



วารสาร

จิตวิทยาคลินิก

Thai Journal of Clinical Psychology

ปีที่ 50 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2562

Volume 50 Number 2 July-December 2019

สารบัญ

- บรรณาธิการแถลง

นิพนธ์ต้นฉบับ

- การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพมาตรวัดความคาดหวังในตนเอง สำหรับนักเรียน
ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย: การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน
ธนวัฒน์ มณี และอารยา ผลธัญญา Thanawat Manee, and Araya Pontanya 1
- การถูกกลั่นแกล้งบนสื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
ศุภากร หวัง และสมชาย เตียวกุล Supakorn Wang, and Somchai Teaukul 17
- ความเหงาในนักศึกษาที่มีพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์
รัชชิตา ชันจ่าย อารยา ผลธัญญา และกุลวดี ทองไพบูลย์
Runchida Sunjay, Araya Pontanya, and Kulvadee Thongpibul 29

บทความพิเศษวิชาการ

- แนวทางการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดกำกวม
อิสรีย์ บุญยิ่งสถิตย์ Isaree Boonyingsathit 45
- กลุ่มจิตบำบัดในเด็กและวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้
ดาราวรรณ นิลคำ Darawan Ninkham 67

ISSN 0125-1422

บรรณาธิการแถลง

วารสารจิตวิทยาคลินิกฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2 ของปี 2562 ซึ่งประกอบไปด้วยงานวิจัยและบทความที่น่าสนใจเหมือนทุกครั้ง โดยงานวิจัยเรื่องแรกเป็นการตรวจสอบคุณภาพของมาตรวัดความคาดหวังในตนเอง สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

งานวิจัยอีก 2 เรื่องเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สื่อออนไลน์ในกลุ่มนักศึกษาในประเด็นของการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์และความเหงา ซึ่งงานวิจัยทั้ง 2 ฉบับช่วยเพิ่มพูนความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลบนโลกออนไลน์อันเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตผู้คนในสังคมยุคปัจจุบัน

บทความอีก 2 ฉบับก็น่าสนใจเช่นกัน เป็นบทความเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตวิทยา โดยเรื่องแรกเป็นบทความเกี่ยวกับแนวทางการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดกำกวม และเรื่องที่สองเป็นบทความเกี่ยวกับกลุ่มจิตบำบัดในเด็กและวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ ทั้ง 2 บทความน่าจะให้ข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับการบำบัดแก่นักจิตวิทยาที่ทำงานกับผู้รับบริการกลุ่มนี้ได้ไม่มากนักน้อย

บรรณาธิการหวังว่าบทความในวารสารจะเป็นประโยชน์ในต่อสมาชิกในการปฏิบัติงาน ตลอดจนจุดประกายความสนใจใคร่รู้ และดำเนินการวิจัยเพื่อค้นหาค้นคว้าความรู้เพื่อพัฒนาวงการจิตวิทยาคลินิกไทย

ไชยันต์ สกกุลศรีประเสริฐ

บรรณาธิการ

วารสารจิตวิทยาคลินิกเป็นวารสารรายหกเดือนของสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางจิตวิทยาคลินิก จิตเวชศาสตร์ สุขภาพจิต ประสาทจิตวิทยา นิติจิตวิทยา และศาสตร์อื่นๆ ที่ใกล้เคียงกัน ตลอดจนรายงานการเคลื่อนไหวในวงการจิตวิทยาคลินิก

ข้อเขียนที่ปรากฏในวารสารนี้ ย่อมเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเรื่องนั้นโดยเฉพาะ มิใช่เป็นทัศนะของกองบรรณาธิการหรือบรรณาธิการเสมอไป และการโฆษณาสื่อทุกชั้นในวารสารนี้ มิได้หมายถึงการรับรองคุณภาพหรือสถานภาพของผลิตภัณฑ์

การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพมาตรวัดความคาดหวังในตนเอง สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย: การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ธวัช มณี¹ และ อารยา ผลธัญญา²

Received: 20 เมษายน 2562

Revised: 25 พฤษภาคม 2562

Accepted: 1 มิถุนายน 2562

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพมาตรวัดความคาดหวังในตนเองสำหรับนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

วิธีการศึกษา กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาได้จากวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi stage cluster random sampling) โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนที่มีอายุ 15-18 ปี ที่กำลังศึกษาในแผนการเรียนปกติ ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 300 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ผลการศึกษา ผลการวิจัยพบว่า มาตรวัดความคาดหวังในตนเองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 125.083$, $df = 43$, $p = .000$, $GFI = .932$, $CFI = .882$, $SRMR = .0574$) โดยมาตรวัดความคาดหวังในตนเองในการวิจัยครั้งนี้มีองค์ประกอบทั้งหมด 2 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบคุณค่าของผลลัพธ์ และองค์ประกอบเครื่องมือที่เป็นสื่อ

สรุป มาตรวัดความคาดหวังในตนเองเป็นมาตรวัดที่มีคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาที่เหมาะสม สามารถนำไปใช้ในการประเมินระดับของความคาดหวังในตนเองในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้

คำสำคัญ: การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน มาตรวัดความคาดหวังในตนเอง นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

¹ นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

² ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* บทความฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Development of the Self-Expectations Questionnaire for High School Students: A Confirmatory Factor Analysis

*Thanawat Manee*¹ *Araya Pontanya*²

Received: 20 April 2019

Revised: 25 May 2019

Accepted: 1 June 2019

Abstract

Objective: The purpose of this research was to develop and examine the quality of self-expectation scale for high school students by using Confirmatory Factor Analysis.

Materials and Methods: The participants in this study were selected by multi stage cluster random sampling. The participants were 300 students aged 15-18 years studying in the normal study plan high school In the Mueang district Chiang Mai. The data was analyzed by using Confirmatory Factor Analysis.

Results: The study found that the self-expectations questionnaire was significantly consistent with empirical data ($\chi^2 = 125.083$, $df = 43$, $p = .000$, $GFI = .932$, $CFI = .882$, $SRMR = .0574$) and self-expectations questionnaire in this research consisted of 2 factor which are valence and instrumentality.

Conclusion: the self-expectation questionnaire has psychometrically sound questionnaire, which can be used to evaluate self-expectation level in high school students.

Keywords: confirmatory factor analysis; self-expectations Questionnaire; high school students

¹ Master's degree student, Counseling Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Chiang Mai University

² Department of Psychology, Faculty of Humanities, Chiang Mai University

* This article was a part of a master's degree of science thesis in Counseling Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Chiang Mai University

บทนำ

วัยรุ่นถือได้ว่าเป็นช่วงวัยหนึ่งที่สำคัญของชีวิตมนุษย์ ในช่วงวัยนี้บุคคลจะมีอายุอยู่ระหว่าง 15-18 ปี หรือกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มของวัยรุ่นตอนกลาง (นารี จิตรรักษา, 2549) ทั้งนี้วัยรุ่นตอนกลางเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตหลาย ๆ ด้านอย่างรวดเร็ว ไม่ว่าจะเป็น ร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ซึ่งผลจากการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้วัยรุ่นจำเป็นต้องมีการปรับตัวในหลายด้าน การที่วัยรุ่นต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาทั้งทางร่างกายและจิตใจอาจทำให้วัยรุ่นไม่สามารถที่จะรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้และเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต นอกจากนี้ในช่วงวัยรุ่นเป็นวัยที่เริ่มมีการพัฒนาตัวตนหรืออัตลักษณ์แห่งตน (self-identity) ขึ้นมา การพัฒนาอัตลักษณ์แห่งตนนี้จะเป็นการผสมผสานระหว่างคุณลักษณะเฉพาะของบุคคลกับลักษณะภายนอกนั้นคือประสบการณ์จากสิ่งแวดล้อมรอบตัว ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว เพื่อน และสิ่งแวดล้อมทางสังคม ทั้งนี้การพัฒนาอัตลักษณ์แห่งตนดังกล่าวจึงทำให้วัยรุ่นเกิดความคาดหวังในตนเอง (self-expectations) ในการพัฒนาอัตลักษณ์แห่งตนโดยรักษาสมดุลระหว่างคุณลักษณะภายในของตนและลักษณะภายนอกจากสังคมด้วย (Erikson, 1968) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความคาดหวังในตนเองในด้านการเรียนซึ่งเป็นพัฒนาการหนึ่งที่สำคัญในช่วงวัยนี้

ความคาดหวังในตนเอง (self-expectations) เป็นสิ่งหนึ่งที่อาจส่งผลให้นักเรียนเกิดความเครียดในการเรียนเพิ่มมากขึ้น (Yee, 1981) ความคาดหวังในตนเองคือ ความรู้สึก ความคิดเห็น การรับรู้ การตีความ หรือการคาดการณ์ต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ยังไม่เกิดขึ้น บุคคลจะมีการประเมินค่าตนเองด้าน

จิตสำนึกที่ตนคิดว่าถูกต้อง และใช้ความคาดหวังนั้นมาเป็นแนวทางในการกำหนดพฤติกรรมที่จะมีต่อตนเองตามที่คาดหวัง การคาดการณ์หรือการคาดคะเนที่เกิดขึ้นเป็นการคาดคะเนว่าตนเองน่าจะทำอะไรได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งนับว่าเป็นการคาดคะเนถึงผลที่จะเกิดขึ้นได้จริงจากการกระทำของตนเอง (พรชัย พุทธิรักษ์, 2555) ทั้งนี้ความคาดหวังที่สูงเกินไปนั้นอาจทำให้นักเรียนเกิดความผิดหวังและส่งผลเสียทำให้เกิดความเครียดด้านการเรียนได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการประเมินระดับของความคาดหวังในตนเองของนักเรียนเพื่อให้สามารถนำผลที่ได้จากมาตรวัดที่มีคุณภาพมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการมีความคาดหวังในตนเองที่อยู่ในระดับที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความสามารถที่แท้จริงของตนเอง ซึ่งจะทำให้ช่วยลดความเครียดของนักเรียนที่อาจเกิดจากการมีความคาดหวังในตนเองที่อยู่ในระดับสูงเกินจริงได้

จากการศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดความคาดหวัง พบว่า ทฤษฎีความคาดหวัง (expectancy theory) ที่ได้รับการยอมรับมากที่สุดคือทฤษฎีความคาดหวังของ Vroom (1964) ซึ่งได้อธิบายความคาดหวัง (expectancy) ของบุคคลว่าเกิดจากระดับคุณค่าหรือความสำคัญของสิ่งตอบแทนที่บุคคลต้องการกับการรับรู้ความสามารถหรือความเป็นจริงในปัจจุบัน Vroom (1964) ได้เสนอว่า การที่บุคคลจะตัดสินใจเลือกปฏิบัติอย่างไร เมื่อเกิดความต้องการพร้อม ๆ กันหลายสิ่ง จะพิจารณา 3 ประการคือ ความชอบหรือคุณค่าของผลลัพธ์ (valence) เครื่องมือที่เป็นสื่อ (instrumentality) และความคาดหวัง (expectancy) โดยมีความหมายดังต่อไปนี้ (พงษ์จันทร์ ภูษาพานิชย์, 2561)

1. คุณค่าของผลลัพธ์ (valence) หมายถึง คุณค่าหรือความชอบ ความพึงพอใจในผลลัพธ์ แต่ละบุคคลมีการให้คุณค่าหรือความชอบต่อผลลัพธ์ที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้นระดับความมากน้อยของความชอบถูกกำหนดจากการประเมินของแต่ละบุคคล

2. เครื่องมือที่เป็นสื่อ (instrumentality) หมายถึง ความน่าจะเป็นตามการรับรู้ของบุคคลที่ว่า ระดับผลการปฏิบัติงานที่ดีจะนำไปสู่ผลลัพธ์บางอย่างจากการทำงาน

3. ความคาดหวัง (expectancy) หมายถึง การรับรู้ความเป็นไปได้ของบุคคลที่ว่าผลการปฏิบัติงานที่ดี เป็นผลมาจากความพยายามในการทำงาน

จากที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ทฤษฎีความคาดหวัง (expectancy theory) ของ Vroom ได้ อธิบายความคาดหวัง (expectancy) ของบุคคลว่า เกิดจากระดับคุณค่าหรือความชอบของผลลัพธ์หรือ สิ่งที่ตอบแทนที่บุคคลต้องการ (valence) กับ ความน่าจะเป็นตามการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการทำงานหรือการปฏิบัติงานที่ดีที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์บางอย่างจากการทำงาน (instrumentality) ในลักษณะ ดังนี้ (พรพิมล รียาย และคณะ, 2556)

$$\text{Exoectancy} = \text{Valence} \times \text{Instrumentality}$$

ภาพที่ 1 แสดงข้อสรุปทฤษฎีความคาดหวัง

ในบริบทของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายต่างก็มีระดับของความคาดหวังในตนเองที่แตกต่างกัน โดยมักจะมี ความคาดหวังเกี่ยวกับการเรียน คาดหวังว่าจะได้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่สูง เพื่อจะทำให้ตนเองมีโอกาสศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษาตามคณะ ที่ตนเองคาดหวังไว้ ยิ่งคณะที่มีคะแนนสอบสูง ก็จะมี

ยิ่งส่งผลให้นักเรียนพยายามทำผลการเรียนให้ดีที่สุด ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความเครียดด้านการเรียน และหากบุคคลมีความคาดหวังที่สูงมากจนเกินไปจะส่งผลให้นักเรียนเกิดความผิดหวัง ท้อแท้ (Yee, 1981) ดังนั้นหากนักเรียนสามารถปรับระดับความคาดหวังของตนเองให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับความสามารถของตนเองต่อการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งก็จะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการทำกิจกรรมและการเรียนให้สูงขึ้นได้

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีนักวิจัยทำการศึกษาค้นคว้าหรือพัฒนามาตรวัดความคาดหวังในตนเองในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย แต่พบว่ามีการศึกษาและสร้างมาตรวัดความคาดหวังที่บุคคลมีต่อเรื่องอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ ความคาดหวังในตนเอง ตัวอย่างเช่น มาตรวัดความคาดหวังในการเรียนของนักเรียนในระดับชั้นอุดมศึกษา ของ Vallerand et al., (1993) ที่สร้างมาเพื่อใช้ในการศึกษาระดับความคาดหวังของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยที่มีต่อระบบการศึกษา มาตรวัดผลของความคาดหวังเกี่ยวกับการออกกำลังกายในวัยรุ่นชาย ที่สร้างขึ้นโดย Abasi, Eslami, and Rakhshani (2015) ที่สร้างขึ้นเพื่อให้ศึกษาความคาดหวังในออกกำลังกาย ในยามว่างของวัยรุ่นชาย หรือมาตรวัดความคาดหวัง และความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการที่พัฒนาขึ้นโดย ชมนาด ม่วงแก้ว (2555) ที่ต้องการทราบความคาดหวังและความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อ งานกิจกรรมนักศึกษาและงานทะเบียนนักศึกษา จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจึงพบว่า มาตรวัดที่เกี่ยวข้องกับความคาดหวังที่ได้ทำการศึกษายังมีความจำกัดในเรื่องของวัตถุประสงค์ในการใช้งานอยู่ค่อนข้างมาก และไม่สามารถนำมาใช้กับการประเมินความคาดหวังในตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมุ่งพัฒนามาตรวัดความคาดหวังในตนเองสำหรับนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโดยเฉพาะ เนื่องจากการนำมาตรวัดความคาดหวังที่มีอยู่ในปัจจุบันมาใช้ นั้นไม่เหมาะสมทั้งในเรื่องของลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนามาตรวัดของงานวิจัยที่ผ่านมาซึ่งมีธรรมชาติที่ต่างจากช่วงวัยของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายและประเด็นความคาดหวังต่อเรื่องที่แตกต่างกัน ดังนั้นการพัฒนามาตรวัดความคาดหวังในตนเองสำหรับนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายจึงมีความสำคัญและมีความจำเป็นต้องใช้ในการประเมินระดับของความคาดหวังในตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เพื่อเป็นเครื่องมือในการระบุระดับความคาดหวังในตนเองของนักเรียนและนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ในการค้นหาและส่งเสริมความคาดหวังในตนเองที่มีความเหมาะสมให้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ และสามารถเป็นประโยชน์ในการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดจากการมีระดับความคาดหวังในตนเองที่ไม่เหมาะสมได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพมาตรวัดความคาดหวังในตนเองสำหรับนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

สมมติฐานการวิจัย

มาตรวัดความคาดหวังในตนเองสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพตามเกณฑ์การพัฒนามาตรวัดทางจิตวิทยา

วิธีการวิจัย

ประชากร คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ที่ศึกษาในแผนการเรียนปกติ ในปีการศึกษา 2562 โดยมีจำนวนนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายทั้งหมด 12,797 คน (สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดเชียงใหม่, 2562)

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ที่ศึกษาในแผนการเรียนปกติ โดยกำลังศึกษาในปีการศึกษา 2562 จำนวนทั้งหมด 300 คน โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาได้จากวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage cluster random sampling) ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้มาจากการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power การคำนวณในโปรแกรมนี้จะสร้างมาจากสูตรการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของ Cohen (1977) ซึ่งได้กำหนดค่าเอฟเฟกต์ (effect size) เท่ากับ .03 ค่าความคาดเคลื่อนเท่ากับ .05 เมื่อคำนวณด้วยโปรแกรมแล้วได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมขั้นต่ำ เท่ากับ 220 คน อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพิ่มจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ ทำให้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 300 คน เพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ในการตอบแบบสอบถามการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน โดยส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และส่วนที่ 2 เป็นมาตรวัดความคาดหวังในตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีความคาดหวังของ Vroom (1964) ผู้วิจัยได้ทบทวนทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง กำหนดนิยามปฏิบัติการของตัวแปรและสร้างข้อคำถามที่

สอดคล้องกับนิยามปฏิบัติการ โดยมาตรวัดความคาดหวังในตนเองเป็นการวัดความคาดหวังในตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จำแนกออกเป็น 2 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบคุณค่าของผลลัพธ์ และองค์ประกอบเครื่องมือที่เป็นสื่อ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (Likert Scale) 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความเห็น	ระดับคะแนนข้อคำถามเชิงบวก	ระดับคะแนนข้อคำถามเชิงลบ
จริงที่สุด	4	1
จริง	3	2
ไม่จริง	2	3
ไม่จริงที่สุด	1	4

การแปลผลแบบสอบถามความคาดหวังในตนเอง ผู้วิจัยใช้การแปลผลคะแนนเฉลี่ย โดยแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง โดยผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 2.00 หมายความว่า บุคคลมีความคาดหวังในตนเองอยู่ในระดับต่ำ ผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.01 – 3.00 หมายความว่า บุคคลมีความคาดหวังในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.01 – 4.00 หมายความว่า บุคคลมีความคาดหวังในตนเองอยู่ในระดับสูง จากนั้นนำข้อคำถามจากแบบวัดความคาดหวังในตนเองไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านคือผู้เชี่ยวชาญทางจิตวิทยา มีการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกคือ ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.6 ขึ้นไป และมีการปรับปรุงข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนั้นค่า IOC ของแบบวัดความคาดหวังในตนเองจึงมีค่าตั้งแต่ 0.6-1 โดยจากคำถามทั้งหมด 26 ข้อ มีข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.6 จำนวน 8 ข้อ ผู้วิจัยได้ตัดข้อคำถามดังกล่าวออก ดังนั้นจึงเหลือข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 18 ข้อ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำแบบวัดที่ผ่านการแก้ไขปรับปรุงแล้วไป

ทดลอง (try out) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 60 คน และนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีการหาความสอดคล้องภายใน (Internal-consistency) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยพบว่าแบบวัดความคาดหวังในตนเองมีค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับเท่ากับ .86 ซึ่งถือว่ามีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง

การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยขออนุมัติเรื่องจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หนังสือรับรองโครงการวิจัยเลขที่ CMU REC No. 62/145 เมื่อได้รับการอนุมัติให้ทำการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในการจัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังผู้อำนวยการโรงเรียนของโรงเรียนทั้งในหน่วยงานรัฐบาลและสังกัดเอกชนในสถานศึกษาที่มีการเรียนการสอนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จากนั้นผู้วิจัยทำการประสานงานกับคุณครูฝ่ายแนะแนว เพื่อจะขออนุญาตเข้าไปชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยโดยละเอียดให้กับกลุ่มตัวอย่าง และเชิญชวนนักเรียนให้เข้าร่วมการวิจัย รวมถึง

ขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยของแต่ละโรงเรียนด้วยตนเอง เมื่อได้รับการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างแล้วจึงนำแบบสอบถามแจกให้กับกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง จำนวน 300 ฉบับ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถามด้วยตนเองและติดตามแบบสอบถามให้ได้กลับคืนมาจนครบตามจำนวน จากนั้นนำไปใช้วิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for WINDOWS โดยวิเคราะห์ค่าความเที่ยง (reliability) โดยใช้สูตร Cronbach's Alpha Coefficient จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป AMOS version 24 เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้มีทั้งหมด 300 คน เป็นนักเรียนเพศหญิงมากกว่านักเรียนเพศชาย โดยคิดเป็นร้อยละ 58.3 และ 37.0 นอกจากนี้มีนักเรียนที่มีเพศสภาพอื่น ๆ ร้อยละ 4.7 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 17 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.7 และมีอายุ 15 ปี น้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 9.7 กลุ่มตัวอย่างศึกษาอยู่ในโรงเรียนสังกัดเอกชนมากกว่าโรงเรียนรัฐบาลโดยคิดเป็นร้อยละ 69.7 และ 30.3 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 มากกว่าชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 52.7 และ 24.7 ตามลำดับ และมีนักเรียนที่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 คิดเป็นร้อยละ 22.7 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผลการเรียนเฉลี่ยสะสมระหว่าง 3.00-4.00 คิดเป็นร้อยละ 79.3

ผลวิเคราะห์ค่าความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คน ซึ่งเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่กำลังศึกษาอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม AMOS Version 24 ซึ่งผู้วิจัยได้ตัดข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่ำกว่า .30 ออก ดังนั้นจึงเหลือข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามในองค์ประกอบคุณค่าของผลลัพธ์ จำนวน 5 ข้อ และเป็นข้อคำถามในองค์ประกอบเครื่องมือที่เป็นสื่อ จำนวน 6 ข้อ แล้วจึงนำแบบสอบถามที่ทำการตัดแปลงมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) อีกครั้ง ด้วยวิธีการหาความสอดคล้องภายใน (Internal-consistency) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยพบว่าองค์ประกอบด้านคุณค่าของผลลัพธ์จำนวน 5 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นภายในองค์ประกอบเท่ากับ .71 องค์ประกอบด้านเครื่องมือที่เป็นสื่อจำนวน 6 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นภายในองค์ประกอบเท่ากับ .69 และมาตรวัดความคาดหวังในตนเองทั้งฉบับ มีข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับเท่ากับ .81 พบว่า โมเดลการวัดที่ผู้วิจัยปรับปรุงมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง ($\chi^2 = 125.083$, $df = 43$, $p = .000$, $GFI = .932$, $CFI = .882$, $SRMR = .0574$) ดังแสดงในตารางที่ 1

โดยผู้วิจัยได้ทำการกำหนดอักษรย่อในการวิเคราะห์ข้อมูลโมเดลการวัดมาตรวัดความคาดหวังในตนเอง ดังนี้

expA หมายถึง ตัวแปรแฝงองค์ประกอบด้านคุณค่าของผลลัพธ์

expB หมายถึง ตัวแปรแฝงองค์ประกอบด้านเครื่องมือที่เป็นสื่อ

exp1, 2, 6, 7, 8 หมายถึง ข้อคำถามในองค์ประกอบด้านคุณค่าของผลลัพธ์

exp9, 11, 13, 16, 17, 18 หมายถึง ข้อคำถามในองค์ประกอบด้านเครื่องมือที่เป็นสื่อ

Chi-Square Statistics: χ^2 หมายถึง ค่าสถิติไค-สแควร์

Degree of Freedom: df หมายถึง ค่าองศาอิสระ

Goodness of Fit Index: GFI หมายถึง ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง

Comparative Fit Index: CFI หมายถึง ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ

Standard Root of Mean Square Residual: SRMR หมายถึง ค่าดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของ

เศษเหลือมาตรฐาน

ตารางที่ 1 เกณฑ์การตรวจสอบความสอดคล้องของตัวแบบทางทฤษฎีกับข้อมูลเชิงประจักษ์และผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์	ค่าสถิติ	เกณฑ์	ระดับความสอดคล้อง	อ้างอิง	ผลการวิจัย
χ^2	Chi-squared	$p \geq .05$	สอดคล้อง	Kelloway (2015)	.00
GFI	Goodness of Fit Index	$> .95$	สอดคล้องดี	Kelloway (2015)	.932
CFI	Comparative Fit Index	$.90 - .95$	สอดคล้องพอใช้	Kelloway (2015)	.882
		$> .95$	สอดคล้องดี	Goffin (2007)	
		$\geq .90$	สอดคล้อง	Goffin (2007)	
		$.80 - .90$	ยอมรับได้	Costa and Sarmento (2017)	
SRMR	Standard Root of Mean Square Residual	$< .05$	สอดคล้องดี	Schumacker and Lomax (2010)	.0574
		$< .08$	สอดคล้องพอใช้	Kelloway (2015)	

1. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันรายด้าน

1.1 องค์ประกอบด้านคุณค่าของผลลัพธ์

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป AMOS จากข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ผู้วิจัยได้ทำการตัดข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่ำกว่า .30 ออก ได้แก่ exp3, exp4, และ exp5 ดังนั้น

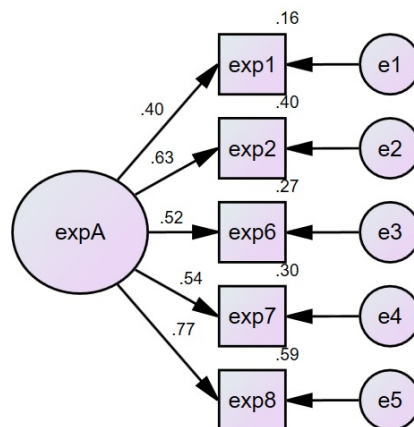
จึงเหลือข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ พบว่า โมเดลการวัดที่ผู้วิจัยปรับปรุงด้วยการตัดข้อคำถาม มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง ($\chi^2 = 11.112$, $df = 5$, $p = .049$, $GFI = .986$, $CFI = .975$, $SRMR = .0314$) ผลการวิเคราะห์โมเดลการวัดแสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของโมเดลการวัดองค์ประกอบด้านคุณค่าของผลลัพธ์ (n=300)

ตัวแปรแฝง	ตัวแปรสังเกตได้	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ มาตรฐาน (β)	(R^2)
องค์ประกอบด้าน คุณค่าของผลลัพธ์ (expA)	exp1	.40***	.16
	exp2	.63***	.40
	exp6	.52***	.27
	exp7	.54***	.30
	exp8	.77***	.59

$\chi^2 = 11.112, df = 5, p = .049, GFI = .986, CFI = .975, SRMR = .0314$

*** $p < .001$



ภาพที่ 3 แสดงโมเดลการวัดองค์ประกอบด้านคุณค่าของผลลัพธ์

โดยรายละเอียดค่าน้ำหนักองค์ประกอบ
คะแนนมาตรฐานในภาพที่ 3 ผู้วิจัยวิเคราะห์องค์
ประกอบเชิงยืนยันองค์ประกอบด้านคุณค่าของผลลัพธ์
จำนวน 5 ข้อ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าข้อคำถามทุกข้อ
สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนขององค์
ประกอบด้านคุณค่าของผลลัพธ์ได้อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .001

1.2 องค์ประกอบด้านเครื่องมือที่เป็นสื่อ

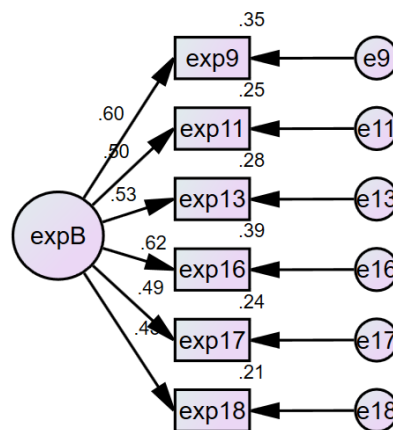
ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้
โปรแกรมสำเร็จรูป AMOS จากข้อคำถามจำนวน 10
ข้อ ผู้วิจัยได้ทำการตัดข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์
ประกอบต่ำกว่า .30 ออก ได้แก่ exp10, exp12, exp14
และ exp15 ดังนั้น จึงเหลือข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ
พบว่า โมเดลการวัดที่ผู้วิจัยปรับปรุงด้วยการตัดข้อ
คำถาม มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิง
ประจักษ์ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีความเที่ยงตรงเชิง
โครงสร้าง ($\chi^2 = 42.589, df = 9, p = .000, GFI =$

ตารางที่ 3 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของโมเดลการวัดองค์ประกอบด้านเครื่องมือที่เป็นสื่อ (n=300)

ตัวแปรแฝง	ตัวแปรสังเกตได้	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ มาตรฐาน (β)	(R ²)
องค์ประกอบด้าน เครื่องมือที่เป็นสื่อ (expB)	exp9	.60***	.35
	exp11	.50***	.25
	exp13	.53***	.28
	exp16	.62***	.39
	exp17	.49***	.24
	exp18	.45***	.21

$\chi^2 = 11.112, df = 5, p = .049, GFI = .986, CFI = .975, SRMR = .0314$

*** $p < .001$



ภาพที่ 4 แสดงโมเดลการวัดองค์ประกอบด้านเครื่องมือที่เป็นสื่อ

.958, CFI = .874, SRMR = .0575) ผลการวิเคราะห์
โมเดลการวัดแสดงดังตารางที่ 3

โดยมีรายละเอียดค่าน้ำหนักองค์ประกอบ
คะแนนมาตรฐานแสดงในภาพที่ 4 ผู้วิจัยวิเคราะห์
องค์ประกอบเชิงยืนยันองค์ประกอบด้านเครื่องมือที่
เป็นสื่อ จำนวน 6 ข้อ ซึ่งแสดงให้เห็นได้ว่าข้อคำถาม
ทุกข้อสามารถรวมกันอธิบายความแปรปรวนขององค์
ประกอบด้านเครื่องมือที่เป็นสื่อได้อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .001

2. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของ มาตรวัดความคาดหวังในตนเองทั้งฉบับ

เมื่อผู้วิจัยวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน
องค์ประกอบของมาตรวัดความคาดหวังในตนเองทั้ง
2 องค์ประกอบ พบว่าเหลือข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ
ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง
(construct validity) จากการวิเคราะห์องค์ประกอบ
เชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) ของมาตร
วัดความคาดหวังในตนเองทั้งฉบับ โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของโมเดลการวัดมาตรฐานวัดความคาดหวังในตนเองทั้งฉบับ (n=300)

ตัวแปรแฝง	ตัวแปรสังเกตได้	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ มาตรฐาน (β)	(R ²)
องค์ประกอบด้าน คุณค่าของผลลัพธ์ (expA)	exp1	.40***	.16
	exp2	.60***	.36
	exp6	.52***	.27
	exp7	.53***	.28
	exp8	.80***	.64
องค์ประกอบด้าน เครื่องมือที่เป็นสื่อ (expB)	exp9	.64***	.41
	exp11	.45***	.21
	exp13	.53***	.28
	exp16	.62***	.39
	exp17	.42***	.18
	exp18	.49***	.24

$$\chi^2 = 125.083, df = 43, p = .000, GFI = .932, CFI = .882, SRMR = .0574$$

*** $p < .001$

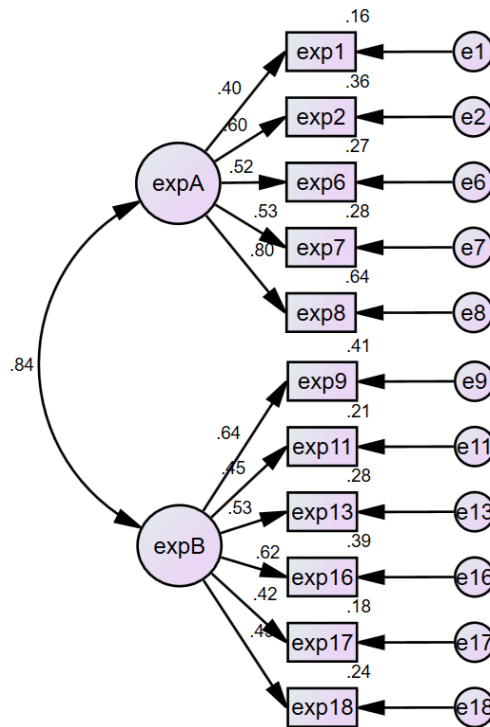
ทั้งหมด 300 คน ซึ่งพบว่าโมเดลการวัดที่ผู้วิจัยปรับปรุงมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง ($\chi^2 = 125.083, df = 43, p = .000, GFI = .932, CFI = .882, SRMR = .0574$) ผลวิเคราะห์โมเดลการวัดแสดงดังตารางที่ 4

โดยภาพที่ 5 แสดงโมเดลการวัดของมาตรฐานวัดความคาดหวังในตนเองได้ ซึ่งผลการวิเคราะห์ตามตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่าข้อคำถามทุกข้อสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความคาดหวังในตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ

พบว่า โมเดลมาตรฐานวัดความคาดหวังในตนเองที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง ($\chi^2 = 125.083, df = 43, p = .000, GFI = .932, CFI = .882, SRMR = .0574$)

การอภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนามาตรฐานวัดความคาดหวังในตนเองนี้สร้างขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ประโยชน์ในการประเมินความคาดหวังของตนเองในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ข้อคำถามในมาตรฐานวัดฉบับนี้



ภาพที่ 5 แสดงโมเดลการวัดของมาตรวัดความคาดหวังในตนเอง ($\chi^2 = 125.083, df = 43, p = .000, GFI = .932, CFI = .882, SRMR = .0574$)

มีพื้นฐานและพัฒนาจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัย และมาตรวัดความคาดหวังในรูปแบบอื่น ๆ ที่ถูกพัฒนาขึ้น เพื่อให้มาตรวัดฉบับนี้มีความครอบคลุมในเชิงทฤษฎีมากขึ้น โดยมาตรวัดความคาดหวังในตนเองฉบับนี้มีองค์ประกอบทั้งหมด 2 องค์ประกอบ มีคำถามทั้งสิ้น 11 ข้อคำถาม ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป AMOS version 24 เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันในแต่ละองค์ประกอบของมาตรวัดความคาดหวังในตนเองซึ่งประกอบด้วย ด้านคุณค่าของผลลัพธ์และด้านเครื่องมือที่เป็นสื่อ พบว่า ด้านคุณค่าของผลลัพธ์ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 5 ข้อ พบว่า โมเดลการวัดที่ผู้วิจัยปรับปรุงมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง ($\chi^2 = 11.112, df = 5, p = .049, GFI =$

.986, CFI = .975, SRMR = .0314) ด้านเครื่องมือที่เป็นสื่อ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 6 ข้อ พบว่า โมเดลการวัดที่ผู้วิจัยปรับปรุงมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง ($\chi^2 = 42.589, df = 9, p = .000, GFI = .958, CFI = .874, SRMR = .0575$)

เมื่อผู้วิจัยวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันองค์ประกอบของมาตรวัดความคาดหวังในตนเองทั้ง 2 องค์ประกอบ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อคำถามแล้ว ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของมาตรวัดความคาดหวังในตนเองทั้งฉบับ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 300 คน โดยพิจารณาความสอดคล้องกลมกลืนจากค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-Square Statistics: χ^2) ค่าดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของเศษเหลือมาตรฐาน

(Standard Root of Mean Square Residual: SRMR) ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (Goodness of Fit Index: GFI) ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index: CFI) โดยพบว่า โมเดลมาตรวัดความคาดหวังในตนเองที่ผู้วิจัยปรับปรุงมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างถึงแม้จะพบว่าค่า χ^2 จะมีนัยสำคัญก็ตาม แต่เนื่องจากค่า χ^2 มีความอ่อนไหวต่อขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่าง 300 คน ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ ส่งผลให้ค่า power สูง โอกาสพบนัยสำคัญจึงมากขึ้นตามไปด้วย ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้จึงพิจารณาความสอดคล้องกลมกลืนจากค่าสถิติ GFI, CFI และ SRMR ที่มีความน่าเชื่อถือมากกว่า ซึ่งค่า GFI ที่มากกว่า .90 ค่า CFI ที่อยู่ระหว่าง .80-.90 และค่า SRMR ที่น้อยกว่า .80 เป็นหลักฐานการสนับสนุนว่าโมเดลการวัดของมาตรวัดความคาดหวังในตนเองมีความสอดคล้องของโมเดลตามที่กำหนดไว้ (ไซยันต์ สุกุลศรีประเสริฐ และคณะ, 2560; Kelloway, 2015; Goffin, 2007; Costa and Sarmento, 2017; Schumacker and Lomax, 2010) โดยมีค่า χ^2 , GFI, CFI และ SRMR ดังนี้ $\chi^2 = 125.083$, $df = 43$, $p = .000$, $GFI = .932$, $CFI = .882$, $SRMR = .0574$ ดังนั้น โมเดลการวัดของมาตรวัดความคาดหวังในตนเองสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในการวิจัยครั้งนี้จึงมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการศึกษาในครั้งนี้สนับสนุนว่ามาตรวัดความคาดหวังในตนเองสำหรับนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมีความตรงและความเที่ยงอยู่ในระดับที่ดีและมีความตรงเชิงโครงสร้างตามทฤษฎีของ Vroom (1964) ซึ่งผู้วิจัยใช้ในการพัฒนามาตรวัดฉบับนี้โดยประกอบด้วยองค์ประกอบ

องค์ประกอบตามทฤษฎีความคาดหวังของ Vroom (1964) และข้อคำถามมีความเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโดยจากความหมายของแต่ละองค์ประกอบตามทฤษฎีดั้งเดิมของ Vroom นั้นไม่ได้พัฒนาทฤษฎีขึ้นในกลุ่มนักเรียนโดยตรง จึงทำให้มาตรวัดความคาดหวังในตนเองในการวิจัยครั้งนี้ได้ข้อคำถามที่มีความสอดคล้องกับความคาดหวังในตนเองในบริบทของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมากขึ้น โดยองค์ประกอบด้านคุณค่าของผลลัพธ์ หมายถึง การที่นักเรียนได้ให้คุณค่าต่อผลลัพธ์จากการเรียนหรือการทำกิจกรรมในโรงเรียนโดยอยู่บนพื้นฐานของความชอบของตนเองที่เชื่อว่าจะนำมาซึ่งความพึงพอใจของตน และองค์ประกอบด้านเครื่องมือที่เป็นสื่อ หมายถึง การรับรู้ความเป็นไปได้ของนักเรียนว่าจะระดับผลการปฏิบัติงานที่ดีหรือการตั้งใจเรียนจะนำไปสู่ผลลัพธ์บางอย่างที่ตนเองต้องการจากการทำกิจกรรมหรือการเรียน ดังนั้นมาตรวัดความคาดหวังในตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจึงสามารถวัดความคาดหวังในตนเองได้อย่างตรงจุดและเหมาะสมกับบริบทของนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย และสามารถนำมาตราวัดความคาดหวังในตนเองนี้ไปใช้ในการประเมินระดับความคาดหวังในตนเองสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากผลการวิจัยพบว่า มาตรวัดความคาดหวังในตนเองอันประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ มีความตรงและความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ที่มีความเหมาะสมนักวิจัย ครูและอาจารย์ฝ่ายแนะแนวหรือผู้เกี่ยวข้องอาจใช้มาตรวัดความคาดหวังในตนเองเป็นแนวทาง

ในการวัดระดับความคาดหวังของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เพื่อให้ความรู้รวมถึงข้อดีและข้อเสียของความคาดหวังในตนเองในระดับต่าง ๆ ที่อาจส่งผลต่อนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย และสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนเพื่อส่งเสริมการมีความคาดหวังในตนเองในระดับที่มีความเหมาะสมมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการวิจัยครั้งต่อไปอาจทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ ระดับชั้นการศึกษา ระดับผลการเรียนเฉลี่ย แผนการเรียน สังกัดของสถานศึกษา กับความคาดหวังในตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้น สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุของความคาดหวังในตนเองต่อไป

เอกสารอ้างอิง

ชมนาด ม่วงแก้ว. (2555). ความคาดหวังและความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการงานกิจกรรมนักศึกษาและงานทะเบียนนักศึกษา คณะเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี. ปรินทูนินพจน์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี. กรุงเทพฯ.

ไชยันต์ สกฤษีประเสริฐ, อารยา ผลธัญญา, ทศนีย์ หอมกลิ่น, กุลวดี ทองไพบูลย์, พิมพ์มาศ ตาปัญญา และรติพันธ์ ถาวรภูษิต. (2560). ความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถามแรงจูงใจในการดื่มสุราระบบปรับปรุงในนักศึกษามหาวิทยาลัย (บทความวิจัย). วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 62(3), 223-232.

นารี จิตรรักษา. (2549). พัฒนาการวัยรุ่น. เชียงราย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย.

พงษ์จันทร์ ภูษาพานิชย์. (2561). แรงจูงใจในการทำงาน. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

พรชัย พุทธรักษ์. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว กับ ความคาดหวังความวิตกกังวลในการเรียน และการเผชิญปัญหาของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา (รายงานวิจัย). สงขลา: มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.

พรพิมล ริยา, คุณากร คุณาสวัสดิ์, จารุณี ปัญควนิช, เมทินี ทนงกิจ. (2556). ความคาดหวังของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2555 ที่มีต่อเนื้อหาวิชาการศึกษาในระดับอุดมศึกษา (รายงานการวิจัย). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยนอร์ท-เชียงใหม่.

สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดเชียงใหม่. (2562). ข้อมูลจำนวนนักเรียน/นักศึกษาแต่ละสังกัดในจังหวัดเชียงใหม่ ปี 2562. สืบค้น 14 กันยายน 2562, จาก <https://sites.google.com/view/infocmpeo62/>.

Abasi, H. M., Eslami, A. A., Rakhshani, F. (2015). Introducing an Outcome Expectation Questionnaire and Its Psychometric Properties Regarding Leisure Time Physical Activity for Iranian Male Adolescent. *Iran Red Crescent Med J.* May; 17(5): e21509 DOI: 10.5812/ircmj.21509

- Cohen, J. (1977). *Statistical power for the behavioral sciences*. 2nd ed. New York: Academic Press.
- Costa, V., & Sarmento, R. (2017). *Confirmatory Factor Analysis: A Case study*. Portugal, FEUP.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity Youth and Crisis*. New York: W. W. Norton & Company.
- Goffin, R. D. (2007). Assessing the adequacy of structural equation models: Golden rules and editorial policies. *Personality and Individual Differences*, 42, 831-839.
- Kelloway, E. K. (2015). *Using Mplus for Structural Equation Modeling; A Researcher's Guide*. CA: Sage Publications.
- Schumacker, R. E. & Lomax, R. G. (2010). *A beginner's guide to structural equation modeling*. (3rd ed.). New jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Vallerand, J. R., Pelletier G. L., Blais, R. M., Briere, M. N., Senecal, B. C., Vallieres, F. E. (1993). Student expectations Questionnaire: Academic Motivation Scale (AMS-C 28). *Educational and Psychological Measurement*, vols. 52 and 53.
- Vroom, H. V. (1964). *Work and Motivation*. New York: Wiley and Sons Inc.
- Yee, B. H. (1981). The dynamics and management of burnout. *Nursing Management*. 12, 14-16.

การถูกกลั่นแกล้งบนสื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษา สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ศุภากร หวัง¹ และ สมชาย เตียวกุล²

Received: 1 พฤศจิกายน 2562

Revised: 20 ธันวาคม 2562

Accepted: 23 ธันวาคม 2562

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ การวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความชุกและรูปแบบการถูกกลั่นแกล้งบนสื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วัสดุและวิธีการ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาจากคณะต่างๆ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามเรื่องการถูกกลั่นแกล้งบนสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ประวัติและลักษณะของการถูกกลั่นแกล้งบนสื่อสังคมออนไลน์ จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 รูปแบบการกลั่นแกล้งในสื่อสังคมออนไลน์ 6 รูปแบบ จำนวน 35 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ และการแจกแจงความถี่

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง 130 คน มีผู้เคยถูกกลั่นแกล้งร้อยละ 18.5 และในจำนวนนี้ร้อยละ 91.7 ทราบว่าใครเป็นผู้กลั่นแกล้งตนเอง ทั้งนี้ Facebook เป็นช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ที่นักศึกษาถูกกลั่นแกล้งสูงสุดคือร้อยละ 70.5 รองลงมาได้แก่ Instagram ร้อยละ 45.8 สำหรับช่องทางที่ถูกกลั่นแกล้งบ่อยครั้งมากที่สุดได้แก่ Facebook คิดเป็นร้อยละ 45.8 และ Instagram ร้อยละ 41.7 ในขณะที่พบจาก Line ร้อยละ 8.3 และ Twitter ร้อยละ 4.2 นอกจากนี้รูปแบบการถูกกลั่นแกล้งที่พบมากที่สุดคือ การโจมตี ช่มชู้ หรือใช้ถ้อยคำหยาบคาย ร้อยละ 34.5 รองลงมาได้แก่การแกล้งแบบลับๆ ร้อย 24.1 โดยไม่พบรูปแบบการกลั่นแกล้งแบบคุกคามทางเพศในกลุ่มตัวอย่างนี้

สรุป ความชุกของการถูกกลั่นแกล้งบนสื่อสังคมออนไลน์ในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 18.5 ซึ่งจัดเป็นระดับความชุกที่สูง และน่าเป็นห่วงในผลกระทบทางด้านสุขภาพจิตใจของอนาคตวิชาชีพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ

คำสำคัญ: การถูกกลั่นแกล้งบนสื่อออนไลน์, สื่อสังคมออนไลน์, นักศึกษา

¹ วิทยาศาสตร์บัณฑิต (จิตวิทยา) แขนงวิชาจิตวิทยาคลินิก วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

² คณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

หมายเหตุ ข้อมูลชื่อคณะ ข้อมูลมหาวิทยาลัย และข้อมูลบางอย่าง ไม่สามารถเปิดเผยได้เพื่อปกป้องสิทธิของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมงานวิจัย

Cyber Bullying in Undergrad Students of Health Science Programs

*Supakorn Wang*¹ *Somchai Teaukul*²

Received: 1 November 2019

Revised: 20 December 2019

Accepted: 23 December 2019

Abstract

Objective: A survey research aimed to study the prevalence and patterns of cyber bullying in health science undergrad students.

Materials and methods: The research samples were undergrad students in health science programs of a university in Bangkok. The questionnaire being used in this research was developed by the researchers, which included 1) 7 questions, asking for general information and characteristics of the cyber bullying, and 2) 35 questions, based on 6 patterns of cyber bullying. The results were statistically analyzed by percentage and frequency.

Results: There were 18.8 % of 130 participants who were cyber-bullied or have been cyber-bullied. 91.7 % of them recognized the bullies. 70.5 % of the amount reported being bullied via Facebook, while 45.8 % referred to Instagram. In term of frequency, the most used platform for the bully was Facebook (45.8%) and Instagram (41.7%). In contrast, Line and Twitter were found very differently as 8.3 and 4.2%. In addition, the cyber bullying pattern of verbal threats and rude language was found in 34.5%. The blackmail was found in 24.1%. No bullying pattern of sexual harassment was found from the sample group.

Conclusion: The prevalence of cyber bullying in the sample group was 18.5%, considered high. This finding should be in cautions because it represented the possibility for mental health problems in future health science professionals.

Keywords: cyber bullying; social media; undergrad freshman

¹ Bachelor of Science (Psychology) with emphasis in clinical psychology, Saint Louis College

² Faculty of Psychology, Saint Louis College

Note: All the names and some information were confidential and could not be published due to the participants' privacy and right.

บทนำ

ในสังคมยุคปัจจุบัน เทคโนโลยีเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิต คนทุกวัยสามารถเข้าถึงสังคมออนไลน์ได้อย่างสะดวกและง่ายดาย แต่ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่เกิดขึ้นอันทำให้ผู้คนสามารถเชื่อมต่อกันได้อย่างรวดเร็ว นั้น แฝงไปด้วยอันตรายเนื่องจากมีบุคคลบางกลุ่มนำความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีเป็นช่องทางในการกลั่นแกล้งรังแกกัน (นภาวรรณ อาษาเพ็ชร, 2560) โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน ซึ่งถือเป็นกลุ่มเสี่ยง เนื่องจากข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2558) แสดงให้เห็นว่าเยาวชน ช่วงอายุ 15-24 ปี เป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนการใช้อินเทอร์เน็ตและสังคมออนไลน์มากที่สุด

“การกลั่นแกล้งกันผ่านโลกไซเบอร์” มีทั้งรูปแบบของการใส่ร้ายป้ายสี การใช้ถ้อยคำหยาบคายต่อว่าผู้อื่นหรือการส่งต่อข้อมูลลับ เพื่อให้ผู้อื่นเสียหายผ่านทางอินเทอร์เน็ต ในรูปแบบต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการส่งข้อความ (text message) คลิปวิดีโอ (video-clip) จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-Mail) เพื่อให้ฝ่ายที่ถูกกระทำรู้สึกอับอาย รู้สึกเจ็บปวด ได้รับความกระทบทางจิตใจ (ธีรศานต์ สหัสสพาศน์, 2561)

ความถี่ในการกลั่นแกล้งบนสื่อสังคมออนไลน์ที่เกิดขึ้นนั้น แม้จะไม่สามารถระบุชัดเจนว่าเกิดกับช่วงวัยใดมากกว่าหรือรุนแรงมากกว่า (Kowalski, Limber, & Agatston, 2008) แต่การพิจารณารูปแบบการกลั่นแกล้งที่แตกต่างกันในแต่ละวัย และเมื่อพิจารณาตามทฤษฎีพัฒนาการจะเห็นว่าเยาวชนในช่วงวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้ง่าย เนื่องจากเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน

จากการศึกษาวิจัยของกรมสุขภาพจิต (2561) เรื่อง “การกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น” พบว่า 1 ใน 3 ของเด็กไทยมีประสบการณ์ในการกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งจากโลกออนไลน์ โดยพบว่า 34.6% ของกลุ่มตัวอย่างเคยกลั่นแกล้งผู้อื่น 37.8% เคยเป็นผู้ถูกกลั่นแกล้ง และ 39% เคยเข้าร่วมในเหตุการณ์กลั่นแกล้งนั้นด้วย สถิติดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าปัญหาเรื่องการกลั่นแกล้งบนสื่อสังคมออนไลน์เป็นสิ่งที่ใกล้ตัวอย่างมาก เมื่อเยาวชนถูกกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์มักส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมามากมาย อาทิ เครียด ซึมเศร้า หวาดระแวงหรือรุนแรงจนทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายได้ (ปองกมล สุรัตน์, 2561) ตัวอย่างกรณีนี้คือ นางสาว อายุ 19 ปี หลังถูกกลั่นแกล้งบนสื่อสังคมออนไลน์ จนทำให้เกิดภาวะโรคซึมเศร้าและตัดสินใจฆ่าตัวตาย (คมชัดลึก, 2561)

การศึกษาวิจัยในเยาวชนไทยอายุ 15-24 ปี ในเขตภาคกลางจำนวน 136 คน (ณัฐรัชต์ สาเมาะ, พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, Timo, รณภูมิ สามัคคีคารมย์, & Thomas, 2557) พบว่าเยาวชนให้ความหมายต่อการรังแกในพื้นที่ไซเบอร์ ว่าหมายถึง “การใช้โทรศัพท์มือถือหรืออินเทอร์เน็ตในการทำร้ายกัน” ซึ่งการรังแกในพื้นที่ไซเบอร์มีมิติที่สำคัญคือต้องสร้างความเสียหายและสร้างความรำคาญต่อผู้ถูกกระทำ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเจตนาของผู้กระทำและความสัมพันธ์ระหว่างผู้กระทำกับผู้ถูกกระทำ งานวิจัยดังกล่าวได้กล่าวถึงรูปแบบของการรังแกที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ได้ อันประกอบด้วย 1) การโจมตีหรือใส่ร้ายป้ายสีผ่านอินเทอร์เน็ตและโทรศัพท์มือถือ 2) การคุกคามทางเพศออนไลน์ 3) การแอบอ้างชื่อหรือตัวตนของผู้อื่นเพื่อให้ร้าย และ 4) การสร้างกลุ่มขึ้นมาเพื่อโจมตีบุคคลอื่น ส่วนสาเหตุของการรังแกในพื้นที่ไซเบอร์นั้นเยาวชนกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าจะเกิดจากความเป็น

นิรนามของพื้นที่ไซเบอร์ ความง่ายและสะดวกในการรังแกกัน และเป็นผลที่ต่อเนื่องมาจากการเกิดความรู้สึกแรงในพื้นที่จริง ในขณะที่ผลกระทบจากการรังแกในพื้นที่ไซเบอร์ส่งผลทั้งระดับบุคคลและระดับปฏิสัมพันธ์ทางสังคม นอกจากนี้เยาวชนกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าจะจัดการปัญหานี้ด้วยตนเองหรืออาจมีการปรึกษากับเพื่อนบ้าง แต่จะไม่ปรึกษาผู้ปกครองอย่างไรก็ตามประเด็นสำคัญจากงานวิจัยคือเยาวชนกลุ่มตัวอย่างมองว่าปัญหาเกี่ยวกับการรังแกในพื้นที่ไซเบอร์เป็นเรื่องปกติธรรมดา

ในขณะที่ผู้ทักขณนี้ สิทธิชัย และธัญญากร ตุดเกื้อ (2559) พบว่า เยาวชนส่วนใหญ่รู้จักและเข้าใจพฤติกรรมกรรังแกบนโลกไซเบอร์ในระดับดีมาก ทั้งการประสบกับตนเองและเห็นบุคคลอื่นปฏิบัติจนเป็นเรื่องปกติ โดยมีการสรุปรูปแบบของการรังแกออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) การนินทาหรือด่าทอผู้อื่น 2) การหมิ่นประมาทผู้อื่น 3) การแอบอ้างชื่อผู้อื่นในด้านลบ 4) การนำความลับที่เป็นข้อมูลส่วนตัวหรือข้อมูลของผู้อื่นไปเปิดเผย และ 5) การลบหรือบล็อกผู้อื่นบนโลกไซเบอร์

เมื่อพิจารณาลักษณะของผู้ถูกกลั่นแกล้งบนพื้นที่สาธารณะออนไลน์ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (พรชนก ดาวประดับ และกัลยกร วรกุลลัญฐานีย์, 2561) รูปแบบการกลั่นแกล้งส่วนใหญ่เป็นรูปแบบการล่อลวงหรือหยอกล้อ (outing and trickery) การกลั่นแกล้งยังแสดงอยู่ในภาพนิ่ง และการแสดงความคิดเห็น นอกจากนี้การกดไลค์ถูกใจ (like) การแชร์ (share) และการแสดงความคิดเห็น (comment) ยังเป็นส่วนหนึ่งในการร่วมกลั่นแกล้งบนพื้นที่สาธารณะออนไลน์อีกด้วย

สุภาวดี เจริญวานิช (2560) ปงชี้ว่า การรังแกกันผ่านพื้นที่ไซเบอร์ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมามากมายทั้งต่อตัวผู้รังแกผู้อื่นหรือผู้ที่ถูกผู้อื่นรังแก ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นความเครียด ภาวะซึมเศร้า หรือการฆ่าตัวตาย ล้วนแล้วเป็นปัญหาที่แก้ไขได้ยาก โดยปองกมล สุรัตน์ (2561) สรุปว่าการรังแกดังกล่าวว่า 1) เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า หรือส่งเสริมกระตุ้นโรคซึมเศร้าที่มีอยู่แล้วให้หนักมากขึ้น 2) เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เยาวชนตัดสินใจฆ่าตัวตาย โดยประกอบกับการรังแกในโลกจริง 3) ผลกระทบทางความรู้สึก ได้แก่ เครียด เศร้า หวาดระแวง อับอาย ไม่มีความสุข ไม่สบายใจ หรือเจ็บปวด 4) ผลกระทบทางสังคม เช่นทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียง ภาพลักษณ์เสียหาย ถูกเกลียดชัง และดูถูกดูหมิ่น 5) ผลกระทบต่อตัวตนและบุคลิกภาพทำให้เป็นคนหนีปัญหา แยกตัวจากสังคม ไม่ไว้วางใจใคร และ 6) ปัญหาผลการเรียนตกต่ำ

ด้วยเหตุดังกล่าวข้างต้นนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในพฤติกรรมกรกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ (cyberbullying) และต้องการสำรวจความชุกของอุบัติการณ์ตลอดจนรูปแบบของการถูกกลั่นแกล้งรังแกในกลุ่มเยาวชนที่เป็นนักศึกษาสาขาวิชาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ อันเป็นสาขาวิชาชีพที่ต้องดูแลประชาชนผู้รับบริการต่อไปในอนาคต และเป็นสาขาวิชาชีพผู้ซึ่งต้องมีความมั่นคงทางจิตใจเป็นสำคัญ ซึ่งผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลและองค์ความรู้สำหรับการทำความเข้าใจและการวางแนวทางการช่วยเหลือดูแลผู้ถูกกลั่นแกล้งต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสำรวจความชุกของการถูกกลั่นแกล้งบนสื่อสังคมออนไลน์ในกลุ่มนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

2. เพื่อศึกษารูปแบบการถูกกลั่นแกล้งบนสื่อสังคมของออนไลน์ในกลุ่มนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

นิยามศัพท์

รูปแบบการกลั่นแกล้งบนสื่อสังคมออนไลน์ หมายถึง รูปแบบการกลั่นแกล้ง 6 รูปแบบ อันประกอบด้วยรูปแบบ 1) การโจมตี ขู่ทำร้าย หรือใช้ถ้อยคำเหยียดหยาม 2) การคุกคามทางเพศแบบออนไลน์ 3) การแอบอ้างตัวตนของผู้อื่น 4) การแบล็กเมล์ 5) การหลอกลวง และ 6) การสร้างกลุ่มในโซเชียลเพื่อโจมตีโดยเฉพาะ โดยเกิดจากความตั้งใจเพื่อสร้างความเดือดร้อน รำคาญใจให้กับผู้อื่น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการและป้องกัน ตลอดจนให้การดูแลช่วยเหลือผู้ถูกกลั่นแกล้งต่อไป

ขอบเขตการวิจัย

ศึกษาระณีศึกษา นักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาจากคณะต่างๆ ในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ สถาบันการศึกษาแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2562

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ นักศึกษา จำนวน 117.81 คน หรือ จำนวนตั้งแต่ 118 คน ขึ้นไป โดยการหาขนาดตัวอย่างในการศึกษาใช้สูตรของ Yamane (1967) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรทั้งหมด

e = ความเคลื่อนไหวในการสุ่มตัวอย่าง (.05)

n = 117.81 คน

ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำนวนขั้นต่ำ 118 คนขึ้นไป เพื่อป้องกันการผิดพลาดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนกลุ่มประชากรได้

เวลาและสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) ผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาสุขภาพจิตและพฤติกรรมศาสตร์ จำนวน 3 ท่าน

แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ประวัติและลักษณะของการถูกกลั่นแกล้งบนสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับรูปแบบการกลั่นแกล้งในสื่อสังคมออนไลน์ จำนวน 35 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอ้างอิงจากลักษณะการกลั่นแกล้งในสื่อสังคมออนไลน์ 6 รูปแบบ ตามการนิยามของ “โครงการ Stop Bullying: เลิฟแคร์ไม่รังแกกัน” อันเป็นโครงการความร่วมมือระหว่างมูลนิธิแพथทูเฮลท์ (path2health foundation) บริษัทดีแทค และองค์การยูนิเซฟ (เลิฟแคร์ไม่รังแกกัน, 2560)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังที่โครงร่างวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลต่ออธิการบดี สถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยนำส่งหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และแบบสอบถามการวิจัย

2. หลังจากได้รับการอนุญาตในการเก็บข้อมูลจากอธิการบดีของมหาวิทยาลัยดังกล่าว ผู้วิจัยนำเอกสารที่เกี่ยวข้องยื่นขออนุญาตเก็บข้อมูลนักศึกษาเฉพาะคณะวิชาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ตลอดจนการเข้าถึงข้อมูลในบริเวณของมหาวิทยาลัยและคณะนั้นๆ

3. หลังจากได้รับอนุญาตในการเก็บข้อมูลระดับคณะ ผู้วิจัยจึงดำเนินการประชาสัมพันธ์กับนักศึกษาและประสานงานนัดหมายนักศึกษาผู้สนใจเป็นอาสาสมัครเพื่อเก็บข้อมูล ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางรายเป็นผู้ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะจึงมีความจำเป็นในการขออนุญาตจากผู้ปกครองหรือผู้อำนาจ

ลงนามแทนผู้ปกครองในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างและในการตอบแบบสอบถาม เพื่อเป็นการปกป้องและรักษาสิทธิของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะปกปิดข้อมูลต่างๆของผู้ตอบแบบสอบถามไว้เป็นความลับ การนำเสนอผลงานวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้จะไม่สามารถสืบย้อนตัวตนของกลุ่มตัวอย่างได้

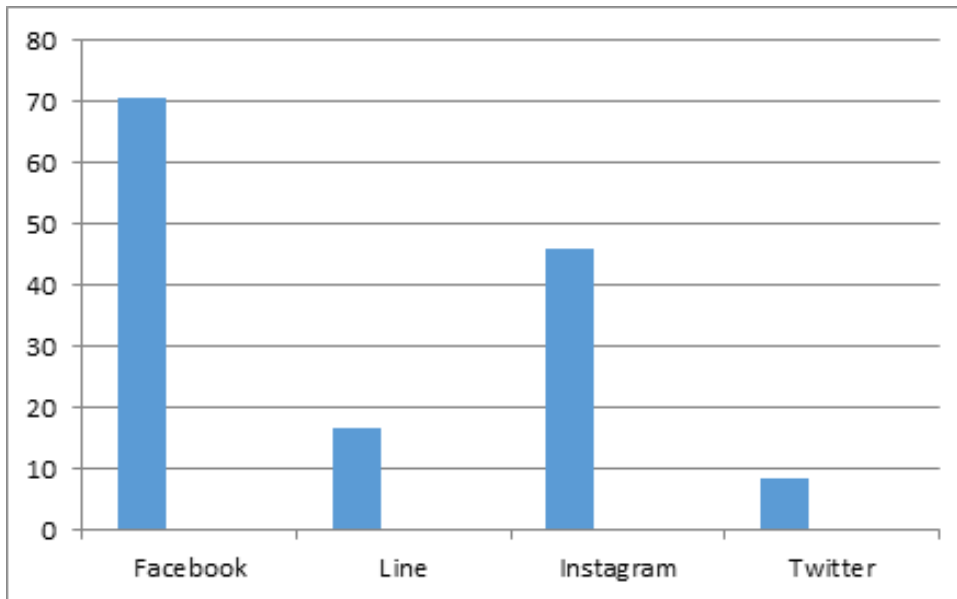
4. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียด อธิบายวัตถุประสงค์ การวิจัยและขอความร่วมมือ รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมจึงดำเนินการต่อไป โดยให้อ่านเอกสารชี้แจง และไปยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (informed consent) จากนั้นอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่างจึงลงนามในเอกสาร ก่อนทำการตอบแบบสอบถาม

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ร้อยละ (percentage) และการแจกแจงความถี่ (frequencies)

ผลการวิจัย

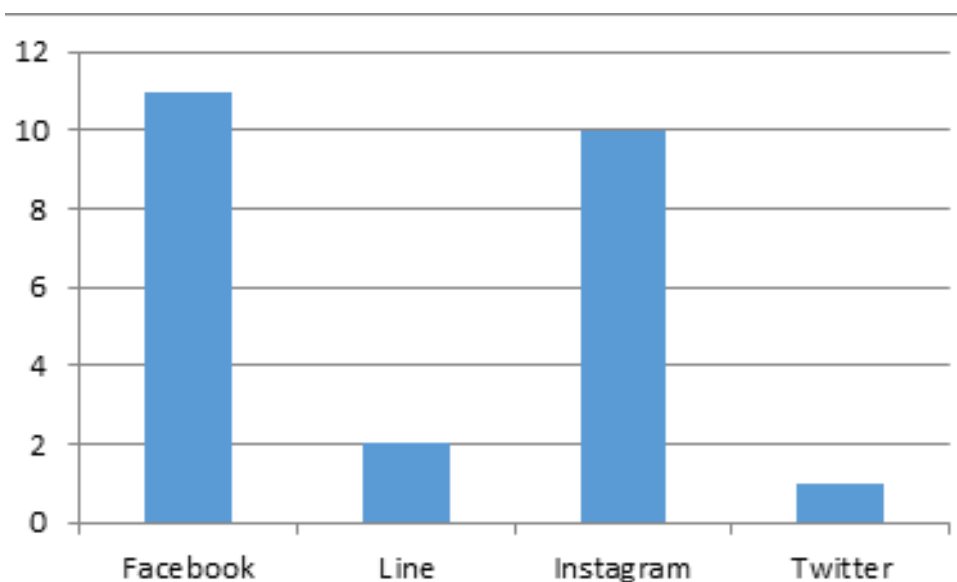
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาที่ตอบแบบสอบถามรวมทั้งสิ้น 130 คน ทุกคนเป็นนักศึกษาระดับปีที่ 1 ที่มีอายุระหว่าง 17-22 ปี กลุ่มตัวอย่างเคยถูกกลั่นแกล้งร้อยละ 18.5 (จำนวน 24 ราย) และในจำนวนนักศึกษาที่เคยถูกกลั่นแกล้งนี้พบว่ามีถึงร้อยละ 91.7 ที่ทราบว่าใครเป็นผู้กลั่นแกล้ง เพื่อพิจารณาช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ต่างๆ ที่นักศึกษาถูกกลั่นแกล้งพบว่า เป็นช่องทาง Facebook สูงสุด คือร้อยละ 70.5 รองลงมาได้แก่ Instagram ร้อยละ 45.8 และ Line ร้อยละ 16.7 และ Twitter ร้อยละ 8.3 (แผนภูมิที่ 1)



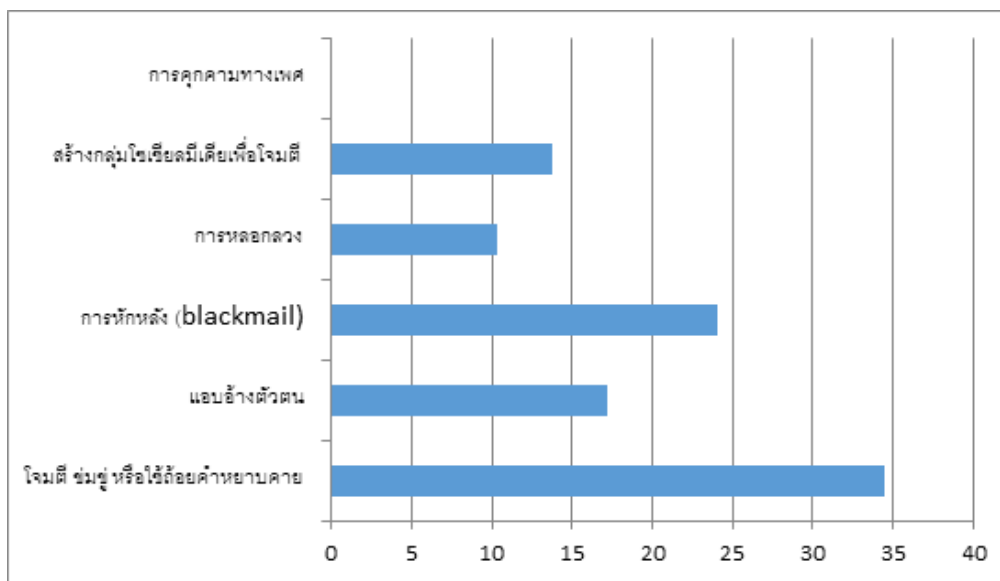
แผนภูมิที่ 1 ร้อยละของนักศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ถูกกั้นแกล้งผ่านช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ต่างๆ (n=24)

ทั้งนี้เมื่อมีการสอบถามถึงความถี่ของการถูกกั้นแกล้ง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 11 คน ตอบว่า Facebook เป็นช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ที่นักศึกษาในกลุ่มตัวอย่างถูกกั้นแกล้งบ่อยที่สุด (คิดเป็นร้อยละ 45.8) กลุ่มตัวอย่าง 10 คน ตอบว่า Instagram

(คิดเป็นร้อยละ 41.7) ในขณะที่ 2 คนตอบว่า Line (ร้อยละ 8.3) และ 1 คน ตอบว่า Twitter (ร้อยละ 4.2) (แผนภูมิที่ 2)



แผนภูมิที่ 2 ช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ที่นักศึกษาในกลุ่มตัวอย่างถูกกั้นแกล้งบ่อยที่สุด (n=24)



แผนภูมิที่ 3 ร้อยละของรูปแบบการถูกกลั่นแกล้งในสื่อสังคมออนไลน์

จากแผนภูมิที่ 3 จะเห็นได้ว่ารูปแบบการถูกกลั่นแกล้งที่พบมากที่สุดได้แก่ การโจมตี ช่มชู้ หรือใช้ถ้อยคำหยาบคาย ร้อยละ 34.5 รองลงมาได้แก่การหักหลัง (blackmail) ร้อยละ 24.1 ในขณะที่ถูกกลั่นแกล้งในสื่อสังคมออนไลน์แบบคุกคามทางเพศ ไม่พบในกลุ่มตัวอย่างนี้

สรุปผลการวิจัย

จากกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาจากคณะต่างๆ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน 130 คนพบว่ามี ความชุกของการถูกกลั่นแกล้งร้อยละ 18.5

ร้อยละ 91.7 ของกลุ่มนักศึกษาที่รายงานว่า เคยถูกกลั่นแกล้งทราบว่าใครเป็นผู้กลั่นแกล้ง โดยช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ที่นักศึกษาถูกกลั่นแกล้งพบว่า Facebook สูงสุด คือร้อยละ 70.5 รองลงมาได้แก่ Instagram ร้อยละ 45.8 และ Line ร้อยละ 16.7 และ Twitter ร้อยละ 8.3 ทั้งนี้เมื่อถามถึงความถี่ของการถูกกลั่นแกล้งกลับพบว่า ช่องทางที่นักศึกษาถูกกลั่นแกล้งบ่อยมากที่สุด คือ Facebook คิดเป็น

ร้อยละ 45.8 และ Instagram ร้อยละ 41.7 ในขณะที่ Line ร้อยละ 8.3 และ Twitter ร้อยละ 4.2 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมาก

รูปแบบการถูกกลั่นแกล้งในสื่อสังคมออนไลน์ที่พบมากที่สุดได้แก่ การโจมตี ช่มชู้ หรือใช้ถ้อยคำหยาบคาย ร้อยละ 34.5 รองลงมาได้แก่การแบล็กเมล์ ร้อยละ 24.1 ในขณะที่ถูกกลั่นแกล้งในสื่อสังคมออนไลน์แบบคุกคามทางเพศ ไม่พบในกลุ่มตัวอย่างนี้

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยที่ได้รายงานไปข้างต้นแสดงให้เห็นว่ามีจำนวนนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ถูกกลั่นแกล้งในสื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 18.46 ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจัดว่าเป็นจำนวนที่สูง และสอดคล้องกับผลงานวิจัยของกรมสุขภาพจิต (2561) ที่พบการถูกกลั่นแกล้งกันในสื่อสังคมออนไลน์ 1 ใน 3 ของประชากรเยาวชนไทย อย่างไรก็ตามงานตัวเลขที่ได้จากงานวิจัยนี้อาจไม่ถูกต้องแม่นยำนักเนื่องจากการขาดความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของการถูก

กลับแก้งบนสื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษากลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับผลสำรวจโดยนิต้าโพล (2560) เรื่อง “ทัศนคติของเด็กและเยาวชนไทยต่อพฤติกรรมการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์” ในเด็กและเยาวชนที่มีอายุไม่เกิน 25 ปี ในทุกภูมิภาค รวมทั้งสิ้น 1,172 คน เมื่อถามถึงความคิดเห็นการเคยไต่ยีนและทราบความหมายของคำว่า cyberbullying ของเด็กและเยาวชน พบว่า เด็กและเยาวชนส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.30 ไม่เคยไต่ยีน และไม่ทราบความหมาย รองลงมา ร้อยละ 8.45 เคยไต่ยีนและทราบความหมาย (อธิบายความหมายได้ถูกต้องหรือใกล้เคียง) และร้อยละ 7.25 เคยไต่ยีน แต่ไม่ทราบความหมาย

สำหรับช่องทางสังคมออนไลน์ที่กลุ่มตัวอย่างถูกกลั่นแกล้งมากที่สุด อันได้แก่ Facebook นั้น สอดคล้องกับสถิติที่ได้จากการสำรวจในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายถึงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 400 คน จัดทำโดยหนังสือพิมพ์หอข่าว (มูลนิธิส่งเสริมสื่อเด็กและเยาวชน, 2561)

งานวิจัยยังพบว่าผู้ที่เคยถูกกลั่นแกล้งบนสื่อสังคมออนไลน์ ส่วนใหญ่ร้อยละ 91.7 ทราบว่าใครเป็นผู้กลั่นแกล้ง ขณะที่รูปแบบการถูกกลั่นแกล้งบนสื่อสังคมออนไลน์ที่พบมากที่สุดคือ การโจมตี ขู่ทำร้าย หรือ ใช้อภัยคำหยาบคาย ร้อยละ 34.5 ทั้งนี้จากการสำรวจความคิดเห็นโดยนิต้าโพล (2560) เรื่อง “ทัศนคติของเด็กและเยาวชนไทยต่อพฤติกรรมการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์” พบว่า ผู้ที่ถูกกลั่นแกล้งในรูปแบบการโพสต์ตำท้อ พุดจาต่อเสียด ให้ร้าย ดูถูกหรือข่มขู่ทำร้าย ซึ่งบุคคลที่ถูกกลั่นแกล้งอาจไม่รู้จักรู้จักผู้กลั่นแกล้ง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะรูปแบบของสื่อสังคมออนไลน์ที่กลุ่มตัวอย่างใช้งานมีลักษณะของกลุ่มสังคมออนไลน์อันมีบุคคลผู้เป็นที่รู้จักอยู่ในกลุ่มดังกล่าว โดยเฉพาะ Facebook และ Instagram ซึ่งแตกต่างจากผลที่นิต้าโพลค้นพบจากโลกไซเบอร์ในภาพรวม

สำหรับรูปแบบการถูกกลั่นแกล้งที่พบในงานวิจัยมีความขัดแย้งกับการศึกษาวิจัยของพรชนก ดาวประดับ และ กัลยกร วรกุลลัญญานีย์ (2561) ที่ศึกษารูปแบบและลักษณะการมีส่วนร่วมในการกลั่นแกล้งบนพื้นที่สาธารณะออนไลน์ผ่าน facebook จำนวน 4 เพจ ที่ได้รับเลือกให้เป็น vote of the year 2017 ของผู้ใช้บริการทั่วไปจากเว็บไซต์สนุกดอทคอม (sanook.com) โดยพบว่ารูปแบบการกลั่นแกล้งที่พบส่วนใหญ่ คือ การล่อลวงหรือหยอกล้อ (outing and trickery) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในคนละช่วงวัยและเป็นการศึกษารูปแบบการกลั่นแกล้งบนช่องทาง Facebook ที่มีขนาดของสังคมออนไลน์แตกต่างกัน

ข้อจำกัดในงานวิจัยเสนอแนะ

1. กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย และจำกัดอยู่ในกลุ่มนักศึกษาชั้นปีที่ 1 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งเท่านั้น จึงทำให้ไม่สามารถอภิปรายความสัมพันธ์ของปัจจัยที่อาจมีอิทธิพลต่อโอกาสการถูกกลั่นแกล้งบนสื่อสังคมออนไลน์ได้ โดยเฉพาะเมื่อต้องนำผลการวิจัยไปใช้ในการอธิบายในบริบทอื่นๆ ควรต้องระวัง

2. ขาดการให้คำจำกัดความของ “การกลั่นแกล้งบนสื่อสังคมออนไลน์” เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเปรียบเทียบกับประสบการณ์ของตนเองได้

3. ขาดการพิจารณาปัจจัยอื่นที่อาจเป็นการกระตุ้นให้เกิดการกลั่นแกล้งบนสื่อสังคมออนไลน์ เช่น ลักษณะบุคลิกภาพ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. อาจทำการศึกษาผลกระทบที่เกิดจากการถูกกลั่นแกล้งในสื่อสังคมออนไลน์ วิธีการจัดการกับสถานการณ์เมื่อถูกกลั่นแกล้ง รวมทั้งสอบถามถึงความต้องการเพื่อช่วยเหลือมิให้ถูกกลั่นแกล้ง หรือเพื่อช่วยให้ปรับตัวได้ดีมากยิ่งขึ้น โดยพิจารณาใช้วิธีการเก็บข้อมูลอื่นๆ เพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก กรณีศึกษา เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีความเปราะบางทางจิตใจ ดังนั้นผู้วิจัยในอนาคตควรตระหนักถึงประเด็นดังกล่าว ทั้งนี้การศึกษาวิจัยในประเด็นที่อ่อนไหวและนำมาตีพิมพ์เผยแพร่ เป็นสิ่งที่มีความเสี่ยงสูงและต้องทำด้วยความระมัดระวังอย่างมาก เพื่อป้องกันผลกระทบทางจิตใจและอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

2. การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากขึ้นและมีลักษณะพื้นฐานที่กว้างมากขึ้นเพื่อค้นหาตัวแปรที่สามารถทำนายโอกาสการถูกกลั่นแกล้งในสื่อสังคมออนไลน์

บรรณานุกรม

กรมสุขภาพจิต. (2561). *อย่าปล่อยให้เด็กถูกกลั่นแกล้งในโลกออนไลน์ (cyber bullying)*. สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=28079>

คมชัดลึก. (2561). อดีตไอดอล GNZ48 รมควันปลิดชีพตัวเองหลังถูก cyberbullying. *คมชัดลึก*. สืบค้น 31 ตุลาคม 2562, จาก <https://www.komchadluek.net/news/hotclip/348630>

ณัฐรัชต์ สามาะ, พิมพวัลย์ บุญมงคล, Timo, T. O., รณภูมิ สามัคคีคารมย์, และ Thomas, E. G. (2557). การรับรู้ของเยาวชนต่อการรังแกในพื้นที่ไซเบอร์. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา*, 6(1), 351-364.

ธีรसानต์ สหัสสพาศน์. (2561). *Cyberbullying การกลั่นแกล้งทางไซเบอร์*. ประชาชาติธุรกิจ. สืบค้น 31 ตุลาคม 2562, จาก <https://www.prachachat.net/columns/news-229510>

นภาพรรณ อาษาเพชร. (2560). การรังแกผ่านโลกไซเบอร์ ความรุนแรงที่ต้องแก้ไข และนวัตกรรมการจัดการปัญหา. *วารสารวิชาการนวัตกรรมสื่อสารสังคม*, 1(9), 100-106.

นิด้าโพล. (2560). *ทัศนคติของเด็กและเยาวชนไทยต่อพฤติกรรมการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์*. สืบค้น 31 ตุลาคม 2562, จาก <http://nidapoll.nida.ac.th/index.php?op=polls-detail&id=521>

ปองกมล สุรัตน์. (2561). สาเหตุและผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับการรังแกผ่านโลกไซเบอร์: กรณีศึกษาเยาวชนไทยผู้ถูกรังแก. *วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ*, 4(1), 260-273.

พรชนก ดาวประดับ, และกัลยกร วรกุลลัญจฐานะย์. (2561). รูปแบบและลักษณะการมีส่วนร่วมในการกลั่นแกล้งบนพื้นที่สาธารณะออนไลน์. *วารสารการสื่อสารและการจัดการ นิด้า*, 4(3),

63-78.

ฤทัยชนนี สิทธิชัย, และธันยากร ตุดเกื้อ. (2559). พฤติกรรมการรังแกบนโลกไซเบอร์ของเยาวชนในสามจังหวัดชายแดนใต้. วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 28(1), 86-99.

เลิฟแคร์ ไม่รังแกกัน. (2560). "Cyberbullying" ภัยบนโลกออนไลน์ ทำร้ายวัยรุ่นได้ง่ายกว่าที่คิด. สืบค้น 31 ตุลาคม 2562, จาก <http://stopbullying.lovecarestation.com/>

มูลนิธิส่งเสริมสื่อเด็กและเยาวชน. (2561). การกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์ Cyberbully. สืบค้น 31 ตุลาคม 2562, จาก <http://cclickthailand.com/contents/general/cyberbullying5.pdf>

สุภาวดี เจริญวานิช. (2560). การรังแกกันผ่านพื้นที่ไซเบอร์: ผลกระทบและการป้องกันในวัยรุ่น. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 25(4), 630-648.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). *สรุปผลที่สำคัญสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ในครัวเรือน พ.ศ. 2558*. สืบค้น 31 ตุลาคม 2562, จาก <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/icthh58.pdf>

Kowalski, R. M., Limber, S. P., & Agatston, P. W. (2008). *Cyber bullying: Bullying in the digital age*. Malden, MA: Blackwell.

ความเหงาในนักศึกษาที่มีพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์

รัชชิตา ชื่นจ้าย¹
อารยา ผลธัญญา²
กุลวดี ทองไพบูลย์³

Received: 22 เมษายน 2562

Revised: 20 พฤษภาคม 2562

Accepted: 31 พฤษภาคม 2562

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบความเหงาในนักศึกษาปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 ที่มีพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์

วิธีการดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา ผู้ให้ข้อมูลหลักคือนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ที่กำลังศึกษาในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2562 มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผล รูปแบบความเหงาที่เกิดขึ้นในนักศึกษาที่มีพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์มี 2 รูปแบบคือ ความเหงาทางอารมณ์และความเหงาทางสังคม และพบประเด็นความสัมพันธ์ระหว่างความเหงากับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่น่าสนใจ 2 ประเด็น คือ 1. การใช้สื่อสังคมออนไลน์ช่วยลดความเหงาที่เกิดขึ้นได้เพียงชั่วคราว และ 2. การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมออนไลน์ยังไม่สามารถทดแทนการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในโลกความเป็นจริงได้

สรุป การวิจัยครั้งนี้เพียงทำให้เห็นว่าความเหงาและการใช้สื่อสังคมออนไลน์มีความเกี่ยวข้องกันแต่ไม่สามารถสรุปได้ว่าความเหงาที่พบในผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยนี้เกิดจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์หรือไม่ ดังนั้นจึงควรทำการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นดังกล่าวต่อไป

คำสำคัญ: ความเหงา; พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์; นักศึกษา

¹ วิทยาศาสตร์บัณฑิต (จิตวิทยา) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

² ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

³ นักวิชาการอิสระ (Doctor of Psychology)

Loneliness Among College Students with Social Media Usage Behavior

*Runchida Sunjay*¹

*Araya Pontanya*²

*Kulvadee Thongpibul*³

Received: 22 April 2019

Revised: 20 May 2019

Accepted: 31 May 2019

Abstract

Objective: To examine the loneliness style among first-year undergraduate students who use social media.

Materials and methods: This study is qualitative research using case study design. The key informants are three first-year students who studying in the first semester at a university in Chiang Mai. Data were collected by in-depth interviews and were analyzed by content analysis method.

Results: The result revealed that first-year college students have two loneliness style, emotional loneliness and social loneliness. Additionally, the two patterns of relationship between loneliness and social media usage were found. First, this study presents that using social media could temporarily reduce loneliness. Second, the interaction with other people in online communities could not substitute for face to face interaction.

Conclusion: This study only shows that the loneliness and social media use are related, but the causal inference between loneliness and social media use cannot be concluded whether the loneliness could not be implied. Therefore, further studies should be conducted on this concern.

Keywords: loneliness; social media usage behavior; college students

¹ Bachelor of Science (psychology), Chiang Mai University

² Department of psychology, Faculty of Humanities, Chiang Mai University

³ Doctor of Psychology

บทนำ

การมีความสัมพันธ์ทางสังคมถือว่าเป็นสิ่งสำคัญสำหรับมนุษย์ เนื่องจากมนุษย์มีความต้องการในการรวมกลุ่มและพึ่งพาอาศัยกัน ทั้งนี้เมื่อสังคมกว้างขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วเนื่องจากพัฒนาการด้านสังคม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยี โดยเฉพาะทางด้านเทคโนโลยีที่ส่งผลให้รูปแบบการสื่อสารระหว่างบุคคลหรือระหว่างกลุ่มแตกต่างกันไปจากอดีตโดยทำให้บุคคลสามารถติดต่อกันได้ง่ายขึ้นทุกที่และทุกเวลา แต่ในขณะเดียวกันความสะดวกสบายในการสื่อสารดังกล่าวก็ทำให้ผู้คนขาดการมีปฏิสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและมีการสื่อสารแบบพบปะหน้ากันน้อยลงซึ่งอาจทำให้บุคคลประสบกับปัญหาและความกดดันจากการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นรวมถึงอาจรู้สึกไม่พึงพอใจในระดับความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจนก่อให้เกิดเป็นความเหงาได้

ความเหงา (loneliness) เป็นความไม่สบายใจอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นจากความรู้สึกขาดหรือไม่พอใจในความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด บุคคลสามารถรู้สึกเหงาได้ทั้งเมื่อต้องอยู่คนเดียวหรืออยู่ร่วมกับบุคคลอื่น (Russell, Peplau, & Cutrona, 1980) สาเหตุของความเหงาอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในสัมพันธภาพที่มีความหมาย เช่น การหย่าร้าง การสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต หรือการเปลี่ยนแปลงที่เรียนหรือที่อยู่อาศัย ซึ่งล้วนเป็นการเปลี่ยนแปลงในด้านความสัมพันธ์ทางสังคมที่บุคคลต้องการ (Perlman & Peplau, 1998 อ้างถึงใน วรวิทย์ ธนประภคฤต, 2545) จากผลการสำรวจภาวะความเหงาของประชากรในประเทศสหรัฐอเมริกาของมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนียพบว่า กลุ่มเยาวชนอายุระหว่าง 18-22 ปี เป็นกลุ่มที่ประสบกับภาวะเหงาสูงสุด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับตลาดคนเหงาในประเทศไทยของ บุญยิ่ง คงอาชาภัทร และคณะ (2561) ที่ทำแบบทดสอบ

ความเหงาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,126 คน โดยพบว่า ร้อยละ 40.4 ของกลุ่มตัวอย่างประสบกับภาวะเหงาในระดับสูง โดยกลุ่มเยาวชนที่อยู่ในวัยเรียนมีความเหงาเป็นอันดับที่สองคิดเป็นร้อยละ 41.8 และจากการสำรวจตลาดคนเหงาในประเทศไทยพบว่า ผู้ที่มีความเหงาส่วนใหญ่จะเลือกใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการช่วยจัดการความเหงา โดยสื่อสังคมออนไลน์ที่ได้รับความนิยม เช่น Facebook, LINE , Instagram ฯลฯ

สื่อสังคมออนไลน์ (social media) เป็นรูปแบบการสื่อสารที่ผู้ใช้บริการสามารถสร้างชุมชนออนไลน์เพื่อแบ่งปันข้อมูล ความสนใจ ความคิด และเนื้อหาอื่น ๆ โดยเป็นช่องทางที่ช่วยให้ผู้คนสามารถแบ่งปันข้อมูลข่าวสารระหว่างกันไม่ว่าจะเป็นข้อมูลที่เป็นภาพ เสียง ข้อความ ฯลฯ ซึ่งปัจจุบันมีสื่อสังคมออนไลน์ที่เน้นการใช้เพื่อติดต่อ ส่งข้อความและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันมากขึ้น เช่น LINE, Facebook, Instagram, Twitter ฯลฯ (จุฑารัตน์ ศรารัตน์, ขจร ฝ่ายเทศ, ดวงแก้ว เงินพูนทรัพย์ และวัลลภา จันทรสดี, 2560) โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่มีการเปิดรับเทคโนโลยีใหม่ๆ อยู่เสมอ เนื่องจากสื่อสังคมออนไลน์เป็นพื้นที่ที่ไม่มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาและระยะทาง (จิรภัทร เริ่มศรี และนันทรา ชูรัตน์, 2561) ทั้งยังมีการนำสื่อสังคมออนไลน์ไปใช้ประโยชน์หลากหลายทั้งด้านธุรกิจ การศึกษา และให้ความบันเทิง จากผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้งานสื่อดิจิทัล พบว่า คนไทยใช้อินเทอร์เน็ตเฉลี่ยเกือบ 10 ชั่วโมงต่อวันในวันทำงาน และ 11 ชั่วโมงต่อวันในวันหยุด โดยช่วงอายุที่มีการใช้งานมากที่สุดคือช่วงอายุ 18-37 ปี ซึ่งมีการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ (social media) มากเป็นอันดับหนึ่ง โดยพบว่าสื่อสังคมออนไลน์ที่ผู้ใช้งานเข้าใช้บริการมากเป็นอันดับต้น ๆ ได้แก่ YouTube, LINE และ Facebook (สำนักงาน

พัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (ETDA), 2018) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจาก WeAreSocial x Hootsuite ที่พบว่าผู้ใช้บริการสื่อสังคมออนไลน์ประมาณ 3.196 พันล้านคนทั่วโลก โดยผู้ใช้บริการมีการเข้าใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ประเภท Facebook, YouTube และ Instagram มากเป็นอันดับต้น ๆ และช่วงอายุที่มีการใช้งานมากที่สุด คือ 18-34 ปี ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นวัยรุ่นหรือนักศึกษา (WeAreSocial x Hootsuite และ Global Snapshot Q3, 2018)

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีพัฒนาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม วัยรุ่นจึงต้องมีการปรับตัวในทุกด้านไม่ว่าจะเป็นด้านการเรียน การปรับตัวกับสังคมใหม่ หรือการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งการปรับตัวเหล่านี้อาจนำไปสู่ภาวะทางอารมณ์ที่ไม่มั่นคง เกิดความสับสนและความเหงาซึ่งกลายเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้น (ประไพพรรณ ภูมิวุฒิสาร, 2530) ทั้งนี้จากข้อมูลข้างต้นที่พบว่า วัยรุ่นกลุ่มนักศึกษามีพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในระดับสูงนั้นวัตถุประสงค์ของการใช้สื่อสังคมออนไลน์คือ เพื่อคุยกับเพื่อนปัจจุบันและเพื่อนเก่า รองลงมาคือใช้เพื่ออัปเดตข้อมูลส่วนตัว (จิรภัทร เริ่มศรี และนันทารา ฐุรารัตน์, 2561) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของภักทิรา กลิ่นเลขา (2561) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้เครื่องมือสื่อสารในสื่อสังคมออนไลน์พบว่า กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างทำเมื่อเข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์คือสนทนากับเพื่อน รองลงมาคือกิจกรรมเพื่อความบันเทิง เช่น เล่นเกม ดูหนัง และสุดท้ายคืออัปเดตข้อมูลส่วนตัวหรือรูปภาพ อย่างไรก็ตามแม้ว่าสื่อสังคมออนไลน์จะทำให้บุคคลได้พูดคุยหรือติดต่อกับบุคคลที่รู้จักหรือบุคคลอื่น แต่การใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มากเกินไปก็ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ใช้ ทั้งนี้จากการศึกษาของ Miller et al. (2017) ที่ทำการศึกษากการใช้สื่อสังคมออนไลน์และ

การรับรู้เกี่ยวกับการแยกตัวในหมู่คนหนุ่มสาวในสหรัฐอเมริกา โดยทำการศึกษาในช่วงอายุ 19-32 ปี จำนวน 1,787 คน พบว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเหงาและหดหู่โดยตรง โดยหากบุคคลยังมีการใช้สื่อสังคมออนไลน์มากเท่าไรก็ยิ่งทำให้บุคคลห่างเหินจากโลกความเป็นจริงมากขึ้นจนเกิดความรู้สึกเหงาตามมา หรือความรู้สึกเหงาอาจทำให้บุคคลหันไปใช้สื่อสังคมออนไลน์มากขึ้น

นอกจากนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย จำนวนหนึ่งพบผลการศึกษาที่สอดคล้องกันในประเด็นความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อสังคมออนไลน์และความเหงา ดังเช่นงานวิจัยของศศิประภา กระจ่างประทีป (2556) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ความเหงา การเห็นคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตในนักศึกษา จำนวน 800 คน พบว่า ความเหงาและพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์ทางบวก กล่าวคือเมื่อนักศึกษามีความเหงาเพิ่มสูงขึ้น จะทำให้พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของนักศึกษาเพิ่มขึ้นในทางตรงกันข้ามหากนักศึกษามีความเหงาลดน้อยลงจะทำให้พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตลดลงตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ อโนมา ใจอุดม (2548) ที่พบว่า พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตมีอิทธิพลในการทำนายความเหงา และจากการศึกษาของ ชัญญมณ ดิษกุลนรภัทร, วศิมน พรพัฒน์กุล และวัชชาภรณ์ ไรท์มิม (2554) พบว่า ความเหงาทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมที่ต้องการให้ผู้อื่นกดถูกใจสถานะของตนเองใน Facebook ได้ เนื่องจากบุคคลต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มคนในสังคม หรือกลุ่มที่มีความชอบเดียวกัน แตกต่างจากความเหงาทางอารมณ์ที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมที่ต้องการให้ผู้อื่นกดถูกใจสถานะของตนเองใน Facebook ซึ่งอาจเกิดจากบุคคลที่มีความเหงาทางอารมณ์ต้องการมีปฏิสัมพันธ์

แบบใกล้ชิดมากกว่า ทั้งนี้จากการวิจัยที่ผ่านมาในประเด็นนี้ตั้งข้างต้นการวิจัยทั้งหมดเป็นการศึกษาในเชิงปริมาณ ดังนั้นจึงอาจทำให้ขาดผลการวิจัยในเชิงลึกที่จะได้จากการศึกษาด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ นอกจากนี้การวิจัยที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาข้อมูลในเชิงลึกเกี่ยวกับรูปแบบความเหงาที่เกิดขึ้นจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งการใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพในการศึกษาจะช่วยให้เห็นถึงรูปแบบของความเหงาที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ได้ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น

ดังที่กล่าวมาข้างต้นทำให้ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการศึกษาความเหงาในนักศึกษาที่มีพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ โดยเฉพาะในนักศึกษาปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องปรับตัวใหม่ทั้งในเรื่องของการเรียนสังคม และการใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัย รวมทั้งเป็นกลุ่มที่มีช่วงอายุสอดคล้องกับช่วงอายุที่มีพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์มากกว่าวัยอื่น เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงรูปแบบความเหงาในนักศึกษาที่มีพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับรูปแบบความเหงาที่เกิดขึ้นตามประสบการณ์ของนักศึกษา ซึ่งการวิจัยนี้จะทำให้ทราบถึงรูปแบบความเหงาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ อีกทั้งผลการวิจัยสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางสำหรับการส่งเสริม ป้องกัน และช่วยเหลือแก่นักศึกษาที่มีภาวะเหงาซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตในอนาคตได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบความเหงาในนักศึกษาปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ ที่มีพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้การวิเคราะห์แบบศึกษาเฉพาะกรณี มีวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยผู้ให้ข้อมูลหลักคือ นักศึกษาที่กำลังศึกษาในชั้นปีที่ 1 ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2562 มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ และมีพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ตั้งแต่ 3-8 ชั่วโมงต่อวัน หรือ 21-56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จำนวน 3 คน โดยกลุ่มตัวอย่างชั้นปีที่ 1 เป็นกลุ่มที่เหมาะสมในการศึกษาประเด็นของความเหงาเนื่องจากเป็นวัยที่มีความคาบเกี่ยวระหว่างวัยรุ่นและผู้ใหญ่ และต้องปรับตัวทั้งในด้านการเรียน การดำเนินชีวิต สังคม และกลุ่มเพื่อน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่สามารถทำให้เกิดความเหงาได้ รวมทั้งยังเป็นวัยที่ใช้เทคโนโลยีในการติดต่อสื่อสาร และมีการใช้สื่อสังคมออนไลน์สูงกว่าวัยอื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) โดยใช้คำถามแบบกึ่งโครงสร้าง ซึ่งมีคำถามเพื่อนำเข้าสู่ประเด็น (introducing questions) และเป็นแนวคำถามที่ได้กำหนดประเด็นไว้ล่วงหน้าแล้ว ส่วนหนึ่ง ได้แก่ ข้อมูลส่วนตัว ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และความเหงากับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และอีกส่วนหนึ่งเป็นคำถามเพิ่มเติมระหว่างการสัมภาษณ์ โดยยืดหยุ่นตามข้อมูลที่ได้จากกรณีศึกษาแต่ละราย วิธีการสัมภาษณ์เริ่มต้นจากคำถามปลายเปิด ซึ่งเป็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักและไม่กำหนดจำนวนข้อคำถาม แต่เป็นการถามเพื่อติดตามเรื่องราว โดยมีเครื่องมือประกอบการเก็บข้อมูล ได้แก่ สมุดบันทึก เครื่องบันทึกเสียง และปากกา เพื่อบันทึกประเด็นต่าง ๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลหลักให้ในระหว่างทำการสัมภาษณ์ อีกทั้งเพื่อ

ให้ได้ข้อมูลอย่างครบถ้วนและสามารถตรวจสอบได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้ทำการบันทึกทั้งการแสดงออกผ่านคำพูด (verbal communication) และไม่ผ่านคำพูด (non-verbal communication)

การเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย และให้เอกสารข้อมูลแก่บุคคลที่ผู้วิจัยติดต่อสอบถามไว้แล้วในเบื้องต้นเพื่อเข้าเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก

2. หลังจากที่ผู้ให้ข้อมูลหลักลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะทำการตกลงนัดหมายวันเวลา และสถานที่สำหรับการสัมภาษณ์

3. ผู้วิจัยจะทำการทบทวนข้อตกลงและสิทธิของผู้ให้ข้อมูลหลักให้ทราบอีกครั้ง พร้อมทั้งขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลหลักในการบันทึกเสียงและจดบันทึกขณะสัมภาษณ์ รวมถึงแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลหลักทราบว่า หากมีความรู้สึกไม่สบายใจเกิดขึ้นจากการสัมภาษณ์ สามารถแจ้งผู้วิจัยได้ทันที และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูลหลัก ก่อนจะเริ่มทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักตามแนวคำถามที่กำหนด ซึ่งในการวิจัยนี้ไม่มีผู้ให้ข้อมูลหลักท่านใดขอถอนตัวระหว่างการเก็บข้อมูล

4. ผู้วิจัยทำการถอดเทปการสัมภาษณ์ทันทีหลังจากสัมภาษณ์แล้วเสร็จ เพื่อตรวจสอบข้อมูลว่าครบถ้วนตามวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ หากพบว่าข้อมูลยังไม่ครบถ้วนในประเด็นใดประเด็นหนึ่ง ผู้วิจัยจะขออนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลหลักทำการสัมภาษณ์ในประเด็นดังกล่าวเพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยมีการประมวลข้อมูลที่ได้ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อให้สามารถติดตามประเด็นสำคัญระหว่างการสัมภาษณ์ได้อย่างครบถ้วน และภายหลังการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยมีการประมวลข้อมูลทั้งหมดอีกครั้งหนึ่ง โดยมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดเทปแบบคำต่อคำ (verbatim) ออกมาเป็นบทสนทนา (transcript) รวมไปถึงสิ่งที่ผู้วิจัยสังเกตเห็นเกี่ยวกับลักษณะของผู้ให้ข้อมูลทั้งก่อนการสัมภาษณ์ ขณะการสัมภาษณ์ และหลังการสัมภาษณ์ เช่น สีหน้าท่าทาง น้ำเสียง เพื่อเป็นการตรวจสอบข้อมูลว่าเพียงพอหรือไม่ หากไม่เพียงพอผู้วิจัยจะต้องติดต่อขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติม

2. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปแบบคำต่อคำ มาอ่านซ้ำหลาย ๆ รอบเพื่อทำความเข้าใจเนื้อหาและจัดระเบียบข้อมูล ทั้งข้อมูลที่เป็นคำพูดและข้อมูลที่ไม่ใช่คำพูดของผู้ให้ข้อมูลหลัก จากนั้นทำการให้รหัสข้อมูล (coding) บนข้อความที่มีความเกี่ยวข้องกับคำถามและวัตถุประสงค์การวิจัย และทำการจดบันทึกแยกไว้

3. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่มีรหัสกำกับไว้รวมเข้าด้วยกันเป็นหมวดหมู่ (categorization) โดยจัดข้อมูลที่มีความสอดคล้องกันตามประเด็นหลัก (themes) เข้าไว้ด้วยกัน ได้แก่ ประโยคสำคัญ คำพูด หรือแนวคิดที่ซ้ำกัน เพื่อความสะดวกในการเปรียบเทียบข้อมูล จากนั้นเรียบเรียงข้อมูลที่ได้ออกมาในรูปแบบบรรยาย

4. ผู้วิจัยอ่านข้อมูลที่จัดตามประเด็นหลักอีกครั้งและนำข้อมูลที่ได้มาทำการหาแบบแผน (patterns) โดยเลือกประเด็นหรือหัวข้อที่มีความสอดคล้องหรือแตกต่างกัน จากนั้นเรียบเรียงข้อมูลเพื่อเขียนผลการวิจัย

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมด 3 ราย เป็นเพศชายทั้งหมด ซึ่งมีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 18-20 ปีและกำลังศึกษาในปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 มีนามสมมติว่าผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 2 และ 3

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ของนักศึกษาปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ในส่วนนี้ได้แบ่งข้อมูลเป็น 3 ประเด็นคือ 1) ประเภทของสื่อสังคมออนไลน์ที่ใช้ 2) ระยะเวลาในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และ 3) ผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์

2.1 ประเภทของสื่อสังคมออนไลน์ที่ใช้

จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 3 ราย มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งสามารถแบ่งตามประเภทได้ 5 ประเภทคือ 1) ประเภทชุมชนออนไลน์ (community) โดยใช้ Facebook และ LINE เพื่อติดต่อกับบุคคลอื่นและติดตามข่าวสาร 2) ประเภทสื่อ (media) โดยใช้ YouTube เพื่อดูคลิปวิดีโอที่ชื่นชอบ 3) ประเภท microblogging โดยใช้ Twitter 4) ประเภทเกมออนไลน์ (online games) และ 5) ประเภทฝากรูปภาพ (photo management) โดยใช้ Instagram เพื่อติดตามสิ่งที่ชื่นชอบ

2.2 ระยะเวลาในการใช้สื่อสังคมออนไลน์

จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลัก 3 ราย มีระยะเวลาในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ประมาณ 3-8 ชั่วโมง และส่วนใหญ่มักจะใช้ในช่วงเวลาก่อนนอนวันหยุด รวมทั้งมีการใช้ระหว่างวันหรือช่วงพักระหว่างเรียน ซึ่งเป็นเวลาว่าง

2.3 วัตถุประสงค์ในการใช้สื่อสังคมออนไลน์

จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักมีการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อวัตถุประสงค์ 2 อย่างคือ 1) เพื่อความบันเทิงและผ่อนคลาย และ 2) เพื่อติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น โดยใช้เป็นจุดเริ่มต้นในการชักชวนคนรู้จัก รวมทั้งมีการใช้เพื่อติดต่อกับบุคคลที่อยู่ระยะไกล

2.4 ผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์

จากการสัมภาษณ์ พบว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์ทำให้เกิดผลกระทบทั้งเชิงสร้างสรรค์และเชิงลบ ดังนี้

2.4.1 ผลกระทบเชิงสร้างสรรค์ ได้แก่ เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2 มองว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์ทำให้มีการติดต่อสื่อสารที่สะดวกขึ้น และมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่า

2.4.2 ผลกระทบเชิงลบ ได้แก่ การใช้เวลามากเกินไปในการใช้สื่อสังคมออนไลน์และมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการใช้ ส่งผลให้เสียเวลาและเสียสมาธิจากกิจกรรมอื่นที่ทำอยู่ได้ง่าย

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบความเหงาและความสัมพันธ์ระหว่างความเหงากับพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในนักศึกษาที่มีพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ของนักศึกษาปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1

3.1 รูปแบบของความเหงาที่เกิดขึ้น

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีการกล่าวถึงความเหงาทางอารมณ์ ซึ่งเกิดจากการขาดปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 กล่าวว่าความรู้สึกเหงาที่เกิดขึ้นเป็นเพราะไม่มีการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่สนิทหรือสามารถพูดคุยด้วยได้

“ก็มีบางครั้งที่ไม่สบายใจ เวลาเพื่อนที่เราคิดว่าสนิทสนิทถึงขั้นที่เราจะชวนออกไปไหนมันไม่ว่าง กลับกันเราเหลือแต่เพื่อนที่แบบว่าก็รู้จักแหละแล้วก็รู้จักเรา... มันเป็นความคิดของเราเองว่าเรายังไม่สนิทกับเขามากพอที่จะชวนไปไหนมาไหนก็เลยกลายเป็นความว่างเปล่า คิดไปว่าการที่จะชวนเพื่อนใหม่ๆออกมาเที่ยวเนี่ยมันไม่ได้เลย”

“บางที่แบบว่าเพื่อนไม่ว่างกัน ไม่ไปไหนกันก็มีบางครั้งที่เกิดความไม่สบายใจขึ้นมา แบบว่าทำอะไรไม่ได้”

“มันคือความรู้สึกที่เรารู้สึกว่าเราต้องการใครสักคนมาคุยด้วย มาไปไหนไปนั้นไปนี้ด้วย แต่ในขณะที่เดียวกันนะ คนที่เราจะชวนไปไหนด้วยมันก็ต้องมีความสนิทซิดเชื่อในระดับหนึ่งเราถึงจะกล้าขอร้องเขา”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

ซึ่งสอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2 ที่ได้ให้ข้อมูลว่า “ปกติอยู่กับครอบครัวตลอด ครอบครัวก็จะให้กำลังใจตลอด ก็รู้สึกว่าไม่ค่อยเหงา แต่ว่าบางที่เขาจะแบบทำงานบ้าง ต้องไปทำงานต่างจังหวัด คุณย่าก็กลับบ้านที่ลำพูน เราอยู่คนเดียวก็เหมือนอยู่กับตัวเอง อยู่กับมือถือ ความคิดเราก็จะโหวงเหวงหน่อย มันก็จะเหงามากเป็นพิเศษ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีการกล่าวถึงความเหงาทางสังคม ซึ่งเกิดจากการขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 มองว่าความเหงา เป็นความเหงาจากการที่เห็นกลุ่มเพื่อนนัดพบปะกัน แต่ตนเองไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มและไม่ได้ทำกิจกรรมร่วมกัน

“มันขึ้นกับแต่ละครั้ง บางครั้งก็นาน บางครั้งก็ไม่นาน แต่ช่วงที่รู้สึกเหงาที่สุด น่าจะเป็นหยุดยาวสองสามวันที่ผ่านมา เพื่อนๆ กลับบ้านกันหมด แล้วเพื่อนๆ ที่จังหวัดผมทุกคนกลับไปเจอกัน ไปเที่ยวกลางคืน ถ่ายสตอรี่ลงร้านที่เราเคยไปนั่งด้วยกันเป็นแก๊ง อันนี้ผมก็ไม่รู้เหมือนกันว่ามันเป็นความรู้สึกคิดถึงหรือเป็นความรู้สึกเหงา แต่ว่ามันก็เป็นความรู้สึกที่เศร้ายๆ กับการที่เพื่อนเขาเจอกันแล้วไม่มีเราอยู่”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

ซึ่งสอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3 ที่มีความเหงาจากการเปลี่ยนแปลงมาเรียนจังหวัดที่ไกลจากจังหวัดเดิม และยังต้องมีการปรับตัวเพื่อหากกลุ่มเพื่อน

“ยังไม่สนิท ก็เลยไม่ค่อยคุยกันมาก”

“... ถ้าเราไม่เปิดไลน์กลุ่มก็คือไม่มีใครมาเตือนเรา เหมือนไม่สนิทกัน เขาก็ไม่เตือนเรา”

“ต่างจากมัธยมครับ มัธยมคืองานเล็กงานน้อยเพื่อนก็จะบอกเสมอ ต่างคนต่างเตือนกันนี่คือเราต้องเตือนตัวเอง ต้องเปิดไลน์ตลอด”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

3.2 การใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อจัดการกับความเหงา

สื่อสังคมออนไลน์เป็นสิ่งที่บุคคลเลือกใช้เพื่อจัดการกับความเหงา เนื่องด้วยการใช้สื่อทำให้บุคคลรู้สึกสนุก ผ่อนคลาย และได้ติดต่อกับบุคคลอื่นดังที่ได้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 3 ราย ดังนี้

“บางครั้งมันขาด gap ที่ผมบอกอะได้บางที่เรามีช่วงเวลาที่เราเหงา แล้วเราก็ทำอะไรดู, เล่นเกม มันก็พอจะฆ่าเวลาได้บ้าง ผมว่ามันก็มีส่วนช่วยนะ ผมว่าสื่อฯเป็นตัวช่วยที่ดีนะ...”

“นิดหนึ่งครับ อาจจะไม่ได้แก้ปัญหาก็ได้เลยแต่มันช่วยได้ ใช้คำว่าเยียวยาแล้วกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“อืม ... ก็ใช่ครับ ก็ในช่วงหนึ่งที่แบบพอเราใช้ แล้วมันก็หายเหงา...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

“ตอนที่ใช้...มัน (มัน = ความเหงา: ผู้วิจัย) ก็ลดลงนิดหนึ่ง”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเหงากับพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อช่วยจัดการความเหงา แต่จากผลการศึกษาพบว่าความเหงาที่เกิดขึ้นได้ถูกจัดการเพียงชั่วคราวเนื่องจากความเหงาจะลดลงขณะที่บุคคลกำลังใช้สื่อสังคมออนไลน์ แต่เมื่อกลับมาเผชิญหน้ากับโลกความเป็นจริงหรือไม่ได้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ บุคคลก็ยังคงเกิดความเหงาอยู่ โดยพบประเด็นเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเหงากับพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่น่าสนใจ 2 ประเด็น ดังนี้

3.3.1 สื่อสังคมออนไลน์ช่วยลดความเหงาได้เพียงบางส่วน

จากการศึกษาพบว่า สื่อสังคมออนไลน์ช่วยลดความเหงาเพียงแต่บางส่วน แต่ไม่สามารถช่วยให้บุคคลจัดการกับความรู้สึกเหงาได้ทั้งหมด ดังที่ได้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2 ได้ให้ข้อมูลว่าบางครั้งสื่อสังคมออนไลน์ไม่ได้เป็นสิ่งที่เขาต้องการ แม้จะมีการใช้เพื่อจัดการความเหงา แต่ความเหงานั้นก็ยังคงอยู่ และบางครั้งการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อจัดการความเหงาก็เป็นเพียงแต่การเบี่ยงเบนความสนใจมากกว่า เพราะสิ่งที่ตนต้องการไม่ได้ถูกเติมเต็ม

“ก็เคยใช้แอปหาคู่ด้วยครับ แต่ว่าพอเราใช้แล้วเรารู้สึกว่ามันไม่ใช่สังคมที่เราต้องการ บางทีแอปพวกนี้ส่วนใหญ่เขาเอาไว้หาคู่ไหนอะไรอย่างนี้เราก็รู้สึกว่ามันไม่ใช่ที่เราหา มันไม่ใช่อะไรแบบนี้เราก็เลยไม่ได้ใช้ แต่ว่าหลังๆ ก็แชทกับเพื่อนเหมือนเดิมครับ”

“อืม ... ก็ในช่วงหนึ่งที่แบบพอเราใช้ แล้วมันก็หายเหงา แต่ถามว่าความรู้สึกเหงานั้น มันหายไปเลยมัย มันก็ไม่ครบ เหมือนเราเบี่ยงเบนจากความรู้สึกเหงาไปแอบปีกับโซอื่นมากกว่า”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

3.3.2 ความสัมพันธ์ในสื่อสังคมออนไลน์ ยังไม่สามารถทดแทนความสัมพันธ์ในโลกความเป็นจริง

จากการศึกษาพบว่า การใช้หรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสื่อสังคมออนไลน์ไม่เหมือนกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลจริง และทำให้ความเหงาที่เกิดขึ้นยังคงอยู่ เนื่องจากบุคคลเพียงแค่เบี่ยงเบนความสนใจจากความเหงามาเป็นการใช้สื่อสังคมออนไลน์หรือความเหงาที่เกิดอาจลดลงบางส่วนเนื่องจากสื่อสังคมออนไลน์ช่วยให้บุคคลสนุกและผ่อนคลายรวมทั้งช่วยให้มีการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ อย่างไรก็ตามบุคคลก็ยังคงต้องการการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นแบบเผชิญหน้าโดยไม่ผ่านการใช้สื่อสังคมออนไลน์มากกว่า เนื่องจากสามารถพูดคุย แบ่งปันเรื่องราวหรือทำกิจกรรมที่สนใจร่วมกันได้ ดังที่ได้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 ให้ข้อมูลว่าบางครั้งการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อช่วยลดความเหงาก็ไม่สามารถช่วยได้ เนื่องจากการที่ต้องทำกิจกรรมคนเดียวและไม่มีบุคคลที่สามารถพูดคุยด้วยได้ ทำให้ความรู้สึกเหงายังคงอยู่

“เราเหงา เราไม่รู้จะทำอะไร เราเล่นเกมดีกว่า แต่เราก็เล่นเกมคนเดียว แล้วก็รู้สึกเหงาอยู่ดี... บางทีเราดูซีรีส์ เรารู้สึกเอ็นจอย แต่เราไม่รู้จะเล่าให้ใครฟัง ไม่รู้จะมีใครคุยด้วยในเรื่องแบบนี้ได้”

“ผมเป็นคนชอบเสพอะไรเกี่ยวกับฟุตบอลแล้วมันก็มีบางรายการบางคลิปที่เขาเอ็นเตอร์เทนเราในแบบของเพื่อนแบบว่าเรานั่งดูรีวิวฟุตบอลกับเพื่อนอะไรแบบนี้มันก็โอเค แต่ว่าบางทีมันก็ช่วยไม่ได้ตลอด บางทีเรารู้สึกว่าเราก็อยากคุยกับใครสักคนจริง ๆ มากกว่าที่มานั่งดูคลิปอะไรอย่างนี้”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักมีการใช้สื่อสังคมออนไลน์ส่วนใหญ่เป็นประเภทชุมชนออนไลน์ ได้แก่ Facebook, LINE เป็นต้น รองลงมาคือประเภทฝากรูปภาพ ได้แก่ Instagram ถัดมาคือประเภทสื่อ ได้แก่ YouTube และประเภทเกมออนไลน์ และสุดท้ายคือประเภท microblogging ได้แก่ Twitter โดยส่วนใหญ่เป็นการใช้เพื่อติดต่อกับเพื่อนหรือบุคคลอื่น และถัดมาเป็นการใช้เพื่อความบันเทิง โดยติดตามข่าวสารหรือเนื้อหาที่ตนเองสนใจ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของอรุณรัตน์ ศรีชูศิลป์ (2554) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักศึกษาปริญญาบัณฑิต คณะครุศาสตร์และศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยของรัฐ พบว่า นักศึกษามีการใช้สื่อสังคมออนไลน์ Facebook มากที่สุด รองลงมาเป็น YouTube และ Instagram ตามลำดับ โดยมีวัตถุประสงค์การใช้สอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้คือ ใช้เพื่อความบันเทิงมากที่สุด รองลงมาคือเพื่อศึกษาหาข้อมูล และพูดคุยสนทนาผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ตามลำดับ

เมื่อศึกษารูปแบบของความเหงาที่เกิดขึ้นพบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักมีทั้งความเหงาทางอารมณ์และ

ความเหงาทางสังคม โดยความเหงาทางอารมณ์เป็นความเหงาที่เกิดจากการขาดปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด (Weiss, 1973 อ้างถึงในชัยญมณ ดิษฐกุลนรภัทร, วศิมน พรพัฒน์กุล และวัชชา ไร่ทิม, 2554) เช่น เพื่อนสนิท ครอบครัว ฯลฯ ทำให้แม้ว่าจะมีกลุ่มสังคมที่ยอมรับหรือสามารถพูดคุยได้ แต่ก็ไม่สามารถช่วยลดความเหงารูปแบบนี้ได้ เนื่องจากบุคคลยังคงต้องการความสัมพันธ์ที่มีความหมายหรือลึกซึ้งที่สามารถที่จะพูดคุยหรือแลกเปลี่ยนเรื่องราวกันได้ อย่างสนิทสนม ส่วนความเหงาทางสังคมเกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Weiss, 1973 อ้างถึงใน ชัยญมณ ดิษฐกุลนรภัทร, วศิมน พรพัฒน์กุล และวัชชาภรณ์ ไร่ทิม, 2554) โดยเกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านการเรียนหรือที่อยู่อาศัย ทำให้ต้องห่างจากกลุ่มเดิมที่มีและต้องเริ่มต้นมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มใหม่ ซึ่งการหากกลุ่มใหม่ที่มีความชอบหรือความสนใจคล้ายคลึงกันอาจจะต้องใช้เวลาและความพยายามในการเข้าร่วมกลุ่ม จึงทำให้บุคคลรู้สึกเหงาและอ้างว้างในช่วงแรกเนื่องจากยังรู้สึกไม่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม แต่เมื่อสามารถเข้าร่วมและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม สามารถพูดคุยและแบ่งปันประสบการณ์ร่วมกันได้ ความเหงาทางสังคมที่เกิดขึ้นก็จะค่อย ๆ ลดลง

จากผลการวิจัยยังทำให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเหงาและพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ โดยพบว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นทางเลือกหนึ่งที่สามารถช่วยลดหรือบรรเทาความเหงาได้ ซึ่งผู้วิจัยพบประเด็นที่น่าสนใจ 2 ประเด็น ดังนี้ 1) จากการศึกษา พบว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์ช่วยลดความเหงาได้บางส่วน แต่ไม่สามารถช่วยจัดการความเหงาทั้งหมดที่เกิดขึ้นให้หายไปได้ โดยการใช้สื่อสังคมออนไลน์ช่วยลดความรู้สึกเหงาได้เพียงชั่วคราว เนื่องจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นเพียง

การชดเชยหรือเบี่ยงเบนความสนใจจากความรู้สึกเหงาไปสนใจสิ่งที่อยู่ในสื่อสังคมออนไลน์แทนเช่น การฟังเพลง การรับชมรับฟังสิ่งที่ชื่นชอบหรือเล่นเกม และกลุ่มในสังคมออนไลน์อาจไม่ใช่กลุ่มสังคมที่บุคคลต้องการ ทำให้ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหงายังคงอยู่และไม่ถูกแก้ไขให้ตรงจุด และอาจเนื่องมาจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ช่วยลดความรู้สึกเหงาได้เพียงบางส่วนเท่านั้นทำให้เมื่อไม่ได้ใช้สื่อสังคมออนไลน์หรือกลับเข้าสู่โลกความเป็นจริง ความรู้สึกเหงานั้นก็ยังคงอยู่ ดังเช่นการให้ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 2 ได้ให้ไว้ ซึ่งการเผชิญกับความสัมพันธ์ที่ไม่พึงพอใจในโลกความจริง หรือการรับรู้ว่าตนเองไม่เป็นส่วนหนึ่งของสังคมและไม่มีบุคคลใกล้ชิดที่แบ่งปันประสบการณ์ร่วมกันได้ก็จะเกิดความรู้สึกเหงาขึ้นมาได้อีก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของชัยญมณ ดิษฐกุลนรภัทร, วศิมน พรพัฒน์กุล และวัชชาภรณ์ ไร่ทิม (2554) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหงาและพฤติกรรมการกดถูกใจใน Facebook พบว่าความเหงาทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการต้องการให้ผู้อื่นกดถูกใจสถานะของตนเองใน Facebook ได้ แต่ความเหงาทางอารมณ์ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการต้องการให้ผู้อื่นกดถูกใจสถานะใน Facebook ได้ เนื่องจากบุคคลที่มีความเหงาทางสังคมต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มคน ในขณะที่บุคคลที่มีความเหงาทางอารมณ์อาจต้องการการมีปฏิสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด สามารถไว้วางใจ และพูดคุยเรื่องราวที่ลึกซึ้งได้มากกว่าการมีปฏิสัมพันธ์กับคนกลุ่มใหญ่ และ 2) จากการศึกษา แสดงให้เห็นถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในโลกออนไลน์ไม่สามารถทดแทนการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในโลกความเป็นจริงได้ อาจเพราะสังคมออนไลน์มีความสะดวกรวดเร็วและไม่มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาหรือสถานที่ ทำให้บุคคลสามารถพูดคุยกับบนสื่อสังคมออนไลน์เมื่อไหร่หรือที่ใดก็ได้แม้จะไม่ได้อยู่ด้วยกัน ซึ่งสิ่งนี้มีทั้งข้อดีและข้อเสีย เพราะ

การที่สื่อสังคมออนไลน์จะสะดวกและไม่มีข้อจำกัดดังกล่าว ทำให้บุคคลไม่ต้องพบปะกันก็สามารถติดต่อหรือแบ่งปันกิจกรรมร่วมกันได้ อย่างไรก็ตามการสื่อสารบนสื่อสังคมออนไลน์ไม่ได้ให้ความรู้สึกเหมือนการมีปฏิสัมพันธ์ในชีวิตจริง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Miller et al. (2017) ที่พบว่า ผู้ที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์มากขึ้นจะพัฒนาความโดดเดี่ยวทางสังคมมากขึ้น เพราะเวลาที่เพิ่มขึ้นในโลกสังคมออนไลน์อาจเข้ามาแทนที่ประสบการณ์ในสังคมจริง อีกทั้งบุคคลยังไม่สามารถแปลการปฏิสัมพันธ์บนโลกออนไลน์ไปสู่การปฏิสัมพันธ์จริง ๆ ทางสังคมได้ นอกจากนี้ในการใช้สื่อสังคมออนไลน์บุคคลยังคงต้องทำกิจกรรมบางอย่างคนเดียวและไม่มีบุคคลที่จะพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนเรื่องราวแก่กันและกัน และในบางครั้งการสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์อาจเป็นการสื่อสารหรือมีปฏิสัมพันธ์ฝ่ายเดียว เนื่องจากบุคคลไม่สามารถรับรู้หรือคาดเดาได้ว่าอีกฝ่ายรู้สึกหรือกำลังแสดงออกอย่างไร และบางครั้งยังเป็นการสื่อสารที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งสามารถหายไปหรือเลือกที่จะไม่ตอบกลับในทันทีได้ ทำให้อีกฝ่ายอาจเกิดความคับข้องใจเมื่อไม่ได้รับการตอบสนองที่ต้องการ ซึ่งแตกต่างจากการมีปฏิสัมพันธ์ในโลกความเป็นจริงที่บุคคลสามารถรับรู้และคาดเดาอีกฝ่ายได้จากการแสดงออกทางสีหน้า น้ำเสียง และท่าทาง ทั้งยังสามารถรับรู้ได้ว่าตนเองไม่ได้อยู่เพียงลำพัง

นอกจากนี้ในบางกรณียังพบว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อจัดการกับความเหงากลับกลายเป็นการทำให้บุคคลรู้สึกเหงามากยิ่งขึ้น ดังเช่นข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 1 ที่เมื่อเห็นภาพบน Instagram ของกลุ่มเพื่อนสนิทที่ทำกิจกรรมร่วมกันโดยไม่มีตนเองอยู่ด้วยก็ยิ่งทำให้เกิดความรู้สึกเหงามากขึ้น หรือข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 2 ที่สะท้อนให้เห็นว่าในบางครั้งความเหงาของตนยังคงอยู่เช่น

เดิมแม้ว่าตนจะใช้สื่อสังคมออนไลน์แล้วก็ตามสอดคล้องกับงานวิจัยของ Miller et al. (2017) ที่พบว่า บุคคลที่มีการใช้เวลาไปกับสื่อสังคมออนไลน์มากยิ่งขึ้นมีโอกาสรับรู้ความรู้สึกโดดเดี่ยวทางสังคมเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์กับความเหงา ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าอาจเป็นเพราะความเหงา ทำให้บุคคลหันมาใช้สื่อสังคมออนไลน์มากขึ้น หรืออาจเป็นไปได้ว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์ทำให้บุคคลรู้สึกเหงาเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเกิดจากการที่บุคคลขาดโอกาสมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดในโลกความเป็นจริง และหันไปใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อค้นหารูปแบบความสัมพันธ์ที่ต้องการมาทดแทนความสัมพันธ์ที่ตนเองไม่ได้รับหรือไม่พอใจ แต่เมื่อสังคมออนไลน์ไม่ได้ให้ความสัมพันธ์แบบที่ตนเองต้องการหรือบุคคลเกิดการเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น อาจทำให้บุคคลรู้สึกเหงาหรือรู้สึกโดดเดี่ยวมากขึ้น นอกจากนี้ความสัมพันธ์ระหว่างความเหงากับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ยังมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Hunt, Marx, Lipson & Young (2018) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการจำกัดการใช้สื่อสังคมออนไลน์ เพื่อลดความเหงาและความซึมเศร้าในนักศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ถูกจำกัดให้ใช้สื่อสังคมออนไลน์บนโทรศัพท์มือถือ 10 นาทีต่อวัน เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ มีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น รวมไปถึงความเหงาและอาการซึมเศร้าลดลงในกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยเรื่องความเหงาในนักศึกษาที่มีพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

1.1 จากการศึกษาเห็นได้ว่า กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักอาจเกิดความเหงาเนื่องจากต้องปรับตัวเข้ากับสังคม การใช้ชีวิต และการเรียนที่เปลี่ยนไป หน่วยงานของมหาวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง อาจนำผลการศึกษานี้ไปทำความเข้าใจ และหาแนวทางส่งเสริมและให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเหงาที่เกิดขึ้นในนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้ให้นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ได้สำรวจตนเองในเมืองต้น เนื่องจากภาวะเหงาเป็นหนึ่งในภาวะเริ่มต้นที่หากไม่ได้รับการดูแลใส่ใจ หรือแก้ไข อาจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ ตามมาได้

1.2 จากการศึกษา พบว่า แม้จะมีการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อช่วยจัดการความเหงา ก็ไม่สามารถจัดการความเหงาที่เกิดขึ้นได้ทั้งหมด ซึ่งหน่วยงานของมหาวิทยาลัยหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง อาจนำผลการศึกษานี้ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่เหมาะสมในนักศึกษาชั้นปีที่ 1 เพื่อส่งเสริมและป้องกันการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการจัดการความเหงาที่ไม่เหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะสำหรับประเด็นที่ควรมีการศึกษาวิจัยต่อไป

2.1 ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักอาจมีระดับหรือรูปแบบความเหงาที่แตกต่างจากนักศึกษาในชั้นปีเดียวกันหรือชั้นปีอื่น จึงควรศึกษาประเด็นนี้เพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่มากหรือหลากหลายขึ้น เช่น การเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างหรือการศึกษาในนักศึกษาชั้นปีอื่น ๆ เป็นต้น ว่ารูปแบบความเหงาในนักศึกษาที่มีพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์มีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร

2.2 เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักเพศชายทั้งหมดซึ่งเป็นข้อจำกัดหนึ่งของการวิจัยครั้งนี้ การวิจัยครั้งต่อไปจึงควรศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเพศหญิงร่วมด้วย

2.3 การศึกษาความเหงาในนักศึกษาที่มีพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ อาจมีความหลากหลายของประเภทสื่อสังคมออนไลน์ที่ใช้ จึงควรมีการศึกษาโดยแบ่งย่อยประเภทของสื่อสังคมออนไลน์ หรืออาจจำกัดเพียงแค่หนึ่งสื่อสังคมออนไลน์ เช่น การใช้ Facebook หรือ LINE เป็นต้น เพื่อให้เห็นถึงความเหงาที่เกี่ยวข้องกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่อาจเหมือนหรือแตกต่างกันในแต่ละประเภทสื่อ

2.4 การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบความเหงาที่พบในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นนักศึกษาที่มีพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์เท่านั้น จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มีผลต่อรูปแบบความเหงาที่แตกต่างกันด้วย

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- จิรภัทร เริ่มศรี และนันทารา ชูรัตน์. (2561). ผลกระทบจากการการใช้สื่อสังคมของวัยรุ่น. *วารสารสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ*, 3(1), 31-57. สืบค้น 21 กันยายน 2562, จาก <http://journal.svit.ac.th/index.php/1/article/view/41>
- จุฑารัตน์ สรวาณะวงศ์, ขจร ฝ่ายเทศ, ดวงแก้ว เงินพูนทรัพย์ และวัลลภา จันทร์ดี. (2560). พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. *วารสารบรรณศาสตร์ มศว*, 10(2), 16-31. สืบค้น 21 กันยายน 2562, จาก <http://ejournals.swu.ac.th/index.php/jlis/article/download/9954/8446>
- ชัยภูมิ ดิษกุลนรภัทร, วศิมน พรพัฒน์กุล และวัชชาภรณ์ ไร่ทิม. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพแบบหลงตนเอง ความเหงา การเพิ่มคุณค่าให้ตนเอง และพฤติกรรมการกดถูกใจในเฟซบุ๊ก (ปริญญาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐรดา อยู่ศิริ, สุพิชฌาย์ นันทพานนท์ และหทัยพร พีระชัยรัตน์. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดเผยตนเอง ความเหงา และการทำหน้าที่ของครอบครัวต่อพฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ต (ปริญญาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญยิ่ง คงอาชาภัทร และคณะ. (2561). การตลาดคนเหงา. (รายงานการวิจัย). นครปฐม : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประไพพรรณ ภูมิวุฒิสาร. (2530). *พัฒนาการวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภัททริกา กลิ่นเลขา. (2561). ผลกระทบจากการใช้สื่อโซเชียลมีเดียของนักศึกษามหาวิทยาลัยหาดใหญ่จังหวัดสงขลา. *การประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 9* (น.256-265).สงขลา: มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.
- วรวิร์ ธนประภต. (2545). *สาเหตุของความว้าวเหว และการเผชิญกับความว้าวเหวของนักเรียนประจำวัยรุ่น* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต) กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศศิประภา กระจ่างทีป. (2556). *สัมพันธภาพในครอบครัว ความเหงา การเห็นคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของนักศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์. (2561). *ETDA เปิดพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตปี 61 คนไทยใช้เน็ตเพิ่ม 10 ชั่วโมง 5 นาทีต่อวัน*. สืบค้น 20 กันยายน 2562, จาก <https://www.etda.or.th/content/etda-reveals-thailand-internet-user-profile-2018.html>

อรุณรัตน์ ศรีชูศิลป์. (2554). พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ของนักศึกษาปริญญาบัณฑิต คณะครุศาสตร์ ศึกษาศาสตร์ ในมหาวิทยาลัยของรัฐ (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร.

โอโนมา ใจอุดม. (2548). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหงากับพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ต.(วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี.

ภาษาต่างประเทศ

Anderson, L. R. & Loizos, M. M. (1999). Accessible friendships ,inclusive friendships, reciprocates friendships as relates to social and emotional loneliness in Greece and the USA. *European Psychologist*, 4, 165-178.

Cacioppo, J. T., Fowler, J. H., & Christakis, N. A. (2009). Alone in the crowd: The structure and spread of loneliness in a large social network. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(6), 977–991.

Hunt, M. G., Marx, R., Lipson, C., & Young, J. (2018). No More FOMO: Limiting Social Media Decreases Loneliness and Depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 37(10), 751–768.

Miller, E., Primack, B. A., Shensa, A., Sidani, J. E., Whaite, E. O., Lin, L. Y., Rosen, D., Colditz, J., Radovic, A. (2017). Social Media Use and Perceived Social Isolation Among Young Adults in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(1), 1–8.

Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA loneliness scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 472-480.

We are social. (2018). *GLOBAL DIGITAL REPORT 2018*. Retrieved September 19, 2019, from <https://digitalreport.wearesocial.com>

แนวทางการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม สำหรับผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดกำกึ่ง

อิสริย์ บุญยิ่งสถิตย์¹

Received: 10 กันยายน 2562

Revised: 20 พฤศจิกายน 2562

Accepted: 23 พฤศจิกายน 2562

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนแนวความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยบุคลิกภาพชนิดกำกึ่ง โดยผลจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวทางการบำบัดที่มีประสิทธิผลในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ แบบพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (Dialectical Behavioral Therapy) และการบำบัดแบบแผนความคิด (Schema Therapy)

บทความแบ่งการนำเสนอเป็นสามส่วน คือ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความผิดปกติทางบุคลิกภาพชนิดกำกึ่ง, แนวคิดพื้นฐานและเทคนิคของการบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (Dialectical Behavioral Therapy) และแนวคิดพื้นฐานและเทคนิคการบำบัดแบบแผนความคิด (Schema Therapy) บทความนี้จะนำเสนอข้อมูลเบื้องต้นสำหรับนักจิตวิทยาคลินิกหรือบุคลากรทางสุขภาพจิตที่ทำงานกับผู้ป่วยบุคลิกภาพชนิดกำกึ่ง

คำสำคัญ: การบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี การบำบัดแบบแผนความคิด โรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดกำกึ่ง

¹ นักจิตวิทยาฝึกปฏิบัติงานโรงพยาบาลสวนปรุง

Cognitive Behavioral Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder

*Isaree Boonyingsathit*¹

Received: 10 September 2019

Revised: 20 November 2019

Accepted: 23 November 2019

Abstract

The objective of this article was to review different types of cognitive behavioral therapy for borderline personality disorder. The evidenced-based research showed that the effective therapeutic models for these patients are dialectic behavioral therapy and schema therapy.

In this review, therefore, three sections of content were presented. The first section was general information about borderline personality disorder. The second section involved the fundamental concepts and techniques of dialectic behavioral therapy. The third section was the fundamental concepts and techniques schema therapy. The article might be fundamentally beneficial for clinical psychologists and mental health professionals working with patients with borderline personality disorder.

Keywords: dialectic behavioral therapy; schema therapy; borderline personality disorder

¹ Internship clinical psychologist, Suanprung Hospital

บทนำ

บุคลิกภาพผิดปกติเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งในระบบสาธารณสุข Torgersen, Kringlen และ Cramer (2011) (อ้างถึงใน เชียร์ชย์ งามทิพย์วัฒนา, 2559) รายงานว่า ประมาณ 1 ใน 10 ของประชากรวัยผู้ใหญ่มีลักษณะอาการทางคลินิกที่เข้าได้กับเกณฑ์วินิจฉัยบุคลิกภาพผิดปกติอย่างน้อยหนึ่งแบบ Zimmerman (2001) (อ้างถึงใน เชียร์ชย์ งามทิพย์วัฒนา, 2559) ได้กล่าวว่าจะอย่างน้อยร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยทางจิตเวชด้วยโรคใน Axis I จะมีปัญหาบุคลิกภาพผิดปกติร่วมกับโรคบุคลิกภาพผิดปกติโดยทั่วไปเป็นภาวะที่ผู้ป่วยมักไม่ทราบว่าเป็นความผิดปกติ ซึ่งจะเริ่มปรากฏให้เห็นในช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือผู้ใหญ่ตอนต้น ส่วนใหญ่ความผิดปกตินี้จะอยู่อย่างถาวร เปลี่ยนแปลงได้ยากค่อนข้างตายตัว (rigidly) ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง (ณททัย วงศ์ปการันย์ และ ทินกร วงศ์ปการันย์, 2555)

การวินิจฉัยโรคบุคลิกภาพผิดปกติตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition; DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม (cluster) ดังต่อไปนี้ กลุ่ม A มีลักษณะเด่น คือ เก็บตัวแยกตัว พฤติกรรมและความคิดแปลกประหลาด มักมีปัญหาในเรื่องการจัดการกระบวนความคิดของตัวเอง กลุ่ม B มีลักษณะเด่น คือ เจ้าอารมณ์ แสดงออกทางอารมณ์อย่างเด่นชัด มีปัญหาในการจัดการกับอารมณ์ มีพฤติกรรมเหมือนแสดงละคร คาตเดา ไม่ค่อยได้ รวมถึงชอบอยู่ท่ามกลางผู้อื่น และกลุ่ม C มีลักษณะเด่น คือ มีความวิตกกังวลสูง ซ้ำกั้ว หมกมุ่นอยู่กับตนเอง มีปัญหาในการจัดการความวิตกกังวล (รณชัย คงสกนธ์, 2558) โดยในโรคความผิดปกติทางบุคลิกภาพในกลุ่ม B (cluster B) เป็นผู้ที่

ลักษณะบุคลิกภาพแบบอารมณ์ไม่คงที่ไม่อยู่กับร่องกับรอยหรือเอาแน่เอานอนไม่ได้ (erratic) มักใช้อารมณ์มากกว่าเหตุผล ซึ่งในกลุ่มนี้ประกอบด้วย 4 บุคลิกภาพ ได้แก่ บุคลิกภาพผิดปกติชนิดหลงตัวเอง (Narcissistic Personality), บุคลิกภาพผิดปกติชนิดฮิสทรีโอนิก (Histrionic Personality), บุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่ง (Borderline Personality) และ บุคลิกภาพผิดปกติชนิดต่อต้านสังคม (Antisocial Personality) (จิตพันธ์ ธานีรัตน์, 2555)

ผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งจะมีลักษณะของการแปรปรวนอย่างมาก ไม่แน่นอน และไม่มี ความมั่นคงในหลากหลายด้าน ได้แก่ อารมณ์ พฤติกรรม สัมพันธภาพกับผู้อื่น และอัตลักษณ์ของตนเอง (self-identity) (นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2559) โดยมักจะมองทุกสิ่งที่เกิดขึ้นเพียงด้านเดียวอย่างสุดโต่ง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยที่มีลักษณะของการรักแรง - เกลียดแรง มักทนการอยู่คนเดียวไม่ได้ กลัวการถูกทอดทิ้ง รู้สึกว่างเปล่า และมักมีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาในชีวิต เช่น การเปลี่ยนคู่นอนบ่อย การใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดชนิดต่าง ๆ มีพฤติกรรมการทำร้ายตัวเองซ้ำ ๆ รวมถึงการพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อเรียกร้องความสนใจ หรือการแสดงความโกรธหรือความตั้งใจที่จะเสียชีวิต (จิตพันธ์ ธานีรัตน์, 2555) โดยโรคบุคลิกภาพชนิดก้ำกึ่งสามารถพบได้ประมาณร้อยละ 1 – 2 ของประชากรทั่วไป และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มักมีการวินิจฉัยโรคร่วมที่หลากหลาย เช่น โรคซึมเศร้า (MDD), โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia), โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder), โรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางการกิน (Eating disorder) และภาวะการใช้สารในทางที่ผิด (Substance Abuse) เป็นต้น และพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่ง และมีการวินิจฉัยโรคร่วมด้วยจะทำให้การดูแลรักษาเป็นไปได้ยากจึงต้องการการดูแลรักษาที่เข้มข้นขึ้น (Gunderson & Links, 2008)

โรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งเป็นโรคบุคลิกภาพที่รักษาได้ยากมักเกิดปัญหาในการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งจะมีลักษณะของการฟุ้งเฟ้อ เจ้าอารมณ์ และมีความแปรปรวนทางอารมณ์อย่างมาก ซึ่งส่งผลต่อการบำบัดรักษา โดยผู้รักษาที่ขาดประสบการณ์ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งอาจทำให้ผลประโยชน์ทางการรักษาแก่ผู้ป่วยมากไปและบางครั้งก็อาจจะให้น้อยเกินไป ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพมากนักทำให้มีการดำเนินโรคที่ยาวนานมากขึ้น (ณททัย วงศ์ปการันย์ และ ทินกร วงศ์ปการันย์, 2555)

คลื่นลูกที่สามของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (third wave cognitive behavioral therapy) ให้ความสำคัญกับบริบทและกลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงเชิงประสบการณ์ (Carvalho et al., 2017) จากการรวบรวมวรรณกรรมพบว่า การบำบัดที่เป็นคลื่นลูกที่สามทางความคิดและพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพกับโรคความผิดปกติทางบุคลิกภาพชนิดก้ำกึ่ง (Zanarini, 2009; Ogrodniczuk, 2011) คือ พฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (Dialectical Behavior Therapy: DBT) (Linehan et al., 1999; Paris, 2010) และการบำบัดแบบแผนความคิด (Schema Therapy: ST) (Giesen-Bloo et al., 2006; Van Asselt et al., 2008; Sempertegui et al., 2013) บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคความผิดปกติทางบุคลิกภาพชนิดก้ำกึ่ง และการบำบัดทั้งสองแบบ โดยการนำเสนอจะแบ่งเป็นสามส่วน คือ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความผิดปกติทางบุคลิกภาพชนิดก้ำกึ่ง, การบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (Dialectical Behavior Therapy) และการบำบัดแบบแผนความคิด (Schema Therapy)

1. โรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่ง (Borderline Personality disorder: BPD)

คำว่า Borderline หมายถึง เส้นที่แบ่งระหว่าง neurosis กับ psychosis คือ ยังไม่สูญเสียการรับรู้ความเป็นจริง กับ สูญเสียการรับรู้ความเป็นจริงแล้ว (ชิตินันท์ ธานีรัตน์, 2555) โดยการวินิจฉัยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งตาม DSM-5 (American Psychiatric Association, 2012) ของโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งจะมีลักษณะตรงตามเกณฑ์ต่อไปนี้

A. ความบกพร่องทางของบุคลิกภาพอย่างมีนัยสำคัญแสดงให้เห็นโดย:

1. มีความบกพร่องในการทำงานของตัวตน (Self) (a หรือ b)

a. เอกลักษณ์ / ตัวตน: เสื่อมลงอย่างชัดเจน, มีการพัฒนาการที่ไม่ดี, หรือ มีภาพลักษณ์เกี่ยวกับตนเองไม่คงที่ มักจะเกี่ยวข้องกับการวิจารณ์ตนเองอย่างมาก; มีความรู้สึกว่างเปล่าเรื้อรัง; แยกตัวเมื่ออยู่ภายใต้ความเครียด

b. การกำกับตนเอง: มีความไม่ชัดเจนในเป้าหมาย, แรงบันดาลใจ, คุณค่า หรือการวางแผนอาชีพ

และ

2. มีความบกพร่องในความสามารถในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (a หรือ b)

a. การเอาใจใส่: มีความสามารถในการรับรู้อารมณ์และความต้องการของผู้อื่นลดลงซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึกหวาดกลัวอย่างมากในสัมพันธภาพ (เช่น แนวมโน้มที่จะรู้สึกโดดเดี่ยว ถูกดูถูก หรือ ถูกจู่โจม) มีการรับรู้ผู้อื่นอย่างมีอคติเนื่องจากมีลักษณะที่เป็นไปในทางลบหรือความเปราะบาง

b. ความไม่ใกล้ชิด: มักมีความเข้มข้นไม่มั่นคง และมีความขัดแย้งในความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด ซึ่งเกิดขึ้นจากความไม่ไว้วางใจ ความต้องการ และความวิตกกังวล โดยเกี่ยวกับความคิดทั้งที่เป็นจริงและเพียงความคิดของการถูกทอดทิ้ง; สัมพันธภาพที่ใกล้ชิดมักจะถูกมองในรูปแบบของอคติและการถูกลดค่าอย่างที่สุด และสลับกันระหว่างการยุ่งเกี่ยวมากเกินไปและการถอนตัว

B. มีพยาธิสภาพทางบุคลิกภาพในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. การมีอารมณ์ทางลบ โดยสามารถแยกได้ดังนี้

a. มีความบกพร่องของอารมณ์: มีอารมณ์ที่ไม่คงที่และเปลี่ยนแปลงบ่อย; ถูกกระตุ้นอารมณ์ได้ง่าย เข้มข้น และ/หรือ เกินไปกว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

b. ความวิตกกังวล: มีความกังวลอย่างมาก, ตึงเครียด หรือ อาการ panic มักจะเกิดเป็นการตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดจากสัมพันธภาพ; กังวลเกี่ยวกับอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้นกับเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ในอดีตและความเป็นไปได้ในทางลบที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต; รู้สึกหวาดกลัว หรือถูกคุกคามด้วยความไม่แน่นอน; กลัวจะไม่สามารถควบคุมได้

c. รู้สึกไม่มั่นคงเกี่ยวกับการแยกจาก: กลัวการถูกปฏิเสธจาก และ/หรือ การแยกจากจากบุคคลที่สำคัญ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความกลัวจากการพึ่งพิงอย่างมากและการสูญเสียอิสระในการปกครองตนเองไปโดยสิ้นเชิง

d. ความซึมเศร้า: มีความรู้สึกหดหู่ ทนทุกข์ และ/หรือ สิ้นหวังบ่อยครั้ง; ยากที่จะนำตัวเองออกจากอารมณ์ดังกล่าว; มองอนาคตในแง่ร้าย; มีความรู้สึกผิดที่แผ่ไปทั่ว; มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า; มีความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

2. การไม่สามารถยับยั้งตนเองได้ จำแนกได้ดังนี้

a. การหุนหันพลันแล่น: มีการกระทำเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่กระตุ้นในขณะนั้น; ลงมือกระทำโดยไม่ได้มีการวางแผนหรือพิจารณาถึงผลลัพธ์ที่เกิดอาจตามมา; ยากลำบากที่จะวางแผนหรือทำตามแผน; ในสถานการณ์ที่มีความตึงเครียดทางอารมณ์จะมีลักษณะที่เร่รุ่มและมีพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง

b. การรับความเสี่ยง: มีกิจกรรมที่อันตราย เสี่ยง เป็นอันตรายต่อตนเองโดยไม่ได้คำนึงถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น; ขาดการพิจารณาถึงข้อจำกัดของตนและอันตรายต่อตนเอง

3. การต่อต้าน/ การเป็นปรปักษ์ จำแนกได้ดังนี้

a. ความไม่เป็นมิตร: มีอารมณ์โกรธบ่อย ๆ; โกรธหรือหงุดหงิดกับการโดนดูถูกแม้เพียงเล็กน้อย

C. ความบกพร่องในหน้าที่และการแสดงออกของลักษณะบุคลิกภาพของบุคคลที่จะแสดงออกมาอย่างคงที่และเหมือนกันไปทุกสถานการณ์

D. ความบกพร่องของบุคลิกภาพและการแสดงออกของบุคคลไม่สามารถอธิบายได้โดยพัฒนาการตามช่วงวัยหรือมิติทางสังคมวัฒนธรรมของบุคคล

E. ความบกพร่องในหน้าที่และการแสดงออกของลักษณะบุคลิกภาพของบุคคลไม่ได้เป็นผลโดยตรงจากการใช้สาร (เช่น สารเสพติด, การใช้ยา) หรือจากภาวะทางกาย (เช่น การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ)

ลักษณะทางคลินิกที่สำคัญ

ผู้ป่วยมีอารมณ์ที่แปรปรวนอย่างมาก มีลักษณะคุ้มดีคุ้มร้าย ดูเหมือนกับอยู่ในภาวะวิกฤติ (crisis) ตลอดเวลา ยากลำบากในการประคับประคองความสัมพันธ์ (intense instability of interpersonal

relationship) มีความสุดโต่งในทุกเรื่อง คือ ผู้ป่วยจะมองสิ่งที่เกิดขึ้นเพียงด้านเดียวในสองด้านอย่างสุดโต่ง มีลักษณะ “รักแรง-เกลียดแรง” (รณชัย คงสกนธ์, 2558) มีความลำบากในการอยู่ด้วยตนเอง และการควบคุมอารมณ์ มีลักษณะกลัวหรือกังวลไปทุกอย่าง กลัวการถูกทอดทิ้งและต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว รู้สึกว่างเปล่าเรื้อรัง (emptiness) โหยหาความรักทำให้ผู้ป่วยสนิทกับคนแปลกหน้าได้ภายในระยะเวลาสั้น ๆ ซึ่งนำไปสู่การสำส่อนทางเพศ (จิตติพันธ์ ธาณิรัตน์, 2555) การสับสนในภาพลักษณ์ของตนเอง (self-identity) หรือแม้กระทั่งในอัตลักษณ์ทางเพศ ทำให้ไม่แน่ใจในรสนิยมทางเพศ (sexual preference) (ณททัย วงศ์ปการันย์ และ ทินกร วงศ์ปการันย์, 2555) เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาอุปสรรคหรือความเครียด ผู้ป่วยจะใช้กลไกทางจิตหลักอยู่ 2 แบบ ได้แก่ splitting คือการใช้วิธีมองปัญหาหรือมองบุคคลเพียงด้านใดด้านหนึ่งแบบสุดโต่ง และใช้ projective identification ในระดับจิตสำนึก โดยโยนความไม่ดี (badness) ไปที่บุคคลอื่น (จิตติพันธ์ ธาณิรัตน์, 2555) ยิ่งไปกว่านั้นผู้ป่วยมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น (impulsivity) เช่น การเล่นพนัน ความผิดปกติทางการกินแบบบูลิเมีย ขับรถโดยประมาท การใช้แอลกอฮอล์ และสารเสพติด อีกทั้งมีพฤติกรรมที่แสดงว่าไม่ยอมมีชีวิตอยู่ พยายามฆ่าตัวตาย และทำร้ายตัวเองซ้ำแล้วซ้ำเล่าเพื่อเรียกร้องความสนใจ และขอความช่วยเหลือจากผู้ซึ่งมีความสำคัญกับผู้ป่วย หรือแสดงออกความโกรธ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553)

ระบาดวิทยา

โรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งสามารถพบได้ประมาณร้อยละ 1 – 2 ของประชากรโดยทั่วไป พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (นวนันท์ ปิยะวัฒน์ กุล, 2559) และมักมีการวินิจฉัยโรคร่วมที่หลากหลาย ได้แก่ โรคซึมเศร้า (MDD), โรคซึมเศร้าเรื้อรัง

(Dysthymia), โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder), โรคที่เกี่ยวกับความผิดปกติทางการกิน (Eating disorder), ภาวะการใช้สารในทางที่ผิด (Substance abuse), การใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิด (Alcohol abuse) (Gunderson & Links, 2008)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของการเกิดโรค

ปัจจัยทางชีวภาพก็มีผลทำให้เกิดโรคเนื่องจากพบว่า ผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะมีынที่ผิดปกติมากกว่าคนทั่วไป มีความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าสมอง มีความผิดปกติของ dexamethasone suppression test และ thyrotropin releasing hormone test (นวนันท์ ปิยะวัฒน์ กุล, 2559) ตามทฤษฎีของ Mahler (1971) เชื่อว่าในช่วงของ separation-individuation ซึ่งเป็นขั้นที่ทารกพัฒนาความเข้าใจในขอบเขตและความรู้สึกของตนเอง ผู้ป่วยอาจถูกทิ้ง ไม่ได้ได้รับความอบอุ่นโดยตัวผู้ป่วยไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะได้รับความอบอุ่นหรือไม่อยู่เป็นประจำ (Edward, Ruskin & Turrini, 1991) นอกจากนี้การที่เด็กถูกทารุณกรรมทางเพศ ถูกทอดทิ้ง และการดูแลเด็กที่มากเกินไปก็สามารถเกิดปัญหา ยิ่งไปกว่านั้น Kernberg (1984) ได้อธิบายขั้นพัฒนาการของบุคลิกภาพว่าเด็กที่มีพัฒนาการติดขัดในช่วงอายุประมาณ 36 เดือน หรือระยะ oedipal ซึ่งเป็นขั้นของการรวมเข้ากับผู้อื่น (integration of self representation and object representation) ส่งผลให้ส่วนที่ดีของตนเองและของผู้อื่นถูกปกป้องจากส่วนไม่ดีด้วยกลไกการแบ่งแยกที่เกิดขึ้นในระยะการแยกตนเองออกจากบุคคลอื่น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถคิดได้ว่าคนเรามีทั้งส่วนที่ดีและไม่ดีในตัวเสมอ แต่จะมีมุมมองแบบขาวกับดำ (all good-all bad) (Kernberg, 1984; ณททัย วงศ์ปการันย์ และ ทินกร วงศ์ปการันย์, 2555) นอกจากนี้ รูปแบบความผูกพัน (attachment pattern) ที่เป็นการได้รับบาดเจ็บในระหว่างพัฒนาการ

(developmental trauma) มีผลกับการเกิดโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งได้เช่นกัน (เชียรชัยงามทิพย์วัฒนา, 2559)

การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค

จากการศึกษาของ Gunderson et al. (2011) พบว่า ผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งมีอัตราการหายที่สูงและการกลับมาเป็นซ้ำต่ำกว่าโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดอื่น ๆ รวมถึงโรคซึมเศร้า ยิ่งไปกว่านั้นยังพบว่าผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งมีทักษะทางสังคมที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่อย่างไรก็ตามยังคงมีความบกพร่องมากกว่าถ้าเทียบกับโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดอื่น ๆ ซึ่งผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับปัญหาสัมพันธภาพที่ไม่มั่นคงและไม่ยั่งยืน ทำให้มีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตายอยู่บ่อยครั้ง โดยลักษณะนี้ของผู้ป่วยแทบจะคงที่ตลอดชีวิต และพบโอกาสที่สูงมากต่อการเป็นโรคซึมเศร้า (จิตพันธ์ ธานีรัตน์, 2555)

แนวทางการรักษา

โรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งมีพฤติกรรมและทัศนคติที่ดำเนินมาเป็นเวลานานจนเป็นส่วนหนึ่งของผู้ป่วยคุ้นเคย (ego-syntonic) สิ่งที่ต้องทำเป็นประการแรก คือ ผู้ป่วยต้องเรียนรู้ว่าสิ่งเหล่านี้เป็นปัญหาและก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ทั้งในการดำเนินชีวิตและสัมพันธภาพ ซึ่งการทำจิตบำบัดเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิผล โดยที่ผ่านมารักษาที่มีประสิทธิผลกับโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งได้แก่ การบำบัดรักษาแบบเมนทัลลิเซชัน (Mentalization-based treatment: MBT) ช่วยลดความยุ่งยากในการจัดการปัญหาต่าง ๆ ทำให้การรักษาสัมพันธภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้น รวมถึงช่วยลดลักษณะของพยาธิสภาพทางบุคลิกภาพ พฤติกรรมทำร้าย

ตัวเองและการฆ่าตัวตาย (Bateman และ Fonagy, 2004 อ้างถึงใน Zanarini, 2009; Bales et al., 2012) และการรักษาแบบ Transference-focused Psychotherapy (TFP) สามารถลดพยาธิสภาพทางบุคลิกภาพ การพยายามฆ่าตัวตาย ลักษณะหุนหันพลันแล่น และอารมณ์หงุดหงิดง่ายของผู้ป่วยได้ (Clarkin et al., 2007 อ้างถึงใน Zanarini, 2009; Fischer-Kern et al., 2015) อีกทั้งยังมีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเห็นกรอบแนวคิดของตนเอง และใช้พฤติกรรมบำบัดร่วมด้วย เพื่อควบคุมพฤติกรรมที่ก้าวร้าว หุนหันพลันแล่น (เชียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2559) ร่วมกับการรักษาด้วยยา โดยส่วนใหญ่มุ่งให้ยารักษาอาการ 2 กลุ่ม 1. ยากลุ่ม mood stabilizer ช่วยลดอารมณ์โกรธ และอาการซึมเศร้า 2. ยารักษาโรคจิต ช่วยในการรักษาอาการความคิดและการรับรู้ และการควบคุมอารมณ์ (ณททัย วงศ์ปการันย์ และ ทินกร วงศ์ปการันย์, 2555)

นอกจากนี้ การบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัด วิชาวิธี (Dialectical Behavior Therapy: DBT) (Linehan, 1993) และการบำบัดแบบแผนความคิด (Schema Therapy: ST) (Young, 1990) ยังเป็นวิธีการบำบัดที่มีประสิทธิภาพกับโรคความผิดปกติทางบุคลิกภาพชนิดก้ำกึ่ง ซึ่งในบทความนี้จะนำเสนอแนวคิดพื้นฐานและเทคนิคการบำบัดของทั้งสองวิธี

2. การบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดวิชาวิธี

การบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดวิชาวิธี (Dialectical Behavior Therapy: DBT) ถูกพัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีชีวสังคม (biosocial model) โดย Marsha Linehan เพื่อรักษาโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งโดยเฉพาะ (ณททัย วงศ์ปการันย์ และ ทินกร วงศ์ปการันย์, 2555) ซึ่งเป็นการบำบัดที่รวมเอาหลัก

ของพฤติกรรมบำบัดกับหลักของพุทธศาสนา นิยายเซน (การยอมรับ และ สติ) เข้าด้วยกัน (McKay, Wood & Brantley, 2007) มีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือบุคคลในการจัดการอารมณ์ที่มากมายและยากจะจัดการโดยเรียนรู้ประสบการณ์นั้นด้วยตัวเองและยอมรับมัน (Grace, 2017)

ความหมายของคำว่าวิภาษวิธี (Dialectical)

Linehan (1993) ได้ให้ความหมายของ Dialectical ไว้ว่า เป็นพื้นฐานทางธรรมชาติของความ เป็นจริง และการโน้มน้าวจากการสนทนาหรือสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

Dimeff and Linehan (2008) ได้ให้ความหมายของ Dialectical ว่าเป็นการสังเคราะห์หรือรวบรวมให้เกิดความสมดุลระหว่างของสองสิ่งที่อยู่ตรงข้ามกัน ซึ่งจะส่งเสริมให้เกิดการยอมรับ (acceptance) และการเปลี่ยนแปลง (change) ในผู้ป่วย

ณทัย วงศ์ปการันย์ และทินกร วงศ์ปการันย์ (2555) ได้ให้ความหมายของ Dialectical ไว้ว่า เป็นการถ่วงดุลที่จะเป็นตัวนำ หรือตัวที่จะชี้แนะให้ผู้ป่วยบำบัดเกิดสมมติฐานในปัญหาของผู้ป่วยที่จะทำให้เขาเข้าใจมากขึ้น รวมทั้งนำสมมติฐานไปใช้ในการรักษา ส่วนบทสนทนาและสัมพันธภาพ จะหมายถึงวิธีการรักษาและวิธีที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

ดังนั้นความหมายของ วิภาษวิธี (Dialectical) คือ การสังเคราะห์ให้เกิดความสมดุลของสองสิ่งที่อยู่ตรงข้ามกันเพื่อให้เกิดการยอมรับ (acceptance) และการเปลี่ยนแปลง (change) ซึ่งจะใช้สัมพันธภาพและการสนทนาที่มีลักษณะของการโน้มน้าว ถ่วงดุล เพื่อนำให้ผู้ป่วยได้เข้าใจปัญหาของผู้ป่วย และนำสิ่งที่ได้ไปใช้ในการรักษา

มุมมองการบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธีต่อโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่ง

Linehan (1993, อ้างถึงใน Gunderson & Links, 2008) ได้เสนอส่วนสำคัญของพยาธิสภาพบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีชีวสังคมนั้นก็คือ ไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ (emotional dysregulation) ที่เกิดขึ้นจากความเปราะบางตั้งแต่แรกเกิดและสภาพแวดล้อมในวัยเด็กที่ไม่มั่นคง ทำให้ผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งจะอารมณ์แปรปรวนได้อย่างรวดเร็วและรุนแรง ต้องใช้เวลาและการจัดการที่ดีในการที่จะทำให้สงบลง ความผิดปกติของระบบการควบคุมอารมณ์เกิดขึ้นจากอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ มีความเปราะบางทางอารมณ์และวิธีการจัดการอารมณ์ที่ไม่ดีพอ ซึ่งความล้มเหลวในการจัดการอารมณ์อาจเกิดจากความหุนหันพลันแล่น การแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม และความขัดแย้งระหว่างบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการแสดงออกที่เป็นอันตรายต่อตนเองของผู้ป่วย ทำให้ DBT ให้ความสำคัญต่อการลดการหลบหนีหรือการแสดงออกอารมณ์ทางลบเหล่านั้น

รูปแบบการบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี

Linehan (1993) ได้นำวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) มาประยุกต์ใช้กับปัญหาของผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่ง ซึ่ง DBT จะให้ความสำคัญกับการประเมินแนวโน้มของพฤติกรรม กำหนดรูปแบบการบำบัดที่เหมาะสมและทำงานร่วมกับความสัมพันธ์ของผู้บำบัดและผู้ป่วย ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้านใหญ่ ได้แก่ ด้านแรกให้ความสำคัญกับการยอมรับและการตรวจสอบพฤติกรรม ณ เวลานั้น ๆ โดยจะเน้นความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงและการยอมรับโดยที่ DBT

ให้ความสำคัญในเรื่องการยอมรับตนเองของผู้ป่วย ณ เวลานั้น ๆ ซึ่งไม่ใช่การยอมรับเพื่อที่จะเปลี่ยนแปลง การยอมรับในการบำบัดแบบ DBT เป็นการรวมวิธีการบำบัดทางตะวันตกและการฝึกสติตามวิธีการรักษาทางตะวันออกเข้าด้วยกัน ด้านที่สองจะให้ความสำคัญกับพฤติกรรมที่รบกวนการรักษาของทั้งผู้ป่วยและผู้บำบัดโดยจะเป็นการเน้นพฤติกรรมของความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีต่อผู้บำบัด (Transference) และความรู้สึกที่ผู้บำบัดมีต่อผู้ป่วย (Countertransference) ด้านต่อมาให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ในการบำบัดซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความก้าวหน้าในการรักษาของ DBT เหมือนเป็นฝึกทักษะทางจิตสังคมในความสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วย และในด้านสุดท้ายจะมุ่งเน้นไปที่กระบวนการแนววิภาษวิธี

ยุทธวิธีในการรักษา (treatment strategies)

ณัททัย วงศ์ปการันย์ และ ทินกร วงศ์ปการันย์ (2555) ได้แบ่งยุทธวิธีในการรักษาของการบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี ไว้ดังนี้

1. ยุทธวิธีการรักษาแบบวิภาษวิธี ประกอบไปด้วย 3 ส่วนย่อย

1.1 การทำให้เกิดความสมดุล ผู้บำบัดจะทำให้มีการสลับไปมาระหว่างการยอมรับและการเปลี่ยนแปลง

1.2 การเป็นแบบอย่างในการคิดและแสดงออกแนววิภาษวิธี ผู้บำบัดจะพยายามหาสิ่งที่ไม่ดีในตัวของผู้ป่วย และตั้งข้อสังเกต ชวนให้ผู้ป่วยคิดต่อเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยคิดว่าคงอยู่อย่างถาวร และผู้บำบัดสนับสนุนวิธีเดินสายกลาง

1.3 การใช้ข้อขัดแย้ง (paradox) เป็นการอุปมาอุปไมยเพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นและเข้าใจง่าย

2. ยุทธวิธีหลัก (core strategies) ประกอบไปด้วย 2 วิธีหลัก

2.1 การยอมรับและเข้าใจ ในเวลาปกติผู้ป่วยมักมีมุมมองว่าพฤติกรรมของเขาเป็นทางออกในการแก้ปัญหา (แต่เป็นปัญหาในสายตาผู้อื่น) ซึ่งในมุมมองของผู้บำบัดจะมองว่าพฤติกรรมเหล่านี้เป็นปัญหา และต้องแก้ไข การยอมรับและเข้าใจ มีอยู่ 2 ประเภท

2.1.1 ผู้บำบัดพยายามที่จะค้นหาสิ่ง ที่ถูกต้อง ค่านิยมที่ดีในอารมณ์ ความคิด หรือ พฤติกรรมของผู้ป่วยในบริบทของสถานการณ์นั้น ๆ ด้วยการยอมรับและเข้าใจตัวตนผู้ป่วย

2.1.2 เกิดขึ้นจากการสังเกตของผู้ บำบัด และความเชื่อที่ว่าผู้ป่วยสามารถออกจาก การดำเนินชีวิตแบบเดิมและสร้างชีวิตใหม่ที่มีคุณค่าขึ้นมาได้ ต้องพยายามดึงศักยภาพของผู้ป่วยขึ้นมา

2.2 การแก้ปัญหา (problem solving) ผู้บำบัด ต้องมองการแก้ปัญหายังเป็นระบบ ได้แก่

2.2.1 การวิเคราะห์พฤติกรรมหนึ่ง ๆ ที่นำไปสู่พฤติกรรมที่เป็นปัญหา

2.2.2 การวิเคราะห์วิธีการแก้ปัญหา และพัฒนาทางเลือกอื่น

2.2.3 การแนะนำหรือสอนผู้ป่วยให้ รู้วิธีการแก้ปัญหาที่ได้ค้นพบ

2.4 ทำข้อตกลงร่วมกัน

2.5 การนำไปใช้

3. ยุทธวิธีการใช้รูปแบบ (stylistic strategies) เป็นทักษะในการสื่อสารของผู้บำบัด ซึ่งมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น น้ำเสียง ความหนักเบา ความเร็วในการพูด และการตอบสนอง

การฝึกทักษะ (skill training)

ณัททัย วงศ์ปการันย์ และ ทินกร วงศ์ปการันย์ (2555) กล่าวว่า การฝึกทักษะมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และเสริมทักษะในการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับปัญหาในการใช้ชีวิต ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ทักษะ ได้แก่

ทักษะการฝึกสติ (Mindfulness skill) จะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับและอดทนต่ออารมณ์ที่รุนแรง โดยจะเป็นการใส่ใจ จดจ่อในขณะเวลาหนึ่ง ๆ แต่ไม่ตัดสินว่าดีหรือไม่ดี ซึ่งหลักการคือจะมี อะไร 3 อะไร และ มี อย่างไร 3 อย่างไร

ทักษะ “อะไร” ประกอบไปด้วย

การสังเกต คือ การสร้างรูปแบบการดำเนินชีวิตให้มีสติ (awareness) โดยให้ผู้ป่วยสนใจสังเกตทั้งภายในและภายนอก เพื่อช่วยให้เข้าใจว่าอะไรกำลังเกิดขึ้น

การพรรณนา คือ การอธิบายสถานการณ์และตอบสนองออกมาเป็นคำพูด เป็นหัวใจในการสื่อสารและการควบคุมตนเองอย่างหนึ่ง

การมีส่วนร่วม คือ การเข้าไปมีส่วนร่วมในสิ่งที่ตนกำลังทำโดยปราศจากการแยกตัวเองออกมาจากสิ่งที่เกิดขึ้นและปฏิสัมพันธ์นั้น ให้ตระหนักรู้ในสิ่งที่กระทำ

ทักษะ “อย่างไร” ประกอบไปด้วย

การคิดแบบไม่แบ่งแยก คือ การไม่ตัดสินว่าถูกผิด ดีเลว

การฟังความสนใจอยู่กับปัจจุบัน เป็นการตั้งใจใช้สมาธิในการทำในสิ่งที่ทำอยู่เพื่อหยุดอารมณ์ฟุ้งซ่าน ที่ผู้ป่วยถูกรบกวนอยู่เสมอจากความคิด และยากที่จะสลัดออก

การทำให้เกิดผล เป็นทักษะที่ใช้กับทักษะอื่น เพื่อช่วยให้สำเร็จในการใช้ทักษะนั้น ๆ

ทักษะทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal effective) การฝึกทักษะนี้จะสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับรูปแบบการตอบสนองต่อบุคคลอื่น ๆ

การฝึกจัดการอารมณ์ (Emotion regulation) ผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งมักมีอารมณ์รุนแรงและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การควบคุมอารมณ์จึงมีประโยชน์มากในผู้ป่วยกลุ่มนี้

ความทนทานต่อความทุกข์ (Distress tolerance) เป็นทักษะที่พัฒนามาจากการฝึกสติ เป็นความสามารถในการยอมรับ โดยวิธีนี้จะไม่ประเมินหรือตัดสินตัวเองและสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อที่จะสามารถเข้าใจสถานการณ์ที่ไม่ดีที่เกิดขึ้นและผลของมัน แทนที่จะถูกรบกวนงำด้วยอารมณ์ความรู้สึก ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจได้ดีกว่าว่าจะปฏิบัติอย่างไรต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า มุมมองของการบำบัดแบบ DBT มองว่าผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งจะมีการตอบสนองทางอารมณ์ที่อ่อนไหวอย่างมากและมีปฏิสัมพันธ์รุนแรง โดยไม่สามารถจัดการอารมณ์และการตอบสนองที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งมีสาเหตุจากความเปราะบางตั้งแต่แรกเกิดและสภาพแวดล้อมในวัยเด็กของผู้ป่วยที่ไม่มั่นคง การบำบัดแบบ DBT จึงได้นำวิธีการบำบัดแบบ CBT มาประยุกต์ เพื่อรักษาโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งโดยใช้การสนทนาและสัมพันธภาพเพื่อเน้นให้เกิดความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงและการยอมรับ เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับตนเอง ณ ขณะเวลานั้นผ่านเทคนิคที่หลากหลายโดยเฉพาะอย่างยิ่งทักษะการฝึกสติ และฝึกทักษะทางจิตสังคมหรือการแทนที่พฤติกรรมทางลบของผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งด้วยพฤติกรรมที่มีทักษะรวมถึงสร้างคุณค่าในการใช้ชีวิตให้กับผู้ป่วย

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การบำบัดแบบวิภาษวิธีมีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้าวกึ่งและผู้มีโรคร่วมกับบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้าวกึ่งได้ โดย Linehan et al. (1999) ได้ศึกษาประสิทธิภาพการรักษาระหว่างการบำบัดแบบ DBT กับการรักษาแบบปกติ (treatment-as-usual) ซึ่งเป็นการรักษาตามมาตรฐาน โดยจะเป็นการให้คำปรึกษาหรือรับโปรแกรมการบำบัดรักษาสารเสพติดภายในชุมชน โดยเป็นการออกแบบเพื่อควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจกระทบความตรงของการศึกษาในผู้ป่วยบุคลิกภาพผิดปกติที่ใช้สารเสพติด โดยผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Koons et al. (2001) ที่พบว่าการบำบัดแบบ DBT มีประสิทธิภาพสำหรับการรักษาดีกว่าการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มที่ผู้ป่วยได้รับตามปกติ และการศึกษาของ Bohus et al. (2004) ที่พบว่าการบำบัดแบบ DBT มีประสิทธิภาพสำหรับการรักษามากกว่าการรักษามาตรฐานที่จะได้รับจากหน่วยจิตเวชที่ไม่ได้ใช้การบำบัดแบบ DBT รวมถึงการศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดแบบ DBT กับผู้ป่วยบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้าวกึ่งที่มีโรคร่วมของ Kröger et al. (2006) และ Wetterborg et al. (2018) ที่พบว่ามีประสิทธิภาพในการลดอาการทางลบอย่างมีนัยสำคัญ ประกอบกับการศึกษาของ Probst et al. (2019) พบว่า DBT สามารถลดอาการของลักษณะอารมณ์ที่ผิดปกติในผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้าวกึ่ง

3. การบำบัดแบบแผนความคิด

การบำบัดแบบแผนความคิด (Schema Therapy: ST) พัฒนาโดย Jeffrey Young ซึ่งอาศัยหลักการพื้นฐานของการรักษาแบบ Cognitive Behavioral Therapy (CBT) ร่วมกับผสมผสานหลายแนวคิดและเทคนิคการบำบัดของแนวทางอื่นเข้าด้วยกัน ซึ่งพัฒนาขึ้นมาเพื่อผู้ป่วยที่มีความยาก

(difficult patient) เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาบุคลิกภาพ โดยจะเน้นความสำคัญของการค้นหาสาเหตุของปัญหาทางจิตใจในวัยเด็กและวัยรุ่นที่เป็นรากฐานของความเจ็บป่วย โดยเฉพาะมุมมองในแง่ของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นจากการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมจากวัยเยาว์ (early maladaptive schema) ซึ่งจะมีการใช้ model ต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัญหา ลักษณะพยาธิสภาพที่ตัวเองเป็นอยู่ (ego-dystonic) โดยผู้บำบัดจะช่วยผู้ป่วยในการต่อสู้กับ Schema ของตัวเองผ่านการใช้วิธีทางความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งผู้บำบัดเองก็อาจจะต้องให้ในสิ่งที่ผู้ป่วยขาดในวัยเด็กผ่านการแก้ไขประสบการณ์การเลี้ยงดูอย่างมีขอบเขต (limited reparenting) (Young et al., 2003; ทินกร วงศ์ปการันย์, 2555)

แบบแผนความคิดที่เกิดจากการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมจากวัยเยาว์ (early maladaptive schema)

แบบแผนความคิด (schema) ในนิยามของ Aaron Beck คือ โครงสร้างความคิด (cognitive structure) ที่ทำหน้าที่คัดกรอง บันทึกลง และประเมินสิ่งเร้าที่สิ่งมีชีวิตพบเจอ โดย Beck อธิบายว่าแบบแผนความคิดเป็นผลมาจากประสบการณ์ในวัยเด็ก ส่งผลให้บุคคลมีอคติทางการรู้คิด (cognitive bias) ซึ่งส่งผลไปยังความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม รวมถึงความเชื่อที่มีต่อตนเอง (self-reference beliefs) และอาการเจ็บป่วยทางจิตใจต่าง ๆ (Alford & Beck, 1997 อ้างถึงใน ไชยันต์ สกกุลศรีประเสริฐ, 2561) ต่อมา Beck ได้อธิบายบุคลิกภาพว่าหมายถึงกระบวนการทางความคิด อารมณ์ แรงจูงใจที่กำหนดโดยโครงสร้างความคิดที่มีลักษณะเฉพาะของบุคคลหรือที่เรียกว่าแบบแผนความคิด (schema) (Alford & Beck, 1997; Thimm, 2011 อ้างถึงใน ไชยันต์ สกกุลศรีประเสริฐ, 2561)

นอกจากนี้เนื้อหาของแบบแผนความคิด (content of schemas) ถูกเรียกว่า แก่นความคิด (core beliefs) ต่อมา Young ได้นำแบบจำลองแบบแผนความคิดของ Beck มาพัฒนาต่อ (Edwards & Arntz, 2012 อ้างถึงใน ไชยันต์ สกุลศรีประเสริฐ, 2561)

Young (1990, 1999) (Young et al., 2003) ให้ความหมายของแบบแผนความคิดที่เกิดจากการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมจากวัยเยาว์ (early maladaptive schema: EMS) ไว้ว่า เป็นแบบแผนความคิดที่เกิดจากการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมที่เกิดจากประสบการณ์ในวัยเด็กหรือวัยรุ่นของบุคคล ซึ่งจะประกอบไปด้วย ความจำ อารมณ์ ความคิด และความรู้สึกทางกายที่มีความเกี่ยวข้องกับตัวเองและสัมพันธ์กับผู้อื่น โดย EMS จะมีลักษณะที่ค่อนข้างคงที่ มักเกิดขึ้นซ้ำ ๆ ในหลายสถานการณ์ เนื่องจากการตีความของบุคคลที่มักตอกย้ำ EMS ของตัวเอง จึงทำให้การตอบสนองนั้นยังคงเกิดขึ้นซึ่งมีแนวโน้มที่จะสร้างปัญหาแก่ตัวเองและอาจเป็นสาเหตุของปัญหาบุคลิกภาพ

พัฒนาการของแบบแผนความคิดที่เกิดจากการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมจากวัยเยาว์

Young et al. (2003) ได้แบ่งสาเหตุของแบบแผนความคิดที่เกิดจากการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมจากวัยเยาว์เกิดจากผลรวมของหลายประการ ดังนี้

1. ความต้องการทางอารมณ์หลัก (core emotional needs) 5 ด้าน ดังนี้

1.1 ความรู้สึกผูกพันมั่นคงกับบุคคลอื่น (secure attachments to others)

1.2 ความเป็นอิสระ ความสามารถ และความมีอัตลักษณ์ (autonomy, competence and sense of identity)

1.3 การมีอิสระในการแสดงความต้องการและอารมณ์ที่แท้จริง (freedom to express valid need and emotions)

1.4 การตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ อย่างเป็นธรรมชาติและการเล่น (spontaneity and play)

1.5 การควบคุมขอบเขตและควบคุมตนเองที่สอดคล้องกับความเป็นจริง (realistic limits and self-control)

ซึ่ง Young อธิบายว่าสิ่งแวดลอมที่เหมาะสมในวัยเด็ก คือ สิ่งแวดลอมที่สามารถตอบสนองความต้องการทางอารมณ์หลักของเด็กได้ และผู้ที่มีการปรับตัวและมีสุขภาพจิตดีเป็นผู้ที่ได้รับการตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ครบทั้ง 5 ด้าน

2. ประสบการณ์ช่วงแรกของชีวิต (Early life experiences) ประสบการณ์วัยเด็กที่เป็นอันตราย (toxic childhood experience) เป็นสาเหตุหลักของการเกิด EMS ซึ่งประกอบไปด้วย

2.1 ความต้องการทางอารมณ์ไม่ได้รับการตอบสนอง (frustration of needs)

2.2 การทารุณกรรม (traumatization or victimization)

2.3 การที่เด็กได้รับสิ่งดี ๆ มากเกินไป (too much of a good thing)

2.4 การเลือกรับลักษณะบางอย่างของบุคคลสำคัญมาเป็นของตน (selective internalization or identification with significant others) ซึ่งเด็กอาจจะซึมซับเอาความคิด ความรู้สึก ประสบการณ์ และพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ไม่ดีของบุคคลสำคัญมาเป็นของตน

3. ลักษณะอารมณ์พื้นฐาน (emotional temperament) เป็นลักษณะอารมณ์พื้นฐานของเด็กที่ติดตัวมาตั้งแต่แรกเกิด

ประเภทของแบบแผนความคิดที่เกิดจากการปรับตัวไม่เหมาะสมจากวัยเยาว์

Young et al. (2003) ได้แบ่งประเภทของแบบแผนความคิดที่ไม่เหมาะสมจากวัยเยาว์ว่ามีจำนวน 18 แบบ ซึ่งแบ่งได้เป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดของแบบแผนความคิดที่ไม่เหมาะสมแต่ละด้าน

EMS	รายละเอียด
กลุ่มไม่สามารถสร้างปฏิสัมพันธ์และถูกปฏิเสธ (Disconnect and Rejection)	
การถูกทอดทิ้ง (abandonment)	บุคคลมีความเชื่อว่าคนสำคัญในชีวิตมีลักษณะไม่มั่นคง เอาแน่เอานอนไม่ได้ อาจเสียชีวิตหรือทอดทิ้งตนเองไปเมื่อใดก็ได้
การไม่ไว้วางใจ (mistrust)	บุคคลมีความเชื่อว่าบุคคลอื่นจะทำให้ตนเองเสียใจ อับอาย หลอกกลวง เอาเปรียบตนเอง
การขาดการตอบสนองทางอารมณ์ (emotional deprivation)	บุคคลมีความเชื่อว่าบุคคลอื่น ๆ ไม่มีทางที่จะเติมเต็มความต้องการทางอารมณ์ของตนเองได้
การมีข้อบกพร่อง (defectiveness)	บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีข้อบกพร่อง เป็นคนไม่สำคัญ และไม่เป็นที่ต้องการ
ความโดดเดี่ยว (social isolation)	บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองแปลกแยก เข้ากับคนอื่น ๆ ไม่ได้ และไม่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม
กลุ่มขาดอิสระและความสามารถในการดูแลตนเอง (Impaired Autonomy and Performance)	
การพึ่งพิง (dependence)	บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะดำเนินกิจวัตรประจำวันที่เป็นความรับผิดชอบของตนเองได้หากปราศจากความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น
การได้รับอันตรายและเจ็บป่วยได้ง่าย (vulnerability to harm or illnesses)	บุคคลมีความเชื่อว่าภัยอันตราย อุบัติเหตุและการเจ็บป่วยจะขึ้นกับตนเองเมื่อไหร่ก็ได้ และตนเองไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวได้
การพันพันกันมากเกินไป (enmeshment)	บุคคลมีความใกล้ชิดผูกพันกับคนสำคัญจนไม่สามารถแยกตัวออกมาใช้ชีวิตของตนได้ ยุ่งเกี่ยวในชีวิตของกันมากเกินไป ไม่มีความเป็นส่วนตัวและไม่มีความยืดหยุ่นที่แตกต่างออกไป
ความล้มเหลว (failure)	บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองจะประสบความล้มเหลว

ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดของแบบแผนความคิดที่ไม่เหมาะสมแต่ละด้าน (ต่อ)

EMS	รายละเอียด
กลุ่มขาดการยับยั้ง (Impaired Limits)	
การมีสิทธิเหนือคนอื่น (entitlement)	บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองเหนือกว่าคนอื่นและมีความสำคัญมากกว่าคนอื่น และสมควรที่จะได้รับการยกเว้นกฎเกณฑ์ต่าง ๆ
การควบคุมตนเองไม่ดีพอ (insufficient self-control)	บุคคลไม่สามารถควบคุมตนเองให้ทำตามแผนที่วางไว้ได้ มีความอดทนต่อความคับข้องใจได้ต่ำ และไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้
กลุ่มให้คนอื่นชี้หน้า (Other Directedness)	
การยอมคนอื่น (subjugation)	การยอมทำตามความต้องการของคนอื่น เพื่อหลีกเลี่ยงการทะเลาะเบาะแว้งกับคนอื่น หรือการถูกทอดทิ้ง
การเสียสละตนเอง (self-sacrifice)	บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองต้องเสียสละให้แก่คนอื่น โดยมองข้ามความสุขและความต้องการของตน
การแสวงหาการยอมรับ (approval seeking)	บุคคลมีความต้องการยอมรับจากบุคคลอื่น
กลุ่มระแวดระวังเกินไปและควบคุมตนเอง (Overvigilance and Inhibitions)	
การมองโลกในแง่ร้าย (negativity)	บุคคลเชื่อว่าสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจะเป็นไปในแง่ร้าย มีความสนใจแต่เรื่องราวทางลบที่จะเกิดขึ้น
การควบคุมอารมณ์มากเกินไป (emotional inhibition)	การพยายามควบคุมอารมณ์และการแสดงความรู้สึก เนื่องจากกลัวการไม่ยอมรับ หรือกลัวจะควบคุมตนเองไม่ได้
การตั้งมาตรฐานสูงในทุกเรื่อง (unrelenting standards)	บุคคลตั้งมาตรฐานของตนเองสูง ชอบความสมบูรณ์แบบ เพื่อที่จะไม่ต้องถูกตำหนิหรือวิพากษ์วิจารณ์
การลงโทษ (punitiveness)	บุคคลมีความเชื่อว่าคนที่ทำผิดไปจากมาตรฐานที่ตนวางไว้ต้องได้รับการลงโทษและไม่ได้รับการให้อภัย

ที่มา: ไชยันต์ สกุลศรีประเสริฐ (2561)

จากการศึกษาพบว่าแบบแผนความคิด (schemas) ที่เด่น ๆ ของผู้ป่วยบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่ง คือ การถูกทอดทิ้ง (abandonment), การไม่ไว้วางใจ (mistrust), การขาดการตอบสนองทางอารมณ์ (emotional deprivation), การมีข้อบกพร่อง (defectiveness), การพึ่งพิง (dependence), การได้รับอันตรายและเจ็บป่วยได้ง่าย (vulnerability to harm or illnesses), การควบคุมตนเองไม่ดีพอ (insufficient self-control), การยอมคนอื่น (subjugation), การควบคุมอารมณ์มากเกินไป (emotional inhibition) และ การลงโทษ (punitiveness) (Young & Behari, 1998 อ้างถึงใน Nordahl & Nysæter, 2005; Arntz et al., 2005 อ้างถึงใน Gunderson & Links, 2008; Arntz & Genderen, 2009)

สภาวะของแบบแผนความคิด (schema mode)

สภาวะของแบบแผนความคิด (schema mode) เป็นภาวะทางอารมณ์ (emotional states) และการจัดการกับปัญหา (coping response) ที่บุคคลใช้ในช่วงเวลาหนึ่งซึ่งอาจจะเหมาะสมหรือไม่ก็ได้ มักถูกกระตุ้นจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งหาก EMS ของบุคคลต่างกันก็就会有ความอ่อนไหวทางอารมณ์ที่ต่างกัน เมื่อ EMS ถูกกระตุ้น บุคคลก็จะเกิดสภาวะทางอารมณ์และพยายามจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าว จากเหตุการณ์หนึ่งไปสู่อีกเหตุการณ์หนึ่ง ทำให้สภาวะของแบบแผนความคิดนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ (Young et al., 2003; ทินกร วงศ์ปการันย์, 2555)

แนวคิดของสภาวะของแบบแผนความคิดนั้น มีพัฒนามากจากการรักษาผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งเนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาที่ท่วมท้นและ

เปลี่ยนแบบแผนความคิด (schema) และการตอบสนองในการแก้ปัญหาอย่างรวดเร็ว ทำให้ทั้งผู้บำบัดและผู้ป่วยเองไม่สามารถมองเห็นสาเหตุที่แท้จริงได้ ทำให้ทั้งผู้ป่วยและผู้บำบัดเองต้องรับมือกับสิ่งเหล่านี้อยู่ตลอดเวลาทำให้การจัดการกับ EMS ของบุคคลทำได้ยากกว่า Young จึงได้พัฒนาสภาวะของแบบแผนความคิดเพื่อจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะ (McGinn & Young, 1996 อ้างถึงใน Arntz & Genderen, 2009; Young et al., 2003)

ประเภทของสภาวะของแบบแผนความคิด

Young et al. (2003, อ้างถึงใน ไชยันต์ สกุลศรีประเสริฐ, 2561) ได้แบ่งสภาวะของแบบแผนความคิดออกเป็น 10 ชนิด โดยจัดเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

1. Child modes เป็นลักษณะและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมือนเด็ก ๆ ที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิด ซึ่งสิ่งแวดล้อมในวัยเด็กจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้สภาวะนี้มีมากขึ้นหรือถูกเก็บกดเอาไว้ โดยแบ่งออกเป็น

- เด็กที่เปราะบาง (vulnerable child) ซึ่งเป็น mode ที่พบในแบบแผนความคิดที่เกิดจาก EMS เกือบทุกแบบ ซึ่งประกอบไปด้วยลักษณะของการตื่นกลัว เศร้าเสียใจ หรือไร้ที่พึ่ง

- เด็กขี้โมโห (angry child) เป็นการแสดงออกทางอารมณ์โกรธ เนื่องจากไม่ได้รับการตอบสนองทางอารมณ์ ซึ่งจะแสดงออกมาเป็นการกระทำ

- เด็กที่ขาดความยั้งคิดหรือไร้วินัย (impulsive/undisciplined child) เป็นการแสดงออกเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองซึ่งขาดการยับยั้ง โดยอาจแสดงออกมาในรูปแบบของการควบคุมตนเองไม่ได้ ไม่มีความอดทน เกียจคร้าน ไม่รอบคอบ

- เด็กที่มีความสุข (happy child) เป็นการแสดงออกทางอารมณ์เมื่อได้รับการตอบสนองทาง

อารมณ์ เช่น การได้รับความรักและความเอาใจใส่ สภาวะนี้มาจากการที่เด็กได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสม

2. Maladaptive Coping modes เป็นการจัดการกับปัญหาซึ่งพัฒนาขึ้นมาตั้งแต่วัยเด็กที่บุคคลใช้ในแต่ละสถานการณ์เมื่อไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ วิธีนี้อาจจะมีความเหมาะสมในวัยเด็ก แต่เมื่อโตขึ้นอาจจะเป็นลักษณะที่ไม่เหมาะสม สภาวะในกลุ่มนี้จะสอดคล้องกับรูปแบบการแก้ปัญหาทั้งการยอมแพ้ การหลีกเลี่ยง และการชดเชย ได้แก่

- Compliant Surrender จะยอมตามความต้องการของผู้อื่นเพื่อเลี่ยงความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้น

- Detached Protector จะเป็นการหลีกเลี่ยงความรู้สึกหรืออารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้น

- Over-compensator เป็นการพยายามชดเชยที่มากเกินไปซึ่งจะแสดงออกในทางตรงกันข้ามกับแบบแผนความคิดที่เกิดจากการปรับตัวไม่เหมาะสมจากวัยเยาว์ (EMS)

3. Dysfunctional Parent mode เป็นการที่บุคคลรับเอาภาพพจน์ของพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูมาเป็นของตัวเอง ในกลุ่มนี้บุคคลจะแสดงพฤติกรรมความคิด ความรู้สึกที่เหมือนกับผู้เลี้ยงดูเคยทำ โดยแบ่งออกเป็น

- Punitive Parent เป็นการเลียนแบบพ่อแม่ที่ลงโทษเด็กที่ทำตัวไม่ดี เมื่อบุคคลใช้สภาวะนี้จะมีการลงโทษ การตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ รวมไปถึงควบคุมทั้งตนเองและผู้อื่นเมื่อเกิดความผิดพลาด

- Demanding Parent เป็นการเลียนแบบพ่อแม่ที่กดดันและบังคับให้เด็กทำตามมาตรฐานที่ตนตั้งเอาไว้ ซึ่งบุคคลในกลุ่มนี้จะตั้งมาตรฐานกับตนเองและ

ผู้อื่น โดยจะมองว่าสิ่งที่สมบูรณ์แบบเป็นสิ่งที่ถูกต้อง

4. Healthy Adult mode สภาวะนี้เป็นลักษณะของบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี เป็นการเลือกแสดงออกที่เหมาะสม ซึ่งสภาวะนี้มีหน้าที่ในการควบคุมและจัดการกับสภาวะอื่น ๆ ที่ไม่เหมาะสม บุคคลที่มีการปรับตัวที่เหมาะสมจะมีสภาวะนี้มาก

การประเมินและการเปลี่ยนแปลงแบบแผนความคิด (Schema Assessment and Change)

Young et al. (2003) แบ่งกระบวนการบำบัดออกเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงการตรวจประเมินและให้ความรู้ และช่วงของการเปลี่ยนแปลง

1. การตรวจประเมินและให้ความรู้ ในช่วงขั้นตอนนี้ผู้บำบัดจะช่วยผู้ป่วยในการระบุ EMS ของตนเอง และทำความเข้าใจพื้นฐานของ EMS เหล่านั้นในวัยเด็ก รวมทั้งหารูปแบบการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม (maladaptive coping styles) และการตอบสนองในการแก้ปัญหา (coping responses) และอาจจะประเมินพื้นฐานอารมณ์เดิมของผู้ป่วยด้วยการสัมภาษณ์ การประเมินตัวเอง และการใช้แบบสอบถามของแบบแผนความคิด ซึ่งผู้บำบัดจะนำสิ่งที่ได้ไปเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ

2. การเปลี่ยนแปลง ในช่วงนี้ผู้บำบัดจะนำเทคนิคของ CBT รูปแบบการเรียนรู้จากประสบการณ์และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเข้าด้วยกัน ซึ่งมีความยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนตามความต้องการของผู้ป่วยประกอบด้วย

- Cognitive techniques ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเชื่อว่า schema ของตนเองถูกต้อง จะไม่ต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงและยังคงมีความเชื่อผิด ๆ นั้นอยู่

ดังนั้นผู้ป่วยและผู้บำบัดจะช่วยกันหาหลักฐานมาหักล้างความเชื่อที่นั้น ซึ่งอาจมีการใช้ flash card ในการบันทึกการจัดการปัญหาที่เหมาะสมเมื่อผู้ป่วยเจอสถานการณ์ที่ถูกกระตุ้น schema ก็สามารถนำออกมาอ่านได้ทันที

- Experiential techniques ผู้ป่วยจะต่อสู้กับ schema ในระดับอารมณ์ผ่านการใช้เทคนิคเชิงประสบการณ์ ผู้ป่วยจะพูดคุยเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการแต่ไม่ได้รับจากพ่อและแม่ในวัยเด็ก อาจจะเชื่อมโยงสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ถือว่าเป็นการที่ผู้ป่วยต่อสู้กับ schema โดยตรง ผู้ป่วยฝึกการสื่อสารด้วยการจินตนาการ (imagery) และบทบาทสมมติ (role-playing)

- Behavioral pattern-breaking ในเทคนิคนี้ ผู้บำบัดและผู้ป่วยจะร่วมกันออกแบบวางแผนกำหนดการบ้านที่ต้องทำ เพื่อที่จะสร้างพฤติกรรมทดแทนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาผ่านการซ้อมพฤติกรรมใหม่ ๆ ทั้งในจินตนาการและบทบาทสมมติ รวมถึงใช้ flash card

- Therapist-patient relationship ผู้บำบัดจะประเมินและรักษา schema ของผู้ป่วยโดยอาศัยสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัด ซึ่งในการรักษา ผู้ป่วยจะนำเอกลักษณ์ของ healthy adult ของผู้บำบัดเข้าไปไว้ในตัวเอง โดยสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้บำบัดจะมี 2 ลักษณะ คือ empathic confrontation เป็นการที่ผู้บำบัดแสดงให้เห็นว่าสิ่งที่แสดงออกของผู้ป่วยมีลักษณะที่บิดเบือนไปจากความจริงด้วยความเข้าใจเห็นใจ และ limited reparenting คือ การที่ผู้บำบัดให้ในสิ่งที่ผู้ป่วยขาดแต่ไม่ได้รับจากพ่อและแม่ในวัยเด็กในขอบเขตที่เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าการบำบัดแบบ ST ถูกพัฒนามาเพื่อผู้ป่วยที่รักษา

ได้ยากโดยเฉพาะ เป็นการรวมหลายแนวคิดและเทคนิคของการบำบัดเข้าด้วยกัน จะเน้นให้ความสำคัญกับ EMS และรูปแบบการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม (maladaptive coping styles) แต่ในผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งมักเกิด schema และมีการตอบโต้ในการแก้ปัญหาที่หลากหลายและรวดเร็วในเวลาเดียวกัน ทำให้การรักษาเป็นไปได้ยาก Young จึงได้พัฒนาสถานะของแบบแผนความคิด (schema mode) เพื่อจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะ ซึ่งในการบำบัดรูปแบบนี้จะทำงานกับความสัมพันธ์ผ่านการให้ความสำคัญกับความรูสึก และสิ่งที่ผู้ป่วยยังยึดติดอยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีวิธีที่เหมาะสมในการตอบสนอง ด้วยวิธีการเฉพาะบางอย่าง เช่น experiential techniques และ limited reparenting

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การบำบัดแบบแผนความคิดมีประสิทธิภาพกับผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่ง โดย Nordahl and Nysæter (2005) และ Fassbinder et al. (2016) ได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดแบบ ST กับผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งพบว่า ลักษณะความรุนแรงและอาการโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงอาการดีขึ้นและไม่เข้าเกณฑ์วินิจฉัยหลังจากการบำบัดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Reiss et al. (2013) ที่พบว่า การบำบัดแบบ ST ช่วยลดความรุนแรงของอาการของโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งอย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของ Renner et al. (2013) ยังพบอีกว่าการบำบัดแบบ ST สามารถลด EMS, ความเครียดทั่วไป, สภาวะของแบบแผนความคิด และการแก้ไขปัญหาที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งได้

สรุป

ผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งจะมีความยากลำบากในการควบคุมอารมณ์และการรักษาสัมพันธภาพ พยายามฆ่าตัวตาย รวมถึงทำร้ายตัวเองเพื่อเรียกร้องความสนใจ ไม่ชัดเจนในอัตลักษณ์ของตัวเอง นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นที่มักส่งผลร้ายต่อตนเอง ลักษณะดังกล่าวคงที่แทบจะตลอดชีวิต ส่งผลต่อทั้งตัวผู้ป่วยเองและกระทบกับผู้ที่อยู่รอบข้างอยู่เสมอ ซึ่งในการบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (DBT) มีมุมมองต่อผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งว่าเป็นผู้ที่ไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ (emotional dysregulation) ซึ่งในการรักษาแบบ DBT ใช้วิธีการสนทนาและสัมพันธภาพเพื่อเน้นให้เกิดความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงและการยอมรับ โดยนำวิธีการทาง CBT มาประยุกต์ร่วมกับการฝึกสติ เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับตนเองและมีทักษะทางจิตสังคมมากขึ้น และช่วยลดพฤติกรรมทางลบ เช่น พฤติกรรมทำร้ายตัวเอง การพยายามฆ่าตัวตาย และการแสดงออกความก้าวร้าวต่าง ๆ รวมถึงช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมอารมณ์ที่ผิดปกติของตนเองได้ ส่วนการบำบัดแบบแผนความคิด (ST) ผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งจะมีการตอบโต้ในการแก้ปัญหาที่หลากหลายและรวดเร็วในเวลาเดียวกัน ซึ่งทำให้การรักษาเป็นไปได้ยาก Young (2003) จึงเสนอแนวคิดเรื่องสภาวะของแบบแผนความคิด (schema mode) และพัฒนาแนวทางการทำงานกับสภาวะของแบบแผนความคิดแต่ละประเภทโดยตรงจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาแสดงถึงประสิทธิผลของการบำบัดทั้ง 2 ประเภทในการบำบัดผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่ง ซึ่งนักจิตวิทยาคลินิกหรือบุคลากรทางสุขภาพจิตที่สนใจสามารถศึกษาแนวทางการบำบัดทั้ง 2 ประเภทได้ต่อไป

บรรณานุกรม

- ไชยันต์ สกกุลศรีประเสริฐ. (2561). *แบบแผนความคิดที่ไม่เหมาะสมจากวัยเยาว์และปัญหาการดื่มสุราในนักศึกษา: บทบาทตัวแปรส่งผ่านของแรงจูงใจในการดื่ม* (รายงานการวิจัย). เชียงใหม่: คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ณททัย วงศ์ปการันย์ และ ทินกร วงศ์ปการันย์. (2555). *บุคลิกภาพแปรปรวน : การประเมินและการรักษา*. เชียงใหม่: บริษัทกลางเวียงการพิมพ์ จำกัด.
- ทินกร วงศ์ปการันย์. (2555). *จิตบำบัด : ทฤษฎีและเทคนิค*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). เชียงใหม่: บริษัทกลางเวียงการพิมพ์ จำกัด.
- ธิตินันท์ ธาณิรัตน์. (2555). *ทฤษฎีพื้นฐานเกี่ยวกับบุคลิกภาพผิดปกติในทางจิตเวช.กรุงเทพฯ: ร้านพุ่มทอง*.
- เชียรชัย งามทิพย์วัฒนา. (2559). *โรคบุคลิกภาพผิดปกติ. ใน นันทวัช สิทธิรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปเนต ผู้กฤตยาคามี, สุพร อภินันทเวช และ พนม เกตุมาน (บ.ก.), จิตเวชศิริราช DSM-5. (น. 455-466). กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์*.
- นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล. (2559). *กลุ่มโรคของบุคลิกภาพ (Personality Disorders). ใน กุศลากรณ์ ชัยอุดมสม, ภัทรี พหลภาคย์, ภาพันท์ วัฒนวิทย์กิจ และ พงศธร พหลภาคย์ (บ.ก.), จิตเวชศาสตร์ Psychiatry*.

- (น. 163-183). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- รณชัย คงสกนธ์. (2558). บุคลิกภาพผิดปกติ. ใน มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (บ.ก.), *จิตเวชศาสตร์รามารบตี* (พิมพ์ครั้งที่ 4). (น. 325-336). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารบตี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริไชย หงส์สงวนศรี. (2558). *ชอบวินเหวียง* เข้าข่าย “โรคบุคลิกภาพแปรปรวน”. สืบค้น 9 กันยายน 2562, จาก <https://med.mahidol.ac.th/ramachannel/home/article/ชอบวินเหวียงเข้าข่าย>.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2553). *ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐาน และโรคทางจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรืองแก้วการพิมพ์
- American Psychiatric Association. (2012). *DSM-IV and DSM-5 Criteria for the Personality Disorders*. สืบค้น 26 พฤศจิกายน 2562, จาก https://www.psiqua.org/academic/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/820_clinica_tr_personalidad_psicosis/material/dsm.pdf
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). สืบค้น 16 พฤษภาคม 2563, จาก <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arnoud Arntz and Hannie van Genderen. (2009). *Schema Therapy for Borderline Personality Disorder*. Singapore: Fabulous Printer Pte Ltd.
- Bales, D., van Beek, N., Smits, M., Willemsen, S., Busschbach, J. J., Verheul, R., & Andrea, H. (2012). Treatment outcome of 18-month, day hospital mentalization-based treatment (MBT) in patients with severe borderline personality disorder in the Netherlands. *Journal of personality disorders*, 26(4), 568–582. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.4.568>
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C., Lieb, K., & Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42(5), 487–499. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00174-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00174-8)
- Carvalho, S., Martins, C., Almeida, H., & Silva, F. (2017). The Evolution of Cognitive Behavioural Therapy – The Third Generation and Its Effectiveness. *European Psychiatry*, 41(S1), S773-S774. [doi:10.1016/j.eurpsy.2017.01.1461](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1461)
- Dimeff, L. A., & Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction Science & Clinical*

- Practice*, 4(2), 39-47. <https://doi.org/10.1151/ascp084239>
- Edward J., Ruskin N., and Turrini P. (1991). *Separation/individuation: Theory and Application* (2nd ed.). United Kingdom: Gardner Press.
- Eva Fassbinder, Maren Schuetze, Annika Kranich, Valerija Sipos, Frits Hogagen, Ida Shaw, Joan Farrell, Arnoud Arntz and Ulrich Schweiger. (2016). Feasibility of Group Schema Therapy for Outpatients with Severe Borderline Personality Disorder in Germany: A Pilot Study with Three Year Follow-Up. *Frontiers in Psychology*, 7, 1-9. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01851
- Fritz Renner, Michiel van Goor, Marcus Huibers, Arnoud Arntz, Betty Butz and David Bernstein. (2013). Short-term group schema cognitive-behavioral therapy for young adults with personality disorders and personality disorder features: Associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 487-492. doi: 10.1016/j.brat.2013.05.011
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63(6), 649–658. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.649>
- Grace, L. (2017). *Making sense dialectical behavior therapy*. London: National Association for Mental Health
- Gunderson, J. G., & Links, P. S. (Collaborator). (2008). *Borderline personality disorder: A clinical guide* (2nd ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Gunderson, J. G. (2011). Ten-Year Course of Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 827. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.37
- Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko and Marjorie E. Weishaar. (2003). *Schema Therapy A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Publications.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., Bishop, G. K., Butterfield, M. I., & Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32(2), 371–390. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80009-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80009-5)

- Kröger, C., Schweiger, U., Sipos, V., Arnold, R., Kahl, K. G., Schunert, T., Rudolf, S., & Reinecker, H. (2006). Effectiveness of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and Therapy*, 44(8), 1211–1217. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.08.012>
- Kernberg O. (1984). *Object relation theory and clinical psychoanalysis*. North-vale, NJ: Jason Aronson.
- Linehan MM, Schmidt H 3rd, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. (1999) Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am J Addict*. Fall; 8(4):279-92.doi:10.1080/105504999305686.
- Mahler, M. S. (1971). A study of the separation-individuation process: And its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 26, 403-424. doi:10.1080/00797308.1971.11822279.
- Marsha M. Linehan. (1993). *Skill Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: A Division of Guilford Publication Inc.
- McKay, M., Wood, J. C., & Brantley, J. (2007). *The Dialectical Behavior Therapy Skills Workbook*. The United States of America: New Harbinger Publications Inc.
- Nordahl, H. M., & Nysaeter, T. E. (2005). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(3), 254–264. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.05.007>
- Reiss, N., Lieb, K., Arntz, A., Shaw, I., & Farrell, J. (2014). Responding to the Treatment Challenge of Patients with Severe BPD: Results of Three Pilot Studies of Inpatient Schema Therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(3), 355-367. doi:10.1017/S1352465813000027
- Ogrodniczuk, J.S. (2011). Psychotherapies for Borderline Personality Disorder. *Visions Journal*, 7(1), 21-23. <https://www.heretohelp.bc.ca/visions/borderline-personality-disorder-vol7/psychotherapies-for-borderline-personality-disorder>.
- Paris J. (2010). Effectiveness of Different Psychotherapy Approaches in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep*, 12, 56-60. doi.org/10.1007/s11920-009-0083-0

- Probst, T., O'Rourke, T., Decker, V., KIEßLING, E., Meyer, S., Bofinger, C., Niklewski, G., Mühlberger, A., & Pieh, C. (2019). Effectiveness of a 5-Week Inpatient Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 25(3), 192–198. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000383>
- Sempértegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., & Bekker, M. H. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: a comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 426–447. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.11.006>
- Van Asselt, A. D., Dirksen, C. D., Arntz, A., Giesen-Bloo, J. H., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Kremers, I. P., Nadort, M., & Severens, J. L. (2008). Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. *The British journal of psychiatry : The Journal of Mental Science*, 192(6), 450–457. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.033597>
- Wetterborg, D., Dehlbom, P., Långström, N., Andersson, G., Fruzzetti, A. E., & Enebrink, P. (2018). Dialectical Behavior Therapy for Men With Borderline Personality Disorder and Antisocial Behavior: A Clinical Trial. *Journal of Personality Disorders*, 34(1), 22–39. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_379
- Young, J. E. (1990). *Practitioner's resource series. Cognitive therapy for personality-disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Exchange, Inc.
- Zanarini M. C. (2009). Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 120(5), 373–377. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01448.x>

กลุ่มจิตบำบัดในเด็กและวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้

ดรรชนี คำ 1

Received: 7 ตุลาคม 2562

Revised: 13 ธันวาคม 2562

Accepted: 20 ธันวาคม 2562

บทคัดย่อ

ความบกพร่องทางการเรียนรู้ (specific learning disorder) เป็นความผิดปกติทางระบบประสาทและ พัฒนาการ (neurodevelopmental disorders) อันส่งผลต่อความสามารถในการเรียนอันได้แก่ การอ่าน การเขียน สะกดคำ และการคำนวณ นอกจากจะส่งผลต่อการเรียนแล้ว เด็กและวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ อาจประสบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต เช่น ความภาคภูมิใจในตัวเองต่ำ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการใช้กลุ่มจิตบำบัดเพื่อช่วยเหลือเด็กและวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ โดยการนำเสนอประกอบไปด้วย การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องทางการเรียนรู้ และการเสนอกรอบแนวคิดและตัวอย่างการใช้กลุ่มจิตบำบัดเพื่อช่วยเหลือเด็กและวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้

คำสำคัญ: ความบกพร่องทางการเรียนรู้ กลุ่มจิตบำบัด เด็กและวัยรุ่น สุขภาพจิต

¹ นักจิตวิทยาฝึกปฏิบัติงาน โรงพยาบาลลำปาง

Group Psychotherapy for Children and Adolescents with Specific Learning Disorder

Darawan Ninkham¹

Received: 7 October 2019

Revised: 13 December 2019

Accepted: 20 December 2019

Abstract

Specific learning disorder is a neurodevelopmental disorder which involves difficulties learning and using academic skills, including reading, writing, or math. Not only having poor academic performances, but children and adolescent with specific learning disorders also struggle with mental health issues, such as low self-esteem, anxiety, depression. This article reviews the guideline of using group psychotherapy for helping children and adolescents with specific learning disorder. The article composed of the overview of specific learning disorder, and the conceptual model and example of the group psychotherapy for children and adolescents with specific learning disorder.

Keyword: specific learning disorder; group psychotherapy; child and adolescence.

¹ Internship clinical psychologist, Lampang Hospital

บทนำ

วัยเด็กเป็นวัยที่เริ่มมีพัฒนาการเพิ่มขึ้นในหลายๆด้าน นอกจากพัฒนาการทางร่างกายที่เติบโตและแข็งแรงขึ้นแล้ว วัยนี้ยังมีพัฒนาการด้านสติปัญญาที่จะเริ่มจำ รู้จักคำต่างๆ มากขึ้น ชอบตั้งคำถาม มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ อีกทั้งวัยนี้จะมีพัฒนาการทางสังคมที่เด่นชัดมาก ถือเป็นช่วงเปลี่ยนชีวิตทางสังคม (transition Period) เป็นวัยเข้ากลุ่มเพื่อน ดังนั้นกลุ่มเพื่อนร่วมวัยจึงมีบทบาทต่อชีวิตของเด็กมาก และต่อมาในวัยรุ่น เป็นวัยที่มีความเด่นชัดในเรื่องการค้นหาอัตลักษณ์แห่งตน (identity) การค้นหาตัวเองนั้นมีส่วนสัมพันธ์กับการเลียนแบบ ทั้งกับบุคคลในบ้านและกลุ่มเพื่อนในวัยเดียวกัน ด้านพัฒนาการทางสติปัญญาพัฒนาขึ้นทั้งด้านปริมาณและคุณภาพสามารถคิดหาเหตุผลเพื่อแก้ปัญหาต่างๆและตัดสินใจด้วยตัวเองได้ดีมากขึ้น แม้จะเป็นปัญหาที่ยากในระดับนามธรรม (ดลฤดี บุรกลสิกร, ม.ป.ป.) หากเด็กในวัยนี้มีปัญหาเรื่องของการเรียนรู้ อ่านหรือเขียนหนังสือไม่คล่อง คำนวณเลขไม่ได้ ผลการเรียนรู้ต่ำ แม้ว่าเด็กจะมีไอคิวอยู่ในระดับเกณฑ์เฉลี่ยหรือสูงกว่าเด็กทั่วไปในวัยเดียวกัน แต่ก็ทำให้หลายคนคิดว่าเด็กกลุ่มนี้เป็นเด็กที่ไม่ฉลาด ขี้เกียจ ไม่ตั้งใจเรียน ถูกตราว่าเป็นเด็กไม่ดี หากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมจะทำให้เด็กมองตัวเองในทางลบ รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตัวเอง เกิดปัญหาทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม และการปรับตัวตามมาได้

จากข้อมูลการคัดกรองของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการที่ได้ดำเนินการคัดกรองนักเรียนระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน 2,700 โรงเรียนทั่วประเทศ จากโรงเรียนทั้งหมด 30,000 โรงเรียน ในปีการศึกษา 2550 พบว่า มีเด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ จำนวนมากกว่า 50,000 คน ซึ่งเดิมมีการสำรวจแบบคร่าวๆ และ

ประมาณการว่าจะมีเด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้อยู่ประมาณ 130,000 คน (สุจินดา ผ่องอักษร, 2551 อ้างถึงใน ดารณี ศักดิ์ศิริผล, 2556) และในปี พ.ศ. 2552 สำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐานแห่งชาติ (สพฐ.) ได้สุ่มคัดกรองนักเรียนในระดับจังหวัดและระดับอำเภอทั่วประเทศ จำนวน 9,828 โรงเรียน หรือประมาณ 1 ใน 3 ของโรงเรียนทั่วประเทศ โดยใช้ KUS-Si rating scale พบนักเรียนที่สงสัยว่ามีความบกพร่องทางการเรียนรู้ จำนวน 153,354 ราย หรือเฉลี่ย 15.6 รายต่อโรงเรียน (วินัดดา ปิยะศิลป์ และคณะ, 2558) จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า ปัญหาทางการเรียนรู้สามารถพบได้ในโรงเรียนทั่วไป และมีแนวโน้มในการตรวจพบเด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้สูงขึ้น ดังนั้นความรู้ ความเข้าใจจากครอบครัวและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจึงมีส่วนสำคัญต่อการดูแลช่วยเหลือเด็กกลุ่มนี้เป็นอย่างมาก

ซึ่งในการศึกษากลุ่มจิตบำบัด (group psychotherapy) ถือเป็น การดูแลด้านจิตใจรูปแบบหนึ่ง โดยอาศัยกระบวนการกลุ่มในการเรียนรู้ร่วมกันซึ่งมีส่วนสำคัญในการเปลี่ยนแปลงความคิด เจตคติ และเกิดทักษะในการแก้ไขปัญหา การจัดการอารมณ์อย่างเหมาะสม (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2554, น.1) หากมีการช่วยเหลือเด็กและวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้โดยใช้กลุ่มจิตบำบัด (group psychotherapy) จะสามารถช่วยลดโอกาสการเกิดปัญหาทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม โรคทางจิตเวชต่างๆ และช่วยให้เด็กและวัยรุ่นสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม

บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่บทความองค์ความรู้เกี่ยวกับเรื่องความบกพร่องทางการเรียนรู้ และเสนอแนวคิดและตัวอย่างการทำกลุ่มจิตบำบัดในเด็กและวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ ผล

การศึกษาที่ได้จะก่อให้เกิดประโยชน์ในด้านการช่วยเหลือ เพื่อลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต รวมไปถึงใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาหรือส่งเสริมการทำกลุ่มจิตบำบัดในเด็กและวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ต่อไป

1. โรคความบกพร่องทางการเรียนรู้ (Specific Learning Disorder)

1.1 ความหมายของความบกพร่องทางการเรียนรู้

ศ.คลินิก พญ.วิந்தดา ปิยะศิลป์ (ม.ป.ป., น. 1) ได้ให้ความหมายความบกพร่องทางการเรียนรู้ว่า หมายถึง กลุ่มโรคที่มีความบกพร่องของกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดจากสมองทำงานผิดปกติ สาเหตุมาจากกรรมพันธุ์หรือสภาพแวดล้อม ส่งผลทำให้ไม่สามารถอ่านหนังสือ เขียนสะกดคำ และการคำนวณ หรือทำได้แตกต่างจากเด็กที่อายุเท่ากันอย่างชัดเจนในช่วงการเรียนภาคบังคับ ส่งผลกระทบต่อการเรียน การทำงานและการใช้ชีวิตประจำวันไปตลอดชีวิต โดยมีได้เกิดจากความผิดปกติของประสาทสัมผัสหรือการควบคุมกล้ามเนื้อ โรคทางจิตเวชอื่น ภาวะสติปัญญาบกพร่อง ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์หรือปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐฐานะที่ต่างกัน

โรคการเรียนรู้บกพร่อง หมายถึง ภาวะที่เด็กมีความสามารถด้านการเรียน ทักษะการอ่าน การเขียน การคำนวณ ต่ำกว่าความสามารถของเด็กทั่วไปในวัยเดียวกันอย่างมาก โดยความบกพร่องนี้เกิดจากพัฒนาการด้านการเรียนที่ล่าช้าของเด็กเอง ไม่ได้เกิดจากการขาดโอกาสในการเรียน หรือการเรียนการสอนที่ไม่มีประสิทธิภาพ และไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย ความบกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน หรือสติปัญญา (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2558, น. 507)

1.2 ระบาดวิทยา

ความชุกของความบกพร่องในการเรียนรู้ มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศที่ศึกษาและเกณฑ์การวินิจฉัย ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกตลอดอายุขัย (life time prevalence) ร้อยละ 10 สำหรับในประเทศไทยพบความชุกอยู่ที่ร้อยละ 6-8 โดยพบความชุกของความบกพร่องในการอ่านร้อยละ 7.1 ความบกพร่องในการเขียนร้อยละ 6.8 และความบกพร่องด้านคณิตศาสตร์ร้อยละ 6.6 (เทิดพงศ์ ทองศรีราช, ม.ป.ป., น. 2)

ใน Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) พ.ศ.2557 ใช้ชื่อ Specific Learning Disorder ซึ่งถูกจัดอยู่ในกลุ่ม Neurodevelopmental disorders พบได้ร้อยละ 6-10 ของเด็กไทยวัยเรียน ร้อยละ 5-15 ในสหรัฐอเมริกา และร้อยละ 4 ในผู้ใหญ่ เพศชายมากกว่าเพศหญิง 2-3 เท่า ยกเว้นในกลุ่มที่บกพร่องด้านการคำนวณจะพบในเพศหญิงมากกว่า (วิந்தดา ปิยะศิลป์, ม.ป.ป., น. 1-2)

1.3 สาเหตุ

สาเหตุหลักของโรคความบกพร่องทางการเรียนรู้มาจากการที่ระบบประสาททำงานบกพร่อง โดยพบความบกพร่องของ phonological processing skills (ประกอบด้วย phonological awareness และ phonological working memory ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการอ่านหนังสือโดยตรง) และกรรมพันธุ์ ที่มีการถ่ายทอดในครอบครัวแต่ยังไม่สามารถบอกแบบแผนได้ชัดเจน ประวัติการเกิดโรคในครอบครัวถือเป็นความเสี่ยงสำคัญมีโอกาสที่ first degree relative จะเป็นโรคได้ร้อยละ 30-50 งานวิจัยเชิงลึกพบว่ามี ความเกี่ยวข้องกับโครโมโซมคู่ที่ 2, 3, 6, 15 และ 18 โดยเฉพาะ Human leukocyte antigen (HLA) ของ

โครโมโซมคู่ที่ 6p 31.3 ที่พบ Specific Learning disorders (ด้านการอ่านและการเขียน) ร่วมกับโรคสมาธิสั้น (วินัดดา ปิยะศิลป์, ม.ป.ป., น. 2)

1. การวินิจฉัย

เกณฑ์การวินิจฉัย อาศัยความแตกต่างระหว่างความสัมฤทธิ์ผลทางการเรียนกับระดับสติปัญญาของเด็ก จึงจำเป็นที่แพทย์ต้องส่งเด็กให้พบกับนักจิตวิทยาเพื่อทดสอบระดับเชาวน์ปัญญา (IQ) และวัดระดับความสัมฤทธิ์ผลทางการเรียน (achievement test) โดยถือว่าเด็กจะเป็นโรคความบกพร่องทางการเรียนรู้ เมื่อค่าคะแนนมาตรฐานของความสัมฤทธิ์ผลทางการเรียนด้านใดด้านหนึ่งต่ำกว่าระดับเชาวน์ปัญญา มากกว่า 20 คะแนนขึ้นไป

การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (วัดความสามารถในระดับชั้นเรียน) เทียบกับชั้นเรียนที่เด็กเรียนอยู่จริง ก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้วินิจฉัยเด็กที่มีโรคความบกพร่องทางการเรียนรู้ โดยหากเด็กมีความสามารถจริงต่ำกว่าชั้นเรียนที่กำลังเรียนอยู่มากกว่า 2 ชั้นเรียน ขึ้นไปก็จะเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคความบกพร่องทางการเรียนรู้ (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2558, น. 508)

1.5 ผลกระทบของโรคความบกพร่องทางการเรียนรู้

ปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อในหลากหลายด้าน คือ

1. มองตัวเองไม่ดี มองเห็นข้อบกพร่องของตัวเองที่แตกต่างจากเพื่อน มองตัวเองเป็นคนโง่ มีปมด้อย ล้มเหลว คิดว่าเรียนรู้ไม่ได้และไม่รู้วิธีที่จะเรียนรู้ไม่เข้าใจตัวเองว่าเพราะอะไรจึงเรียนแตกต่างจากเพื่อน คนรอบข้างมักบอกว่าเด็กมีปัญหาแต่ไม่บอกว่าปัญหาเกิดจากอะไร และไม่บอกว่าจะควรทำอย่างไร

2. ถูกกดดัน ถูกคาดหวัง ทั้งจากที่บ้านและที่โรงเรียน ถูกตำหนิว่า เคี้ยวเชิฐ ทำให้เด็กน้อยใจ เสียใจ และมีพฤติกรรมดื้อ ต่อต้าน ก้าวร้าว หนีเรียนตามมา

3. เพื่อนล้อเลียน ถูกล้อเรื่องที่เกิดทำไม่ได้ มักถูกตัดโอกาสการเล่นอย่างสนุกสนานกับเพื่อนเพราะต้องเรียนพิเศษเพิ่มขึ้น ทำให้ไม่มีเพื่อนหรือเพื่อนไม่เข้าใจ รู้สึกเหงา เปล่าเปลี่ยว และไม่มีความสุข

4. เครียด วิตกกังวลสูง ไม่มั่นใจตัวเอง น้อยใจ เสียใจง่าย แยกตัว เก็บตัว เหงา โดดเดี่ยว ไม่มีความสุข ดื้อ ต่อต้าน ก้าวร้าว หนีเรียน เสี่ยงต่อปัญหาหาเสพติด แอลกอฮอล์ หรือบุหรืได้ง่าย

5. สัมพันธภาพไม่ดีกับครอบครัวหรือคุณครู คุณครูไม่เข้าใจหรือไม่ยอมรับความบกพร่องของเด็ก จึงสอนและจัดสอบด้วยวิธีการปกติ เมื่อผลงาน การเรียนรู้ ความเข้าใจ ผลสอบไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ทำให้คุณครู ดู ว่า ตำหนิ เคี้ยวเชิฐหรือไม่ให้ความสนใจ ปล่อยปละละเลย ขาดโอกาสเรียนรู้ ถูกออกจากระบบการศึกษาเร็วกว่ากำหนด

6. ขาดความรู้และทักษะ เนื่องจากมีผลการเรียนไม่ดีพ่อแม่จะมีจะเคี้ยวเชิฐในเรื่องของการเรียนพิเศษเพิ่มขึ้น ขาดโอกาสฝึกฝนทักษะด้านอื่น ถูกออกจากระบบการเรียนก่อนวัยอันควร เข้าสู่ระบบการทำงานในอายุที่น้อย ทำงานที่ต่ำกว่าความสามารถทำงานในระดับใช้แรงงาน ส่งผลให้มีรายได้ต่ำ (วินัดดา ปิยะศิลป์, ม.ป.ป., น. 6)

2.จิตบำบัดสำหรับเด็กและวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้

2.1 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับจิตบำบัดแบบกลุ่ม

ความหมาย

จิตบำบัดแบบกลุ่ม (group psychotherapy) เป็นรูปแบบการดูแลด้านจิตใจ โดยอาศัยกระบวนการกลุ่มในการเรียนรู้ร่วมกันเห็นแบบอย่างที่ดี เปลี่ยนแปลงความคิด เจตคติ และเกิดทักษะในการแก้ไขปัญหา การจัดการอารมณ์ ความรู้สึกต่างๆ อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการทำจิตบำบัดเพื่อปรับสภาพจิตใจให้คงที่ และปรับเปลี่ยนความคิดที่ผิดเพี้ยนไปให้เข้าที่ เป็นการเอื้ออำนวยให้เกิดการพูดคุยอย่างอิสระ หรือการเล่นอย่างอิสระ โดยผู้บำบัดจะเน้นความสนใจทั้งในส่วนลึกของจิตใจ สัมพันธภาพ และพลวัตของกลุ่ม (ทวิตักต์ สิริรัตน์เรขา, 2554, น.1)

กลุ่มจิตบำบัดในเด็กและวัยรุ่น เป็นกลุ่มจิตบำบัดแบบเพื่อนสำหรับเด็กและวัยรุ่นสามารถช่วยพัฒนาทักษะทางสังคม ลดความรู้สึกความโดดเดี่ยว และสร้างความภาคภูมิใจในตนเองผ่านการยอมรับโดยคนรอบข้างและการได้ช่วยเหลือผู้อื่น รวมถึงการมีโอกาสดังกล่าวได้รับการยอมรับและการสนับสนุนในหมู่เพื่อน โดยเด็กและวัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะเรียนรู้จากการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับเพื่อนมากกว่าจากผู้ใหญ่ (Faye Mishna and Barbara Muska, 2004, p. 459)

ทฤษฎีรูปแบบการบำบัดกลุ่ม

ทฤษฎีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน หมายถึงกระบวนการที่สมาชิกในกลุ่มเกิดความต้องการจะช่วยเหลือกัน คุณค่าเชิงการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการทำงานกับกลุ่มวัยรุ่น โดยเน้นความสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มกับ

สมาชิกคนอื่นๆ จะคอยให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการรับรู้ว่าผลกระทบของความบกพร่องทางการเรียนรู้สำหรับแต่ละคนเป็นอย่างไร ซึ่งจะทำให้เด็กและวัยรุ่นที่รู้สึกด้อยกว่าผู้อื่น ถูกปฏิเสธและ/ ถูกเพิกเฉยจากคนรอบข้างได้ระบายความรู้สึกต่างๆ ออกมา การทำกลุ่มจิตบำบัดถือเป็นสิ่งที่ดีสำหรับเด็กและวัยรุ่น เนื่องจากเป็นการรับประสบการณ์ใหม่ๆ จากผู้อื่น ได้การสนับสนุนซึ่งกันและกันในกลุ่ม ทำให้รู้สึกถึงการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ไล่ไปสู่การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

ทฤษฎีการสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ตามทฤษฎีการสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ปัจจัยในการบำบัดกลุ่มเกิดขึ้นผ่านการโต้ตอบที่ใช้ในกลุ่มที่นี่และตอนนี้ (here and now) โดยสมาชิกภายในกลุ่มจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับการปรับตัวระหว่างบุคคลที่ไม่เหมาะสมและมีการบันทึกไว้ว่าเด็กและวัยรุ่นหลายคนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้มีปัญหาในการสรุปการเรียนรู้จากบริบทหนึ่งอีกบริบทหนึ่ง Yalom & Lescz (2005) ได้เสนอ 11 ปัจจัยที่ช่วยในการรักษาสำเร็จ (therapeutic factor) อันประกอบไปด้วย (Yalom & Lescz ,2005; ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์ และรณชัย คงสกันท์, 2542; ไชยันต์ สกกุลศรีประเสริฐ, 2551)

- การปลูกสร้างความหวัง (instillation of hope) กลุ่มจิตบำบัดช่วยให้สมาชิกที่ประสบปัญหา ค่อยๆ มีความหวังว่าตนเองจะสามารถผ่านพ้นปัญหาหรือความยากลำบากได้ โดยการเข้าร่วมกลุ่มทำให้ผู้ป่วยพบเห็นคนที่มีความหวังน้อยกว่าตนเอง พบเห็นคนที่มีความหวังคล้ายกับตนเอง สามารถเอาชนะปัญหาได้ ได้รับข้อคิดเห็นและมุมมองทางบวกทำให้สมาชิก รู้สึกมีความหวังมากขึ้น

- ความรู้สึกอันเป็นสากล (universality) ก่อนเข้ากลุ่มผู้ป่วยมักคิดว่าปัญหาของตนเองเป็นปัญหา

ที่ไม่เหมือนใคร มักเฝ้าคิดว่าเพราะเหตุใด ปัญหาถึงต้องเกิดขึ้นกับคนเพียงคนเดียว การเข้ากลุ่มทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับฟังเรื่องราวของบุคคลอื่นแล้วรู้สึกว่าตนไม่ได้มีปัญหาเพียงคนเดียว มนุษย์ล้วนแต่มีปัญหา เรียนรู้ว่าปัญหาที่ตนเองประสบ ไม่ได้เป็นปัญหาที่มีลักษณะเฉพาะและไม่มีใครเหมือน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น

- การให้ข้อมูล (imparting of information) กลุ่มจิตบำบัดให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม ทางตรง เช่น การที่สมาชิกคนอื่นๆ บอกหรือให้ข้อมูลกับผู้ป่วยโดยตรง หรือทางอ้อมผ่านทางสมาชิกให้ข้อมูลกันและกัน แต่ผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูลดังกล่าวไปด้วย ข้อมูลอาจจะเป็นเรื่องของความหมายของการเจ็บป่วย การดูแลรักษาตนเอง หรือทักษะทางสังคม และการปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น

- การเสียสละ (altruism) ก่อนเข้ากลุ่มผู้ป่วยมักคิดว่าตนเองเป็นคนไม่มีค่าและไม่สามารถช่วยเหลือใครได้ แต่การเข้ากลุ่มทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การเสียสละเพื่อส่วนรวม และรู้ว่าตนเองสามารถช่วยเหลือสมาชิกคนอื่นๆ ได้ การได้ช่วยเหลือคนอื่น ทำให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น

- การแก้ไขประสบการณ์เดิมในครอบครัว (corrective recapitulation of the primary family group) บางครั้งสถานการณ์ที่พบในกลุ่มจิตบำบัดคล้ายคลึงกับประสบการณ์ตรงในครอบครัวของผู้ป่วย เช่น การถูกสมาชิกคนอื่นออกคำสั่งและบังคับคล้ายคลึงกับประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ถูกแม่บังคับและออกคำสั่งมาตลอด สถานการณ์เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยระลึกถึงเรื่องราวความขัดแย้งในครอบครัวของตน และแสดงตอบโต้สถานการณ์ดังกล่าวด้วยพฤติกรรมเดิมที่เป็นปัญหา ผู้นำกลุ่มจะทำทนายและกระตุ้นให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะแก้ไขพฤติกรรมเหล่านี้ให้ถูกต้อง มีโอกาสทดลองวิธีการใหม่ๆ และรับข้อมูลย้อนกลับจากผู้นำกลุ่มและสมาชิกคนอื่นๆ ใน setting ของกลุ่มจิตบำบัดที่มีความปลอดภัย

- การพัฒนาเทคนิคในการเข้าสังคม (development of socializing techniques) การเข้ากลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ เรียนรู้ที่จะรับฟังความคิดเห็นของบุคคลอื่น ตลอดจนอาจมีโอกาสได้รับการฝึกแสดงบทบาทสมมติ ทั้งหมดนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าใจความรู้สึกของคนอื่นมากขึ้นและได้รับข้อมูลย้อนกลับจากสมาชิกคนอื่นๆ ทำให้ทักษะการเข้าสังคมของผู้ป่วยพัฒนาขึ้น

- การเลียนแบบพฤติกรรม (Imitative) เมื่อผู้ป่วยประทับใจในพฤติกรรมของสมาชิกคนอื่นๆ ผู้ป่วยสามารถเลียนแบบและประยุกต์มาเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยสังเกตเห็นว่าเมื่อสมาชิกคนอื่นประสบปัญหาคล้ายๆ กับตนเอง เขาแก้ไขได้อย่างไร ผู้ป่วยจึงเริ่มต้นเลียนแบบและประยุกต์เอามาใช้ในการแก้ปัญหาของตน

- การผนึกกำลังกันภายในกลุ่ม (group cohesiveness) การที่สมาชิกในกลุ่มมีความผูกพันกับผู้นำกลุ่มและผูกพันกันเอง ทำให้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม จึงผนึกกำลังกันเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การผนึกกำลังกันภายในกลุ่มมีลักษณะคล้ายกับสัมพันธภาพในการรักษาของจิตบำบัดรายบุคคล ซึ่งการผนึกกำลังกันในกลุ่มด้วยตัวของมันเองเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากมีปัญหาในเรื่องสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การเข้ากลุ่มแล้วได้รับการยอมรับถือเป็นประสบการณ์ที่มีค่าสำหรับผู้ป่วย

- การระบายอารมณ์ (catharsis) การเข้ากลุ่มทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสระบายอารมณ์ที่เก็บกดมานาน และเกิดความเข้าใจว่าการแสดงอารมณ์ทางลบในบางสถานการณ์ไม่ได้เป็นเรื่องที่สังคมไม่ยอมรับหรือเป็นเรื่องที่เสียหาย

- ความจริงอันเป็นสัจธรรม (existential factors) บางครั้งการเผชิญปัญหาที่หนักหนาแสนสาหัส เช่น ความตาย การจากลา การสูญเสีย จะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ความจริงอันเป็นสัจธรรม ที่บางครั้ง

ก็ไม่สามารถเลี้ยงได้หรือบางครั้งก็ต้องเผชิญเหตุการณ์ดังกล่าวแต่เพียงผู้เดียว แม้จะแก้ไขปัญหาดังกล่าวไม่ได้ แต่ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นได้มากขึ้นและปรับตัวได้ดีขึ้น

- การเรียนรู้ที่จะติดต่อกับปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (interpersonal learning) กลุ่มเป็นสถานที่ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้ฝึกที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ไม่ว่าจะเป็นการทำความเข้าใจรูปแบบสัมพันธภาพของตนเอง ค้นหา เลียนแบบ แะสามารถจัดการกับความขัดแย้งในใจผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม

กลุ่มจิตบำบัดสามารถช่วยสร้างปัจจัยเหล่านี้ได้ โดยจะช่วยให้เด็กและวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ได้อยู่กับเพื่อนที่มีความคล้ายกัน สามารถแบ่งปันความเจ็บปวดและเทียบเคียงประสบการณ์ได้ ซึ่งจะทำให้เด็กมีความรู้สึกปลอดภัย เป็นที่ยอมรับระหว่างเพื่อน รวมทั้งได้เสนอความช่วยเหลือ ให้การสนับสนุนผู้อื่นและการที่ได้รับข้อเสนอแนะและความเห็นอกเห็นใจจากผู้อื่นก็เป็นส่วนช่วยให้เด็กกลุ่มนี้ดีขึ้นได้

2.2 ตัวอย่างการประยุกต์ใช้กลุ่มจิตบำบัดในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้

ในส่วนนี้จะเป็นการนำเสนอตัวอย่างการประยุกต์ใช้กลุ่มจิตบำบัดสำหรับช่วยเหลือเด็กและวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้

Faye & Barbara (2004) ได้เสนอแนวทางการใช้กลุ่มบำบัดเพื่อช่วยเหลือเด็กและวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ในเรื่องของปัญหาทางอารมณ์และสังคม โดยกลุ่มประกอบไปด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเริ่มกลุ่ม ระยะกลาง และระยะปิดกลุ่ม ซึ่งแต่ละระยะมีรายละเอียดดังนี้

ระยะเริ่มกลุ่ม ในการเริ่มกลุ่มครั้งแรกผู้นำกลุ่มต้องให้ความสนใจสมาชิกกลุ่มทุกคนว่าประสบปัญหาอะไรบ้าง ทบทวนวัตถุประสงค์ของกลุ่มซึ่งคือการช่วยเหลือเด็กและวัยรุ่นในการจัดการกับปัญหาให้สมาชิกกลุ่มทราบ รวมถึงชี้แจงกฎต่าง ๆ เช่น การรักษาความลับ ความปลอดภัยทั้งทางร่างกายและจิตใจอันได้แก่ห้ามทำร้ายร่างกายหรือห้ามล้อเลียนกัน ซึ่งผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการดำเนินให้กลุ่มบรรลุตามเป้าหมาย โดยสนับสนุนให้สมาชิกพูดคุยกันภายในกลุ่มถึงความกังวลและประสบการณ์นอกกลุ่มและยกประเด็นที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มระหว่างนั้น มาพูดคุยอภิปราย โดยผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้ช่วยให้สมาชิกพูดคุยและให้ข้อเสนอแนะซึ่งกันและกัน

ระยะกลาง ผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้คอยเชื่อมโยงปัญหาของเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้เข้าสู่การสนทนาร่วมกัน นอกจากนี้รูปแบบที่สำคัญของการบำบัดรูปแบบนี้คือการใช้เทคนิคโดยที่ผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้คอยช่วยเหลือเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้และส่งเสริมกระบวนการกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้ชี้แจง ทำความเข้าใจ พูดคุยสื่อสาร ติดตามการสนทนาและทำความเข้าใจเรื่องราวต่างๆ ให้คำแนะนำแก่สมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรมีความใส่ใจต่อความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิก ในส่วนของการทำกิจกรรมและการอภิปรายในกลุ่มนั้นก็เพื่อให้สมาชิกได้พูดถึงยากลำบากในการเรียนและประสบการณ์ทางสังคม และเพื่อให้เห็นถึงการเชื่อมโยงประสบการณ์ของสมาชิกกลุ่มแต่ละคนที่มีปัญหาค้นคว้ากัน

ระยะปิดกลุ่ม องค์ประกอบสำคัญคือการให้โอกาสเด็กและวัยรุ่นกลุ่มนี้ได้แสดงออกถึงเรื่องราวหรือเหตุการณ์ที่เจ็บปวดของพวกเขาเกี่ยวกับความบกพร่องทางการเรียนรู้และปัญหาอื่น ๆ กับกลุ่มเพื่อน

ที่พวกเขา รู้สึกปลอดภัย ได้แบ่งปัน แลกเปลี่ยนและ การสนับสนุนกันในหมู่มหาชิกกลุ่ม เพื่อสร้างความ รู้สึกว่าเราไม่ได้มีปัญหาที่เพียงคนเดียว ซึ่งได้ขาด หายไปสำหรับหลายๆ คน โดยสมาชิกในกลุ่มจะเป็น ผู้คอยส่งเสริมช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

โดยผู้นำจะเป็นผู้อำนวยการความสะดวกในการ สนทนา ลักษณะของการอำนวยความสะดวกนี้จะแตก ต่างกันไปในแต่ละกลุ่ม ตัวอย่างเช่น ผู้นำกลุ่มอาจ แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความเจ็บ ทรมานสมาชิ กถึงปัญหาในการพูดคุยหรืออ้างถึงปัญหาจากสัปดาห์ ก่อนหน้า และแต่ละชั่วโมงบำบัดจะจบลงด้วยการสรุป โดยผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้สรุปสาระสำคัญทั้งหมดของการ ทำกลุ่มในครั้งนั้น ต่อไปเป็นตัวอย่างของการที่ผู้นำ กลุ่มเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการสนทนาเกี่ยวกับ ปัญหาที่เกิดขึ้นในการสิ้นสุดกลุ่ม

สรุป

จากการศึกษาการทำกลุ่มจิตบำบัดในเด็กและ วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ เป็นการสนทนา ในประเด็นที่สำคัญ โดยการกระตุ้นให้เด็กเล่าเรื่องราว ที่เขา รู้สึกไม่สบายใจออกมา การได้เล่าหรือพูดคุยกัน จะนำไปสู่การระบายออกซึ่งความคับข้องใจ ความ เก็บกดที่อยู่ภายในใจออกมา กลุ่มจิตบำบัดจะช่วยให้ เห็นปฏิกริยาการสะท้อนกลับทันทีระหว่างสมาชิก ภายในกลุ่ม และผู้นำกลุ่มจะสามารถสังเกตอารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรม ที่ตอบสนองกันของสมาชิกใน กลุ่มที่มีความหลากหลาย เด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมทำ กิจกรรมในกลุ่มเปรียบเสมือนสังคมจำลอง ที่สามารถ สะท้อนภาพการปรับตัวของเด็กในการอยู่ร่วมกับผู้ อื่นได้ชัดเจนขึ้น ซึ่งการประเมินรายบุคคลไม่สามารถ สะท้อนภาพเหล่านี้ได้ อีกทั้งการทำกลุ่มจิตบำบัดจะ เป็นส่วนในการเสริมสร้างทักษะทางสังคม เด็กมีโอกา สเป็นที่ยอมรับของเพื่อน มีการถ่ายทอดพฤติกรรมที่

ดีจากคนอื่นๆ การเรียนรู้เป็นไปด้วยดี มีความเป็น ธรรมชาติ ตลอดจนเป็นการแก้ไขความขัดแย้งภายใน ส่วนลึกของจิตใจ ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีมากและคงอยู่ถาวร กลุ่มจิตบำบัดในเด็กและวัยรุ่น ที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้เป็นอีกแนวทางหนึ่ง ในการช่วยเหลือที่สามารถช่วยดูแลในด้านจิตใจ ฝึก ทักษะการใช้ชีวิต และลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นต่อไปใน อนาคตของเด็กและวัยรุ่นได้ ซึ่งการทำกลุ่มจิตบำบัด ในเด็กและวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ นี้ อาจมีของพึงระวังในการทำกลุ่มว่า อาจจะไม่ใช้เด็ก ทุกคนที่จะสามารถเข้าใจ เชื่อมโยงเหตุการณ์หรือนำ เหตุการณ์ของตนเองและเพื่อนมาเทียบเคียงกันได้ จนเกิดความรู้สึกเช่นเดียวกันได้ หรือการสรุปผลจาก การพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลต่างๆ อาจจะไม่ทำได้ไม่ ดีนัก เนื่องจากวัยและข้อจำกัดของโรค แต่ในขณะ เดียวกันควรมีการทำความเข้าใจกับครอบครัว ผู้ ปกครอง คุณครู หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ให้เข้าใจธรรมชาติ ของเด็กในกลุ่มนี้และแนะนำการดูแลเด็กที่เหมาะสม ควบคู่กับการทำกลุ่มจิตบำบัด จึงจะส่งผลให้การดูแล ช่วยเหลือเด็กและวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการ เรียนรู้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- ชาญวิทย์ พรนภดล. (2558). *โรคการเรียนรู้บกพร่อง*. ใน นันทวัช สัทธีรักษ์ และคณะ (บ.ก.), *นันทวัช สัทธีรักษ์, (บรรณาธิการ) (2558). จิตเวช - ศาสตร์ศิริราช DSM-5 (พิมพ์ครั้งที่ 2). (น. 507-516). กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์.*
- ไชยันต์ สกกุลศรีประเสริฐ. (2551). *จิตวิทยาคลินิก เบื้องต้น*. เชียงใหม่: ภาควิชาจิตวิทยา คณะ มนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ดลฤดี บุรกลีกร. (ม.ป.ป.). จิตวิทยาพัฒนาการ. เชียงใหม่: ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดารณี ศักดิ์ศิริผล. (2556). การศึกษาภาวะสมาธิสั้นในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ในเขตกรุงเทพมหานคร. (มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ).
- ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. จิตบำบัดแบบกลุ่ม ในเด็กที่ประสบภัยพิบัติ. 2554; สืบค้น วันที่/เดือน/ปี จาก <http://www.happyhomeclinic.com/disaster01group4psychotrauma.htm>
- เทิดพงศ์ ทองศรีราช. (ม.ป.ป.) *Learning disorder (ความบกพร่องในการเรียนรู้)*. สงขลา: ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ปราโมทย์ เซาว์นศิลป์ และธรรณชัย คงสกนธ์. (2542). *กลุ่มจิตบำบัดสำหรับคนไข้ใน*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์.
- วินัดดา ปิยะศิลป์. สุชาติพิย์ ว่างตาล. (2558). ความบกพร่องทางการเรียนรู้และโรคที่พบร่วม. *สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 60 (4), 1287-296.
- วินัดดา ปิยะศิลป์. (ม.ป.ป). *Specific Learning Disorder (SLD)*. สืบค้น 8 ตุลาคม 2562, จาก <http://www.snmri.go.th/snmri/download/train/disability/disability6.pdf>
- Faye Mishna & Barbara Muska. (2004). "I'm Not the Only One!" Group Therapy with Older Children and Adolescents Who Have Learning Disabilities. *International Journal of Group Psychotherapy*, 54 (4), 455-475.
- Yalom, I., & Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (5th ed.). New Yorks: Basic Books.