (2013) ในโปรแกรม SPSS for Windows Version 22 ในการตรวจสอบอิทธิพลของตัวแปรส่งผ่าน เพื่อทดสอบอำนาจของการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกว่าเป็นตัวแปรส่งผ่านของเจตคติตราบาปกับพฤติกรรมความช่วยเหลือ

สมมติฐานข้อที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 1) มีอิทธิพลกำกับต่อความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติตราบาปต่อการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก 2) มีอิทธิพลกำกับต่อความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติตราบาปต่อพฤติกรรมความช่วยเหลือ และ 3) มีอิทธิพลกำกับต่อความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติตราบาปต่อระยะห่างทางสังคม

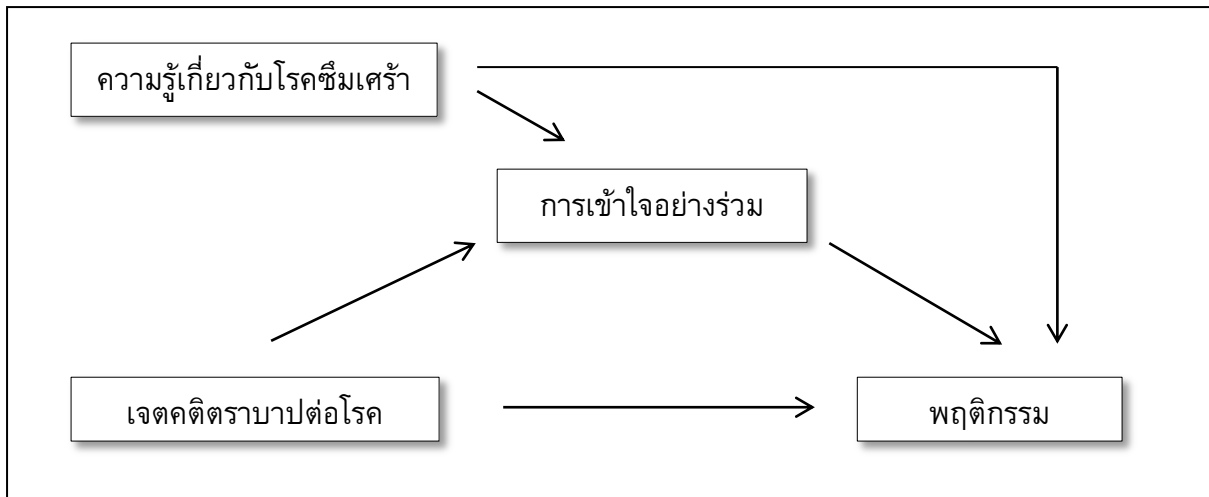
ทดสอบโดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows Version 22 ในการตรวจสอบอิทธิพลของตัวแปรกำกับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ว่าเป็นตัวแปรกำกับของความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติตราบาปต่อการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก พฤติกรรมความช่วยเหลือ และระยะห่างทางสังคม

ทั้งนี้สมมติฐานการวิจัยทั้งหมดสามารถสรุปเป็นโมเดลในการวิจัยซึ่งแสดงไว้ในภาพดังต่อไปนี้

โมเดลในการวิจัยและทิศทางของความสัมพันธ์แต่ละตัวแปรจากสมมติฐานการวิจัย



ภาพที่ 1 โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติตราบาปต่อโรคซึมเศร้าและระยะห่างทางสังคม โดยมีการเข้าใจอย่างรู้สึกเป็นตัวแปรส่งผ่าน และความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าเป็นตัวแปรกำกับ



ภาพที่ 2 โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติตราบาปต่อโรคซิกาและพฤติกรรมช่วยเหลือ โดยมีการเข้าใจอย่างผู้สีกเป็นตัวแปรส่งผ่าน และความรู้เกี่ยวกับโรคซิกาเป็นตัวแปรกำกับ

บทที่ 3

ผลการวิจัย

การเสนอผลการวิเคราะห์เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพลของเจตคติตราบาปที่มีต่อโรคซึมเศร้า และผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในการทำนายพฤติกรรมการช่วยเหลือ และระยะห่างทางสังคม ซึ่งมีการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกเป็นตัวแปรส่งผ่านในกลุ่มนิสิตนักศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล คณะผู้วิจัย นำเสนอโดยแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ค่าสถิติพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติพื้นฐาน

ตอนที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ตอนที่ 1 ค่าสถิติพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

จากการเก็บข้อมูล มีจำนวนแบบสอบถามที่สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ทั้งหมด 384 ชุด กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 384 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มตัวอย่างเพศชาย จำนวน 200 คน (ร้อยละ 52.1) และเพศหญิง จำนวน 176 คน (ร้อยละ 45.8) และเพศอื่นๆ จำนวน 8 คน (ร้อยละ 2.1) มีอายุระหว่าง 16-30 ปี มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 21.59 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.74 ช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่มีมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 22 ปี (ร้อยละ 32.0) เป็นนิสิตนักศึกษาระดับปริญญาตรีในสถาบันอุดมศึกษาต่างๆ ในกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล รวมทั้งสิ้น 27 สถาบัน โดยมีจำนวนนิสิตนักศึกษาจากสถาบันมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 154 คน (ร้อยละ 40.1) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จำนวน 42 คน (ร้อยละ 10.9) และมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จำนวน 29 คน (ร้อยละ 7.6) จำนวนนิสิตนักศึกษาจากคณะมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ คณะจิตวิทยา จำนวน 76 คน (ร้อยละ 19.8) คณะมนุษยศาสตร์ จำนวน 30 คน (ร้อยละ 7.9) และคณะวิศวกรรมศาสตร์ จำนวน 26 คน (ร้อยละ 6.8)

โดยจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด คณะผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ผ่านการเรียนรายวิชาที่เกี่ยวกับจิตวิทยาปกติ จำนวน 192 คน และกลุ่มที่ไม่เคยผ่านการเรียนรายวิชาที่เกี่ยวกับจิตวิทยาปกติ จำนวน 192 คน ซึ่งได้แสดงรายละเอียดไว้ดัง ตารางที่ 8

ตารางที่ 8

ตารางแสดงข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N=384)

ตัวแปร	ลักษณะจำแนก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	200	52.1
	หญิง	176	45.8
	อื่นๆ	8	2.1
อายุ	16	1	.3
	18	6	1.6
	19	26	6.8
	20	63	16.4
	21	82	21.4
	22	123	32.0
	23	53	13.8
	24	12	3.1
	25	8	2.1
	26	2	0.5
	27	3	0.8
	อื่นๆ	5	1.3
คณะ	คณะจิตวิทยา	76	19.8
	คณะมนุษยศาสตร์	30	7.9
	คณะวิศวกรรมศาสตร์	28	7.3
	คณะศิลปศาสตร์	23	6.0
	คณะแพทยศาสตร์	20	5.4
	คณะในกลุ่มสาขาบริหารธุรกิจ	42	11.1
	คณะในกลุ่มสาขาสังคมศาสตร์	33	8.6
	คณะในกลุ่มสาขาศึกษาศาสตร์	32	8.3
	คณะวิทยาศาสตร์	17	4.4
	คณะในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ	12	3.1
	คณะอักษรศาสตร์	12	3.1

ตัวแปร	ลักษณะจำแนก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	คณะในกลุ่มสาขาสหเวชศาสตร์	11	2.9
	คณะสัตวแพทยศาสตร์	9	2.4
	คณะนิเทศศาสตร์	8	2.1
	คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์	7	1.8
	คณะเทคโนโลยีสารสนเทศ	7	1.8
	เศรษฐศาสตร์	6	1.6
	คณะศิลปกรรมศาสตร์	4	1.0
	คณะอื่นๆ	7	1.9
ชั้นปี	ปี 1	51	13.3
	ปี 2	47	12.2
	ปี 3	79	20.6
	ปี 4	181	47.1
	ปี 5	21	5.5
	ปี 6	5	1.3
มหาวิทยาลัย	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	154	40.1
	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	42	10.9
	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์	29	7.6
	มหาวิทยาลัยรามคำแหง	24	6.3
	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	22	5.7
	มหาวิทยาลัยรังสิต	20	5.2
	มหาวิทยาลัยศิลปากร	17	4.4
	มหาวิทยาลัยมหิดล	13	3.4
	มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ	12	3.1
	มหาวิทยาลัยราชภัฏ	7	1.9
อื่นๆ	44	11.5	
เคยผ่านการเรียนวิชา	เคย	192	50
เกี่ยวกับจิตวิทยาปกติ	ไม่เคย	192	50

ตัวแปร	ลักษณะจำแนก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีคนรู้จักเป็นโรคซึมเศร้า	มี	223	58.1
	ไม่มี	161	41.9
รวม			100

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติพื้นฐาน

จากแบบประเมินวัดความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า พบว่า มีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 11.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.18

ค่าสถิติพื้นฐานจากมาตรวัดเจตคติตราบาปต่อโรคซึมเศร้ามีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 47.69 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.50

มาตรวัดการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกมีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 48.34 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.51

มาตรวัดระยะห่างทางสังคมมีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 3.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.11

มาตรวัดพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือมีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 72.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.41 ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9

ตารางแสดงค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าพิสัย และค่ามัธยฐานของคะแนนรวมจากแบบประเมินวัดความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า มาตรวัดเจตคติตราบาปต่อโรคซึมเศร้า มาตรวัดการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก มาตรวัดระยะห่างทางสังคม และมาตรวัดพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือ (N=384)

ตัวแปร	Mean	SD	Range	Median
แบบประเมินวัดความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	11.89	2.18	5-15	12
มาตรวัดเจตคติตราบาปต่อโรคซึมเศร้า	47.69	8.50	18-80	48
มาตรวัดการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก	48.34	6.51	18-62	49
มาตรวัดระยะห่างทางสังคม	3.33	1.11	.14-6	3.71
มาตรวัดพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือ	72.27	10.41	23-108	71.5

ตอนที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

หลังการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานทางสถิติ คณะผู้วิจัยตีความข้อมูลดังกล่าวเพื่อทดสอบสมมติฐานในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่

สมมติฐานที่ 1: นิสิตนักศึกษาที่ผ่านการเรียนรายวิชาที่เกี่ยวกับจิตวิทยาอปกติ มีเจตคติตราบาปต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าน้อยกว่านิสิตนักศึกษาที่ไม่เคยผ่านการเรียนรายวิชาวิชาที่เกี่ยวกับจิตวิทยาอปกติ

สมมติฐานที่ 2: เจตคติตราบาปมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวกกับระยะห่างทางสังคมโดยมีการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกเป็นอิทธิพลส่งผ่าน

สมมติฐานที่ 3: เจตคติตราบาปมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางลบกับพฤติกรรมการช่วยเหลือโดยมีการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกเป็นอิทธิพลส่งผ่าน

สมมติฐานที่ 4: ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 1) มีอิทธิพลกำกับต่อความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติตราบาปต่อการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก 2) มีอิทธิพลกำกับต่อความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติตราบาปต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือ และ 3) มีอิทธิพลกำกับทางลบต่อความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติตราบาปต่อระยะห่างทางสังคม

โดยผลการทดสอบสมมติฐานทั้ง 4 ข้อ มีดังนี้

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1

สมมติฐานที่ 1 นิสิตนักศึกษาที่ผ่านการเรียนรายวิชาที่เกี่ยวกับจิตวิทยาอปกติ มีเจตคติตราบาปต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าน้อยกว่านิสิตนักศึกษาที่ไม่เคยผ่านการเรียนรายวิชาวิชาที่เกี่ยวกับจิตวิทยาอปกติ

จากการทดสอบโดยใช้การทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของระดับเจตคติตราบาปในกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการเรียนรายวิชาเกี่ยวกับจิตวิทยาอปกติต่อเจตคติตราบาปกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ผ่านการเรียนรายวิชาดังกล่าว

จากการวิเคราะห์ค่า F-test เพื่อทดสอบความแปรปรวนของข้อมูล 2 กลุ่ม จากสมมติฐานย่อย
 H_0 : ระดับเจตคติตราบาปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน หรือ $H_0: \sigma_1 = \sigma_2$
 H_1 : ระดับเจตคติตราบาปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกัน หรือ $H_1: \sigma_1 \neq \sigma_2$

โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ = .05

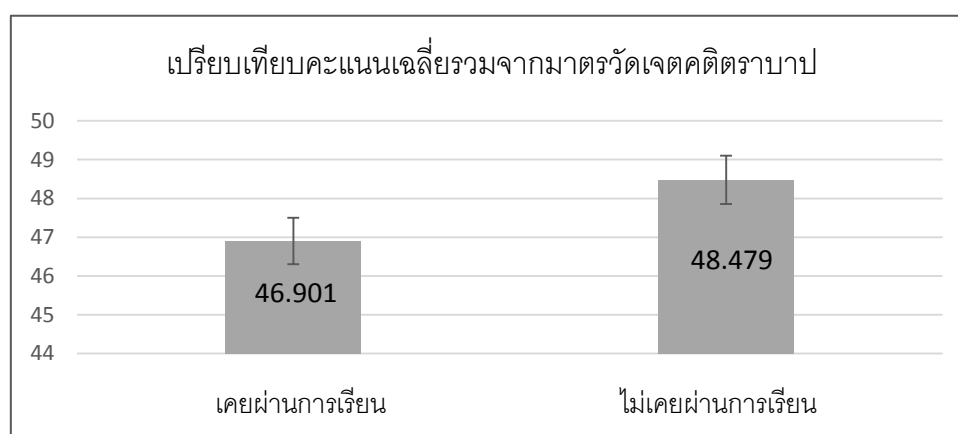
นำมาทดสอบความแปรปรวนจากตาราง Test of Homogeneity of Variances ได้ค่า Sig. .791 ซึ่งมากกว่า 0.05 แสดงว่า ยอมรับ H_0 คือ ค่าความแปรปรวนของระดับเจตคติตราบาปไม่แตกต่างกัน จึงใช้สถิติทดสอบ F-test ในตาราง ANOVA ในการทดสอบค่าเฉลี่ย

จากตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวพบว่า ค่าสถิติทดสอบ F-test เท่ากับ 3.329 ที่นัยสำคัญทางสถิติ .069 ซึ่งมากกว่า .05 แสดงว่า ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 10

ตารางเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนรวมจากมาตรวัดเจตคติตราบาปต่อโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มนิสิตนักศึกษาที่ผ่านการเรียนรายวิชาที่เกี่ยวกับจิตวิทยาปกติ และนิสิตนักศึกษาที่ไม่เคยผ่านการเรียนรายวิชาวิชาที่เกี่ยวกับจิตวิทยาปกติ (N=384)

แหล่งความแปรปรวน	Df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	1	239.086	239.086	3.329	.069
ภายในกลุ่ม	382	27435.036	71.819		
รวม	383	27674.122			



ภาพที่ 5 กราฟแท่งเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรวมจากมาตรวัดเจตคติตราบาปต่อโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มนิสิตนักศึกษาที่ผ่านการเรียนรายวิชาที่เกี่ยวกับจิตวิทยาปกติ และ นิสิตนักศึกษาที่ไม่เคยผ่านการเรียนรายวิชาวิชาที่เกี่ยวกับจิตวิทยาปกติ (N=384)

ตารางที่ 11

ตารางแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรวมจากแบบประเมินวัดความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า มาตรการวัดเจตคติตราบาปต่อโรคซึมเศร้า มาตรการวัดการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก มาตรการวัดระยะห่างทางสังคม และ มาตรการวัดพฤติกรรมการช่วยเหลือ (Pearson's Product-Moment correlation Coefficient) (N= 384)

มาตร	1	2	3	4	5
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	1				
2. เจตคติตราบาปต่อโรคซึมเศร้า	.06	1			
3. การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก	.05	-.11*	1		
4. ระยะห่างทางสังคม	-.24**	.14**	-.15**	1	
5. มาตรการวัดพฤติกรรมการช่วยเหลือ	.01	.05	.23**	.01	1

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 2

สมมติฐานที่ 2 เจตคติตราบาปมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวกกับระยะห่างทางสังคมโดยมีการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกเป็นอิทธิพลส่งผ่าน

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง ในการทดสอบอิทธิพลของตัวแปรส่งผ่านตามสมมติฐานที่ 2 นั้น ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบ Bootstrapping โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,000 จากการวิเคราะห์ผลดังแสดงในตารางที่ 12 พบว่า ผลรวมอิทธิพลของเจตคติตราบาปมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวกกับระยะห่างทางสังคม ($c = .14^{**}$, $p < 0.01$) และ อิทธิพลทางตรงของเจตคติตราบาปมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวกกับระยะห่างทางสังคม ($c' = .13^{**}$, $p < 0.01$) เจตคติตราบาปมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางลบต่อการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก ($a = -.11^{*}$, $p < 0.05$) และพบว่า การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางลบต่อระยะห่างทางสังคม ($b = -.14^{**}$, $p < .01$) อีกทั้งพบผลของอิทธิพลทางอ้อมของเจตคติตราบาปต่อระยะห่างทางสังคมโดยมีการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกเป็นตัวแปรส่งผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($ab = (-.11)(-.14) = .01^{**}$, $p < .01$, $SE = .01$, 95% ของช่วงชั้นความเชื่อมั่น [.00, .04])

ดังนั้น จากสมมติฐานข้อที่ 2 แสดงให้เห็นว่า ถ้าระดับเจตคติตราบาปต่อโรคซึมเศร้าสูง ระยะห่างทางสังคมจะสูง และระดับการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกจะต่ำ ในทางกลับกัน หากระดับการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกสูง จะมีระยะห่างทางสังคมต่ำ และสามารถสรุปได้ว่า การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกมีอิทธิพลบางส่วนในฐานะตัวแปรส่งผ่าน (Partial Mediator) ของเจตคติตราบาปกับระยะห่างทางสังคม เนื่องจากเมื่อควบคุมอิทธิพลทางอ้อมจากตัวแปรส่งผ่านการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกแล้ว อิทธิพลทางตรงจากเจตคติตราบาปก็ยังสามารถ

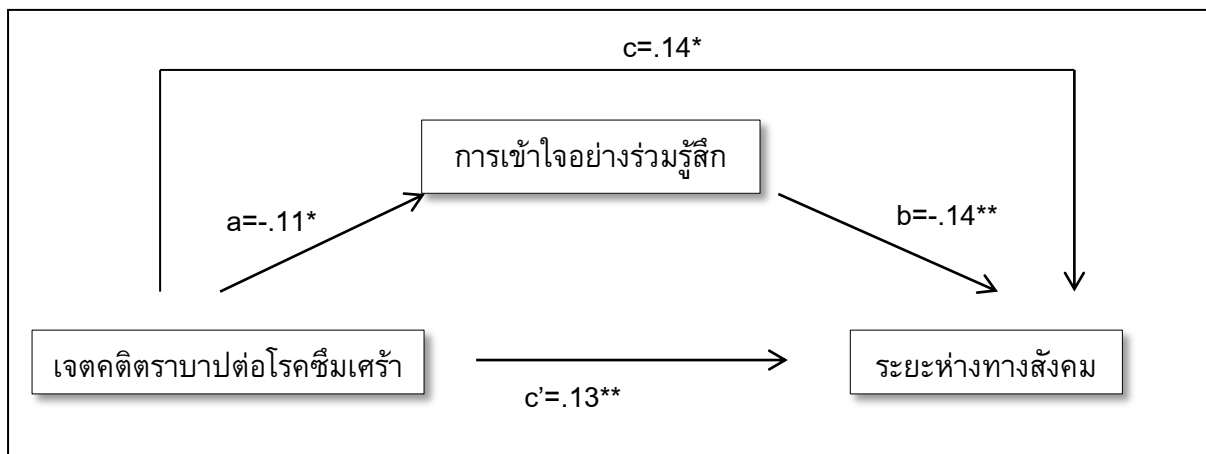
ทำนายระยะห่างทางสังคมได้อยู่ ทั้งนี้อาจเนื่องจากยังมีตัวแปรอื่นๆ อีกที่ไม่ได้ศึกษาในงานวิจัยนี้ ที่ส่งผ่านจากเจตคติตราบาปไปยังระยะห่างทางสังคม

ตารางที่ 12

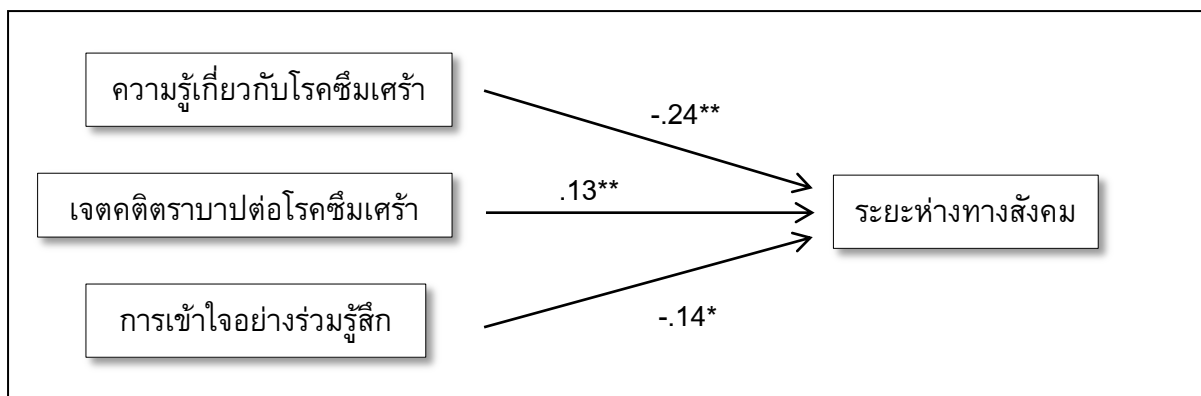
ตารางการทดสอบอิทธิพลของตัวแปรส่งผ่านในโมเดลเจตคติตราบาปต่อระยะห่างทางสังคม (N=384)

ตัวแปรตาม	ตัวแปรอิสระ	B	SE	R ²	F
การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก		-	-	.01	4.27
	เจตคติตราบาป	-.11*	.05	-	-
	ค่าคงที่	.00	.05	-	-
ระยะห่างทางสังคม		-	-	.04	7.68
	การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก	-.14**	.05	-	-
	เจตคติตราบาป	.13**	.05	-	-
	ค่าคงที่	.00	.05	-	-

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$



ภาพที่ 4 โมเดลเจตคติตราบาปต่อระยะห่างทางสังคม



ภาพที่ 5 โมเดลอิทธิพลของตัวแปรต่างๆต่อระยะห่างทางสังคม

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 3

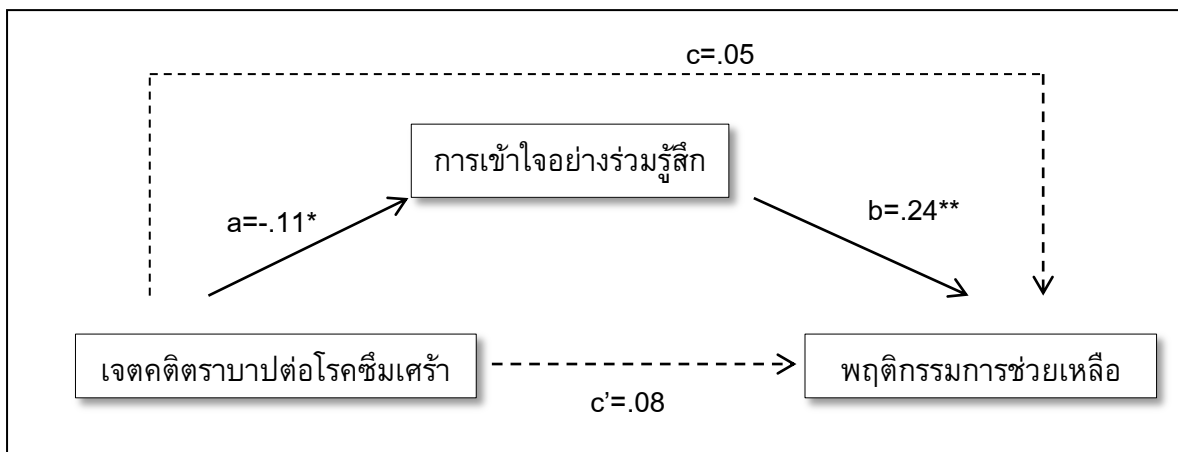
สมมติฐานที่ 3 เจตคติตราบาปมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางลบกับพฤติกรรมการช่วยเหลือโดยมีการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกเป็นอิทธิพลส่งผ่าน

ในการทดสอบอิทธิพลของตัวแปรส่งผ่านตามสมมติฐานที่ 3 นั้น ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบ Bootstrapping โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,000 จากการวิเคราะห์ผลดังแสดงในตารางที่ 13 พบว่า ผลรวมอิทธิพลของเจตคติตราบาปไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับพฤติกรรมการช่วยเหลือ ($c = .05, p = .30$) อิทธิพลทางตรงของเจตคติตราบาปไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับพฤติกรรมการช่วยเหลือ ($c = .08, p = .12$) แต่พบว่า เจตคติตราบาปมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางลบกับการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก ($a = -.11^*, p < 0.05$) และ การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวกกับพฤติกรรมการช่วยเหลือ ($b = .24^{**}, p < 0.01$) อาจกล่าวได้ว่า ไม่มีการส่งผ่านอิทธิพลของตัวแปรส่งผ่าน แสดงว่าตัวแปรส่งผ่าน หรือการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก ทำหน้าที่เสมือนตัวแปรตามอีกตัวหนึ่งในงานวิจัยในโมเดลเจตคติตราบาปต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือเท่านั้น สรุปได้ว่า เจตคติตราบาปไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการช่วยเหลือโดยตรง แต่เจตคติตราบาปมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก และการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการช่วยเหลือ ดังนั้น หากเจตคติตราบาปต่ำ การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกจะสูง และพฤติกรรมการช่วยเหลือจะสูงไปด้วยตามลำดับ ทั้งนี้การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกไม่ได้ทำหน้าที่เป็นตัวแปรส่งผ่านอิทธิพลบางส่วนในโมเดลอิทธิพลของเจตคติตราบาปและพฤติกรรมการช่วยเหลือ

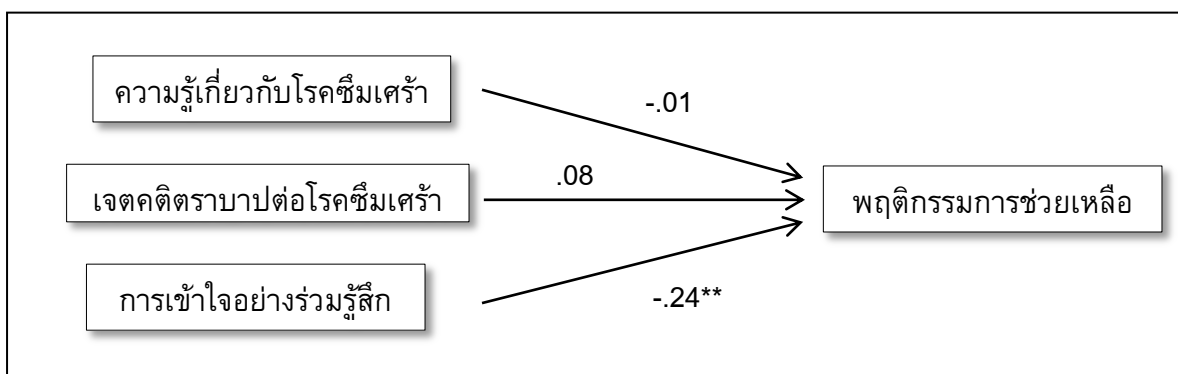
ตารางที่ 13

การทดสอบอิทธิพลของตัวแปรส่งผ่านในโมเดลเจตคติตราบาปต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือ (N=384)

ตัวแปรตาม	ตัวแปรอิสระ	B	SE	R ²	F
การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก		-	-	.01	4.27
	เจตคติตราบาป	-.11*	.05	-	-
	ค่าคงที่	.00	.05	-	-
พฤติกรรมการช่วยเหลือ		-	-	.06	12.20
	การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก	.24**	.05	-	-
	เจตคติตราบาป	.08	.05	-	-
	ค่าคงที่	.00	.05	-	-

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$ 

ภาพที่ 6 โมเดลเจตคติตราบาปต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือ



ภาพที่ 7 โมเดลอิทธิพลของตัวแปรต่างๆต่อพฤติกรรมช่วยเหลือ

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 4

สมมติฐานที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 1) มีอิทธิพลกำกับต่อความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติตราบาปต่อการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก 2) มีอิทธิพลกำกับต่อความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติตราบาปต่อพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือ และ 3) มีอิทธิพลกำกับทางลบต่อความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติตราบาปต่อระยะห่างทางสังคม

การทดสอบความเป็นตัวแปรกำกับตามสมมติฐานที่ 4 ใช้การวิเคราะห์อิทธิพลปฏิสัมพันธ์ (Interaction effect) ของความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้ากับเจตคติตราบาป ในการทำนายการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก พฤติกรรมการช่วยเหลือ และระยะห่างทางสังคม

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง ในการทดสอบอิทธิพลของตัวแปรกำกับตามสมมติฐานที่ 4 นั้น ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบ Bootstrapping โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,000 จากการวิเคราะห์ผลดังแสดงในตารางที่ 14 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามีอิทธิพลกำกับทางลบต่อความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติตราบาปต่อพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือ ($\beta = -.12^*$, $p < 0.05$) จากอิทธิพลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจตคติตราบาปกับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า แสดงให้เห็นว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าเป็นตัวแปรกำกับทางลบในความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติตราบาปต่อพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือ กล่าวคือ ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าจะลดอิทธิพลของเจตคติตราบาปต่อพฤติกรรมช่วยเหลือ หากมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าสูง บุคคลจะมีพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือต่ำ ถึงแม้ว่าจะมีเจตคติตราบาปสูงก็ตาม แต่ถ้ามีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าต่ำ ก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือสูง ถึงแม้ว่าจะมีเจตคติตราบาปสูงก็ตาม

แต่ไม่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามีอิทธิพลกำกับต่อความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติตราบาปต่อการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก และระยะห่างทางสังคม ($\beta = -.03$, $p = .49$ และ $\beta = .06$, $p = .23$ ตามลำดับ) หมายความว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าไม่เป็นตัวแปรกำกับในความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติตราบาปกับการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกและระยะห่างทางสังคม

นอกจากนี้ ยังพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบต่อระยะห่างทางสังคม ($\beta = -.24^{**}$, $p < 0.01$) สามารถนำมาเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้

$$\text{ระยะห่างทางสังคม} = .00 + -.24^* \text{ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า} \text{ โดยที่ } R^2 = .10$$

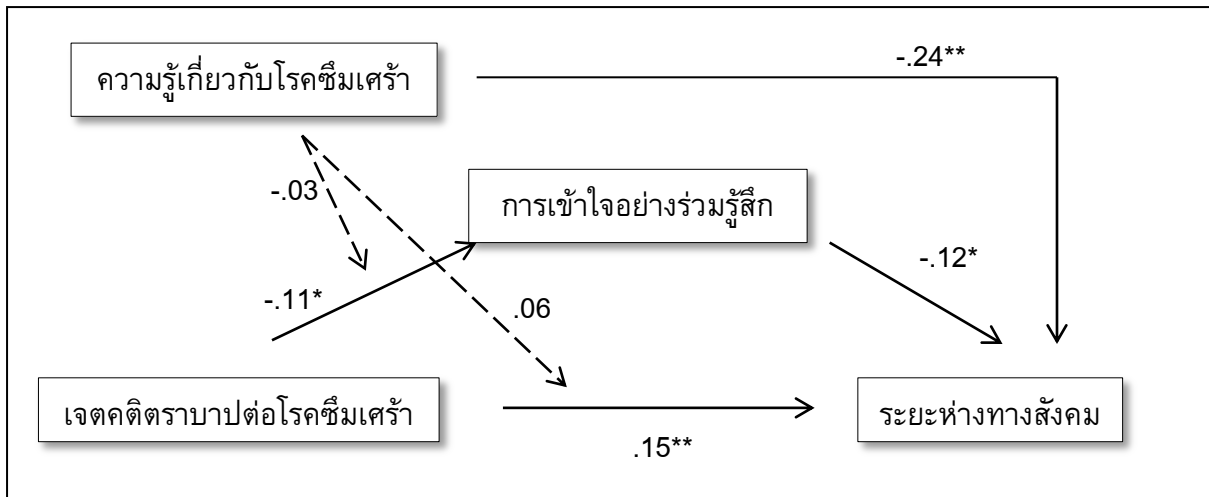
ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า สามารถทำนายระยะห่างทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างจากศูนย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (B) เท่ากับ -.24 หมายความว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้ระยะห่างทางสังคมลดลง .24 เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นให้คงที่

ตารางที่ 14

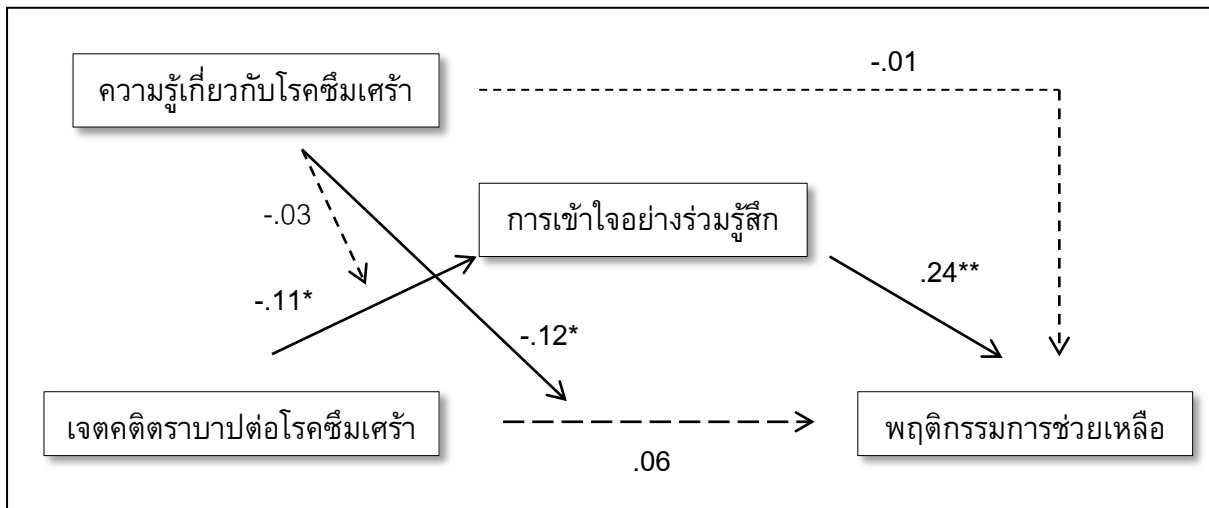
การทดสอบอิทธิพลของตัวแปรกำกับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ในโมเดลเจตคติตราบาปต่อระยะห่างทางสังคมและโมเดลเจตคติตราบาปต่อพฤติกรรมความช่วยเหลือ (N=384)

ตัวแปรตาม	ตัวแปรอิสระ	B	SE	R^2	F
การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก		-	-	.02	2.04
	ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	.06	.05	-	-
	ปฏิสัมพันธ์ (เจตคติตราบาป x ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า)	-.03	.05	-	-
	ค่าคงที่	.00	.05	-	-
ระยะห่างทางสังคม		-	-	.10	10.33
	ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	-.24**	.05	-	-
	ปฏิสัมพันธ์ (เจตคติตราบาป x ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า)	.06	.05	-	-
	ค่าคงที่	.00	.05	-	-
พฤติกรรมความช่วยเหลือ		-	-	.07	7.66
	ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	-.01	.05	-	-
	ปฏิสัมพันธ์ (เจตคติตราบาป x ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า)	-.12*	.05	-	-
	ค่าคงที่	.01	.05	-	-

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



ภาพที่ 8 แผนภาพแสดงอิทธิพลกำกับของความรู้เกี่ยวกับโรคซึ่มเสร่าในโมเดลเจตคติตราบাপต่อระยะห่างทางสังคม



ภาพที่ 9 แผนภาพแสดงอิทธิพลกำกับของความรู้เกี่ยวกับโรคซึ่มเสร่าในโมเดลเจตคติตราบাপต่อพฤติกรรมกรช่วยเหลือ

บทที่ 4

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพลของเจตคติตราบาปที่มีต่อโรคซึมเศร้า และผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในการทำนายพฤติกรรมการช่วยเหลือ และระยะห่างทางสังคม ซึ่งมีการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกเป็นตัวแปรส่งผ่านในกลุ่มนิสิตนักศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล โดยจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลในบทที่ 3 สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 นิสิตนักศึกษาที่ผ่านการเรียนรายวิชาที่เกี่ยวกับจิตวิทยาปกติ มีเจตคติตราบาปต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าน้อยกว่านิสิตนักศึกษาที่ไม่เคยผ่านการเรียนรายวิชาที่เกี่ยวกับจิตวิทยาปกติ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผลการวิจัยนี้ **ไม่สนับสนุนสมมติฐานที่ 1** โดยจากการวิเคราะห์ผลการทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) พบว่า นิสิตนักศึกษาที่ผ่านการเรียนรายวิชาที่เกี่ยวกับจิตวิทยาปกติ มีเจตคติตราบาปต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่แตกต่างกับนิสิตนักศึกษาที่ไม่เคยผ่านการเรียนรายวิชาที่เกี่ยวกับจิตวิทยาปกติ อาจเป็นผลมาจากการที่มีสหสัมพันธ์ทางลบระหว่างเงื่อนไขการเรียนรายวิชาเกี่ยวกับจิตวิทยากับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ($r = -.225^{**}, p < .01$) แสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ของทั้งสองตัวแปรไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ ถึงแม้ว่านิสิตนักศึกษาจะเคยเรียนรายวิชาเกี่ยวกับจิตวิทยาปกติก็อาจมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าต่ำ รวมทั้ง การวิจัยครั้งนี้ไม่พบสหสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้ากับเจตคติตราบาป ($r = .063, p = .216$) เพราะฉะนั้น ระดับเจตคติตราบาปต่อโรคซึมเศร้าในนิสิตนักศึกษาที่ผ่านการเรียนรายวิชาที่เกี่ยวกับจิตวิทยาปกติและนิสิตนักศึกษาที่ไม่เคยผ่านการเรียนรายวิชาที่เกี่ยวกับจิตวิทยาปกติจึงไม่ต่างกัน

ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับงานวิจัยของ Nordt, Rössler และ Lauber (2006) ที่พบว่าผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวช (Mental Health Professionals) อาทิ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา เป็นต้น มีเจตคติทางลบต่อผู้ป่วยทางจิตในระดับเท่ากับที่บุคคลทั่วไปมีต่อผู้ป่วยทางจิต และพบว่าจิตแพทย์ เป็นกลุ่มที่มีระดับเจตคติทางลบต่อผู้ป่วยทางจิตมากที่สุด คือมากกว่าที่ผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวช และบุคคลทั่วไป นอกจากนี้ยังพบว่า เป็นไปในทิศทางเดียวกับงานวิจัยของ Keane (1990) ที่พบว่าเจตคติต่อความเจ็บป่วยทางจิตของนักเรียนแพทย์ชาวอเมริกัน ในช่วงก่อนและหลังการเรียนวิชาจิตเวชศาสตร์เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ไม่มีความแตกต่างกัน กล่าวคือการเรียนไม่ส่งผลทำให้เจตคติต่อความเจ็บป่วยทางจิตเปลี่ยนแปลงไป จึงอาจกล่าว

ได้ว่า เงื่อนไขการเรียนรู้วิชาจิตวิทยาปกติ ซึ่งสื่อถึงการมีความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยทางจิต ไม่ส่งผลให้ เจตคติตราบาปที่มีต่ออาการทางจิต เช่น โรคซึมเศร้า นั้นลดลง หรืออาจกล่าวได้ว่า ไม่แตกต่างกับการไม่ ผ่านการเรียนรู้วิชาดังกล่าว ซึ่งหมายถึง การไม่มีความรู้เกี่ยวกับจิตวิทยาปกตินั่นเอง

สมมติฐานที่ 2 เจตคติตราบาปมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวกกับระยะห่างทางสังคมโดยมี การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกเป็นอิทธิพลส่งผ่าน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผลการวิจัยนี้ **สนับสนุนสมมติฐานที่ 2** นั่นคือ พบว่า เจตคติตรา บาปมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวกกับระยะห่างทางสังคม เจตคติตราบาปมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ทางลบต่อการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก และการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางลบต่อ ระยะห่างทางสังคม อีกทั้งพบผลของอิทธิพลทางอ้อมของเจตคติตราบาปต่อระยะห่างทางสังคมโดยมีการ เข้าใจอย่างร่วมรู้สึกเป็นตัวแปรส่งผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัยพบว่าเจตคติตราบาปมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวกกับระยะห่างทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Link และคณะ (1999) ที่สำรวจว่าในมุมมอง สาธารณชนชาวอเมริกันส่วนใหญ่จะตีความว่า โรคจิตเภท และโรคซึมเศร้า เป็นความเจ็บป่วยทางจิต และมี มุมมองทางลบต่อความเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งการรับรู้นี้มีความเชื่อมโยงอย่างมากกับทัศนคติการมีระยะห่าง ทางสังคมต่อผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางจิต รวมทั้งความกลัวที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ ด้วยการจำกัดการมีปฏิสัมพันธ์ด้วย จึงอาจกล่าวได้ว่า เจตคติทางลบต่อผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิต นำไปสู่ ความกลัว ทำให้เกิดการจำกัดปฏิสัมพันธ์และเพิ่มระยะห่างทางสังคมเพิ่มต่อผู้ป่วยทางจิต ซึ่งเป็นไปใน ทิศทางเดียวกันกับผลการวิจัยที่พบว่า เจตคติตราบาปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะห่างทางสังคม

และในส่วนผลการวิจัยนี้ที่พบว่าเจตคติตราบาปมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางลบกับการเข้าใจ อย่างร่วมรู้สึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่ามีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Batson และคณะ (1997) ที่ทำการทดลองเพิ่มและกระตุ้นเจตคติการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก (empathy-attitude) ของกลุ่ม ตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัยในประเทศสหรัฐอเมริกาเข้าไปในมุมมองต่อกลุ่มบุคคลที่มีเจต คติตราบาปในสายตาสังคมสูง (stigmatized group) ได้แก่ หญิงสาวที่เป็นโรคเอดส์ คนไร้บ้าน ผู้ต้องหา ฆาตกร โดยผลพบว่าสามารถปรับปรุงเจตคติให้เป็นไปในทางบวกได้ ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่าการเพิ่มและ กระตุ้นการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกสามารถปรับปรุงเจตคติทางลบให้เป็นไปในทิศทางตรงข้ามกัน คือเป็นไปใน

ทิศทางบวกมากขึ้นได้ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับผลการวิจัยนี้ที่พบว่า เจตคติตราบาปที่เป็นเจตคติทางลบ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกต่อกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ส่วนผลการวิจัยที่พบว่า การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางลบต่อระยะห่างทางสังคมสอดคล้องกับงานวิจัยของ Lowder (2007) ที่กล่าวถึงบุคคลที่มีความคุ้นเคยนั้นมีแนวโน้มที่จะมีอคติต่อกลุ่มผู้ป่วยลดลง และ Corrigan และคณะ (2001) ได้กล่าวเสริมถึงการตอบสนองของความกลัวและมีระยะห่างทางสังคมที่น้อยกว่าบุคคลที่ไม่คุ้นเคยด้วย ยิ่งไปกว่านั้น การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกก็เป็นอีกตัวแปรสำคัญร่วมด้วยที่ทำให้ระยะห่างสังคมและการแบ่งแยกลดลง และยังนำไปสู่พฤติกรรมกรรมาช่วยเหลือ จึงอาจกล่าวได้ว่า ความคุ้นเคยอันนำมาซึ่งการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกจะช่วยลดระยะห่างทางสังคม ซึ่งตรงกับผลการวิจัยนี้ที่พบว่า การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกมีความสัมพันธ์ทางลบต่อระยะห่างทางสังคม

อีกทั้งจากการพบผลของอิทธิพลทางอารมณ์ของเจตคติตราบาปต่อระยะห่างทางสังคมโดยมีการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกเป็นตัวแปรส่งผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกมีอิทธิพลให้บุคคลมีระยะห่างทางสังคมต่อผู้ป่วยโรคทางจิตลดลง ถึงแม้จะมีเจตคติตราบาปอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Botha (2014) ที่ศึกษา นักศึกษาชาวเอเชียและชาวต่างชาติเกี่ยวกับตราบาป ความคิดในอุดมคติ ความเชื่อต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและค่านิยมที่ตนรับรู้มา โดยพบว่า หากเสนอปัจจัยทางชีวภาพและสาเหตุของโรคซึมเศร้า รวมไปถึงความหวังในการกลับมาเป็นปกติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่เป็นชาวเอเชียจะมีตราบาปและระยะห่างทางสังคมต่อผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามากขึ้นและมากกว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยที่เป็นชาวต่างชาติ ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลมาจากค่านิยมที่ตนรับรู้ แนวพฤติกรรมจากสังคมที่ตนอยู่ แนวคิดอนุรักษนิยม และความเชื่อว่าบุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้านำความอับอายมาสู่ครอบครัว แต่หากมีการนำเสนอในวิธีการที่แตกต่างกันออกไป คือการนำเสนอวิดีโอเกี่ยวกับการต่อต้านตราบาปต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าผ่านทางรายการจำลองสถานการณ์ การพิสูจน์ทางสังคมให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่แตกต่างกันออกไป และการนำเสนอถึงค่านิยมทางบวกหรือทางลบอย่างใดอย่างหนึ่ง พบว่า ระยะห่างทางสังคมลดลงในผู้เข้าร่วมการวิจัยที่เป็นชาวเอเชีย แต่ไม่ลดลงในชาวต่างชาติ ซึ่งผู้วิจัยได้กล่าวว่า ค่านิยมที่บุคคลรับรู้และการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกเป็นตัวแปรส่งผ่านให้การใช้วิดีโอคลิปดังกล่าวส่งผลให้ระยะห่างทางสังคมลดลง

ทั้งนี้ การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกมีอิทธิพลเพียงบางส่วนในฐานะตัวแปรส่งผ่าน (Partial Mediator) ของเจตคติตราบาปและระยะห่างทางสังคม ซึ่งอาจเกิดจาก สาเหตุปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและอาจเข้ามามี

อิทธิพลกับเจตคติตราบาปและระยะห่างทางสังคม อาทิ ประสบการณ์ในอดีต ศีลธรรม ความกลัวในการรับรู้อันตราย ความคุ้นเคยหรือความใกล้ชิดส่วนตัว เป็นต้น ดังเช่นในงานวิจัยของของ Cohen และคณะ (2012) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเปลี่ยนเจตคติทางลบที่มีต่อผู้พิการทางปัญญาหรือพิการทางจิต (intellectual disabilities or psychiatric disabilities) ในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในประเทศอิสราเอลที่ได้รับโปรแกรมนี้ โดยในโปรแกรมนี้อาจประกอบด้วยทำให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความพิการ และการเพิ่มความใกล้ชิดส่วนตัวกับผู้พิการ หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า การได้รับความรู้เกี่ยวกับความพิการ มีอิทธิพลทางบวกต่อเจตคติทางลบที่มีต่อผู้พิการ อย่างไรก็ตามผลวิจัยหลักพบว่าการมีความใกล้ชิดส่วนตัว (personal contact) กับผู้พิการมีอิทธิพล โดยสามารถเปลี่ยนแปลงเจตคติทางลบให้เป็นไปในทิศทางบวกได้อย่างมีนัยสำคัญ และเมื่อเจตคติทางลบลดลง ก็อาจจะมีอิทธิพลส่งผลให้เกิดระยะห่างทางสังคมที่อาจจะลดลงได้เช่นกัน จึงอาจกล่าวได้ว่า หากมีการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก ถึงแม้จะมีเจตคติตราบาปต่อผู้ป่วยซึมเศร้า แต่สามารถลดระยะห่างทางสังคมได้ อย่างไรก็ตาม การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกไม่ใช่ตัวแปรเดียวที่ทำให้ผู้มีเจตคติตราบาปมีระยะห่างทางสังคมลดลง แต่อาจมีผลจากตัวแปรอื่นแทรกซ้อน เช่น ค่านิยมที่บุคคลรับรู้ และความคุ้นเคยใกล้ชิด เป็นต้น ซึ่งตรงกับงานวิจัยนี้ ที่การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกมีอิทธิพลส่งผ่านระหว่างเจตคติตราบาปและระยะห่างทางสังคม แต่พบอิทธิพลส่งผ่านเพียงบางส่วนเท่านั้น

สมมติฐานที่ 3 เจตคติตราบาปมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางลบกับพฤติกรรมการช่วยเหลือโดยมีการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกเป็นอิทธิพลส่งผ่าน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผลการวิจัยนี้ **ไม่สนับสนุนสมมติฐานที่ 3** โดยพบว่า เจตคติตราบาปมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางลบกับการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก และการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวกกับพฤติกรรมการช่วยเหลือ แต่ไม่พบว่าเจตคติตราบาปมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับพฤติกรรมการช่วยเหลือ และการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกไม่มีอิทธิพลส่งผ่านระหว่างเจตคติตราบาปกับพฤติกรรมการช่วยเหลือ หรืออาจกล่าวได้ว่าการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกเป็นเพียงตัวแปรอิสระตัวหนึ่ง

ในเงื่อนไขของเจตคติตราบาปที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางลบกับการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก พบว่ามีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Batson และคณะ (1997) ที่ทำการทดลองเพิ่มและกระตุ้นเจตคติการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก (empathy-attitude) ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยในประเทศสหรัฐอเมริกาเข้าไปในมุมมองต่อกลุ่มบุคคลที่มีเจตคติตราบาปในสายตาสังคมสูง (stigmatized

group) ได้แก่ หญิงสาวที่เป็นโรคเอดส์ คนไร้บ้าน ผู้ต้องหามาตรกร โดยผลพบว่าสามารถปรับปรุงเจตคติให้ เป็นไปในทางบวกได้ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าการเพิ่มและกระตุ้นการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกสามารถปรับปรุงเจตคติ ทางลบให้ เป็นไปในทิศทางตรงข้ามกัน คือเป็นไปในทิศทางบวกมากขึ้นได้ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับ ผลการวิจัยนี้ที่พบว่าเจตคติตราบาปที่เป็นเจตคติทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก ต่อกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ในเงื่อนไขของตัวแปรการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวกกับพฤติกรรม การช่วยเหลือ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Shih, Wang, Trahan Bucher และ Stotzer (2009) ที่พบว่า การ เข้าใจอย่างร่วมรู้สึกเป็นสื่อกลางที่ทำให้เกิดเจตคติที่ดี ความชื่นชอบ พฤติกรรมการเข้าใจ และพฤติกรรมการ ช่วยเหลือต่อกลุ่มบุคคลอื่นที่มีเชื้อชาติแตกต่างกัน กล่าวโดยละเอียดคือการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก ช่วย เพิ่มความชื่นชอบต่อสมาชิกกลุ่มอื่นที่มีความแตกต่างด้านเชื้อชาติ นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มพฤติกรรมการ ช่วยเหลือ ต่อกลุ่มดังกล่าว ซึ่งเกิดขึ้นโดยความสมัครใจ มิใช่โดยแรงกดดันทางสังคม และ งานวิจัยของ Eisenberg และคณะ (2010) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมช่วยเหลือกับการเข้าใจอย่างร่วม รู้สึกในบริบทเฉพาะบุคคล พบว่า ในบริบททั่วไปพบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างพฤติกรรมช่วยเหลือและ การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก จึงอาจกล่าวได้ว่า การเพิ่มการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกมีผลให้เกิดพฤติกรรมช่วยเหลือ เพิ่มขึ้น ซึ่งตรงกับงานวิจัยนี้ ในตัวแปรการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม ช่วยเหลือ

ในเงื่อนไขของเจตคติตราบาปที่ไม่พบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับพฤติกรรมการช่วยเหลือ อาจมี สาเหตุมาจากการเลือกเข้ามาตรวจวัดแนวโน้มพฤติกรรมการช่วยเหลือของ Carlo และ Randall (2002) ที่ คณะผู้วิจัยได้ทำการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย ซึ่งเน้นไปทางเจตคติทางความคิด และอารมณ์ของ ผู้ตอบแบบสอบถามต่อการช่วยเหลือ จึงเป็นเพียงการแสดงความคิดเห็นต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือใน เงื่อนไขที่ใช้ความพยายามต่ำ (low effort condition) หรือไม่ต้องใช้ความพยายามมาก ซึ่งสอดคล้องกับ งานวิจัยของ Ungar (1979) ที่ทำการศึกษาผลของเจตคติตราบาป และระดับความพยายามที่มีต่อ พฤติกรรมการช่วยเหลือในกลุ่มตัวอย่างชาวแคนาดา ผลพบว่าหากพฤติกรรมการช่วยเหลืออยู่ในเงื่อนไขที่ ใช้ความพยายามต่ำ การมีเจตคติตราบาป หรือไม่มีเจตคติตราบาป ก็ส่งผลให้เกิดความช่วยเหลือไม่ ต่างกัน แต่หากเป็นการช่วยเหลือที่อยู่ในเงื่อนไขที่ใช้ความพยายามสูง (high effort condition) จะพบว่าคน

ที่มีเจตคติตราบาปจะให้ความช่วยเหลือน้อยกว่า หรือกล่าวได้ว่าความช่วยเหลือมีความสัมพันธ์ทางลบกับเจตคตินั่นเอง

นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยคิดว่าอาจเป็นผลจากปัจจัยอื่น ๆ ที่สามารถกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการช่วยเหลือ เข้ามาเป็นตัวแปรแทรกซ้อนของสมมติฐานการวิจัยในครั้งนี้ ดังเช่น ในงานวิจัยของ Eisenberg (1986 อ้างถึงใน Eisenberg 2010) ได้กล่าวไว้ว่า การเกิดพฤติกรรมการช่วยเหลืออาจเกิดจากปัจจัยต่างๆ หลายปัจจัย เช่น การรู้สึกว่าคุณค่าทางจิตใจ (egoistic concern) ความต้องการพึ่งพาอาศัย การเสริมแรงทางบวกที่เป็นรูปธรรม และการยอมรับจากสังคม หรือปัจจัยอื่นๆ (other-oriented concern) อาทิ ความเห็นอกเห็นใจ และปัจจัยทางศีลธรรมจรรยา (moral concern) อาทิ ความต้องการสนับสนุนศีลธรรมภายในใจ เช่น สิ่งที่เกี่ยวข้องกับคุณค่าทางจิตใจ ความเท่าเทียมกันของคนในสังคม หรือความรู้สึกรับผิดชอบต่อผู้อื่น อีกทั้งการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการช่วยเหลือ อาจมีสาเหตุจากการอยู่ในบริบททางสังคมที่ต่างกันที่ทำให้ค่าความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่เป็นไปในทิศทางลบ คือกลับเป็นไปในทิศทางบวกนั่นเอง จึงอาจกล่าวได้ว่า การที่เจตคติตราบาปไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมช่วยเหลือ อาจเป็นไปได้ทั้งสาเหตุของการใช้แบบสอบถามที่ไม่ได้ใช้ความพยายามมากนัก จึงไม่สามารถวัดความแตกต่างของพฤติกรรมช่วยเหลือระหว่างกลุ่มที่มีเจตคติตราบาปและกลุ่มที่ไม่มีเจตคติตราบาปได้จริง หรืออาจเป็นเพราะปัจจัยอื่นนอกเหนือจากเจตคติตราบาป ที่นำไปสู่พฤติกรรมช่วยเหลือได้เช่นเดียวกัน เช่น การต้องการการยอมรับจากสังคม เป็นต้น ซึ่งสัมพันธ์กับผลของการวิจัยนี้

ในเงื่อนไขสุดท้าย คือ การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกไม่มีอิทธิพลส่งผ่านระหว่างเจตคติตราบาปกับพฤติกรรมการช่วยเหลือ ซึ่งกล่าวได้ว่า การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกเป็นตัวแปรอิสระอีกตัวแปรหนึ่งในโมเดลเจตคติตราบาปต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือ และถึงแม้ไม่มีการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกก็อาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่กล่าวมาข้างต้นและอาจยังไม่ได้กล่าวถึงที่ทำให้เกิดพฤติกรรมช่วยเหลือได้ โดยสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ekanayake (2011) ที่ศึกษาความแตกต่างทางบุคลิกภาพด้าน Agreeableness ที่มีผลต่อพฤติกรรมช่วยเหลือในหลายกรณี ซึ่งผู้วิจัยจัดแบ่งกลุ่มหน้าม้าออกเป็นกลุ่มที่เป็นผู้พิการทางสายตา และผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) และจัดเข้าสู่สองเงื่อนไข คือ กลุ่มที่มีการเตือนให้ช่วยเหลือ และกลุ่มที่ไม่ถูกเตือนให้ช่วยเหลือ อย่างไรก็ตาม ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ระบุค่าความสบายใจ (Social Comfort) ต่อผู้พิการทางสายตามากกว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ซึ่งผู้วิจัยได้อ้างจากงานวิจัย Westbrook, Legge และ Pennay (1993) อ้างถึงใน Ekanayake (2011) โดยกล่าวว่า บุคคลจะมีเจตคติตราบาปต่อผู้ป่วยทางจิต

มากกว่าผู้พิการทางด้านร่างกาย แต่งานวิจัยดังกล่าวยังพบความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติตราบาปและพฤติกรรมช่วยเหลืออย่างมีนัยสำคัญ นั่นก็คือ นักศึกษาช่วยเหลือหน้าม้าที่เป็นโรคอารมณ์สองขั้วสูงถึงร้อยละ 80.6 ในเงื่อนไขที่ไม่มีการเตือนให้ช่วยเหลือ และร้อยละ 71 ในเงื่อนไขที่มีการเตือนให้ช่วยเหลือ ในขณะที่นักศึกษาช่วยเหลือผู้พิการทางสายตาร้อยละ 68.9 ในเงื่อนไขที่ไม่มีการเตือนให้ช่วยเหลือ และร้อยละ 78.8 ในเงื่อนไขที่มีการเตือนให้ช่วยเหลือ ซึ่งเป็นการแสดงว่า ถึงแม้ว่านักศึกษาจะมีเจตคติตราบาปต่อผู้ป่วยทางจิตสูง แต่กลับมีพฤติกรรมการช่วยเหลือสูงตามไปด้วย ซึ่งเป็นความสัมพันธ์เส้นตรงเชิงบวก และพฤติกรรมการช่วยเหลือที่เพิ่มสูงขึ้นนั้นอาจเป็นผลจากตัวแปรแทรกซ้อนอื่นๆ ที่ประกอบไปด้วยการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกหรือไม่ก็ได้

นอกเหนือไปจากนั้น ประเทศไทย มีรูปแบบสังคมแบบคณาภิวัตน์ (collectivism) ซึ่ง Johnson (1998) กล่าวว่าสังคมแบบคณาภิวัตน์มักจะมีความลำเอียงที่เกิดจากการตอบรับความต้องการของสังคม (social desirability) มากกว่าสังคมแบบปัจเจกนิยม (individualism) ดังนั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแบบให้รายงานตัวเอง (self-report) จึงมีโอกาสที่จะเกิดความลำเอียงดังกล่าวได้มากกว่า อีกทั้งข้อกระทงส่วนใหญ่จะมุ่งไปที่มิติความคิดและอารมณ์มากกว่าพฤติกรรมและการกระทำ การตอบแบบสอบถามจึงอาจเกี่ยวข้องกับเรื่องศีลธรรมในใจมากกว่าสิ่งที่จะเกิดขึ้นจริง ซึ่งตัวแปรเหล่านี้ก็อาจส่งผลให้เกิดแนวโน้มการเกิดพฤติกรรมการช่วยเหลือ ทำให้ผลการวิจัยเกิดผลพฤติกรรมการช่วยเหลือที่เป็นไปในทิศทางบวก ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกอาจเป็นเพียงตัวแปรอิสระอีกตัวหนึ่ง ซึ่งมีตัวแปรอื่นๆ ที่สามารถเพิ่มพฤติกรรมการช่วยเหลือได้เช่นเดียวกัน เช่น การทำตามความคาดหวังของสังคม ความลำเอียงจากการตอบแบบสอบถามแบบรายงานตนเอง รวมไปถึงแบบสอบถามที่มุ่งไปที่แนวโน้มพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นมากกว่าการกระทำจริง ส่งผลให้การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกไม่มีอิทธิพลส่งผ่านระหว่างเจตคติตราบาปต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือ ซึ่งตรงกับผลการวิจัยนี้

อย่างไรก็ตาม ไม่เพียงแต่งานวิจัยนี้ที่ไม่พบค่าความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างเจตคติตราบาปต่อโรคซึมเศร้าและพฤติกรรมการช่วยเหลือ แต่ทางกลุ่มผู้วิจัยก็ไม่พบค่าความสัมพันธ์ดังกล่าวในงานวิจัยอื่นๆ จึงอาจเป็นไปได้ว่า เจตคติตราบาปและพฤติกรรมการช่วยเหลืออาจไม่มีความสัมพันธ์ต่อกัน หรืออาจมีค่าความสัมพันธ์ต่อกันแต่ประกอบด้วยตัวแปรส่งผ่านอื่นๆ ที่อยู่นอกเหนือขอบเขตของการวิจัยในครั้งนี้

สมมติฐานที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 1) มีอิทธิพลกำกับต่อความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติตราบาปต่อการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก 2) มีอิทธิพลกำกับต่อความสัมพันธ์

ระหว่างเจตคติตราบาปต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือ และ 3) มีอิทธิพลกำกับทางลบต่อความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติตราบาปต่อระยะห่างทางสังคม

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผลการวิจัยนี้ **ไม่สนับสนุนสมมติฐานที่ 4** โดยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคซึ่มเศร้ามี่อิทธิพลกำกับทางลบต่อความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติตราบาปต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือ แต่ไม่พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคซึ่มเศร้ามี่อิทธิพลกำกับต่อความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติตราบาปต่อการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก และระยะห่างทางสังคม

โดยความรู้เกี่ยวกับโรคซึ่มเศร้ามี่อิทธิพลกำกับทางลบต่อความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติตราบาปกับพฤติกรรมช่วยเหลือ สามารถอธิบายได้ด้วยงานวิจัยของ Ungar (1979) ที่ทำการศึกษาผลของเจตคติตราบาป และระดับความพยายามที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือในกลุ่มตัวอย่างชาวแคนาดา ผลพบว่าหากเป็นการช่วยเหลือที่อยู่ในเงื่อนไขที่ใช้ความพยายามสูง (high effort condition) จะพบว่าคนที่มีเจตคติตราบาปจะให้ความช่วยเหลือน้อยกว่า เช่นเดียวกับผลการวิจัยของการศึกษานี้ คือบุคคลที่มีความรู้สูงอาจทราบถึงเงื่อนไข วิธีการ และขอบเขตในการช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่มเศร้ามี่ ทำให้บุคคลดังกล่าวมองว่าการช่วยเหลือนั้นต้องใช้ความพยายามสูง จึงเกิดพฤติกรรมช่วยเหลือน้อยกว่ากลุ่มที่มีความรู้ต่ำ ที่อาจไม่ทราบวิธีการ และขอบเขตในการช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่มเศร้ามี่ ทำให้บุคคลกลุ่มนี้มองว่าการช่วยเหลือนี้ใช้ความพยายามต่ำจึงเกิดพฤติกรรมการช่วยเหลือสูง ถึงแม้ว่าบุคคลนั้นจะมีเจตคติตราบาปต่อผู้ป่วยซึ่มเศร้ามี่ก็ตาม

ทั้งนี้ ถึงแม้ว่าจะพบอิทธิพลทางลบระหว่างความสัมพันธ์ของเจตคติตราบาปต่อพฤติกรรมช่วยเหลือ แต่ขนาดความสัมพันธ์ก็มีค่าต่ำเพียงร้อยละ 12 แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมช่วยเหลืออาจไม่ได้มาจากความรู้ที่มีในเรื่องนั้นเพียงอย่างเดียว แต่อาจเป็นผลมาจากปัจจัยอื่น เช่น ความใกล้ชิดหรือการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลนั้นต่อผู้ป่วยโรคทางจิต ดังแสดงในงานวิจัยของ Schenner, Kohlbauer และ Günther (2010) ที่กล่าวว่า นักเรียนที่มีการปฏิสัมพันธ์ต่อผู้ป่วยทางจิตด้วย นอกเหนือไปจากการฝึกปฏิบัติด้านจิตเวช จะช่วยลดความกลัวที่มีต่อผู้ป่วยโรคซึ่มเศร้ามี่และเพิ่มความรู้สึกที่ต้องการจะช่วยเหลือต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

อีกทั้ง คณะผู้วิจัยเล็งเห็นว่าอาจมีตัวแปรอื่นๆ ที่เป็นปัจจัยนอกเหนือไปจากปัจจัยที่ได้กล่าวมา เนื่องจากบริบทสังคมที่ค่อนข้างแตกต่างกัน ยกตัวอย่างเช่น การที่ประเทศไทยมีรูปแบบสังคมแบบคตริวมหมู่ (collectivism) ซึ่งมีแนวโน้มความลำเอียงที่เกิดจากการตอบรับความต้องการของสังคม (social desirability) การเสริมแรงทางบวกที่เป็นรูปธรรม และการยอมรับจากสังคม หรือปัจจัยอื่นๆ (other-

oriented concern) อาทิ ความเห็นอกเห็นใจ และปัจจัยทางศีลธรรมจรรยา (moral concern) ที่กล่าวไปในข้อความข้างต้นในสมมติฐานที่ 3 แล้ว จึงอาจกล่าวได้ว่า การที่บุคคลมีเจตคติตราบาปและความรู้สูง ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมช่วยเหลือที่ลดลง อาจเป็นเพราะรู้ว่าพฤติกรรมช่วยเหลือนั้นต้องใช้ความพยายามมากในทางกลับกัน การที่มีเจตคติต่อผู้ป่วยสูง มีความรู้ต่ำ แต่พฤติกรรมช่วยเหลือสูง อาจเป็นผลตัวจากตัวแปรอื่นๆ เช่น ทำตามความคาดหวังของสังคม รวมไปถึงความคุ้นเคยต่อผู้ป่วย ทำให้มีความกลัวต่อผู้ป่วยลดลง และเกิดพฤติกรรมช่วยเหลือที่มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยนี้ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามีอิทธิพลกำกับทางลบต่อความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติตราบาปและพฤติกรรมช่วยเหลือ

ในเงื่อนไขของความรู้ที่เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าที่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างเจตคติตราบาปและการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกล้วน สามารถอธิบายได้ด้วยงานวิจัยของ Hojat, M. และคณะ (2002) ซึ่งกล่าวว่า สัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกและความรู้พื้นฐานด้านการแพทย์ เช่น คะแนนในด้านชีววิทยา, สรีรวิทยา, การคิดอย่างมีตรรกะ (การทดสอบการใช้เหตุผลของ MCAT), คะแนนเฉลี่ยสะสมในปีที่หนึ่งและปีที่สอง และคะแนนจากการทดสอบวิทยาศาสตร์ในทางการแพทย์เบื้องต้น (step 1 and 2 of the USMLE) ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่กล่าวว่า ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกและคะแนนในการสอบใบอนุญาตทางการแพทย์ ในขณะที่ คะแนนค่าเฉลี่ยของการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกสามารถประเมินได้จากการประเมินความสามารถในการทำงานของนักเรียนแพทย์ โดยพบว่า ความสามารถในการทำงานแปรผกผันกับการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก โดยยิ่งมีความสามารถในการทำงานมากเท่าไร ยิ่งมีการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกน้อยลง ซึ่งนักเรียนแพทย์ที่ได้รับการประเมินว่ามีความสามารถในการทำงานต่ำ จะมีคะแนนค่าเฉลี่ยการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกสูงกว่านักเรียนที่ได้รับการประเมินว่ามีความสามารถระดับเล็กน้อย (ระดับ 1-2) และกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกต่ำที่สุด คือกลุ่มที่ได้รับการประเมินมีความสามารถในการทำงานสูง (ระดับ 3 ขึ้นไป) โดยงานวิจัยก่อนหน้านี้ได้ให้คำอธิบายว่า การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกจะถูกประเมินจากมาตรฐานของคนไข้ที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดตามที่ตนเคยได้ประสบมา หรือจากการประเมินสมรรถภาพทางกายจากนักเรียนแพทย์ในปีที่สี่

งานวิจัยดังกล่าวจึงได้อภิปรายผลไว้ว่า คะแนนเฉลี่ยที่วัดการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางลบกับการประเมินความสามารถในด้านการแพทย์ แต่เกรดหรือคะแนนในด้านความรู้เบื้องต้นทางการแพทย์หรือที่ใช้ในการสอบกลับไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกและเข้าใจในประสบการณ์ของผู้ป่วย มีอิทธิพลต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และ

เกี่ยวข้องในการประเมินความสามารถทางการแพทย์ที่ใช้ในการประกอบอาชีพ แต่คุณสมบัติดังกล่าวไม่เกี่ยวข้องการสอบประเมินทางการศึกษา การประเมินความสามารถของนักเรียนแพทย์จึงมีความสัมพันธ์กับคะแนนเฉลี่ยการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก ในขณะที่ความรู้เบื้องต้นในด้านการแพทย์นั้นไม่มีผล

นอกจากนี้ การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกยังมีผลทางตรงจากประสบการณ์ โดยพบว่า กลุ่มที่ได้คะแนนค่าเฉลี่ยการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกที่สูงที่สุด เป็นกลุ่มนักเรียนแพทย์ที่ผ่านการประเมินการฝึกงานในแผนกต่างๆ อย่างน้อย 3 แผนกขึ้นไป (จากทั้งหมด 6 แผนก) และกลุ่มที่ได้ค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือกลุ่มที่ไม่ผ่านการประเมินการฝึกงานในแผนกใดๆเลย นอกจากนี้ นักศึกษาที่ผ่านการประเมินการฝึกงานอย่างน้อย 1 แผนก จะมีคะแนนค่าเฉลี่ยการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกสูงกว่าเพื่อนร่วมชั้นทั่วไปที่ยังไม่ผ่านการประเมินการฝึกงานเลย จึงอาจกล่าวได้ว่า การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกเป็นคุณสมบัติที่ใช้ประเมินในวิชาชีพ แต่ไม่ได้ใช้ประเมินในด้านความรู้พื้นฐานหรือผลคะแนน จึงไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ แต่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับประสบการณ์ ซึ่งตรงกับผลการวิจัยที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าไม่มีอิทธิพลกำกับทางลบต่อความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติตราบาปและการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก

ถึงแม้ว่า จากผลการวิจัยจะไม่พบอิทธิพลกำกับทางลบของความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ต่อความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติตราบาปกับระยะห่างทางสังคม แต่พบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางลบของความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าที่มีต่อระยะห่างทางสังคม สอดคล้องกับงานวิจัยของ Von dem Knesebeck และคณะ (2014) กล่าวว่า ความรู้หรือการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบต่อระยะห่างทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญ ยิ่งมีการศึกษาสูงมากเท่าไรยิ่งมีระยะห่างทางสังคมที่น้อยลง ยิ่งไปกว่านั้น ผู้ที่เชื่อว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากโรคทางสมองหรือเป็นผลมาจากสภาพจิตใจไม่แข็งแรง จะนำไปสู่ระยะห่างทางสังคมที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยในบุคคลที่มีการศึกษาดำเนินแนวโน้มที่มีระยะห่างทางสังคมสูง เนื่องจากมีความเชื่อในเรื่องสาเหตุของโรคซึมเศร้าที่แตกต่างกันออกไป เช่น สภาพจิตใจที่ไม่แข็งแรงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค (Von dem Knesebeck et al., 2013 อ้างถึงใน Von dem Knesebeck et al., 2014) และบางงานวิจัยได้กล่าวว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีระยะห่างทางสังคมต่อผู้มีความเจ็บป่วยทางจิตน้อยลงและแสดงความคิดเห็นในเชิงเปิดกว้างมากขึ้น อย่างไรก็ตามระดับการศึกษาไม่มีผลต่อความระยะห่างทางสังคม หากความเจ็บป่วยทางจิตนั้นเป็นไปในเรื่องของความผิดปกติด้านการทานอาหารหรือโรคทางจิตอื่นๆ ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละชนิดของโรค ยกตัวอย่างเช่น ในโรคจิตเภท การตอบสนองทางอารมณ์มีผลให้เกิดระยะห่างทางสังคมที่มากขึ้นนอกเหนือไปจากความรู้และระดับการศึกษาของบุคคลที่มี

ต่อผู้ป่วยทางจิต เป็นต้น จึงอาจกล่าวได้ว่าผู้ที่มีความรู้หรือการศึกษาสูง จะมีระยะห่างทางสังคมลดลงต่อผู้ป่วยซึมเศร้า แต่หากเป็นโรคทางจิตอื่นๆ ก็อาจมีปัจจัยนอกเหนือไปจากความรู้ ที่ส่งผลต่อระยะห่างทางสังคมได้

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบทางสถิติพบว่า

1. นิสิตนักศึกษาที่ผ่านการเรียนรายวิชาที่เกี่ยวกับจิตวิทยาปกติ มีคะแนนเฉลี่ยของเจตคติตราบาปต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่แตกต่างกับนิสิตนักศึกษาที่ไม่เคยผ่านการเรียนรายวิชาที่เกี่ยวกับจิตวิทยาปกติ
2. เจตคติตราบาปมีความสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อระยะห่างทางสังคม เจตคติตราบาปมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางลบต่อการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก และการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกก็มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางลบต่อระยะห่างทางสังคม อีกทั้งการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกยังมีอิทธิพลส่งผ่านอย่างมีนัยสำคัญระหว่างเจตคติตราบาปและระยะห่างทางสังคม
3. เจตคติตราบาปไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมช่วยเหลือทั้งทางตรงและทางอ้อม อย่างไรก็ตามเจตคติตราบาปมีความสัมพันธ์ทางลบต่อการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก และการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมช่วยเหลือ แต่ไม่พบว่า การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกมีอิทธิพลส่งผ่านระหว่างตัวแปรเจตคติตราบาปและพฤติกรรมช่วยเหลือ
4. ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามีอิทธิพลกำกับทางลบ ($\beta = -.12^*$, $p < 0.05$) ต่อความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติตราบาปกับพฤติกรรมการช่วยเหลือ แต่ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าไม่มีอิทธิพลกำกับต่อความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติตราบาปกับการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกและเจตคติตราบาปกับระยะห่างทางสังคม ทั้งนี้ พบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางลบต่อระยะห่างทางสังคม ซึ่งสามารถทำนายระยะห่างทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างได้ โดยมีสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ $-.24$ หมายความว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้ระยะห่างทางสังคมลดลง $.24$ เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นให้คงที่

ข้อจำกัด และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในอนาคต

คณะผู้วิจัยได้สังเกตเห็นข้อจำกัดที่เกิดขึ้นในงานวิจัยในครั้งนี้ ทั้งสิ้น 7 ประการด้วยกัน ดังนี้

ประการแรก เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มีการวัดหลายตัวแปร จึงต้องใช้หลายมาตราวัด ส่งผลให้ในแบบสอบถามงานวิจัยมีข้อคำถามค่อนข้างเยอะ ผู้ทำแบบสอบถามจึงอาจมีขอบเขตความตั้งใจที่ลดลงไปตามจำนวนข้อที่เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจจะนำไปสู่การตอบคำถามที่อาจไม่ตรงกับความเป็นจริงมากนัก

ประการที่สอง ข้อคำถามในบางข้อเป็นประโยคนิเสธซ้อนนิเสธ ทำให้ผู้ทำแบบสอบถามเกิดความสับสนและอาจเข้าใจเนื้อหาไม่ตรงกับสิ่งที่กลุ่มผู้วิจัยต้องการจะสื่อสาร

ประการที่สาม ประสิทธิภาพของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ที่อาจจะมีความแตกต่างกันไป อาทิ การเคยใกล้ชิดกับบุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้า การมีบุคคลใกล้ชิดที่เป็นโรคซึมเศร้า เป็นต้น ซึ่งประสิทธิภาพดังกล่าวนี้ อาจจะเป็นตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลให้ผลการวิเคราะห์ทางสถิติของตัวแปรต่างๆในงานวิจัยนี้ ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน หรือทำให้ระดับเจตคติด้านต่างๆที่เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างนั้น มีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

ประการที่สี่ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ซึ่งกลุ่มผู้วิจัยได้นำแบบวัด Knowledge of depression MCQ Test ของ Gabriel และ Violato (2009) ที่เป็นการเลือกตอบแบบ 4 ตัวเลือก (Multiple choice) มาปรับเป็นการเลือกตอบแบบถูก-ผิด (True-False) ซึ่งอาจมีผลให้ผู้วิจัยมีโอกาสตอบถูกได้ง่ายขึ้น และทำให้คะแนนของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกันมากนัก

ประการที่ห้า การใช้แบบสอบถาม ซึ่งเป็นการให้กลุ่มตัวอย่างรายงานตนเอง (self-report) โดยกลุ่มตัวอย่างอาจจะไม่ได้ตอบตรงตามความเป็นจริง 100% เนื่องจากอิทธิพลของการตอบตามความปรารถนาของสังคม (social desirability bias) เพื่อให้ตนเองมีภาพลักษณ์ที่ดีตามที่สังคมคาดหวัง ที่อาจจะเข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามได้ อาจมีความคลาดเคลื่อน หรือความลำเอียงที่ไม่ตรงตามความเป็นจริงทั้งหมดเกิดขึ้น

ประการที่หก ค่าอิทธิพลทำนายของตัวแปรส่งผ่านที่ทำนายได้ต่ำ ($\beta = .01^*$, $p < 0.05$) อาจเกิดจากตัวแปรแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ส่งอิทธิพลต่อตัวแปรที่ต้องการศึกษา

ประการสุดท้าย เนื่องจากประเทศไทย มีบริบททางสังคมที่ค่อนข้างแตกต่างกับประเทศในฝั่งยุโรป ที่มีการทำวิจัยในเรื่องดังกล่าวออกมาค่อนข้างเยอะ ซึ่งอาจจะทำให้มีปัจจัยอื่นแทรกซ้อน เช่น ความแตกต่างทางบริบทวัฒนธรรม เป็นต้น ซึ่งเกินขอบเขตการศึกษาของคณะผู้วิจัย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในอนาคต คือ ควรมีการศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับบริบทวัฒนธรรมในสังคมที่กลุ่มผู้วิจัยต้องการศึกษาและควรมีการลดจำนวนข้อในแบบสอบถามต่างๆ ให้มีจำนวนข้อที่มีจำนวนน้อยลง เพื่อประสิทธิภาพของผู้ทำแบบสอบถามที่เพิ่มขึ้น เพื่อลดโอกาสที่จะก่อให้เกิดความตั้งใจทำแบบสอบถามให้น้อยลง หรือการเห็น้อยล้าที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งหากลดจำนวนข้อให้น้อยลง อาจนำไปสู่ผลการวิจัยที่เป็นจริงมากที่สุด และถึงแม้ว่าจากผลการวิจัยจะแสดงให้เห็นว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าจะไม่ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมการช่วยเหลือ ดังนั้นการลดเจตคติตราบาป และการลดระยะห่างทางสังคมต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การหาหนทางอื่นในการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมการช่วยเหลือ การลดเจตคติตราบาป และลดระยะห่างทางสังคมต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่น การสร้างความคุ้นเคย การเพิ่มความใกล้ชิด การเปลี่ยนเจตคติตราบาป เป็นต้น อาจเป็นประเด็นที่ต้องศึกษากันไป เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในภายภาคหน้า

การนำไปใช้

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเจตคติตราบาปต่อโรคซึมเศร้าของนิสิตนักศึกษาในกลุ่มนิสิตนักศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล และผลจากการวิจัยนี้ช่วยเพิ่มองค์ความรู้ด้านจิตวิทยาในด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยทางจิต และอาจจะสามารถนำไปใช้ในเรื่องการเป็นพื้นฐานความรู้ในการออกแบบโปรแกรมการช่วยเหลือ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ หรือโปรแกรมการเพิ่มเจตคติทางบวกต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สำหรับในบริบทของสังคมไทย และอื่นๆ เพื่อการพัฒนาความรู้ความเข้าใจต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รวมทั้งพัฒนาสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไปในอนาคต

รายการอ้างอิง

- Abidin, A. A. Z., Ibrahim, R., & Akiyah, S. A. (2011). attitude part 1. Retrieved from <http://eprints.utm.my/19940/1/001.pdf>
- Al-Adawi, S., Dorvlo, A. S., Al-Ismaily, S. S., Al-Ghafry, D. A., Al-Noobi, B. Z., Al-Salmi, A., & Chand, S. P. (2002). Perception of and attitude towards mental illness in Oman. *International journal of social psychiatry*, 48(4), 305-317. doi:10.1177/002076402128783334
- Albarracin, D., Johnson, B. T., & Zanna, M. P. (Eds.). (2014). *The handbook of attitudes*. Psychology Press. Retrieved from <https://books.google.co.th/books?id=2PR5AgAAQBAJ&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM 5*. American Psychiatric Association.
- Firestone, L. (2015, Jul 30). *The value of sadness*. Retrieved from <https://www.psychologytoday.com/blog/compassion-matters/201507/the-value-sadness>
- Antai-Otong, D. (2003). Suicide: life span considerations. *Nursing Clinics of North America*, 38(1), 137-150. doi: 10.1016/S0029-6465(02)00070-1
- Arënlju, S. A., Bërxulli, S. D., & Haskuka, S. M. (2013). Social distance in terms of demographic features–Kosovo population study. *ILIRIA International Review*, 3(1), 293-305.
- Batson, C. D., & Powell, A. A. (2003). Altruism and prosocial behavior. *Handbook of psychology*.
- Batson, C. D., Polycarpou, M. P., Harmon-Jones, E., Imhoff, H. J., Mitchener, E. C., Bednar, L. L., & Highberger, L. (1997). Empathy and attitudes: Can feeling for a member of a stigmatized group improve feelings toward the group?. *Journal of personality and social psychology*, 72(1), 105.
- Bellet, P. S., & Maloney, M. J. (1991). The importance of empathy as an interviewing skill in medicine. *Jama*, 266(13), 1831-1832.

- Beskow, J. (1990). Depression and suicide. *Pharmacopsychiatry*, 23(S 1), 3-8. doi:10.1055/s-2007-1014522
- Bethlehem, D. W. (2015). *A social psychology of prejudice* (Vol. 3). Psychology Press.
- Bierhoff, H. W. (2002). *Prosocial behaviour*. Psychology Press.
- Botha, F. B. (2014). *Mediators of change in the stigmatization of depression among Caucasian and Asian populations* (Doctoral dissertation, The University of Western Ontario).
- Carlo, G., & Randall, B. A. (2002). The development of a measure of prosocial behaviors for late adolescents. *Journal of youth and adolescence*, 31(1), 31-44.
- Chaiklin, H. (2011). Attitudes, behavior, and social practice. *J. Soc. & Soc. Welfare*, 38, 31.
- Cherry, K. (2014). What is prosocial behaviour. Retrieved from <https://www.verywell.com/what-is-prosocial-behavior-2795479>
- Cohen, R., Roth, D., York, A., & Neikrug, S. (2012). Youth leadership program for changing self-image and attitude toward people with disabilities. *Journal of social work in disability & rehabilitation*, 11(3), 197-218.
- Coppens, E., Van Audenhove, C., Scheerder, G., Arensman, E., Coffey, C., Costa, S., ... Postuvan, V. (2013). Public attitudes toward depression and help-seeking in four European countries baseline survey prior to the OSPI-Europe intervention. *Journal of affective disorders*, 150(2), 320-329. DOI:10.1016/j.jad.2013.04.013
- Corrigan, P. W. (1999). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and behavioral practice*, 5(2), 201-222.
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70.
- Corrigan, P. W., Edwards, A. B., Green, A., Diwan, S. L., & Penn, D. L. (2001). Prejudice, social

- distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia bulletin*, 27(2), 219.
- Cronholm, B., Ottosson, J.O., 1961. Memory functions in endogenous depression, before and after electroconvulsive therapy. *Arch. Gen. Psychiatry* 5, 193–199
- Crowe, A., Averett, P., & Glass, J. S. (2016). Mental illness stigma, psychological resilience, and help seeking: What are the relationships?. *Mental Health & Prevention*, 4(2), 63-68.
DOI:10.1016/j.mhp.2015.12.001
- Dietrich, S., Mergl, R., & Rummel-Kluge, C. (2014). Personal and perceived stigmatization of depression: A comparison of data from the general population, participants of a depression congress and job placement officers in Germany. *Psychiatry research*, 220(1), 598-603.
- Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S., & King, M. (2004). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 184(2), 176-181.
- Disner, S. G., Beevers, C. G., Haigh, E. A., & Beck, A. T. (2011). Neural mechanisms of the cognitive model of depression. *Nature Reviews Neuroscience*, 12(8), 467-477.
- Eisenberg, N., & Miller, P. A. (1987). The relation of empathy to prosocial and related behaviors. *Psychological bulletin*, 101(1), 91.
- Eisenberg, N. Altruistic emotion, cognition, and behavior. Hillsdale, N.J: Erlbaum; 1986.
- Eisenberg, N., Eggum, N. D., & Di Giunta, L. (2010). Empathy-related Responding: Associations with Prosocial Behavior, Aggression, and Intergroup Relations. *Social Issues and Policy Review*, 4(1), 143–180.
- Ekanayake, V. (2011). *Mental illness stigma and prosocial behavior* (Doctoral dissertation, Purdue University).
- Farrin, L., Hull, L., Unwin, C., Wykes, T., David, A., 2003. Effects of depressed mood on objective and subjective measures of attention. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 15, 98–104.

- Gabriel, A., & Violato, C. (2009). The development of a knowledge test of depression and its treatment for patients suffering from non-psychotic depression: a psychometric assessment. *BMC psychiatry*, 9(1), 56.
- Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon and Schuster. Retrieved from <https://books.google.co.th/books?id=zuMFXuTMAqAC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- Gureje, O., Lasebikan, V. O., Ephraim-Oluwanuga, O., Olley, B. O., & Kola, L. (2005). Community study of knowledge of and attitude to mental illness in Nigeria. *The British Journal of Psychiatry*, 186(5), 436-441. DOI:10.1192/bjp.186.5.436
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Mangione, S., Nasca, T. J., Veloski, J. J., Erdmann, J. B., & Magee, M. (2002). Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Medical education*, 36(6), 522-527.
- Johnson, TP (1998) Empirical evidence of an association between individualism/collectivism and the trait social desirability." Paper presented at the Third ZUMA Symposium on Cross-Cultural Survey Methodology, Leinsweiler, Germany.
- Johnson, T. P., & Van de Vijver, F. J. (2003). Social desirability in cross-cultural research. *Cross-cultural survey methods*, 325, 195-204.
- Keane, R. M. (1990). Contemporary beliefs about mental illness among medical students: Implications for education and practice. *Academic psychiatry*, 14(3), 172-177.
- Koon, J. A. (2013). Masculinity and bystander helping behavior: a study of the relationship between conformity to masculine norms and bystander interventions. Retrieved from ir.uiowa.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=5004&context=etd
- Lam, C. M. (2012). Prosocial involvement as a positive youth development construct: A conceptual review. *The Scientific World Journal*, 2012.
- Lampridis, E., & Papastylianou, D. (2014). Prosocial behavioural tendencies and orientation

towards individualism–collectivism of Greek young adults. *International Journal of Adolescence and Youth*, 1-15.

Lauber, C., Anthony, M., Ajdacic-Gross, V., & Rössler, W. (2004). What about psychiatrists' attitude to mentally ill people?. *European Psychiatry*, 19(7), 423-427.
doi:10.1016/j.eurpsy.2004.06.019

Lauber, C., Nordt, C., Falcató, L., & Rössler, W. (2004). Factors influencing social distance toward people with mental illness. *Community mental health journal*, 40(3), 265-274.

Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., & Wozniak, J. F. (1987). The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *American journal of Sociology*, 92(6), 1461-1500.

Lowder, D. M. (2007). *Examining the stigma of mental illness across the lifespan* (Doctoral dissertation, University of North Carolina Wilmington).

Mathers, C., Fat, D. M., & Boerma, J. T. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. World Health Organization.

Marazziti, D., Consoli, G., Picchetti, M., Carlini, M., & Faravelli, L. (2010). Cognitive impairment in major depression. *European journal of pharmacology*, 626(1), 83-86.

McLeod, S. A. (2014). Attitudes and Behavior. Retrieved from www.simplypsychology.org/attitudes.html

Ndetei, D. M., Mutiso, V., Maraj, A., Anderson, K. K., Musyimi, C., & McKenzie, K. (2016). Stigmatizing attitudes toward mental illness among primary school children in Kenya. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51(1), 73-80.

Nelson, T. D. (1999). Motivational bases of prosocial and altruistic behavior: a critical reappraisal. *Journal of Research*, 4(1), 23-31.

Nordt, C., Rössler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia bulletin*, 32(4), 709-714.

- Pratkanis, A. R., Breckler, S. J., & Greenwald, A. G. (2014). *Attitude structure and function*. Psychology Press. Retrieved from https://books.google.co.th/books?id=4_YhAwAAQBAJ&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false
- Pryor, J. B., Reeder, G. D., Monroe, A. E., & Patel, A. (2010). Stigmas and prosocial behavior: Are people reluctant to help stigmatized persons. *The Psychology of Prosocial Behavior: Group processes, intergroup relations, and helping*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell, 58-80.
- Rogers, K., Dziobek, I., Hassenstab, J., Wolf, O. T., & Convit, A. (2007). Who cares? Revisiting empathy in Asperger syndrome. *Journal of autism and developmental disorders*, 37(4), 709-715.
- Schenk, V. M., & Grusec, J. E. (1987). A comparison of prosocial behavior of children with and without day care experience. *Merrill-Palmer Quarterly (1982-)*, 231-240.
- Schenner, M., Kohlbauer, D., & Günther, V. (2010). Communicate instead of stigmatizing-does social contact with a depressed person change attitudes of medical students towards psychiatric disorders? A study of attitudes of medical students to psychiatric patients. *Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation: Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater*, 25(4), 199-207
- Shih, M., Wang, E., Trahan Bucher, A., & Stotzer, R. (2009). Perspective taking: Reducing prejudice towards general outgroups and specific individuals. *Group Processes & Intergroup Relations*, 12(5), 565-577.
- Smith, A. L., & Cashwell, C. S. (2011). Social distance and mental illness: Attitudes among mental health and non-mental health professionals and trainees. *The Professional Counselor: Research and Practice*, 1(1), 13-20.
- Snyder, C. R., Lopez, S. J., & Pedrotti, J. T. (2010). *Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths*. Sage Publications.
- Spreng*, R. N., McKinnon*, M. C., Mar, R. A., & Levine, B. (2009). The Toronto Empathy

- Questionnaire: Scale development and initial validation of a factor-analytic solution to multiple empathy measures. *Journal of personality assessment*, 91(1), 62-71.
- Steif, B.L., Sackeim, H., Portnoy, S., Decina, P., Malitz, S., 1986. Effects of depression and ECT on anterograde memory. *Biol. Psychiatry* 21, 921–930.
- Sternberg, D.E., Jarvik, M.E., 1976. Memory functions in depression: improvement with antidepressant medication. *Arch. Gen. Psychiatry* 33, 219–224.
- Strömberg, L.S., 1977. The influence of depression on memory. *Acta Psychiatr. Scand.* 56, 109–128.
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination?. *The British Journal of Psychiatry*, 190(3), 192-193.
DOI:10.1192/bjp.bp.106.025791
- Ungar, S. (1979). The effects of effort and stigma on helping. *The Journal of Social Psychology*, 107(1), 23-28.
- von dem Knesebeck, O., Angermeyer, M. C., Kofahl, C., Makowski, A. C., & Mních, E. (2014). Education and the public's desire for social distance from people with depression and schizophrenia: The contribution of emotional reactions and causal attributions. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(5), 468-473.
- von dem Knesebeck, O., Mních, E., Daubmann, A., Wegscheider, K., Angermeyer, M. C., Lambert, M., & Kofahl, C. (2013). Socioeconomic status and beliefs about depression, schizophrenia and eating disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(5), 775-782.
- Wasserman, D. (Ed.). (2016). *Suicide: an unnecessary death*. Oxford University Press. Retrieved from https://books.google.co.th/books?id=_CMZCwAAQBAJ&lpg=PP1&ots=dM7DMP5qIQ&dq=suicide%20and%20Depression&lr&pg=PA62#v=onepage&q=suicide%20and%20Depression&f=false
- Westbrook, M. T., Legge, V., & Pennay, M. (1993). Attitudes toward disabilities in a

multicultural society. *Social Science and Medicine*, 36, 615-623.

Winch, G. (2015, Oct 2). The important difference between sadness and depression. Retrieved from <https://www.psychologytoday.com/blog/the-squeaky-wheel/201510/the-important-difference-between-sadness-and-depression>

Winczewski, L. A., Bowen, J. D., & Collins, N. L. (2016). Is empathic accuracy enough to facilitate responsive behavior in dyadic interaction? Distinguishing ability from motivation. *Psychological science*, 27(3), 394-404.

World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope*. World Health Organization.

Yoshioka, K., Reavley, N. J., Rossetto, A., & Nakane, Y. (2016). Associations between Beliefs about the Causes of Mental Disorders and Stigmatizing Attitudes: Results of a Mental Health Literacy and Stigma Survey of the Japanese Public. *International Journal of Mental Health*, 45(3), 183-192.

กัญญ์สิริ จันทร์เจริญ. (2554). บทที่5: การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง. *การวิจัยทางพยาบาล: แนวคิด หลักการ และวิธีปฏิบัติ*. สืบค้นจาก http://www.ict.up.ac.th/surinthips/ResearchMethodology_2554/เอกสารเพิ่มเติม/การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.PDF

ธันวรุจน์ บุรณสุขสกุล. (2555). ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า (Stress, depression and depressive disorder) [ข้อความโพสต์ในบล็อก]. สืบค้นจาก <http://haamor.com/th/%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%A7%E0%B8%B0%E0%B8%8B%E0%B8%B6%E0%B8%A1%E0%B9%80%E0%B8%A8%E0%B8%A3%E0%B9%89%E0%B8%B2/#article112>

ราชบัณฑิตยสถาน. (2542). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พุทธศักราช 2542*. สืบค้นจาก <http://rirs3.royin.go.th/new-search/word-search-all-x.asp>

Psychola.net. (2015). จิตวิทยามีให้เรียนที่ไหนบ้าง. สืบค้นจาก <http://www.psychola.net/guidance/3>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก. ชุดแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

แบบสำรวจอิทธิพลของเจตคติตราบาปที่มีต่อโรคซึมเศร้า และผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งในขั้นตอนการทดสอบคุณภาพเครื่องมือของโครงการทางจิตวิทยา SENIOR PROJECT IN PSYCHOLOGY รหัสวิชา 3800420 คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หัวข้อเจตคติตราบาปต่อโรคซึมเศร้า: ระยะห่างทางสังคมและพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือ จัดทำขึ้นโดยนางสาวชลธิชา ภาदानุกุลวัฒนา นางสาวธนัชชา ฉันทประทีป และนางสาวทอฝัน สิทธิฤกษ์ นิสิตชั้นปีที่ 4 คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมีอาจารย์ ดร. สุภรณ์ ลวดลาย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาทางจิตวิทยา โดยงานวิจัยนี้มีทั้งหมด 6 ตอน ได้แก่

- ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
- ตอนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า
- ตอนที่ 3 มาตรวัดเจตคติตราบาปต่อโรคซึมเศร้า
- ตอนที่ 4 มาตรวัดการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก
- ตอนที่ 5 แบบสอบถามระยะห่างทางสังคมและการรับรู้อันตรายจากผู้ป่วยทางจิต
- ตอนที่ 6 มาตรวัดพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือ

โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้จะต้องเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18-24 ปีที่กำลังศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร และบริเวณพล สาขาจิตวิทยาที่ผ่านการเรียนรายวิชาที่เกี่ยวกับจิตวิทยาปกติ และ นิสิตนักศึกษาสาขาอื่น ๆ ที่ไม่เคยผ่านการเรียนรายวิชาวิชาที่เกี่ยวกับจิตวิทยาปกติ

ทั้งนี้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านถูกเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวมข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 1 : แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามประเภทเลือกตอบ และเติมคำตอบโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกคำตอบที่คณะผู้วิจัยกำหนดให้ตามความเป็นจริง

เพศ ชาย หญิง อื่นๆ อายุ ปี

ชั้นปีที่ คณะ

มหาวิทยาลัย

เคยผ่านการเรียนวิชาจิตวิทยาปกติ (Abnormal Psychology) หรือวิชาที่เกี่ยวข้องกับโรคทางจิตหรือ

ความผิดปกติหรือไม่ เคย ไม่เคย

มีคนรู้จักเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่ มี ไม่มี

แบบประเมินวัดความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

ตอนที่ 2 : เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินความรู้ของผู้เข้าร่วมวิจัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า โดยเป็นแบบสอบถามประเภทเลือกตอบแบบถูก หรือผิด ที่ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยพิจารณาคำตอบที่ถูกต้องเพียงคำตอบเดียวจากข้อกระทงดังต่อไปนี้

- _____ 1. โรคซึมเศร้าเป็นความอ่อนแอของบุคคล ไม่ใช่ความผิดปกติทางการแพทย์
- _____ 2. เพศหญิงมีอัตราเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย
- _____ 3. พันธุกรรมไม่ใช่ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดโรคซึมเศร้า
- _____ 4. การที่เราไม่สนใจ ใจจดจ่อกับสิ่งรอบตัวได้น้อยลง ไม่ถือว่าเป็นสัญญาณของโรคซึมเศร้า
- _____ 5. แบบแผนการนอนที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น นอนไม่หลับ นอนเยอะหรือน้อยกว่าปกติ ไม่ถือว่าเป็นสัญญาณของโรคซึมเศร้า
- _____ 6. การร้องไห้โดยไม่มีสาเหตุที่แน่ชัด ถือเป็นสัญญาณของโรคซึมเศร้า
- _____ 7. ทั้งผู้ที่อยู่ในสภาวะอารมณ์เศร้าและผู้ป่วยซึมเศร้าจะดูเศร้าตลอดเวลาไม่แตกต่างกัน
- _____ 8. ความอยากอาหารที่เปลี่ยนแปลงไปนั้นเป็นผลจากอาการซึมเศร้า
- _____ 9. ความเหนื่อยล้าทางจิตใจและการขาดความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่ค่อนข้างซับซ้อน เป็นผลกระทบที่เกิดจากโรคซึมเศร้า
- _____ 10. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีระดับพลังงานที่ปกติเหมือนบุคคลทั่วไป
- _____ 11. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง
- _____ 12. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำเป็นต้องกินยาอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าอาการจะเริ่มดีขึ้นแล้ว
- _____ 13. ผู้ป่วยซึมเศร้าทุกคนสามารถฟื้นฟูจากอาการซึมเศร้าได้
- _____ 14. สิ่งที่น่าจะเกิดขึ้นในระหว่างการบำบัดด้วยยาต้านเศร้า คือ อาการรู้สึกง่วงนอน เหงื่อออก และมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น
- _____ 15. ในจิตบำบัดนั้น ความคิดเชิงลบ และความคิดทำร้ายตนเอง สามารถแทนที่ด้วยความคิดเชิงบวก และความคิดที่สมเหตุสมผล

มาตรวัดเจตคติตราบาปต่อโรคซึ่มเศร้า

ตอนที่ 3 : โปรดอ่านข้อความดังต่อไปนี้แล้วให้คะแนนข้อความดังกล่าวตามที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ใช้เกณฑ์การให้คะแนนดังต่อไปนี้ ได้แก่ 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 2 ไม่เห็นด้วย, 3 เฉยๆ, 4 เห็นด้วย และ 5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ลำดับ	ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เฉยๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	คนที่เป็นโรคซึมเศร้าสามารถเลิกเศร้าเมื่อไหร่ก็ได้แล้วแต่ที่พวกเขาต้องการ	1	2	3	4	5
2	คนที่เป็นโรคซึมเศร้าเป็นคนที่อ่อนแอ	1	2	3	4	5
3	โรคซึมเศร้าไม่จัดเป็นความเจ็บป่วยทางการแพทย์	1	2	3	4	5
4	คนที่เป็นโรคซึมเศร้าจัดเป็นบุคคลอันตราย	1	2	3	4	5
5	เราควรหลีกเลี่ยงคนที่เป็นโรคซึมเศร้า เราจะได้ไม่ซึมเศร้าไปด้วย	1	2	3	4	5
6	คนที่เป็นโรคซึมเศร้าไม่สามารถคาดเดาได้	1	2	3	4	5
7	ถ้าฉันมีอาการคล้ายโรคซึมเศร้า ฉันจะไม่บอกคนอื่น	1	2	3	4	5
8	หากฉันเป็นนายจ้าง ฉันจะไม่จ้างงานคนที่เคยเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน	1	2	3	4	5
9	ฉันจะไม่ลงคะแนนเสียงเลือกตั้งให้คนที่เคยเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน	1	2	3	4	5
10	ฉันคิดว่า คนส่วนมากเชื่อว่าคนที่เป็นโรคซึมเศร้าสามารถเลิกเศร้าเมื่อไหร่ก็ได้แล้วแต่ที่พวกเขาต้องการ	1	2	3	4	5
11	ฉันคิดว่า คนส่วนมากเชื่อว่าคนที่เป็นโรคซึมเศร้าเป็นคนที่อ่อนแอ	1	2	3	4	5
12	ฉันคิดว่า คนส่วนมากเชื่อว่าโรคซึมเศร้าไม่จัดเป็นความเจ็บป่วยทางการแพทย์	1	2	3	4	5
13	ฉันคิดว่า คนส่วนมากเชื่อว่าคนที่เป็นโรคซึมเศร้าจัดเป็นบุคคลอันตราย	1	2	3	4	5
14	ฉันคิดว่า คนส่วนมากเชื่อว่าเราควรหลีกเลี่ยงคนที่เป็นโรคซึมเศร้า เราจะได้ไม่ซึมเศร้าไปด้วย	1	2	3	4	5
15	ฉันคิดว่า คนส่วนมากคิดว่าคนที่เป็นโรคซึมเศร้าไม่สามารถคาดเดาได้	1	2	3	4	5
16	ฉันคิดว่า คนส่วนมากจะไม่บอกให้คนอื่นทราบว่าพวกเขาเป็นโรคซึมเศร้า	1	2	3	4	5
17	ฉันคิดว่า คนส่วนมากจะไม่จ้างงานคนที่เคยเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน	1	2	3	4	5
18	ฉันคิดว่า คนส่วนมากจะไม่ลงคะแนนเสียงเลือกตั้งให้คนที่เคยเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน	1	2	3	4	5

มาตรวัดการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก

ตอนที่ 4 : โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้อย่างถี่ถ้วน และระบุว่าคุณเคยรู้สึกหรือเคยกระทำตามคำอธิบายดังกล่าวบ่อยครั้งเพียงใด โดยเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน โปรดทราบว่าไม่มีคำตอบที่ถูก หรือผิด หรือคำถามลวงใด ๆ และโปรดเลือกคำตอบให้ตรงกับความรู้สึกตัวท่านมากที่สุด

ใช้เกณฑ์การให้คะแนนดังต่อไปนี้ 0 ไม่เคยมีเลย, 1 นาน ๆ ครั้ง, 2 บางครั้ง, 3 บ่อยครั้ง และ 4 เป็นประจำ

ลำดับ	ข้อความคำถาม	ไม่เคยมีเลย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
1	เมื่อใครคนอื่นรู้สึกตื่นเต้น คุณมีแนวโน้มที่จะรู้สึกตื่นเต้นด้วย	0	1	2	3	4
2	ฉันไม่ค่อยรู้สึกอะไรมากนักกับการที่คนอื่นประสบความสำเร็จ	0	1	2	3	4
3	ฉันรู้สึกไม่พอใจ หากเห็นบุคคลอื่นกำลังถูกปฏิบัติอย่างไม่ให้เกียรติ	0	1	2	3	4
4	ฉันไม่รู้สึกรู้หาอะไรเมื่อคนใกล้ชิดของฉันมีความสุข	0	1	2	3	4
5	ฉันมีความสุขที่ทำให้ผู้อื่นรู้สึกดีมากขึ้น	0	1	2	3	4
6	ฉันมีรู้สึกเห็นอกเห็นใจคนที่โชคร้ายกว่าฉัน	0	1	2	3	4
7	เมื่อเพื่อนของฉันเริ่มต้นพูดถึงปัญหาของพวกเขา ฉันพยายามที่เปลี่ยนประเด็นการสนทนาไปยังเรื่องอื่น	0	1	2	3	4
8	ฉันสามารถบอกได้ว่าผู้อื่นกำลังเศร้าอยู่ แม้ว่าพวกเขาจะไม่ได้พูดอะไรเลยก็ตาม	0	1	2	3	4
9	ฉันพบว่า ฉันเข้าใจอารมณ์ของผู้อื่นเหมือนว่าอยู่ในอารมณ์เดียวกัน	0	1	2	3	4
10	ฉันไม่รู้สึกรู้หาสนใจต่อผู้อื่นที่ทำให้ตัวเองป่วยเป็นโรคร้ายแรง	0	1	2	3	4
11	ฉันรู้สึกขัดเคืองใจ หรือหงุดหงิดใจ เมื่อผู้อื่นร้องไห้	0	1	2	3	4
12	ฉันไม่สนใจเลยว่าผู้อื่นจะรู้สึกอย่างไร	0	1	2	3	4
13	เมื่อฉันเห็นผู้อื่นรู้สึกผิดหวัง ฉันอยากหรือปรารถนาที่จะช่วยเหลือบุคคลนั้นอย่างมาก	0	1	2	3	4
14	เมื่อฉันเห็นผู้อื่นถูกปฏิบัติอย่างไม่ยุติธรรม ฉันก็ไม่ได้รู้สึกสงสารพวกเขาเท่าไรหรอก	0	1	2	3	4
15	ฉันพบว่าผู้ที่ร้องไห้ออกมาเพราะความสุขเป็นเรื่องที่น่าขัน	0	1	2	3	4
16	เมื่อฉันพบเห็นคนที่กำลังโดนเอาเปรียบ ฉันมีความรู้สึกประมาทว่าจะต้องปกป้องพวกเขา	0	1	2	3	4

แบบสอบถามระยะห่างทางสังคมและการรับรู้อันตรายจากผู้ป่วยทางจิต

ตอนที่ 5 : โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้อย่างถี่ถ้วนและให้คะแนนข้อความดังกล่าวตามที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้อย่างถี่ถ้วนและให้คะแนนข้อความดังกล่าวตามที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ระยะห่างทางสังคม

ใช้เกณฑ์การให้คะแนนดังต่อไปนี้ 0 เต็มใจอย่างยิ่ง, 1 อาจจะเต็มใจ, 2 อาจจะไม่เต็มใจ และ 3 ไม่เต็มใจอย่างยิ่ง

ลำดับ	ข้อความ	ไม่เต็มใจ อย่างยิ่ง	อาจจะ ไม่เต็มใจ	อาจจะ เต็มใจ	เต็มใจ อย่างยิ่ง
1	คุณรู้สึกอย่างไรหากต้องแบ่งห้องให้คนที่ เป็นโรคซึมเศร้าเช่าเพื่ออยู่/พักอาศัย	3	2	1	0
2	คุณรู้สึกอย่างไรหากต้องทำงานแบบเดียวกันกับคนที่ เป็นโรคซึมเศร้า	3	2	1	0
3	คุณรู้สึกอย่างไรหากมีคนที่เป็นโรคซึมเศร้าเป็นเพื่อนบ้าน	3	2	1	0
4	หากคุณมีลูก คุณรู้สึกอย่างไรหากคนที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมาดูแลลูก ๆ ของคุณเป็นเวลา 2-3 ชั่วโมง	3	2	1	0
5	หากคุณมีลูก คุณรู้สึกอย่างไรหากลูก ๆ ของคุณแต่งงานกับคนที่เป็นโรคซึมเศร้า	3	2	1	0
6	คุณรู้สึกอย่างไรหากต้องแนะนำคนที่เป็นโรคซึมเศร้าให้เพื่อนผู้หญิง หรือเพื่อนผู้ชายที่คุณรู้จัก	3	2	1	0
7	คุณรู้สึกอย่างไรหากต้องแนะนำคนที่เป็นโรคซึมเศร้าไปทำงานกับบริษัทของเพื่อนของคุณ	3	2	1	0

การรับรู้อันตรายจากผู้ป่วยทางจิต

ใช้เกณฑ์การให้คะแนนดังต่อไปนี้ 0 เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 1 เห็นด้วย, 2 อาจจะเห็นด้วย, 3 อาจจะไม่เห็นด้วย, 4 ไม่เห็นด้วย และ 5 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ลำดับ	ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	อาจจะ ไม่เห็น ด้วย	อาจจะ เห็นด้วย	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
1	หากมีกลุ่มของอดีตผู้ป่วยทางจิตอาศัยอยู่ใกล้ ๆ ฉันจะไม่อนุญาตให้ลูก ๆ ของฉันไปชมภาพยนตร์ตามลำพัง	5	4	3	2	1	0
2	หากมีอดีตผู้ป่วยทางจิตที่มีคุณสมบัติเพียงพอกับตำแหน่งมาสมัครงานสอนที่โรงเรียน ฉันจะเสนอให้เลือกพวกเขา	5	4	3	2	1	0
3	สิ่งสำคัญของผู้ป่วยทางจิต คือ คุณไม่สามารถบอกได้ว่าหลังจากนี้ 1 นาทีพวกเขาจะทำอะไร	5	4	3	2	1	0
4	หากฉันทราบว่าคนคนนั้นเคยเป็นผู้ป่วยทางจิต ฉันจะรู้สึกเชื่อใจเขาน้อยลง	5	4	3	2	1	0
5	จุดประสงค์หลักของโรงพยาบาลจิตเวชควรเป็นการป้องกันสาธารณชนจากผู้คนที่ป่วยทางจิต	5	4	3	2	1	0
6	หากมีอดีตผู้ป่วยทางจิตอาศัยอยู่ใกล้ ๆ ฉันไม่ลังเลใจที่จะอนุญาตให้ลูก ๆ ของฉันไปวิ่งเล่นแถวนั้น	5	4	3	2	1	0
7	ถึงแม้ว่าผู้ป่วยทางจิตบางคนจะดูปกติ แต่มันเป็นเรื่องอันตรายหากเราเผลอลืมว่าพวกเขาเป็นผู้ป่วยทางจิต	5	4	3	2	1	0

มาตรวัดพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือ

ตอนที่ 6 : บริเวณด้านล่างจะมีข้อความที่อาจสามารถอธิบายถึงตัวท่าน หรือ ไม่อาจสามารถอธิบายถึงความเป็นตัวท่านก็ได้ โปรดระบุระดับความเป็นไปได้ของข้อความดังกล่าวที่สามารถอธิบายถึงตัวคุณได้

ใช้เกณฑ์การให้คะแนนดังต่อไปนี้ 1 ไม่สามารถอธิบายถึงตัวฉันได้เลย, 2 อธิบายถึงตัวฉันได้เพียงเล็กน้อย, 3 ค่อนข้างอธิบายถึงตัวฉันได้, 4 อธิบายถึงตัวฉันได้ดี และ 5 อธิบายถึงตัวฉันได้อย่างดีเยี่ยม

ลำดับ	ข้อความถาม	สิ่งนี้ไม่สามารถอธิบายถึงตัวฉันได้เลย	อธิบายถึงตัวฉันได้เพียงเล็กน้อย	ค่อนข้างอธิบายถึงตัวฉันได้	อธิบายถึงตัวฉันได้ดี	อธิบายถึงตัวฉันได้อย่างดีเยี่ยม
1	เมื่อถูกจ้องมองจากคนรอบข้าง ฉันสามารถช่วยเหลือคนอื่นได้อย่างเต็มที่	1	2	3	4	5
2	เมื่อฉันทำให้อุบัติเหตุที่อยู่กับภาวะเศร้าเสียใจ สบายใจขึ้นได้ มันเหมือนเป็นการเติมเต็มชีวิตฉัน	1	2	3	4	5
3	การที่มีบุคคลอื่นที่อยู่ยื่นรอบข้างฉัน ทำให้ฉันช่วยเหลือผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือได้ง่ายขึ้น	1	2	3	4	5
4	ฉันคิดว่า สิ่งสำคัญที่สุดอย่างหนึ่งของการช่วยเหลือผู้อื่นคือ ทำให้ฉันมีภาพลักษณ์ที่ดีขึ้น	1	2	3	4	5
5	ฉันจะช่วยเหลือผู้อื่นอย่างเต็มที่หากทำต่อหน้าคนจำนวนมาก	1	2	3	4	5

ลำดับ	ข้อความ	สิ่งนี้ไม่สามารถอธิบายถึงตัวฉันได้เลย	อธิบายถึงตัวฉันได้เพียงเล็กน้อย	ค่อนข้างอธิบายถึงตัวฉันได้	อธิบายถึงตัวฉันได้ดี	อธิบายถึงตัวฉันได้ดีเยี่ยม
6	ฉันมีแนวโน้มที่จะช่วยเหลือบุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือหรืออยู่ในวิกฤตอย่างแท้จริง	1	2	3	4	5
7	เมื่อมีบุคคลเรียกร้องให้ฉันช่วยเหลือ ฉันก็ไม่ลังเลที่จะช่วยบุคคลนั้น	1	2	3	4	5
8	ฉันชอบบริจาคเงินโดยไม่ประสงค์ออกนาม	1	2	3	4	5
9	ฉันมีแนวโน้มที่จะช่วยเหลือบุคคลที่ทำร้ายตนเองอย่างหนัก	1	2	3	4	5
10	ฉันเชื่อว่าการบริจาคสิ่งของและเงินจะได้ผลมากที่สุด เมื่อสามารถนำมาลดหย่อนภาษีได้	1	2	3	4	5
11	ฉันมีแนวโน้มที่จะช่วยบุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น หากฉันไม่ต้องแสดงตนให้กับคนที่ฉันช่วยรู้	1	2	3	4	5
12	ฉันมีแนวโน้มที่จะช่วยเหลือบุคคลอื่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อพวกเขาอยู่ในภาวะเศร้าเสียใจ	1	2	3	4	5

ลำดับ	ข้อความถาม	สิ่งนี้ไม่สามารถอธิบายถึงตัวฉันได้เลย	อธิบายถึงตัวฉันได้เพียงเล็กน้อย	ค่อนข้างอธิบายถึงตัวฉันได้	อธิบายถึงตัวฉันได้ดี	อธิบายถึงตัวฉันได้อย่างดีเยี่ยม
13	สถานการณ์ที่ทำให้ฉันช่วยเหลือผู้อื่นได้ดีที่สุดคือ สถานการณ์ที่ฉันถูกจับตามองจากบุคคลอื่น	1	2	3	4	5
14	มันเป็นเรื่องง่ายสำหรับฉันที่จะช่วยเหลือผู้อื่น เมื่อพวกเขาตกอยู่ในสถานการณ์ที่เลวร้าย	1	2	3	4	5
15	ฉันใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการช่วยเหลือผู้อื่น โดยที่พวกเขาไม่รู้ว่าใครเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ	1	2	3	4	5
16	ฉันเชื่อว่า ฉันควรเป็นที่จดจำ กับการลงทุนลงแรง พลังงานและเวลาที่ฉันเสียไปกับการกุศลมากกว่านี้	1	2	3	4	5
17	เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่มีผลรุนแรงต่ออารมณ์ของทุกคน (เช่น เหตุการณ์ที่สะเทือนใจมาก เป็นต้น) ฉันจะช่วยเหลือผู้อื่นได้อย่างเต็มที่	1	2	3	4	5
18	ฉันไม่เคยลังเลที่จะช่วยเหลือผู้อื่น เมื่อพวกเขาเรียกร้องความ	1	2	3	4	5

ลำดับ	ข้อความถาม	สิ่งนี้ไม่สามารถอธิบายถึงตัวฉันได้เลย	อธิบายถึงตัวฉันได้เพียงเล็กน้อย	ค่อนข้างอธิบายถึงตัวฉันได้	อธิบายถึงตัวฉันได้ดี	อธิบายถึงตัวฉันได้ดีเยี่ยม
	ช่วยเหลือจากฉัน					
19	ฉันคิดว่าการช่วยเหลือบุคคลอื่นโดยที่พวกเขาไม่รู้ว่าใครเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ เป็นสถานการณ์ที่ดีที่สุด	1	2	3	4	5
20	สิ่งที่ดีที่สุดอย่างหนึ่งในการทำงานการกุศล คือ ทำให้ประวัติการสมัครงานดูดีขึ้น	1	2	3	4	5
21	สถานการณ์ทางอารมณ์มีผลทำให้ฉันต้องการช่วยบุคคลอื่นที่ต้องการความช่วยเหลือ	1	2	3	4	5
22	ฉันมักจะบริจาคโดยไม่ประสงค์ออกนาม เพราะมันทำให้ฉันรู้สึกดี	1	2	3	4	5
23	ฉันรู้สึกได้ว่า หากฉันช่วยเหลือใครสักคน พวกเขาจะช่วยฉันในอนาคตเช่นเดียวกัน	1	2	3	4	5

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือเป็นอย่างดี 😊

ภาคผนวก ข. ผลการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตารางที่ 15

แสดงค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (cronbach's alpha) และ CITC ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 ในแต่ละข้อกระทงของมาตรวัดเจตคติตราบาปต่อโรคซึ่มเศร้า (N=18)

ข้อกระทง	CITC ครั้งที่ 1 ($\alpha = .618$)	CITC ครั้งที่ 2 ($\alpha = .725$)
ข้อที่ 1	-.071	.046
ข้อที่ 2	.035	.161
ข้อที่ 3	.015	.135
ข้อที่ 4	.414	.233
ข้อที่ 5	.187	.211
ข้อที่ 6	.424	.252
ข้อที่ 7	.485	.318
ข้อที่ 8	.016	.285
ข้อที่ 9	.484	.375
ข้อที่ 10	.144	.207
ข้อที่ 11	.150	.333
ข้อที่ 12	.279	.280
ข้อที่ 13	.254	.486
ข้อที่ 14	.040	.432
ข้อที่ 15	-.073	.414
ข้อที่ 16	.311	.290
ข้อที่ 17	.611	.503
ข้อที่ 18	.534	.509

ตารางที่ 16

ตารางแสดงค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (cronbach's alpha) และ CITC ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 ในแต่ละข้อกระทงของมาตรวัดการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก (N=16)

ข้อกระทง	CITC ครั้งที่ 1 ($\alpha = .844$)	CITC ครั้งที่ 2 ($\alpha = .736$)
ข้อที่ 1	.213	.074
ข้อที่ 2	.235	.310
ข้อที่ 3	.304	.261
ข้อที่ 4	.570	.413
ข้อที่ 5	.697	.417
ข้อที่ 6	.510	.511
ข้อที่ 7	.358	.228
ข้อที่ 8	.594	.243
ข้อที่ 9	.463	.298
ข้อที่ 10	.440	.314
ข้อที่ 11	.312	.200
ข้อที่ 12	.696	.456
ข้อที่ 13	.545	.487
ข้อที่ 14	.508	.419
ข้อที่ 15	.608	.372
ข้อที่ 16	.611	.411

ตารางที่ 17

ตารางแสดงค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (cronbach's alpha) และ CITC ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 ในแต่ละข้อกระทงของมาตรวัดระยะห่างทางสังคม (N=14)

ข้อกระทง	CITC ครั้งที่ 1 ($\alpha = .813$)	CITC ครั้งที่ 2 ($\alpha = .735$)
ข้อที่ 1	.404	.281
ข้อที่ 2	.362	.396
ข้อที่ 3	.526	.430
ข้อที่ 4	.571	.389
ข้อที่ 5	.342	.502
ข้อที่ 6	.425	.367
ข้อที่ 7	.537	.442
ข้อที่ 8	.164	.378
ข้อที่ 9	.371	.247
ข้อที่ 10	.534	.316
ข้อที่ 11	.568	.462
ข้อที่ 12	.646	.250
ข้อที่ 13	.416	.337
ข้อที่ 14	.539	.370

ตารางที่ 18

ตารางแสดงค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (cronbach's alpha) และ CITC ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 ในแต่ละข้อกระทงของพฤติกรรมการช่วยเหลือ (N=23)

ข้อกระทง	CITC ครั้งที่ 1 ($\alpha = .752$)	CITC ครั้งที่ 2 ($\alpha = .793$)
ข้อที่ 1	.446	.302
ข้อที่ 2	.475	.359
ข้อที่ 3	.530	.441
ข้อที่ 4	.062	.287
ข้อที่ 5	.167	.323
ข้อที่ 6	.381	.403
ข้อที่ 7	.304	.447
ข้อที่ 8	.365	.313
ข้อที่ 9	.211	.268
ข้อที่ 10	-.009	.186
ข้อที่ 11	.244	.290
ข้อที่ 12	.498	.454
ข้อที่ 13	.009	.274
ข้อที่ 14	.627	.424
ข้อที่ 15	.431	.417
ข้อที่ 16	.232	.259
ข้อที่ 17	.456	.476
ข้อที่ 18	.384	.434
ข้อที่ 19	.316	.322
ข้อที่ 20	.259	.223
ข้อที่ 21	.259	.396
ข้อที่ 22	.185	.345
ข้อที่ 23	.189	.213