



วารสาร

จิตวิทยาคลินิกไทย

Thai Journal of Clinical Psychology

ปีที่ 53 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2565 Volume 53 Number 1 January-April 2022

- บรรณาธิการแถลง

นิพนธ์ต้นฉบับ

- ผลของการให้การปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานที่มีต่อความเมตตาตนเองของนักศึกษาที่มีความโน้มน้าวใจเป็นผู้นิยมความสมบูรณ์แบบชนิดปรับตัวยาก
- รูปแบบคะแนนของแบบประเมินพฤติกรรมและการปรับตัว (VABS) ในกลุ่มเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางเชาว์ปัญญาร่วมด้วย
- ประสพการณ์การถ่ายโอนย้อนกลับของนักจิตบำบัด: การศึกษาเชิงคุณภาพ
- ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้นทุนทางจิตวิทยา และคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลอาเน็ทมหิดล จังหวัดลพบุรี
- การศึกษาความเป็นไปได้และการพัฒนาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (จิตวิทยาคลินิกและชุมชน): การวิจัยผสานวิธี

บทความฟื้นฟูวิชาการ

- จิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมกับการติดเกม



วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

THAI JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY

ISSN-2774-1087 (Online)

ปีที่ 53 ฉบับที่ 1

มกราคม-เมษายน 2565

VOLUME 53 NUMBER 1

JANUARY-APRIL 2022

สารบัญ

- บรรณาธิการแถลง

นิพนธ์ต้นฉบับ

- ผลของการให้การปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานที่มีต่อความเมตตาตนเองของ
นักศึกษาที่มีความไม่มั่นคงเป็นผู้นิยมความสมบูรณ์แบบชนิดปรับตัวยาก 1
บุญยวีร์ ขำภักดิ์, ณฐวัฒน์ ล่องทอง
Boonyavee Kumpakdee, Nathawat Longthong
- แบบคะแนนของแบบประเมินพฤติกรรมและการปรับตัว (VABS) ในกลุ่มเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางเชาว์ปัญญาร่วมด้วย 13
ทิฆัมพร หอสิริ, สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์, ชนนิกานต์ แสงวิชยพงศ์
Tikumporn Hosiri, Sucheera Phattharayuttawat, Chonnikarn Savangvichayapong
- ประสบการณ์การถ่ายโอนย้อนกลับของนักจิตบำบัด: การศึกษาเชิงคุณภาพ 25
เจษฎา กลิ่นพูล, พนิดา เสือวรรณศรี
Jessada Klinpull, Panita Suavansri
- ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้นทุนทางจิตวิทยา และคุณภาพ
ชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลอาานันท์มหิตล จังหวัดลพบุรี 41
ณานิน สินสุข, อธิวัฒน์ เจียวิวรรณ์กุล
Chanin Sinsook, Athiwat Jiawiwatkul
- การศึกษาความเป็นไปได้และการพัฒนาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (จิตวิทยา
คลินิกและชุมชน): การวิจัยผสานวิธี 56
มานิกา วิเศษสาร, ปิยพงศ์ แซ่ตั้ง, รพีภรณ์ เปี่ยมพิช, นนทิมา สิริเกียรติกุล, ปวีร์ สิริเกียรติกุล
Manika Wisessathorn, Piyapong Saetang, Rapeekorn Piampuech,
Nontima Sirikiattikul, Pawit Sirikiattikul

บทความฟื้นฟูวิชาการ

- จิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมกับการติดยา 71
ธนฤช ลิขิตธรากุล, ภาสกร คุ่มศิริ
Tanakrit likritalakul, Passakorn Koomsiri

คณะกรรมการอำนวยการ สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย ปี 2564-2565

คณะที่ปรึกษา

ม.ล.นพ.สมชาย จักรพันธุ์
ผศ.(พิเศษ) สมทรง สุวรรณเลิศ
วัลลี ธรรมโกสิทธิ์
วันชัย ไชยสิทธิ์
สมพร อินทร์แก้ว
จินตนา สิงขรอาจ

นายกสมาคม

สุภาวดี นวลมณี

อุปนายกสมาคม

วนิดา ชนินทุทวงศ์
ภูมิพงษ์ ขุนนมนำ
ว่าที่ ร.ต.ไพรัช นิภาพันธ์

คณะกรรมการวิชาการ

ผศ.ดร.กฤษยา พิสิทธิ์สังฆการ
ดร.สมบุญ จารุเกษมทวิ
ดร.พีร วงศ์อุปราช
ดร.แสงเดือน ยอดอัญมณีวงศ์
ดร.เอื้ออนุช ถนอมวงษ์
ดร.นรัชชญา ศรีบุรพา
ดร.ภัทรวรรณ สุขยิธ
ดร.รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล
ดร.ญาดา ธงธรรมรัตน์
ปวิธ สิริเกียรติกุล
ชนิดา วิชัยคำ
ดิษยา มีเพียร
โยธิน จารุจุฑารัตน์
อมรรัตน์ คงชุบ
ศศกร วิชัย
กานดา ผาวงศ์
ฉัตรมงคล จำมา
นพวรรณ บัวทอง
วรภา สยงกุล

กิจการต่างประเทศ

ดร.ปริสสุทธิ์ สำราญทรัพย์

สาราณียกร

ผศ.วัฒน์ะ พรหมเพชร
สิริกุล จุลศิริ

นายกะเบียน

สมบัติ ประเสริฐแก้ว

ปฏิคม

มะลิวรรณ ออสน์เทียะ ชูทาร์
ชฎานภัส จิตตรัตน์

ประชาสัมพันธ์

เอกลักษณ์ วงศ์อภัย

เหรียญก

จิตรพรรณ โพธิ์ไพโรจน์

เลขานุการ

ประภาศรี ปัญญาวิชิตชัย
ศจี รุกขพัฒน์กุล

คณะกรรมการกลาง

น.อ.(พิเศษ)หญิง พรทิพย์ อินทรวีเชียร
นารีรัตน์ พงษ์สิทธิถาวร
อัปสรศรี ธนไพศาล
วัชริน แม่นยำ
รุ่งรัตน์ สุวนาคกุล
อรรถพงษ์ ถนิมพาสน์
ธิดารัตน์ ศรีสุโข
ประเสริฐ จุฑา
กมลีน อุ้นจิตติกุล
ปภาวิน พันชมภู
วันชาติ แก้วปาน

Executive Committee

Of The Thai Clinical Psychologist Association 2021-2022

Advisory Board

ML.Somchai Charkrabhan, M.D.
Asst.Prof.Somsong Suwanlert
Wallee Thammakosit
Wanchai Chaiyasit
Somporn Inkaew
Jintana Singkhornard

President

Supavadee Nuanmanee

Vice President

Vanida Chaninyuthwong
Phupong Koonchanumcham
Acting Sub Lt.Pairat Nipanan

Scientific Section

Asst.Prof.Kullaya Pisitsungkagarn, PhD
Somboon Jarukasemthawee, PhD
Peera Wongupparaj, PhD
Saengduean Yotanyamaneewong, PhD
Auranuch Tanomwong, PhD
Naranchaya Sriburapar, PhD
Pattarawat Sukyirun, PhD
Rattanasak Santitadukul, PhD
Yada Thongthamarat, PhD
Pawit Sirikiattikul
Chanida Vichaikum
Disaya Meepien
Yothin Charuchutharat
Amornrat Khongchub
Sasakorn Vichai
Kanda Phawong
Chatmongkol Chammak
Nopphawan Buathong
Warapa Sayounggoon

International Affair

Parisuth Sumransab, PhD

Editorial

Asst.Prof.Wattana Prohmpetch
Sirikul Chulkeeree

Registrar

Sombat Prasertkaew

House Master

Maliwan Oosanthia Soutar
Chayanapat Jittarat

Public Relation

Akaluck Wong-apai

Treasurer

Jitrapun Popairoj

Secretary

Prapasri Punyavachirachai
Sajee Rukkhawattanakul

Affair

Capt.Porntip Intravichien WRTN
Nareerat Phongsittithaworn
Apsornsri Thanapaisai
Watcharin Manyum
Rungrat Suvanakkul
Attwapong Thanimpas
Thidarat Srisukho
Prasert Chutha
Kamalin Aunchittikul
Paphawin Pueanchompoo
Wanchart Kaewpan

วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

ผู้จัดพิมพ์:

สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย

ที่ปรึกษา:

สุภาวดี นวลมณี

นายกสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย

บรรณาธิการ:

ผศ.วิวัฒน์ พรหมเพชร

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

กองบรรณาธิการ:

สิริกุล จุลศิริ

สำนักวิชาการ กรมสุขภาพจิต

ผศ.เพ็ญประภา ปริญญาผล

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

ผศ.ดร.ไชยันต์ สกุลศรีประเสริฐ

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผศ.ดร.อารยา ผลธัญญา

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

พินภาณูจน์ ศรีศรากร

สถาบันประสาทวิทยา

คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ:

ศ.ดร.ดวงมณี จงรักษ์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

รศ.ดร.สุธีรา ภัทราวุฒวรรตน์

มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.มานีภา วิเศษสาร

มหาวิทยาลัยรามคำแหง

รศ.พวงสร้อย วรกุล

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

ผศ.ดร.กุลยา พิสิทธิ์สังขการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ.พ.ต.หญิง ดร.พนมพร พุ่มจันทร์

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผศ.ดร.อรพิน สติธมน

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผศ.ดร.ณัฐภูมิ อรินทร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผศ.ดร.นิรันดร์ เงินแย้ม

มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผศ.ดร.สร้อยสุดา อัมอรณรักษ์

มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร.ธนยศ สุมลย์โรจน์

มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร.จิระวัฒน์ ต้นสกุล

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

อ.ดร.สมบุญ จารุเกษมทวี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ.ดร.เอื้ออนุช ถนอมวงษ์

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

อ.ดร.แสงเดือน ยอดอัญมณีวงศ์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อ.ดร.สมชาย เตียวสกุล

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

อ.ดร.กุลวดี ทองไพบูลย์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

อ.ดร.นัฐพร โอภาสานนท์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

อ.ดร.พีร วงศ์อุปราช

มหาวิทยาลัยบูรพา

อ.ดร.เมธี วงศ์วีระพันธุ์

มหาวิทยาลัยแม่โจ้

อ.ดร.ปิยาพัทธ์ อารีญาติ

มหาวิทยาลัยแม่โจ้

อ.ดร.พินนภา หมวกยอด

มหาวิทยาลัยแม่โจ้

อ.ดร.สุพัทธ แสนแจ่มใส

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ดร.นพ.นพพร ตันติรังสี

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12

ดร.ภัทรวรรณ สุขยิทธิ

โรงพยาบาลศรีธัญญา

ดร.รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

ดร.ปรีสุทธิ์ สำราญทรัพย์

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ศศกร วิชัย

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

Boby S.Kappen, PhD

James Cook University, Singapore

สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารจิตวิทยาคลินิกไทย:

ตึก 10 ชั้น 3 คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

181 ถนนเจริญประดิษฐ์ ตำบลรูสะมิแล อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี 94000

โทร.+66 7331 3928-45, +66 62 226 2026 อีเมล: thajoclipsey@gmail.com

Thai Journal of Clinical Psychology

Publisher:

The Thai Clinical Psychologist Association

Consulting Editor:

Supavadee Nuanmanee

President of the Thai Clinical Psychologist Association

Editor:

Asst.Prof.Wattana Prohmpetch

Prince of Songkla University, Pattani Campus

Editorial Board:

Sirikul Chulkeeree

Bureau of Mental Health Academic Affairs, DMH

Asst.Prof.Penprapa Prinyapol

Prince of Songkla University, Pattani Campus

Asst.Prof.Chaiyun Sakulsriprasert, PhD

Chiang Mai University

Asst.Prof.Araya Pontanya, PhD

Chiang Mai University

Pinnakorn Srisarakorn

Neurological Institute of Thailand

Board of Reviewers:

Prof.Doungmani Chongruksa, PhD

Prince of Songkla University, Pattani Campus

Assoc.Prof.Sucheera Phattharayuttawat, PhD

Mahidol University

Assoc.Prof.Manika Wisessathorn, PhD

Ramkhamhaeng University

Assoc.Prof.Puangsoi Worakul

Prince of Songkla University, Pattani Campus

Asst.Prof.Kullaya Pisitsungkagarn, PhD

Chulalongkorn University

Asst.Prof.Panomporn Phoomchan, PhD

Kasetsart University

Asst.Prof.Orapin Sathiramon, PhD

Kasetsart University

Asst.Prof.Nattawut Arin, PhD

Chiang Mai University

Asst.Prof.Nirun Ngenyam, PhD

Narasuan University

Asst.Prof.Soisuda Imaroonrak, PhD

Mahidol University

Asst.Prof.Thanayot Sumalrot, PhD

Mahidol University

Asst.Prof.Jirawat Tunsakul, PhD

Prince of Songkla University, Pattani Campus

Somboon Jarukasemthawee, PhD

Chulalongkorn University

Auranuch Tanomwong, PhD

Kasetsart University

SaengDuean Yotanyamaneewong, PhD

Srinakarinwirot University

Somchai Teawkul, PhD

Saint Louis College

Kulvadee Thongpibul, PsyD

Thammasat University

Nattaporn Opananon, PhD

Narasuan University

Peera Wongupparaj, PhD

Burapha University

Metee Wongweerapun, PhD

Maejo University

Piyapat Areeyay, PhD

Maejo University

Pinnapa Muakyod, PhD

Maejo University

Supat Sanjamsai, PhD

Srinakarinwirot University

Nopporn Tantirangsee, M.D., PhD

Mental Health Center 12

Pattarawat Sukyirun, PhD

Srithanya Hospital

Rattanasak Santitadaku, PhD

Child and Adolescent Mental Health Rajanakarindra Institute

Parisuth Sumransab, PhD

Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

Sasakorn Vichai

Child and Adolescent Mental Health Rajanakarindra Institute

Boby S.Kappen, PhD

James Cook University, Singapore

Editorial Address:

Building 10, Floor 3, Faculty of Education, Prince of Songkla University, Pattani campus

181 Charoenpradit Road, Rusamelae, Maung, Pattani 94000

Phone +66 7331 3928-45, +66 62 226 2026 e-mail: thaijoclippsy@gmail.com

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ (ฉบับย่อ)

Guide for Authors

ต้นฉบับที่ผู้พิมพ์ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารจิตวิทยาคลินิกไทย จะต้องไม่เคยตีพิมพ์ และเผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น เรื่องที่ลงตีพิมพ์ในวารสารจิตวิทยาคลินิกไทยแล้วถือเป็นลิขสิทธิ์การเผยแพร่โดยสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทยแต่เพียงผู้เดียว การตีพิมพ์หรือเผยแพร่ซ้ำในที่อื่นต้องได้รับอนุญาตจากกองบรรณาธิการวารสารฯ ก่อน

เอกสารต้นฉบับจะได้รับการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความชำนาญในด้านนั้น ๆ จำนวน 3 ท่านและต้องผ่านการพิจารณาอย่างน้อย 2 ท่าน การพิจารณานี้หมายถึงการพิจารณาเชิงเนื้อหา ระเบียบวิธีวิจัย ความถูกต้องของการใช้สำนวนการเขียน การสะกดคำ รูปแบบการเขียน เอกสารอ้างอิง ตลอดจนการใช้ไวยากรณ์ทางภาษาทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยกองบรรณาธิการจะนำข้อคิดเห็น ตลอดจนข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิกลับไปยังผู้พิมพ์เพื่อการปรับปรุงแก้ไข ทั้งนี้การพิจารณาดังกล่าวจะดำเนินการโดยเจ้าของผลงานและผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้พิจารณาผลงานจะไม่ทราบชื่อซึ่งกันและกัน ตลอดจนชื่อหน่วยงานของแต่ละฝ่าย เพื่อความเป็นธรรมและการปราศจากอคติในการพิจารณาผลงานวิชาการ

ประเภทของบทความที่วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย ตีพิมพ์เผยแพร่มี 2 ประเภท ได้แก่

1. **นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)** หรือบทความรายงานการวิจัย

2. **บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review article)** หรือบทความวิชาการ เป็นบทความจากการรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ผลเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าของเรื่องนั้นในสถานการณ์ปัจจุบัน

การเตรียมต้นฉบับเบื้องต้น (สำหรับบทความทุกประเภท)

- พิมพ์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรม Word Processor for Windows ขนาดตัวอักษร Browsers UPC ขนาด 16 และให้พิมพ์ข้อความ 1 สดมภ์ (1 Column) ต่อ 1 หน้ากระดาษ A4 โดยให้พิมพ์ห่างจากขอบกระดาษทุกด้านไม่น้อยกว่า 2.5 ซม. (1 นิ้ว)
- มีเลขหน้ากำกับทุกหน้าที่มีมขวาล่าง
- คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ใช้ในเนื้อเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะซึ่งขึ้นต้นด้วยอักษรตัวใหญ่
- จำนวนหน้าของบทความทั้งหมดไม่ควรเกิน 18 หน้า

การเตรียมต้นฉบับและเอกสารเพื่อส่งกองบรรณาธิการ

- **บทความต้นฉบับ** ใช้ตามรูปแบบการเตรียมบทความต้นฉบับ (Template) ตามประเภทที่ส่งเพื่อขอรับการพิจารณาตีพิมพ์ โดยทางวารสารจะทำการรูปแบบการเตรียมบทความต้นฉบับของบทความวิจัยไว้เป็นหลัก (Template) สามารถปรับเป็นประเภทอื่นๆตามประเภทบทความที่ต้องการส่ง
 - ชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ขึ้นต้นคำด้วยพิมพ์ใหญ่)

- บทความขอให้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 300 คำ พร้อมระบุคำสำคัญ (key word) 3-5 คำ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ Keyword ภาษาอังกฤษขึ้นต้นพิมพ์ใหญ่ คั่นระหว่างคำด้วย ,
- เนื้อเรื่องสำหรับนิพนธ์ต้นฉบับที่เป็นงานวิจัย ประกอบด้วยบทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการ ผลการวิจัย และสรุป สำหรับเนื้อเรื่องบทความฟื้นฟูวิชาการ ประกอบด้วย บทนำ บทปริทัศน์ อาจมีบทวิจารณ์แยกอีกหัวข้อต่างหาก และสรุป
- กิตติกรรมประกาศความยาวไม่เกิน 5 บรรทัด (ถ้ามี)
- เอกสารอ้างอิง (References) ใช้ระบบ APA (the Publication Manual of the American Psychological Association) 7th edition (2020) ทั้งหมด
- **แบบฟอร์มส่งตีพิมพ์** (ใบปะหน้า) โดยระบุ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ คุณวุฒิสูงสุดและสถาบันของผู้นิพนธ์ทุกคน โดยเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พร้อมระบุชื่อ ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ของผู้นิพนธ์ที่รับผิดชอบในการติดต่อกับกองบรรณาธิการ
- **เอกสารอื่น ๆ** (ถ้ามี) ได้แก่ เอกสารรับรองผ่านคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ ในกรณีที่ทำการวิจัยหรือทดลองในมนุษย์

การส่งบทความ

1. นิพนธ์สามารถส่งบทความเพื่อเข้ารับการพิจารณาตีพิมพ์ได้ตลอดทั้งปี หรือตามช่วงเวลาที่มีการกำหนด (ติดตามระยะเวลาการส่งบทความได้ที่เมนูข่าวประกาศ) ทางระบบวารสารออนไลน์เท่านั้น เอกสารส่งผ่านทางระบบวารสารออนไลน์ (หากเข้าใช้ครั้งแรกให้ลงทะเบียนก่อนที่: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy/login>) ดังรายการต่อไปนี้
 - 1) ไฟล์บทความต้นฉบับ (รูปแบบการเตรียมบทความต้นฉบับ (Template))
 - 2) แบบฟอร์มส่งตีพิมพ์
 - 3) เอกสารอื่น ๆ เช่น เอกสารรับรองผ่านคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์
2. หลังจากผู้นิพนธ์ส่งบทความเข้ามาในระบบแล้ว ต้องรอการแจ้งผลการพิจารณาเบื้องต้นจากบรรณาธิการก่อนที่จะชำระเงินค่าตีพิมพ์ (ผ่านเช็คบัญชีสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย ธนาคารกรุงไทย สาขากระทรวงสาธารณสุข ตีวนนท์ เลขที่บัญชี 142-0-29451-2 พร้อมทั้งส่งหลักฐานการโอนเงินผ่านระบบวารสารออนไลน์)
3. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลต่าง ๆ หรือติดต่อกับผู้นิพนธ์ทางกระตุ้มของเลขบทความ (ID) ที่ผู้นิพนธ์ส่งเข้ามาในระบบครั้งแรก และให้ผู้นิพนธ์ตอบกลับและส่งไฟล์การแก้ไขต่าง ๆ ของบทความ ในกระตุ้มของเลขบทความเดียวกันเท่านั้น

ตัวอย่างการเขียนรายการอ้างอิง

วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย กำหนดให้ผู้เขียนนิตยสารใช้การอ้างอิงและเขียนรายการเอกสารอ้างอิง โดยใช้ระบบ APA (the Publication Manual of the American Psychological Association) 7th edition (2020) ตามรายละเอียดดังนี้

1. การเขียนอ้างอิงแบบแทรกในเนื้อหา (In-text citation) ให้เขียนเฉพาะชื่อสกุลของผู้แต่ง ในกรณีที่ชื่อผู้แต่งเป็นภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ การเขียนมี 2 ลักษณะ คือ

ผู้เขียน	ก่อนข้อความ	ท้ายข้อความ
	ชื่อผู้แต่ง (ปีที่พิมพ์)	(ชื่อผู้แต่ง, ปีที่พิมพ์)
1 คน	อ้างครั้งแรก Prohmpetch (2021) อ้างครั้งต่อมา Prohmpetch (2021)	อ้างครั้งแรก (Prohmpetch, 2021) อ้างครั้งต่อมา (Prohmpetch, 2021)
2 คน	อ้างครั้งแรก Pontanya and Thongpibul (2016) อ้างครั้งต่อมา Pontanya and Thongpibul (2016)	อ้างครั้งแรก (Pontanya & Thongpibul, 2016) อ้างครั้งต่อมา (Pontanya & Thongpibul, 2016)
3 คนขึ้นไป	อ้างครั้งแรก Seeley et al. (2016) อ้างครั้งต่อมา Seeley et al. (2016)	อ้างครั้งแรก (Seeley et al., 2016) อ้างครั้งต่อมา (Seeley et al., 2016)
หน่วยงาน	อ้างครั้งแรก Child and Adolescent Mental Health Rajanakarindra Institute (2018) อ้างครั้งต่อมา Child and Adolescent Mental Health Rajanakarindra Institute (2018)	อ้างครั้งแรก (Child and Adolescent Mental Health Rajanakarindra Institute, 2018) อ้างครั้งต่อมา (Child and Adolescent Mental Health Rajanakarindra Institute, 2018)
หน่วยงาน (โดยใช้ชื่อย่อ)	อ้างครั้งแรก Centre for Equity & Innovation in Early Childhood (CEIEC, 2008) อ้างครั้งต่อมา CEIEC (2008)	อ้างครั้งแรก (Centre for Equity & Innovation in Early Childhood [CEIEC], 2008) อ้างครั้งต่อมา (CEIEC, 2008)

กรณีที่อ้างอิงถึงเอกสารในงานที่ศึกษาแต่ไม่สามารถหาเอกสารหรือต้นฉบับดั้งเดิมได้ เนื่องจากไม่มีการพิมพ์หรือให้บริการตามปกติแล้ว หรือเป็นข้อมูลจากแหล่งระดับข้อมูลทุติยภูมิ ให้ระบุชื่อเอกสารต้นฉบับแล้วตามด้วยคำว่า “as cited in” ตามด้วยชื่อผู้แต่งที่ถูกนำข้อมูลมาอ้างและปีพิมพ์

ก่อนข้อความ: Arnett (2000, as cited in Claiborne & Drewery, 2010)

ท้ายข้อความ: (Arnett, 2000 as cited in Claiborne & Drewery, 2010)

2. การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ (References)

2.1 หนังสือ

2.1.1 หนังสือในรูปแบบเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์

ไม่มีเลข DOI

Author, A. A., & Author, B. B. (Year*). *Title of work*. (edition**). Publisher***. URL (ถ้ามี)

มีเลข DOI

Author, A. A., & Author, B. B. (Year*). *Title of work*. (edition**). Publisher***.

<https://doi.org/DOI No.>

* กรณีไม่ปรากฏปีที่พิมพ์ ให้ใส่ (n.d.)

** กรณีพิมพ์ครั้งที่ 1 (1st Edition) ไม่ต้องระบุครั้งที่พิมพ์

*** กรณีไม่ปรากฏเมือง (Location) หรือสำนักพิมพ์ (Publisher) ให้ใส่ (n.p.)

- ถ้าผู้แต่ง 3-20 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน คั่นแต่ละชื่อด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และใส่ "&" ก่อนชื่อคนสุดท้าย ถ้าผู้แต่งมากกว่า 21 คนขึ้นไป ให้ใส่ชื่อผู้แต่งคนที่ 1-19 คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ตามด้วย . . . เว้นวรรคและตามด้วยชื่อผู้แต่งคนสุดท้าย
- ให้เรียงลำดับแต่ละรายการตามตัวอักษรภาษาอังกฤษ (A-Z)
- ถ้าเอกสารภาษาไทย ให้แปลรายการอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษและเติมคำว่า (in Thai) ต่อท้ายรายการอ้างอิงนั้น

Assanangkornchai, S., & Arunpongpaisal, S. (2014). *Alcohol use disorders and related problems: Significance and management in Thailand*. Faculty of Medicine, Prince of Songkla University. <https://dmh-elibrary.org/items/show/174> (in Thai).

Jackson, L. M. (2019). *The psychology of prejudice: From attitudes to social action* (2nd ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000168-000>

Miller, L. H., Smith, A. D., & Rothstein, L. (1994). *The stress solution: an action plan to manage the stress in your life*. Pocket Books.

2.1.2 บทในหนังสือ

ไม่มีเลข DOI

Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of chapter or entry. In A. Editor, B. Editor, & C. Editor (Ed. or Eds.), *Title of book* (pp. xxx-xxx). Publisher. URL (ถ้ามี)

มีเลข DOI

Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of chapter or entry. In A. Editor, B. Editor, & C. Editor (Ed. or Eds.), *Title of book* (pp. xxx-xxx). Publisher. <https://doi.org/DOI No.>

Phakdee, W. (2002). Personality. In J. Ngerndee & T. Surinya (Eds.), *General Psychology* (8th ed., pp. 259-279). Jamjuree Product. https://kukr2.lib.ku.ac.th/kukr_es/kukr/search_detail/download_digital_file/197452/74162

Volk, A. A., Farrell, A. H., Franklin, P., Mularzyk, K. P., & Provenzano, D. A. (2016). Adolescent bullying in schools: An evolutionary perspective. In D. Geary and D. Berch (Eds.), *Evolutionary perspectives on child development and education* (pp. 167-191). Springer International Publishing.

2.2 บทความในวารสารแบบรูปเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์

ไม่มีเลข DOI

Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article. *Title of the Journal*, volume number(issue number), pp-pp. URL (ถ้ามี)

มีเลข DOI

Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article. *Title of the Journal*, volume number(issue number), pp-pp. <https://doi.org/xxx>

Dilkes-Frayne, E., Savic, M., Carter, A., Kakanovic, R. & Lubman, D. I. (2019). Going online: The affordances of online counseling for families affected by alcohol and other drug issues. *Qualitative Health Research*, 29(14), 2010-2022. <https://doi.org/10.1177/1049732319838231>

Hosiri, T., Sumalrot, T., Meechanphet, V., Imaroonrak, S., & Auampradit, N. (2020). Wechsler intelligence quotient profiles of children and adolescents with specific learning disorder. *Thai Journal of Clinical Psychology*, 51(2), 1-12. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy/article/view/250648/168387> (in Thai).

2.3 วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต (Doctoral dissertation or Master's thesis)

ไม่ได้ตีพิมพ์

Author, A. A. (Year). *Title* [Unpublished doctoral dissertation or master's thesis]. Name of Institution.

จากเว็บไซต์ (ไม่อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์)

Author, A. A. (Year). *Title* [Doctoral dissertation or master's thesis, Name of Institution]. Website Name. URL

จากฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์

Author, A. A. (Year). *Title* [Doctoral dissertation or master's thesis, Name of Institution]. Database Name.

- LaCava, A. (2017). *Grit: the moderator between workaholism and work-family conflict* [Unpublished master's thesis]. Xavier University.
- Loysongkroa, R. (2009). *The effect of the therapeutic art on self-esteem of male substance dependent patients at Thanyarak Institute* [Master's thesis, Chulalongkorn University]. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR). <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/18409> (in Thai).
- McNiel, D. S. (2006). *Meaning through narrative: A personal narrative discussing growing up with an alcoholic mother* (UMI No. 1434728) [Master's thesis, California State University-Long Beach]. ProQuest Dissertations and Theses database.

2.4 เว็บไซต์ (Website)

Author, A. A., & Author, B. B. (Year, Month Date). *Title of page*. Site name. URL or Retrieved Month Day, Year, from URL

- * กรณีที่ไม่มีวันที่เผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่ (n.d.)
- * กรณีที่มีปรากฏเฉพาะ พ.ศ. หรือ ค.ศ. ให้ใส่แค่ (ปี) เท่านั้น
- * กรณีชื่อผู้เขียนและชื่อเว็บไซต์เป็นชื่อเดียวกัน ให้ตัดชื่อเว็บไซต์ออก

Chailek, C. (2021, May 03). *Who have severe risk with COVID-19?*. The Standard.

<https://thestandard.co/who-have-severe-risk-with-covid-19/> (in Thai).

Cherry, K. (2021, February 3). *How Experience Changes Brain Plasticity*. Verywell Mind.

Retrieved November 29, 2021, from <https://www.verywellmind.com/what-is-brain-plasticity-2794886>

3. การระบุที่มาของภาพหรือตารางที่นำมาจากแหล่งข้อมูลอื่น

กรณีที่นำภาพหรือตารางจากแหล่งข้อมูลหรือเอกสารอื่นมาใช้ แปล หรือดัดแปลง ให้เขียนอ้างอิงในเนื้อหา โดยระบุแหล่งที่มาไว้ในส่วนท้ายของหมายเหตุใต้ภาพ/ตาราง และนำไปใส่ไว้ในรายการอ้างอิงท้ายบทความตามรูปแบบของแหล่งข้อมูล

*** ผู้พิมพ์สามารถศึกษาการอ้างอิงและการเขียนรายการเอกสารอ้างอิงโดยใช้ระบบ APA 7th edition เพิ่มเติมที่



จริยธรรมการเผยแพร่ผลงาน (Publication Ethics)

กองบรรณาธิการมีกระบวนการดำเนินการและแจ้งให้ผู้ทบทวนรวมถึงผู้พิมพ์ดำเนินการตามเกณฑ์จริยธรรมการเผยแพร่ผลงาน ซึ่งกองบรรณาธิการอ้างอิงตามแนวทางของ The Committee on Publication Ethics (COPE guidelines) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

บทบาทของบรรณาธิการ

- บรรณาธิการของวารสารมีหน้าที่พิจารณาคุณภาพของบทความที่ขอรับการตีพิมพ์ที่วารสารใน ความรับผิดชอบ การพิจารณาต้องปราศจากการเลือกปฏิบัติ (discriminate) กับผู้พิมพ์ไม่ว่า จะเป็นเชื้อชาติ ศาสนา ชาติพันธุ์ เพศ การตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธบทความขึ้นอยู่กับ คุณภาพของบทความ ได้แก่ ความสำคัญ ความริเริ่ม ความชัดเจน รวมถึงความสอดคล้องกับ นโยบายของวารสาร
- ในระหว่างการทบทวนบทความ กองบรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับบทความที่ส่ง เข้ามาขอรับการตีพิมพ์ให้แก่บุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นเนื้อหาบทความ ข้อมูลของ ผู้เขียน ผู้ทบทวน และกอง บรรณาธิการที่ให้คำแนะนำ
- ในประเด็นการเปิดเผยและหลีกเลี่ยงผลประโยชน์ทับซ้อน (conflicts of interest) บรรณาธิการ พยายามไม่นำข้อมูลจากบทความที่ยังไม่ได้ตีพิมพ์ไปใช้ประโยชน์ในงานวิจัยส่วนตัว นอกเหนือจากจะได้รับคำอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้พิมพ์ รวมถึงไม่นำข้อเสนอจากผู้ ทบทวนไปใช้เป็นประโยชน์ส่วนตัว นอกจากนี้การคัดเลือกผู้ทบทวนบทความนั้น กอง บรรณาธิการหลีกเลี่ยงผู้ทบทวนที่มีส่วนได้เสียกับบทความไม่ว่าจะเป็นในแง่ของการเป็นคู่แข่ง การเป็นเพื่อนร่วมงาน หรือการมีความสัมพันธ์อื่น ๆ กับผู้พิมพ์หรือหน่วยงานของผู้พิมพ์
- บรรณาธิการมีหน้าที่ในการจัดการกับข้อร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในการเผยแพร่ ผลงาน

บทบาทหน้าที่ของผู้พิมพ์

- การมีชื่อการเป็นผู้พิมพ์ (authorship of the paper) ควรจำกัดเพียงบุคคลที่มีส่วนร่วมใน บทความอย่างมีนัยสำคัญในแง่การวางกรอบบทความ การออกแบบระเบียบวิธีวิจัย การบริหาร โครงการวิจัย การวิเคราะห์ และอภิปรายผลการวิจัย นอกจากนี้ทุกคนที่มีส่วนร่วมในบทความ อย่างมีนัยสำคัญควรมีรายชื่อเป็นผู้พิมพ์ร่วม
- ความริเริ่มและการคัดลอกผลงาน (originality and plagiarism) ผู้พิมพ์มีหน้าที่รับผิดชอบในเนื้อหา ภาษา และความริเริ่มของบทความ ผู้พิมพ์ต้องไม่นำการค้นคว้าหรือผลงานของผู้อื่นมาใช้โดย ปราศจากการอ้างอิงที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ การคัดลอกผลงานไม่ว่าจะจากบุคคลอื่นหรือของผู้ นิพนธ์ถือว่าเป็นการผิดจรรยาบรรณในการเผยแพร่ผลงานและยอมรับไม่ได้ในวงวิชาการ
- หากบทความได้รับทุนสนับสนุน ผู้เขียนต้องระบุแหล่งทุนที่สนับสนุนเอาไว้อย่างเหมาะสม

- ผู้นิพนธ์มีหน้าที่เปิดเผยผลประโยชน์ทับซ้อนที่อาจส่งผลต่อผลการศึกษา แหล่งทุนสนับสนุน โครงการทั้งหมดควรได้รับการเปิดเผย ผลประโยชน์ทับซ้อนอื่น ๆ ที่มีความเป็นไปได้ (potential conflicts of interest) ที่ควรได้รับการเปิดเผย เช่น การเป็นผู้จ้างงาน การเป็นที่ปรึกษา การเป็นเจ้าของกิจการ การได้รับเงินค่าธรรมเนียม วิชาชีพ การเป็นเจ้าของสิทธิบัตร ซึ่งการเปิดเผยนั้นควรทำให้เร็วที่สุดที่เป็นไปได้
- ในการนำเสนอผลการวิจัย ผู้นิพนธ์ควรนำเสนอข้อมูลตามความจริง ข้อมูลในงานวิจัยควรมีรายละเอียดที่เพียงพอต่อการทดลองซ้ำ (replicate) การบิดเบือน ปกปิดหรือรายงานข้อมูลที่เป็นเท็จเป็นการผิดจรรยาบรรณ
- ผู้นิพนธ์อาจถูกร้องขอให้ส่งข้อมูลดิบที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยให้กองบรรณาธิการทบทวน ดังนั้น ผู้นิพนธ์ควรเก็บรักษาข้อมูลดิบไว้ภายหลังที่บทความได้รับการตีพิมพ์แล้วตามสมควรแก่ลักษณะงานวิจัย
- ผู้นิพนธ์ไม่ควรส่งบทความที่อยู่ระหว่างการทบทวนกับวารสารอื่นแม้วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย การตีพิมพ์บทความฉบับกับวารสารมากกว่า 1 ฉบับถือว่าผิดจรรยาบรรณทางการเผยแพร่ผลงาน
- เมื่อผู้นิพนธ์พบข้อผิดพลาดที่สำคัญในบทความที่ตีพิมพ์ ผู้นิพนธ์มีหน้าที่แจ้งและทำงานร่วมกับกอง บรรณาธิการเพื่อแก้ไขหรือเพิกถอนบทความ

บทบาทหน้าที่ของผู้ทบทวน

- หากพบว่าบทความอยู่นอกเหนือจากความถนัดหรือความสนใจของผู้ทบทวน หรือตระหนักถึงผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์ควรแจ้งให้บรรณาธิการทราบและปฏิเสธการทบทวนบทความฉบับนั้นโดยเร็ว
- ในระหว่างการทบทวนบทความ ผู้ทบทวนต้องรักษาความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลบางส่วนหรือทุกส่วนของ บทความ
- ผู้ทบทวนควรประเมินบทความที่ตนเองเชี่ยวชาญ และวางหลักการประเมินอยู่บนคุณภาพของบทความ ควรหลีกเลี่ยงการวิจารณ์ไปยังตัวบุคคลและการใช้ความคิดเห็นส่วนตัวที่ไม่มีข้อมูลรองรับ
- หากผู้ทบทวนพบว่ามีการวิจัยที่ผู้นิพนธ์นำมาใช้แล้วไม่ได้อ้างอิงหรือพบการคัดลอกผลงานรวมถึงพบว่าบทความที่ขอตีพิมพ์ที่ความซ้อนทับกับบทความอื่น ๆ ที่ตีพิมพ์ไปแล้ว โปรดแจ้งกองบรรณาธิการให้ทราบด้วย

สมาชิกของสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย

“สมาชิกของสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย มีหน้าที่สร้างความเข้าใจในวัตถุประสงค์ กฎ ระเบียบของสมาคมฯ เพื่อให้การช่วยเหลือส่งเสริม และเผยแพร่กิจกรรมต่าง ๆ ของสมาคมฯ ให้บรรลุเป้าหมาย”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ระหว่างสมาชิก
2. ส่งเสริมและควบคุมคุณภาพงานด้านจิตวิทยาคลินิกและจิตวิทยาแก่สมาชิกทั้งด้านการปฏิบัติและวิชาการ
3. เพื่อร่วมมือกันผลิตผลงานการวิจัยทางจิตวิทยาคลินิก และสุขภาพจิตให้เป็นประโยชน์ต่อชุมชน
4. เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางจิตวิทยาคลินิกและสุขภาพจิตแก่ประชาชน
5. ร่วมมือกับสมาคมและสถาบันอื่น ๆ ที่มีวัตถุประสงค์คล้ายคลึงกันทั้งในประเทศและต่างประเทศ
6. ไม่เกี่ยวข้องกับการเมือง

ประเภทและคุณสมบัติของสมาชิก กำหนดไว้ 4 ประการ

1. สมาชิกสามัญ บุคคลซึ่งปฏิบัติหน้าที่นักจิตวิทยาคลินิก
2. สมาชิกวิสามัญ บุคคลที่ทำงานติดต่อกับงานด้านจิตวิทยาคลินิกและสุขภาพจิต
3. สมาชิกสมทบ นักศึกษาที่กำลังศึกษาจิตวิทยาในสถานศึกษาต่าง ๆ ตลอดจนผู้ที่สนใจ
4. สมาชิกกิตติมศักดิ์ บุคคลที่มีความรู้ความสามารถทำประโยชน์ทางจิตวิทยาคลินิกและสุขภาพจิต ซึ่งคณะกรรมการบริหารมีมติเชิญเข้าเป็นสมาชิก

สิทธิและหน้าที่ของสมาชิก

1. มีสิทธิสมัครและได้รับเลือกเป็นกรรมการบริการ (เฉพาะสมาชิกสามัญ)
2. มีสิทธิออกเสียง 1 เสียง ในที่ประชุมใหญ่ (เฉพาะสมาชิกสามัญ)
3. มีสิทธิวิจารณ์และเสนอแนะใด ๆ ต่อคณะกรรมการบริหารหรือต่อที่ประชุมใหญ่
4. ได้รับความช่วยเหลือจากสมาคมทางด้านวิชาการอื่น ๆ เท่าที่คณะกรรมการเห็นสมควร
5. ได้รับเอกสารหนังสือของสมาคม และประทับเครื่องหมายของสมาคมในโอกาสอันสมควรตลอดอายุการเป็นสมาชิก
6. มีสิทธิจะขออนุญาตตรวจสอบทรัพย์สินของสมาคมฯ และขอเปิดอภิปรายแสดงความไม่ไว้วางใจคณะกรรมการบริหารสมาคมฯ ได้ (เฉพาะสมาชิกสามัญ)

การสมัครสมาชิกสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย

1. ช่องทางหลัก

สมัครผ่านระบบออนไลน์ i-Regist ที่หน้าเว็บไซต์ของสมาคมฯ

<http://thaiclinicpsy.org/new/index.php/member/member-4>

โปรดเตรียมเอกสารแนบเป็นไฟล์นามสกุล .jpg, .png หรือ PDF แล้ว

ส่งกลับมายังอีเมลของนายทะเบียน E-mail: registrar.tcpa@gmail.com

หรือ Line ID: tcpa.regis



2. ช่องทางรอง

2.1 สมัครผ่านทาง internet โดยการ save file word ไปพิมพ์ข้อมูล เสร็จแล้วส่งกลับมายัง e-mail ของนายทะเบียน E-mail: registrar.tcpa@gmail.com หรือ Line ID: tcpa.regis

2.2 สมัครผ่านทางไปรษณีย์ โดยการ download ใบสมัครและกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ส่งไปที่

คุณจิตรพรรณ โพธิ์ไพโรจน์
กลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
คลองสาน กรุงเทพฯ 10600
เบอร์โทร 086 9909385

หลักฐานประกอบการสมัคร มีดังนี้

- 1) สำเนา transcript 1 ฉบับ
- 2) สำเนาใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะสาขาจิตวิทยาคลินิก 1 ฉบับ (ถ้ามี)

รอทราบผลตอบรับ ทางจดหมาย หรือ e-mail หลังจากผ่านการตรวจสอบคุณสมบัติและผ่านความเห็นชอบจากอนุกรรมการพิจารณาคุณสมบัติสมาชิก ภายใน 1 สัปดาห์ นับตั้งแต่วันยื่นใบสมัคร

รายละเอียดวิธีการชำระเงิน (หลังจากผ่านความเห็นชอบ)

ชำระโดยวิธีโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขากระทรวงสาธารณสุข-ติวานนท์ เลขที่บัญชี 142-0-29451-2 ชื่อบัญชี สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย

สมาชิกสามัญ สมาชิกในประเทศ, Internship ค่าธรรมเนียมแรกเข้า 500 บาท สมาชิกต่างประเทศ 1,000 บาท

สมาชิกวิสามัญ แพทย์ สมาชิกในประเทศ ค่าธรรมเนียมแรกเข้า 300 บาท

สมาชิกสมทบ นักศึกษา สมาชิกในประเทศ ค่าธรรมเนียมแรกเข้า 200 บาท

พร้อมส่งหลักฐานการโอนเงินไปที่ Email: jitrupun.popairoj@gmail.com

**อดีตประธานชมรมนักจิตวิทยาคลินิก
และนายกสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย**

สมทรง	สุวรรณเลิศ	2512 - 2514
ณรงค์ศักดิ์	ตะละภัก	2515 - 2516
ละเอียด	ชูประยูร	2517 - 2518
อุ้นเรือน	อำไพพัสด์	2519 - 2520
วัลลภ	ปิยมโนธรรม	2521 - 2522
สมทรง	สุวรรณเลิศ	2523 - 2524
ละเอียด	ชูประยูร	2525 - 2526
วันชัย	ไชยสิทธิ์	2527 - 2528
ศิริวรรณ	สังข์สุวรรณ	2529 - 2530
กิติกร	มีทรัพย์	2531 - 2532
จรรยา	วัฒนโสภณ	2533 - 2535
อัมพร	รัตนวิทย์	2536 - 2539
วัลลี	ธรรมโกสิทธิ์	2540 - 2543
นคร	ศรีสุโข	2544 - 2547
ศศิธร	ภะระตะศิลป์	2548 - 2549
สุจิตรา	อุสาหะ	2550 - 2553
จินตนา	สิงขรอาจ	2554 - 2557
เมธี	วงศ์วีระพันธุ์	2558 - 2559
จินตนา	สิงขรอาจ	2560 - 2561
จินตนา	สิงขรอาจ	2562 - 2563
สุภาวดี	นวลมณี	2564 - 2565

ประวัติบรรณาธิการ วารสารจิตวิทยาคลินิก

ยุวดี	กิติคุณ	2512 - 2513
ณรงค์ศักดิ์	ทะเลแก้ว	2513 - 2514
ดวงมาลย์	เริกสำราญ	2515 - 2516
กิติกร	มีทรัพย์	2517 - 2522
วันชัย	ไชยสิทธิ์	2523 - 2524
สมบัติ	ตาปัญญา	2525 - 2526
ชัยวัฒน์	วงศ์อาษา	2527 - 2530
อมรากล	อินโชนนท์	2531 - 2532
อุษา	ชูชาติ และ	
อมรากล	อินโชนนท์	2533 - 2535
สุชีรา	ภัทรายุทธวรรณ	2536 - 2537
จุฑาทิพย์	วงศ์สุวรรณ	2538 - 2539
ชนิษฐา	บำเพ็ญผล	2540 - 2543
สุชีรา	ภัทรายุทธวรรณ	2544 - 2545
จริยา	จันทร์ระ	2546 - 2547
สร้อยสุดา	อัมมอรุณรักษ์	2548 - 2549
ปรางิณี	ชาญณรงค์	2550 - 2553
จริยา	จันทร์ระ	2554 - 2555
วิลาสินี	ชัยสิทธิ์	2556 - 2557
แสงเดือน	ยอดอัญมณีวงศ์	2558 - 2559
แสงเดือน	ยอดอัญมณีวงศ์ และ	
ส่องโสม	พึงพงศ์	2560 - 2561
ไชยันต์	สกุลศรีประเสริฐ	2562 - 2563
วัฒน์ะ	พรหมเพชร	2564 - 2565

บรรณาธิการแถลง

วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย (Online) ฉบับนี้เป็นปีที่ 53 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2565) เป็นฉบับแรกของปีที่ 53 ในฉบับนี้มีการปรับเปลี่ยนจากการเผยแพร่ 2 เล่มต่อปีเป็น 3 เล่มต่อปี กล่าวคือฉบับแรกช่วงมกราคม-เมษายน ฉบับที่สองช่วงพฤษภาคม-สิงหาคม และฉบับที่สามช่วงกันยายน-ธันวาคมของทุกปี นอกจากนี้ยังมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการเขียนอ้างอิงเป็น APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 มีแบบฟอร์มบทความต้นฉบับ (Template) มีการเพิ่มจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์เป็น 3 ท่าน เพิ่มจำนวนหน้าบทความเป็น 10-18 หน้า ซึ่งการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญนี้ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากวารสารจิตวิทยาคลินิกไทยได้รับอนุมัติเลขมาตรฐานสากลประจำวารสาร ISSN 2774-1087 (Online) เป็นผลให้วารสารตั้งแต่ปีที่ 52 ฉบับที่ 1 เป็นต้นไปเป็นวารสารจิตวิทยาคลินิกไทย (Online) รวมทั้งเพื่อปรับรูปแบบวารสารให้มีความเป็นปัจจุบันและสอดคล้องกับการเผยแพร่แบบออนไลน์ มีมาตรฐานที่เข้มแข็งทางวิชาการและวิชาชีพ ตลอดจนเตรียมพร้อมเพื่อรองรับการประเมินวารสารของ TCI กลุ่ม 1 ต่อไป

วารสารฉบับนี้มีความน่าสนใจในเนื้อหาที่ครอบคลุมงานจิตวิทยาคลินิก มีการศึกษามาตรวัด การปรึกษาและจิตบำบัด และการพัฒนาศักยภาพของบุคคล รวมทั้งมีระเบียบวิธีวิจัยที่หลากหลาย เริ่มจากนิพนธ์ต้นฉบับเรื่องแรกเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง “ผลของการให้การปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานที่มีต่อความเมตตาตนเองของนักศึกษาที่มีความโน้มเอียงเป็นผู้นิยมความสมบูรณ์แบบชนิดปรับตัวยาก” เรื่องที่สองเป็นวิจัยเชิงพรรณนาโดยการเก็บข้อมูลย้อนหลัง “รูปแบบคะแนนของแบบประเมินพฤติกรรมและการปรับตัว (VABS) ในกลุ่มเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญาด้วย” เรื่องที่สามเป็นวิจัยเชิงคุณภาพ “ประสบการณ์การถ่ายโอนย้อนกลับของนักจิตบำบัด: การศึกษาเชิงคุณภาพ” เรื่องที่สี่เป็นวิจัยเชิงสำรวจ “ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้นทุนทางจิตวิทยา และคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลอานันทมหิดล จังหวัดลพบุรี” และสุดท้ายของนิพนธ์ต้นฉบับ “การศึกษาความเป็นไปได้และการพัฒนาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (จิตวิทยาคลินิกและชุมชน): การวิจัยผสมวิธี” ส่วนบทความพิเศษวิชาการ “จิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมกับการติดยา”

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารฉบับนี้จะให้คุณประโยชน์กับงานวงการวิชาการและวิชาชีพจิตวิทยาคลินิกสำหรับนักจิตวิทยาคลินิก นักจิตวิทยา นักวิชาการ และผู้สนใจทั่วไป ตลอดจนได้เป็นแรงบันดาลใจให้ผู้อ่านผู้นิพนธ์ได้สร้างสรรค์ผลงานวิจัยและได้ส่งบทความรับการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ลงวารสารฉบับต่อไปกันมากยิ่งขึ้น ซึ่งวารสารยังคงเปิดรับบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ลงวารสารจิตวิทยาคลินิกไทยตลอดทั้งปี สุดท้ายที่มบรรณาธิการยังคงเป็นกำลังใจให้ทุกท่านผ่านพ้นภัยพิบัติโรคระบาดโควิด-19 หรือปัญหาต่างๆ ด้วยจิตใจที่เข้มแข็ง มั่นคง มีสติทันต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และดำเนินการกิจหน้าที่การทำงานได้เต็มความสามารถในการผลิตผลงานที่มีประโยชน์ต่อสังคมต่อไป

วัฒน์ะ พรหมเพชร

บรรณาธิการ

ข้อเขียนที่ปรากฏในวารสารนี้ ย่อมเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเรื่องนั้นโดยเฉพาะ มิใช่
เป็นทัศนะของกองบรรณาธิการหรือบรรณาธิการเสมอไป



Thai Journal of Clinical Psychology

Journal homepage: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy>

Original Article

ผลของการให้การปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานที่มีต่อความเมตตาตนเองของนักศึกษาที่มีความโน้มเอียงเป็นผู้นิยมความสมบูรณ์แบบชนิดปรับตัวยาก

Effects of Eclectic Group Counseling on Self-Compassion among Students with Maladaptive Perfectionist Tendencies

บุญยวีร์ ขำภักดี^{1*}, ณฐวัฒน์ ล่องทอง¹

¹ สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Boonyavee Kumpakdee^{1*}, Nathawat Longthong¹

¹ Program in Counseling Psychology, Faculty of Humanities, Chiang Mai University

* Corresponding author: e-mail. kpd93forwork@gmail.com

Received: 21 July 2021 | Revised: 27 July 2021 | Accepted: 31 July 2021

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ งานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบมีกลุ่มควบคุมและมีการทดสอบก่อนและหลัง (Pretest-Posttest Control Group Design) ในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้การปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานตามแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและความมุ่งมั่น (Acceptance and commitment therapy) และการให้การปรึกษากลุ่มผ่านโครงสร้างกิจกรรมของทรอซเซอร์ที่มีต่อความเมตตาตนเอง **วัสดุและวิธีการ** มีผู้เข้าร่วมงานวิจัยเป็นนักศึกษาที่มีความโน้มเอียงเป็นผู้นิยมความสมบูรณ์แบบจำนวน 18 คน โดยประเมินจากแบบวัดที่ผู้วิจัยแปลและพัฒนาจากแบบวัด The Revised Almost Perfect Scale ของ Slaney et al. (2001) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (n = 9) และ กลุ่มควบคุม (n = 9) ผู้เข้าร่วมในกลุ่มทดลองจะเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานจำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 1.5 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย สถิติทดสอบ Shapiro-Wilk และสถิติทดสอบค่าที (t-test) **ผลการศึกษา** ผู้เข้าร่วมในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับความเมตตาตนเองหลังการเข้ารับโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และค่าเฉลี่ยของคะแนนความเมตตาตนเองของนักศึกษาในกลุ่มทดลองหลังเข้ารับโปรแกรมสูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 **สรุป** การให้การปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานสามารถเพิ่มความเมตตาตนเองในกลุ่มนักศึกษาที่มีความโน้มเอียงเป็นผู้นิยมความสมบูรณ์แบบชนิดปรับตัวยาก

คำสำคัญ: ความเมตตาตนเอง, ความโน้มเอียงเป็นผู้นิยมความสมบูรณ์แบบชนิดปรับตัวยาก, การให้การปรึกษากลุ่มแบบผสมผสาน

Abstract

Objectives: The objective of this Quasi-Experimental Research with Pretest-Posttest Control Group Design was to study effects of eclectic group counseling based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Trotzer's group counseling through structured activities on self-compassion. **Materials and methods:** The participants were eighteen students with maladaptive perfectionist tendencies participated in this research. Translated Revised Almost Perfect Scale (Slaney et al., 2001) was used as a questionnaire to include participants. The participants were divided into two groups including experimental group (n = 9) and control group (n = 9). Participants in experimental group were participated in eight sessions of eclectic group counseling. Each session lasted approximately 1.5 hours. On the other hand, the participants in control group were not received the intervention. Descriptive statistic, Shapiro-Wilk test and t-test were used in data analysis. **Results:** The results revealed that the participants in experimental group had self-compassion score significantly higher in posttest compared with pretest at the .01 level. In addition, the posttest score of experimental group was found significantly higher than the posttest score of the control group at the .01 level. **Conclusion:** Eclectic group counseling can enhance self-compassion among students with maladaptive perfectionist tendencies.

Keywords: Self-compassion, Maladaptive perfectionist tendencies, Eclectic group counseling

บทนำ

เมื่อโลกก้าวเข้าสู่ยุคเสรีนิยม หรือระบบสังคมที่มุ่งเน้นการให้ความสำคัญกับความรู้ความสามารถ (meritocracy) การมีชีวิตที่สมบูรณ์แบบ ก็ถูกนิยามขึ้นว่าหมายถึง การประสบความสำเร็จในชีวิต การมีชีวิตที่มั่นคง และการมีฐานะทางสังคมที่ดี ซึ่งทุกคนสามารถมีสิ่งเหล่านี้ได้ หากทุ่มเทและพยายามมากพอ (Frank, 2016) ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลเกี่ยวกับการมีชีวิตที่สมบูรณ์แบบนี้ ส่งผลทำให้คนส่วนใหญ่ถูกประเมินด้วยผลงาน ฐานะ และภาพลักษณ์

และใช้เป็นเกณฑ์ในการวัดคุณค่าและประโยชน์ของปัจเจกบุคคล ยิ่งไปกว่านั้น สังคมออนไลน์ก็เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยเยี่ยวยาความปรารถนาภายในเพื่อให้ผู้อื่นรับรู้ว่ามีชีวิตที่สมบูรณ์แบบ ซึ่งสร้างความกดดันและบีบบังคับให้ปัจเจกบุคคลมุ่งหาข้อบกพร่องของตนเอง และเพิ่มความกังวลกับภาพลักษณ์ของตนเองอยู่ตลอดเวลา ทำให้สุขภาวะทางกายภาพและสุขภาวะทางจิตของปัจเจกบุคคลในยุคนี้ยังถูกบั่นทอนด้วยโรคนิยมความสมบูรณ์แบบที่ถูกกลืนไปอย่างรวดเร็ว (Curran & Hill, 2018) นอกจากแรงกดดันจากสังคมแบบเสรีนิยมใหม่

ที่ได้กล่าวไปแล้ว พ่อแม่ผู้ปกครองก็มีส่วนในการเพิ่มความคาดหวังในตนเองที่สูงเกินจริงให้แก่เยาวชนในยุคนี้ โดยการถูกคาดหวังนี้ทำให้เยาวชนพัฒนาไปสู่การมีบุคลิกภาพแบบนิยมความสมบูรณ์แบบ (perfectionist) เช่นกัน ดังจะเห็นได้จากการที่พ่อแม่ผู้ปกครองต่างก็ชวนขวายหาที่เรียนพิเศษเพื่อเสริมความสามารถต่าง ๆ ให้ลูก เพื่อให้ลูกมีความสามารถในการแข่งขันแย่งชิงการมีหน้าที่การงานที่ดีได้ในอนาคต โดยเริ่มต้นจากการต้องประสบความสำเร็จทางการศึกษา (Fong, 2004) ทั้งนี้ความคาดหวังของพ่อแม่อาจนำมาซึ่งแรงบันดาลใจหรือแรงผลักดันทางการศึกษาให้แก่ลูก แต่หากความคาดหวังที่มีนั้นมากเกินไปก็ย่อมจะมีผลเสียตามมา นั่นคือ ความกดดันในตนเองต่อความคาดหวังที่ไม่มีทางสำเร็จอันเกิดจากความต้องการหรือความคาดหวังของพ่อแม่ (Murayama et al., 2016) ความคาดหวังของพ่อแม่นี้เป็นตัวแปรหนึ่งที่สำคัญอันส่งผลให้เด็กและเยาวชนมีแนวโน้มที่จะคาดหวังในตนเองสูงเกินจริงเนื่องจากเชื่อว่าตนเองต้องปฏิบัติตามที่ถูกคาดหวังไว้เท่านั้นจึงจะได้รับการยอมรับจากผู้ปกครอง สิ่งนี้จะนำมาซึ่งความเสื่อมโทรมทางจิตใจ เกิดความกดดัน (McLoughlin & Noltemeyer, 2010) และ การไม่เมตตาในตนเอง (Neff, 2011) ผลการวิจัยข้างต้นสอดคล้องกับงานวิจัยของ Curran and Hill (2017) ที่เก็บข้อมูลสถิติของบุคลิกภาพแบบนิยมความสมบูรณ์แบบ (perfectionist) ของนักศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา และอังกฤษ ตั้งแต่คริสต์ศักราช 1989 ถึง 2016 พบว่านักศึกษาในยุคปัจจุบันมีการนิยมความสมบูรณ์แบบในตนเอง (self-oriented Perfectionism) การนิยมความสมบูรณ์แบบตามความคาดหวังของสังคม (socially prescribed perfectionism) และ ความนิยมความสมบูรณ์แบบจากผู้อื่น (other-

oriented perfectionism) ที่เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยิ่งไปกว่านั้น Curran and Hill (2017) ยังพบว่า การเพิ่มขึ้นของบุคลิกภาพแบบนิยมความสมบูรณ์แบบในเยาวชนในยุคเสรีนิยมใหม่นี้ มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของปริมาณผู้เผชิญกับอาการเจ็บป่วยทางจิตตามสถิติของ WHO (2017 as cited in Curran & Hill, 2017) ในปีคริสต์ศักราช 2017 เนื่องจากบุคลิกภาพแบบนิยมความสมบูรณ์แบบนับเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดความผิดปกติและกลุ่มอาการทางจิตต่าง ๆ ทั้งนี้ในงานวิจัยของ Mistler (2010) พบว่า ลักษณะนิยมความสมบูรณ์แบบนับเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความผิดปกติทางจิต และกลุ่มอาการทางจิตต่าง ๆ ตัวอย่างเช่น ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกอับอาย ความวิตกกังวล และ ความคิดที่จะฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตาม มีการค้นพบถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่จะช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วยทางจิต อันมาจากการมีความโน้มเอียงเป็นผู้นิยมความสมบูรณ์แบบ ทั้งนี้ ในงานศึกษาของ Mehr and Adams (2016) พบว่าความเมตตาตนเองสามารถช่วยลดความเจ็บปวดทางจิต อันมาจากความคาดหวังเกินจริงที่มีต่อตนเอง (maladaptive perfectionism) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความเมตตาตนเอง (self-compassion) นั้น หมายถึง การที่บุคคลยอมรับ เข้าใจ ตระหนัก ไม่ตัดสินตนและไม่วิพากษ์วิจารณ์ในข้อด้อยหรือความผิดพลาดของตนเอง แม้ว่าจะเผชิญกับความล้มเหลวหรือความลำบากในชีวิต (self-kindness) โดยรับรู้ได้ว่าไม่ได้มีเพียงตนที่ต้องเผชิญปัญหาหรือความลำบากอยู่เพียงคนเดียว ปัญหาและความลำบากนี้เป็นเรื่องธรรมดาที่เกิดขึ้นได้กับมนุษย์ทุกคน (common humanity) และใช้ชีวิตอย่างมีสติ ไม่จมอยู่กับอารมณ์ด้านลบ (mindfulness) (Neff, 2003b) ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่จะช่วยให้บุคคล

สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ และเผชิญหน้ากับปัญหา หรือความลำบากในชีวิตได้อย่างจริงแท้ โดยไม่เกิดภาวะโทษตัวเอง อันจะนำไปสู่การมีสุขภาวะได้ในที่สุด (Neff, 2011)

การพัฒนาความเมตตาต่อนองนั้น สามารถทำได้โดยการให้คำปรึกษาผ่านทางหลากหลายทฤษฎี เทคนิค และแนวทางการบำบัดของจิตวิทยา โดยในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกจะนำเอาการให้การปรึกษาแบบผสมผสานมาใช้ เนื่องจากเป็นแนวทางที่ผู้ให้คำปรึกษายึดเอาผู้รับคำปรึกษาเป็นหลัก โดยคำนึงถึงทฤษฎีหรือเทคนิคที่เหมาะสมกับผู้รับคำปรึกษา ซึ่งอาจใช้หลากหลายทฤษฎี (Lazarus et al., 1992; Lazarus, & Beutler, 1993) ในส่วนของการพัฒนาความเมตตาต่อนองผ่านการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานนั้น จากงานวิจัยของ Crowder (2016) พบว่า การให้การปรึกษากลุ่มแบบสตรีนิยม (feminism) และ การให้การปรึกษากลุ่มตามแนวการเจริญสตินั้นต่างช่วยเพิ่มค่าความเมตตาต่อนองในองค์ประกอบที่แตกต่างกัน จึงเห็นควรให้นำทั้งสองทฤษฎีมาผสมผสานเพื่อให้ผู้เข้ารับการปรึกษาได้พัฒนาความเมตตาต่อนองอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำเอาแนวคิดการให้การปรึกษาแบบการบำบัดด้วยการยอมรับและความมุ่งมั่น (ACT) และ การให้การปรึกษากลุ่มของทรอสเซอร์มาผสมผสานกันเพื่อพัฒนาความเมตตาต่อนองในกลุ่มนักศึกษาที่มีความโน้มเอียงเป็นผู้นิยมความสมบูรณ์แบบชนิดปรับตัวยาก

ในส่วนแรก การบำบัดด้วยการยอมรับและความมุ่งมั่น (ACT) เป็นกระบวนการให้การปรึกษาที่มุ่งเน้นให้บุคคลสามารถใช้ชีวิตไปในทางที่มีคุณค่ากับตนเอง ทั้งนี้ ไม่ได้หมายถึงการที่บุคคลมีความรู้สึกด้านบวกเพียงด้านเดียว การอยู่ในความเจ็บปวดก็ถือเป็นส่วนหนึ่งของ

การอยู่อย่างมีคุณค่าเช่นกัน เพราะความเจ็บปวดเป็นเรื่องธรรมดาของมนุษย์ (Hayes & Smith, 2004) จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมพบว่า องค์ประกอบของการบำบัดด้วยการยอมรับและความมุ่งมั่น มีความคล้ายคลึงกับความเมตตาต่อนอง (Yadavaia et al., 2014) นอกจากนี้ Yadavaia et al. (2014) ยังพบว่าการให้การปรึกษาแบบกลุ่มโดยใช้ทฤษฎีของการบำบัดด้วยการยอมรับและความมุ่งมั่น (ACT) ยังสามารถเพิ่มความเมตตาต่อนองในกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ในส่วนของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น พบว่า การนำเอากิจกรรมมาใช้ในกลุ่มให้การปรึกษานั้นช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมให้พัฒนาขึ้นในเชิงการบำบัด และ เพิ่มตัวแปรทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ (Leichtentritt & Shechtman, 1998 as cited in DeLucia-Waack et al., 2014) การให้การปรึกษากลุ่มของทรอสเซอร์นั้น เป็นกระบวนการพัฒนาความสัมพันธ์ภายในบุคคลผ่านการพบปะพูดคุยแบบต่อหน้า ผ่านความเชื่อใจ การยอมรับ การให้เกียรติ ความอบอุ่น การสื่อสาร และความเข้าใจ โดยมีโครงสร้างเป็นกิจกรรม (Trotzer, 2006) นอกจากนี้ การให้การปรึกษากลุ่มตามแนวทรอสเซอร์ยังสามารถช่วยพัฒนาความเมตตาต่อนองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wienglor & Arin, 2018)

ดังนั้น เมื่อพิจารณาจากสาเหตุข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแนวคิดตามการบำบัดด้วยการยอมรับและความมุ่งมั่น (ACT) และ การให้การปรึกษากลุ่มของทรอสเซอร์มาผสมผสานเพื่อสร้างการปรึกษากลุ่มเพื่อเสริมสร้างความเมตตาต่อนองในกลุ่มนักศึกษาที่มีความโน้มเอียงเป็นผู้นิยมความสมบูรณ์แบบชนิดปรับตัวยาก ในครั้งนี้ เพื่อใช้เป็นแนวทางหนึ่งในการช่วยเพิ่มความเมตตาต่อนองในกลุ่มนักศึกษาที่

มีความโน้มเอียงเป็นผู้นิยมความสมบูรณ์แบบ
ชนิดปรับตัวยากในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการให้การปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานที่มีต่อความเมตตาตนเองในกลุ่มนักศึกษาที่มีความโน้มเอียงเป็นผู้นิยมความสมบูรณ์แบบชนิดปรับตัวยาก

สมมติฐานการวิจัย

1. นักศึกษาที่มีความโน้มเอียงเป็นผู้นิยมความสมบูรณ์ชนิดปรับตัวยาก ในกลุ่มทดลอง หลังจากได้รับการให้การปรึกษากลุ่มแบบผสมผสาน มีความเมตตาในตนเองสูงกว่าก่อนได้รับการให้การปรึกษากลุ่มแบบผสมผสาน

2. นักศึกษาที่มีความโน้มเอียงเป็นผู้นิยมความสมบูรณ์ชนิดปรับตัวยาก ในกลุ่มทดลอง หลังจากได้รับการให้การปรึกษากลุ่มแบบผสมผสาน มีความเมตตาในตนเองสูงกว่านักศึกษาที่มีความโน้มเอียงเป็นผู้นิยมความสมบูรณ์แบบชนิดปรับตัวยาก ในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการให้การปรึกษากลุ่มแบบผสมผสาน

คำนิยามศัพท์เฉพาะ

การให้การปรึกษากลุ่มแบบผสมผสาน หมายถึง กระบวนการพัฒนาตนจากภายใน ผ่านทางการให้การปรึกษากลุ่ม ตามแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและความมุ่งมั่น และการให้การปรึกษากลุ่มผ่านกิจกรรมของทรอสเซอร์เพื่อพัฒนาความเมตตาตนเอง โดยจะดำเนินการ แบ่งเป็น 8 ช่วง ช่วงละ 1 ชั่วโมง 30 นาที

ความเมตตาตนเอง หมายถึง ทศนคติเชิงบวกทางอารมณ์ที่นักศึกษามีต่อตนเอง ที่ช่วยปกป้องจากผลกระทบทางลบของการตัดสิน

ตนเอง ความโดดเดี่ยว และการจมอยู่กับความคิดความรู้สึกทางลบใด ๆ (Neff, 2003b) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบวัดความเมตตาตนเองของวีราวดี บุญสร้างสม (Boonsrangsom, 2013) ซึ่งเป็นแบบวัดที่แปลมาจากแบบวัดความเมตตาตนเองของ Neff (2003a) ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน แบ่งเป็น ด้านบวก 3 ด้าน และด้านลบ 3 ด้าน ได้แก่ 1. การมีเมตตาต่อตนเอง (self-kindness) (+) 2. การตัดสินและตำหนิตนเอง (self-judgment) (-) 3. การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของความเป็นมนุษย์ (sense of common humanity) (+) 4. การรู้สึกโดดเดี่ยวและแปลกแยก (isolation) (-) 5. การมีสติ (mindfulness) (+) 6. การจมอยู่กับอารมณ์ (over-identification) (-)

นักศึกษามีความโน้มเอียงเป็นผู้นิยมความสมบูรณ์แบบชนิดปรับตัวยาก หมายถึง นักศึกษามีการรับรู้ถึงความไม่สอดคล้องของมาตรฐานที่ตนเองตั้งไว้กับผลงานและความสามารถของตนจริง ๆ วัดได้จากการที่นักศึกษาได้คะแนนตั้งแต่ 25-49 คะแนน ในองค์ประกอบการตั้งมาตรฐานตนเองสูง และได้คะแนนตั้งแต่ 42-84 คะแนน ในองค์ประกอบความไม่สอดคล้องระหว่างมาตรฐานที่ตั้งไว้กับความเป็นจริง ของแบบวัดที่ผู้วิจัยแปลมาจากแบบวัด Almost Perfect Scale-Revised ของ Slaney et al. (2001)

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบมีกลุ่มควบคุม และมีการทดสอบก่อนและหลัง (pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของการให้การปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานตามแนวคิด การบำบัดด้วยการยอมรับและ

ความมุ่งมั่น (ACT) และการให้การปรึกษากลุ่มผ่านโครงสร้างกิจกรรมของทรอสเซอร์ ในส่วนของการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำมาตรวัดความเมตตาตนเองของวัชรชาติ บุญสร้างสม (Boonsrangsom, 2013) ในสองช่วง คือ ก่อนทำการทดลอง และหลังจบการทดลอง

ประชากร ได้แก่ นักศึกษาที่มีค่าความโน้มเอียงเป็นผู้นิยมความสมบูรณ์แบบชนิดปรับตัวยากในระดับชั้นปริญญาตรี ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2563 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่มีอายุตั้งแต่ 18-24 ปี

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย คือ นักศึกษาในระดับชั้นปริญญาตรีที่มีอายุตั้งแต่ 18-24 ปี จำนวน 18 คน โดยผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยการอาสาสมัคร (Volunteer) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความสมัครใจในการเข้าร่วมการทดลอง และได้รับการประเมินจากแบบวัด almost perfect scale-revised ของ Slaney et al. (2001) ฉบับแปลโดยได้คะแนนตั้งแต่ 25-49 ใน องค์ประกอบ การตั้งมาตรฐานตนเองสูง และ ได้คะแนนตั้งแต่ 42-84 ในองค์ประกอบความไม่สอดคล้องระหว่างมาตรฐานที่ตั้งไว้กับความเป็นจริง ซึ่งเป็นเกณฑ์ในการระบุว่า มีความโน้มเอียงเป็นผู้นิยมความสมบูรณ์แบบชนิดปรับตัวยาก จากนั้นใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยการจับฉลาก แล้วนำค่าคะแนนความเมตตาตนเองมาคำนวณเพื่อตรวจสอบว่าค่าความเมตตาตนเองของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แล้วจับฉลากกลุ่มเพื่อให้ได้กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ซึ่งจะมีสมาชิกในแต่ละกลุ่ม จำนวน กลุ่มละ 9 คน ทั้งนี้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยเชิงทดลองของ Yadavaia et al. (2014) โดยการศึกษาหาร่องมีค่าอิทธิพล (effect size) ของความแตกต่าง

ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เท่ากับ 1.15 หากกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มี power เท่ากับ .8 ค่าระดับนัยยะสำคัญเท่ากับ .05 จะต้องมียกกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 9 คน จึงจะพบอิทธิพลของขนาดกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบวัดความเมตตาตนเอง (the self-compassion Scale) ของ วัชรชาติ บุญสร้างสม (Boonsrangsom, 2013) ที่แปลมาจากแบบวัดความเมตตาตนเองของ Neff (2003a) โดยจะมีข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ และประเมินค่าแบบ Likert scale ตั้งแต่ 1-5 (ไม่เคยตรงเลย-ตรงแทบทุกครั้ง) วัดความถี่ของพฤติกรรมความเมตตาของบุคคล แบ่งองค์ประกอบออกเป็น 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านบวก 3 ด้าน และ ด้านลบ 3 ด้าน รวมเป็น 3 คู่ ซึ่งเป็นคู่ตรงข้ามกัน อันได้แก่ 1. การมีเมตตาต่อตนเอง (self-kindness) (+) 2. การตัดสินและตำหนิตนเอง (self-judgment) (-) 3. การรับรู้ว่าเป็นประสบการณ์ที่มีเป็นส่วนหนึ่งของความเป็นมนุษย์ (sense of common humanity) (+) 4. การรู้สึกโดดเดี่ยวและแปลกแยก (isolation) (-) 5. การมีสติ (mindfulness) (+) 6. การจมอยู่กับอารมณ์ (over-identification) (-) ทั้งนี้หลังจากนำแบบวัดไป tryout กับกลุ่ม นักศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในระดับชั้นปริญญาตรี จำนวน 30 คน พบว่าค่าความเที่ยงตรงของมาตรวัดทั้งฉบับ (Cronbach's alpha coefficients) คือ .90 โดยมีค่าความเชื่อมั่นรายด้านอยู่ที่ระหว่าง .70-.90

2. แบบวัดค่าความโน้มเอียงเป็นผู้แบบนิยมความสมบูรณ์แบบ ผู้วิจัยแปลและพัฒนาจากแบบวัด the revised almost perfect scale ของ Slaney et al. (2001) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ และประเมินค่าแบบ Likert scale ตั้งแต่ 1-7 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง-เห็นด้วย

อย่างยิ่ง) วัดทัศนคติความโน้มเอียงเป็นผู้แบบนิยมความสมบูรณ์แบบ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ อันได้แก่ 1. การตั้งมาตรฐานตนเองสูง (standard) 2. ความเป็นระเบียบเรียบร้อย (order) และ 3. ความไม่สอดคล้องระหว่างมาตรฐานที่ตั้งไว้กับความ เป็นจริง (discrepancy) ตามแนวคิดของ Slaney et al. (2001) ทั้งนี้หลังจากนำแบบวัดไป tryout กับกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในระดับชั้นปริญญาตรี จำนวน 30 คน พบว่าค่า ความเที่ยงตรงของมาตรวัดทั้งฉบับ (Cronbach's alpha coefficients) คือ .90

3. การให้การปรึกษากลุ่มแบบผสมผสาน ผู้วิจัยได้วางแผนการให้คำปรึกษากลุ่มเชิงผสมผสานตามแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและความมุ่งมั่น (ACT) และ การให้การปรึกษากลุ่มผ่านโครงสร้างกิจกรรมของทรอซเซอร์เพื่อเพิ่มความเมตตาตนเองในกลุ่มนักศึกษาที่มีความโน้มเอียงเป็นผู้นิยมความสมบูรณ์แบบชนิดปรับตัวยาก โดยจะดำเนินการภายในเวลา 2 วัน รวมระยะเวลารวมทั้งสิ้น 15 ชั่วโมง แบ่งเป็น 8 ช่วง ในแต่ละช่วงใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม โดยวันแรกจะดำเนินการในช่วงที่ 1-4 และ ในวันที่สองจะดำเนินการในช่วงที่ 5-8 โดยมีรายละเอียดดังนี้ ครั้งที่ 1 เป็นการปฐมนิเทศเพื่อสร้างสัมพันธภาพ และเรียนรู้เกี่ยวกับการสำรวจตนเองและการอยู่กับปัจจุบันขณะ ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการรับรู้ประสบการณ์ของตนเองซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความเป็นมนุษย์ และลดความรู้สึกโดดเดี่ยวแปลกแยก ครั้งที่ 4 และครั้งที่ 5 มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการมีสติ และลดการจมอยู่กับอารมณ์ ครั้งที่ 6 และ 7 มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการเมตตาต่อตนเอง และ การลดการตัดสินและตำหนิตนเอง และในครั้งที่ 8 เป็นการปัจฉิมนิเทศ และตอบคำถามมี

ประสบการณ์ในการมอบความเมตตาให้กับตนเอง ทั้งนี้โปรแกรมได้รับการตรวจสอบและปรับแก้จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านเครื่องมือวัดและด้านจิตวิทยา จำนวน 3 ท่าน ก่อนจะนำไปใช้

จริยธรรมการวิจัยในคน

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย ตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในวันที่ 9 พฤศจิกายน 2563 รหัสวิจัย CMUREC No.63/219

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติบรรยายพื้นฐาน (descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ตรวจสอบ normal distribution ก่อนใช้สถิติ t-test ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเมตตาตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงหลังการทดลองโดยใช้สถิติ t-test แบบ independent sample
4. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเมตตาตนเองภายในกลุ่มในช่วงก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ t-test แบบ dependent sample

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์สถิติบรรยายพื้นฐาน

เมื่อจำแนกตามเพศพบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 77.8 ส่วนเพศชาย มีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 22.2 อายุของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่

อายุ 23 ปี มีจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 อายุ 18 ปี มีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 22.2 ส่วนอายุ 19 ปี 20 ปี 21 ปี และ 24 ปี มีอย่างละ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 11.1 โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เรียนอยู่ในคณะมนุษยศาสตร์ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 55.6 และเรียนในคณะศึกษาศาสตร์ บริหารธุรกิจ เศรษฐศาสตร์ และเทคนิคการแพทย์ อย่างละ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 11.1 และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 4 จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 44.4 โดยศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 1 และ 2 อย่างละ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 22.2 และศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 3 จำนวน 1 คน

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 77.8 ส่วนเพศชาย มีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 22.2 อายุของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ อายุ 20 ปี มีจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมาเป็นอายุ 18 ปี และ 19 ปี อย่างละ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 22.2 และมีอายุ 22 ปี และ 23 ปี อย่างละ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 11.1 โดยกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เรียนอยู่ในคณะมนุษยศาสตร์ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 และเรียนในคณะศึกษาศาสตร์ บริหารธุรกิจ เกษตรศาสตร์ นิติศาสตร์ วิทยาศาสตร์ และเภสัชศาสตร์ อย่างละ 1 คน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเมตตาตนเองภายในกลุ่มของกลุ่มทดลอง ในช่วงก่อนและหลังการให้การให้การปรึกษาแบบผสมผสาน

ตัวแปร	ช่วงเวลา	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p
ความเมตตาตนเองโดยรวม	ก่อนทดลอง	9	17.39	5.00	5.19**	.001
	หลังทดลอง	9	24.08	2.77		

** $p < .01$

จากตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเมตตาตนเองในระยะก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความเมตตาตนเองโดยรวม

คิดเป็นร้อยละ 11.1 นอกจากนี้ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ชั้นปีที่ 1 จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 55.6 โดยอยู่ชั้นปีที่ 2 จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 22.2 และอยู่ชั้นปีที่ 3 และ 4 อย่างละ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 11.1

ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการทดสอบ normal distribution ด้วย Shapiro-Wilk พบว่า คะแนนความเมตตาตนเองของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้มีการแจกแจงแบบปกติ ซึ่งค่านี้สำคัญของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในช่วงก่อนและหลังการทดลอง ได้ระดับค่านี้สำคัญเท่ากับ .09, .08, .11 และ .18 ตามลำดับโดยทดสอบที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการตรวจสอบความไม่แตกต่างของคะแนนความเมตตาตนเองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในช่วงก่อนการทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($t = .29, p = .77$)

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 โดยการใช้การเปรียบเทียบระดับความเมตตาตนเองภายในกลุ่มของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงก่อนและหลังการให้การให้การปรึกษาแบบผสมผสาน

หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยคะแนนเฉลี่ยของความเมตตาตนเองก่อนการทดลองมีค่าเท่ากับ 17.39 คะแนน และ คะแนนเฉลี่ยของ

ความเมตตาตนเองหลังการทดลองมีค่าเท่ากับ 24.08 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.00 และ 2.77 ตามลำดับ ($t = 5.191$)

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 โดยใช้การเปรียบเทียบคะแนนความเมตตาตนเองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการให้การให้การปรึกษาแบบผสมผสาน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเมตตาตนเองระหว่างกลุ่มควบคุม และ กลุ่มทดลอง หลังการให้การปรึกษาแบบผสมผสาน

คะแนน	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p
กลุ่มทดลอง	9	24.08	2.78	3.565**	.003
กลุ่มควบคุม	9	17.86	4.48		

** $p < .01$

จากตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเมตตาตนเองในระยะหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความเมตตาตนเองในระยะหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยคะแนนเฉลี่ยของความเมตตาตนเองกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 24.08 คะแนน และ กลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ 17.86 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.78 และ 4.48 ตามลำดับ ($t = 3.565$)

สรุปผลการวิจัย

1. นักศึกษาที่มีความโน้มเอียงเป็นผู้นิยมความสมบูรณ์แบบชนิดปรับตัวยากในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานมีคะแนนความเมตตาตนเองเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
2. หลังการให้การปรึกษากลุ่มแบบผสมผสาน นักศึกษาที่มีความโน้มเอียงเป็นผู้นิยมความสมบูรณ์แบบชนิดปรับตัวยากในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานมีคะแนนความเมตตาตนเองเฉลี่ยสูง

กว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

วิจารณ์

จากการศึกษาผลของการให้การปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานที่มีต่อความเมตตาตนเองของนักศึกษาที่มีความโน้มเอียงเป็นผู้นิยมความสมบูรณ์แบบชนิดปรับตัวยากพบว่า เป็นไปตามสมมติฐานทั้ง 2 ข้อ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า การปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานประกอบด้วยการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและความมุ่งมั่น และการให้การปรึกษากลุ่มผ่านโครงสร้างกิจกรรมของทรอชเชอร์ ซึ่งทั้งสองแนวคิดนี้มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความเมตตาตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Yadavaia et al. (2014) ที่ทำการทดลองกับนักศึกษาพบว่า การให้การปรึกษากลุ่มตามแนวของการบำบัดด้วยการยอมรับและความมุ่งมั่นช่วยเพิ่มค่าความเมตตาตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และงานวิจัยของ Wienglör and Arin (2018) ที่ทำการทดลองในเยาวชนที่มาจากครอบครัวหย่าร้างว่า การให้การปรึกษากลุ่มในแบบของทรอชเชอร์นั้น ช่วยเพิ่มความเมตตาตนเองใน

กลุ่มทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้เช่นกัน ผลการทดลองดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของความเมตตาตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับนิยามของความเมตตาตนเองของ Neff (2003b) ที่ระบุไว้ว่าคือเจตคติทางอารมณ์ที่บุคคลมีต่อตนเองในทางบวก ซึ่งจะปกป้องตนเองจากผลทางลบ อย่างการตัดสินตนเอง ความโดดเดี่ยวแปลกแยก หรือ การจมอยู่กับอารมณ์เชิงลบ

การทำวิจัยครั้งนี้ อายุและชั้นปีที่ศึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่เท่ากัน ปัจจัยนี้จึงอาจส่งผลกระทบต่อผลของการวิจัยในกลุ่มทดลองที่อายุเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมการทดลองสูงกว่าในกลุ่มควบคุม และระยะห่างของการให้การปรึกษากลุ่มในวันแรกและวันที่สองมีระยะห่างกันประมาณ 2 สัปดาห์ เนื่องด้วยสถานการณ์โควิด ปัจจัยเหล่านี้จึงอาจเป็นสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อความเมตตาตนเอง งานวิจัยในครั้งนี้ต่อไปอาจนำปัจจัยนี้มาทำการวิเคราะห์ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปประยุกต์ใช้

1. ใช้ในการเสริมสร้างความเมตตาตนเองในกลุ่มตัวอย่างที่มีความเฉพาะเจาะจงในด้านอื่น ๆ
2. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพจิตในมหาวิทยาลัยในการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตาตนเอง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรจัดให้มีการติดตามผลหลังจากเข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานในระยะ 1 เดือน และ 3 เดือน เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของค่าความเมตตาตนเองในกลุ่ม

ตัวอย่าง และ เพื่อวิเคราะห์ถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในระยะยาว

2. เปรียบเทียบกลุ่มนักศึกษาที่มีความแตกต่างกัน เช่น กลุ่มคณะที่ต่างกัน ชั้นปีแตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบว่า ประสิทธิภาพของโปรแกรม และ ค่าความเมตตาตนเองในแต่ละกลุ่มนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันอย่างไร

เอกสารอ้างอิง (References)

- Boonsrangsom, W. (2013). *The relationship between perceived stress and happiness of university students with self-compassion as a mediator*. (Unpublished master's thesis). Chulalongkorn University. (in Thai).
- Crowder, R. (2016). Mindfulness based feminist therapy: The intermingling edges of self-compassion and social justice. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 35:1-2, 24-40g, <https://doi.org/10.1080/15426432.2015.1080605>
- Curran, T. & Hill, A. P. (2017). Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*, 145(4), 410–429. <https://doi.org/10.1037/bul0000138>
- Curran, T. & Hill, A. P. (2018). How perfectionist become a hidden epidemic among young people. *The Conversation*. <https://theconversation.com/how-perfectionism-became-a-hidden-epidemic-among-young-people-89405>

- DeLucia-Waack, J. L., Kalodner, C. R., & Riva, M. T. (2014). *Handbook of group counseling and psychotherapy*. SAGE.
- Frank, T. (2016). *Listen liberal: Or what ever happened to the party of the people?*. Metropolitan Books.
- Fong, V. L. (2004). *Only hope: coming of age under China's one-child policy*. Stanford University Press.
- Hayes, S. C. & Smith, S. (2004). *Get out of your mind & into your life: The new acceptance & commitment therapy*. New Harbinger.
- Lazarus, A. A., & Beutler, L. E. (1993). On technical eclecticism. *Journal of Counseling & Development*. 71, 381-385.
- Lazarus, A. A., Beutler, L. E., & Norcross, J. C. (1992). The future of technical eclecticism. *Psychotherapy*. 29(1), 19-20.
- McLoughlin, C. S. & Noltemeyer, A. (2010). The Perfectionist Child: Strategies for Parents [CD-ROM]. *Helping children at home and school III*. National Association of School Psychologists.
- Mehr, K. E. & Adams, A. C. (2016). Self-compassion as a mediator of maladaptive perfectionism and depressive symptoms in college Student. *Journal of College Student Psychotherapy*. 30(2), 132-145. <https://doi.org/10.1080/87568225.2016.1140991>
- Mistler, B. A. (2010). *Forgiveness, Perfectionism, and the Role of Self-Compassion* [Doctoral dissertation, University of Florida]. The University of Florida Digital Collections. <https://ufdc.ufl.edu/UFE0041448/00001/pdf/0>
- Murayama, K., Pekrun, R., Suzuki, M, Marsh, H. W., & Lichtenfeld, S. (2016). Don't aim too high for your kids: Parental over aspiration undermines students' learning in mathematics. *Journal of Personality and Social Psychology*. 111(3). 766-779. <https://doi.org/10.1037/pspp0000079>
- Neff, K. D. (2003a). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*. 2, 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860390209035>
- Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*. 2, 85-101, <https://doi.org/10.1080/15298860390129863>
- Neff, K. (2011). *Self-Compassion: Stop beating yourself up and leave insecurity behind*. HarperCollins.
- Trotter, J. P. (2006). *Counselor and the group: Integrating theory, training, and practice*. (4th ed.). Taylor & Francis.
- Slaney, R. B., Rice, K. G., Mobley, M., Trippi, J., & Ashby, J. S. (2001). The revised almost perfect scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 34,

130-145. <https://doi.org/10.1080/074>

81756.2002.12069030

Wienglor, A. & Arin, N. (2018). Effects of Trotzer's group counseling on self-compassion and social adjustment of youths from divorced families. *Journal of Human Sciences*, 19(2), 11-35. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JHUMANS/article/view/163189>

Yadavaia, J. E., Hayes, S. C. & Vilardaga, R. (2014). Using acceptance and commitment therapy to increase self-compassion: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 3, 248-257. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.09.002>



Thai Journal of Clinical Psychology

Journal homepage: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy>

Original Article

รูปแบบคะแนนของแบบประเมินพฤติกรรมและการปรับตัว (VABS) ในกลุ่มเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางเชาว์ปัญญาาร่วมด้วย

Vineland Adaptive Behavior Profiles of Children with Autism Spectrum Disorder and Comorbid Intellectual Disability

ทิฆัมพร หอสิริ¹, สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์¹, ชนิกานต์ แสงวิชัยพงศ์^{1*}

¹ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Tikumporn Hosiri¹, Sucheera Phattharayuttawat¹, Chonnikarn Savangvichayapong^{1*}

¹ Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

* Corresponding author: e-mail. fonn.vichayapong@gmail.com

Received: 14 August 2021 | Revised: 6 October 2021 | Accepted: 20 October 2021

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ ศึกษาารูปแบบคะแนนของแบบประเมินพฤติกรรมและการปรับตัว (Vineland Adaptive Behavior Scales: VABS) และความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนพฤติกรรมการปรับตัวโดยรวม (adaptive behavior composite) กับคะแนนในแต่ละด้านของเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางเชาว์ปัญญา **วัสดุและวิธีการ** การศึกษาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลังที่กลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันราชานุกูล กลุ่มตัวอย่างคือเด็กออทิสติก อายุ 6-12 ปีที่มีความบกพร่องทางเชาว์ปัญญาาระดับน้อยหรือปานกลาง วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Mann-Whitney U test และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน **ผล** กลุ่มตัวอย่างเพศชาย 92 คนและเพศหญิง 17 คน อายุเฉลี่ย 7.75 ปี มีคะแนนพฤติกรรมการปรับตัวโดยรวม เทียบเท่าอายุ 3.29 ปี พบความสามารถด้านการใช้ชีวิตประจำวัน เทียบเท่าอายุ 3.59 ปี ด้านการสื่อสาร เทียบเท่าอายุ 2.73 ปี และด้านการเข้าสังคมเทียบเท่าอายุ 2.63 ปี รูปแบบคะแนนของแบบประเมินพฤติกรรมและการปรับตัวแตกต่างกันตามระดับความบกพร่องทางเชาว์ปัญญาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คะแนนพฤติกรรมการปรับตัวโดยรวมมีความสัมพันธ์แบบแปรผันตามกับการสื่อสาร ($r = 0.835$) ด้านการใช้ชีวิตประจำวัน ($r = 0.801$) และด้านการเข้าสังคม ($r = 0.745$) ตามลำดับ ความสัมพันธ์ภายในของทุกด้านหลักและด้านย่อย มีความสัมพันธ์แบบแปรผันตาม ($r > 0.5$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 **สรุป** แบบประเมินพฤติกรรมและการปรับตัวในเด็กออทิสติกที่มีความ

บกพร่องทางเชาว์ปัญญา มีคะแนนพฤติกรรมการปรับตัวโดยรวมน้อยกว่าอายุจริงและมีทักษะด้านการใช้ชีวิตประจำวันสูงกว่าด้านอื่น ๆ ความสามารถด้านการสื่อสารมีความสัมพันธ์แบบแปรผันตามในระดับสูงกับพฤติกรรมการปรับตัวโดยรวม

คำสำคัญ: ออทิสติก, ความบกพร่องทางเชาว์ปัญญา, แบบประเมินพฤติกรรมและการปรับตัว (VABS), เด็ก

Abstract

Objectives: To investigate the adaptive behavior profiles of Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS), the correlation between the adaptive behavior composite and the domains of VABS in children with Autistic Spectrum Disorder (ASD) and comorbid Intellectual Disability (ID).

Materials and methods: A retrospective, descriptive study of participants included children with ASD and comorbid ID (mild or moderate grade), ages ranged from 6 to 12 years. The VABS were recruited from the Psychology Unit, Rajanukul Institute, Thailand. Descriptive statistics, A Mann-Whitney U test and Pearson's correlation coefficients were used to analyze data.

Results: The sample consisted of 92 males and 17 females (mean age 7.75 years). Overall adaptive behavior composite was equivalent to age 3.29 years. The profile of VABS showed that the highest skill domain attained to daily living skills domain-equivalent to age 3.59 years followed by communication domain-equivalent to age 2.73 years and lastly socialization domain-equivalent to age 2.63 years. The pattern of profile showed that children with ASD and comorbid mild ID got the higher score than moderate ID in all domains, a statistically significant difference was detected ($p < 0.01$). The adaptive behavior composite correlated with communication domain ($r = 0.835$), daily living skills domain ($r = 0.801$) and socialization domain ($r = 0.745$). Furthermore, the correlation coefficient within all domains and subdomains were positive correlations for all variables ($r > 0.5$), a statistically significant difference was detected ($p < 0.05$).

Conclusion: The VABS profile in the children with ASD and comorbid ID showed the overall adaptive behavior composite were lower than the chronological age. Daily living skills domain was the highest score. Communication domain was highly positive correlation with adaptive behavior composite.

Keywords: Autism spectrum disorder, Intellectual disability, Vineland adaptive behaviors scales (VABS), Children

บทนำ

กลุ่มอาการออทิสติก (autistic spectrum disorder: ASD) เป็นความผิดปกติทางสมองที่ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในพัฒนาการด้านการสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ร่วมกันมีพฤติกรรมและความสนใจแบบจำกัดหรือเป็นแบบแผนซ้ำ ๆ โดยพบอาการตั้งแต่ปฐมวัยและดำเนินต่อเนื่องจนถึงวัยผู้ใหญ่ (American Psychiatric Association, 2013) รายงานจาก World Health Organization (WHO) พบว่าปี พ.ศ. 2555 อัตราการเกิดภาวะออทิสติกต่อประชากรเท่ากับ 14.6 ต่อ 1,000 คน และจากการศึกษาทางระบาดวิทยาในช่วง 50 ปีที่ผ่านมา พบความชุกของกลุ่มเด็กออทิสติกมีจำนวนเพิ่มขึ้นทั่วโลก (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2012) สอดคล้องกับการสำรวจในประเทศไทย โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าปี พ.ศ. 2560 อัตราการเกิดภาวะออทิสติกต่อประชากร เท่ากับ 6 ต่อ 1,000 คน อัตราการเกิดโรคมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในรอบ 10 ปี (Manager online, 2017) เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยในกลุ่มออทิสติกมากกว่าร้อยละ 30 มักมีความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา (intellectual disability: ID) ร่วมด้วย (CDC, 2012) ซึ่งกลุ่มภาวะบกพร่องทางเชาวน์ปัญญาพบได้ร้อยละ 1-3 ต่อประชากร ลักษณะความผิดปกติที่เด่นชัด คือ มีข้อจำกัดในด้านเชาวน์ปัญญา การเรียนรู้และการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยพบเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางเชาวน์ปัญญาระดับน้อย (mild grade) ประมาณร้อยละ 85 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง (moderate grade) พบประมาณร้อยละ 10 (American Psychiatric Association, 2010) เด็กกลุ่มอาการออทิสติกที่มีภาวะบกพร่องทาง

เชาวน์ปัญญาร่วมด้วยมักมีอาการแสดงและความรุนแรงของโรคมากกว่าเด็กกลุ่มอาการออทิสติกเพียงอย่างเดียว เนื่องจากความสามารถในการปรับตัวและพฤติกรรมสังคมมีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถทางเชาวน์ปัญญาทั้งในด้านการคิดเชิงเหตุผล การวางแผน การตัดสินใจแก้ปัญหาและการเรียนรู้ (Carter et al., 1998) พฤติกรรมการปรับตัว หมายถึงทักษะในการเรียนรู้เกี่ยวกับการพึ่งพาตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันและจัดการตนเองให้สามารถอยู่ในสภาพแวดล้อมได้ ซึ่งพฤติกรรมปรับตัวสามารถประเมินได้ด้วยแบบทดสอบทางจิตวิทยา คือ แบบประเมินพฤติกรรมและการปรับตัว (vineland adaptive behavior scales: VABS) ฉบับ survey form ซึ่งประเมินความสามารถในการปรับตัวของบุคคลตั้งแต่แรกเกิดถึง 18 ปี 11 เดือน พัฒนาขึ้นโดย Sparrow et al. (1984) ประกอบด้วย 3 ด้านหลัก (domain) คือ ด้านการสื่อสาร ด้านการใช้ชีวิตประจำวัน และด้านการเข้าสังคม และ 2 ด้านเสริม (optional domain) คือ ด้านการเคลื่อนไหวและด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

งานวิจัยนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบคะแนนด้านต่าง ๆ ของแบบประเมินพฤติกรรมและการปรับตัว (VABS) และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนพฤติกรรมการปรับตัวโดยรวม (adaptive behavior composite: ABC) กับคะแนนด้านการสื่อสาร ด้านการใช้ชีวิตประจำวันและด้านการเข้าสังคมในเด็กกลุ่มออทิสติกที่มีภาวะบกพร่องทางเชาวน์ปัญญาร่วมด้วย เพื่อสร้างองค์ความรู้และประโยชน์ในการนำผลจากแบบประเมินพฤติกรรมและการปรับตัว (VABS) ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลและฟื้นฟูพฤติกรรมและการปรับตัวของเด็ก

กลุ่มออทิสติกที่มีภาวะบกพร่องทางเชาว์ปัญญา

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษารูปแบบคะแนนของแบบประเมินพฤติกรรมและการปรับตัว (VABS) และความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนพฤติกรรม การปรับตัวโดยรวมและคะแนนด้านหลักในเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางเชาว์ปัญญา

สมมติฐานการวิจัย

1. รูปแบบคะแนนของแบบประเมินพฤติกรรมและการปรับตัว (VABS) ในเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางเชาว์ปัญญามีความแตกต่างกันจำแนกตามตัวแปรเพศ และระดับความบกพร่องทางเชาว์ปัญญา

2. คะแนนของแบบประเมินพฤติกรรมและการปรับตัว (VABS) ในเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางเชาว์ปัญญา จะมีความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนพฤติกรรม การปรับตัวโดยรวมและคะแนนในแต่ละด้านแบบแปรผันตาม (positive correlation)

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) โดยวิธีเก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective design) ประชากร คือ เด็กออทิสติกที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ The diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth Edition (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) ที่เข้ารับบริการ ณ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2561 ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2563

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร 1 กลุ่มจากการทบทวนวรรณกรรมของ Moug et al. (2014) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การปรับตัวโดยรวมในเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางเชาว์ปัญญาเท่ากับ 59.53 ± 13.57

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{d^2}$$

เมื่อ n = จำนวนตัวอย่าง

σ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 13.57

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ โดยไม่เกินร้อยละ 20 ของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในที่นี้ $SD (13.57) \times 0.2 = 2.71$

$Z_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานจากตาราง Z ที่ $\alpha = 0.05$, $= 1.96$

$$n = \frac{(1.96)^2 (13.57)^2}{(2.71)^2} = 97$$

คำนวณกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 97 ราย ประมาณค่า missing data ร้อยละ 10 ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 107 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยอยู่ในกลุ่มออทิสติก อายุตั้งแต่ 6-12 ปีที่มีความบกพร่องทางเชาว์ปัญญาในระดับน้อยหรือปานกลางประเมินด้วยแบบทดสอบความมาตรฐาน (standardized intelligence tests) และได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินพฤติกรรมและการปรับตัว (VABS) เกณฑ์การคัดออก คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลแบบประเมิน VABS ไม่สมบูรณ์

เครื่องมือในการวิจัย คือ แบบประเมินพฤติกรรมและการปรับตัว (vineland adaptive behavior scales: VABS) ฉบับ survey form พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1984 ประเมินเด็กตั้งแต่

อายุแรกเกิด ถึง 18 ปี 11 เดือน หรือผู้ใหญ่ อายุเกิน 18 ปี 11 เดือนที่มีความสามารถต่ำ (low functioning) โดยวิธีการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด ประกอบด้วย 3 ด้านหลัก คือ ด้านการสื่อสาร ด้านการใช้ชีวิตประจำวันและด้านการเข้าสังคม ร่วมกับ 2 ด้านเสริม คือ ด้านการเคลื่อนไหว และด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

แบบประเมินมีค่าความน่าเชื่อถือ (reliability) ดังนี้ ค่าสัมประสิทธิ์ของคะแนนพฤติกรรมการปรับตัวโดยรวมและด้านหลักต่าง ๆ อยู่ระหว่าง 0.72 ถึง 0.78 ยกเว้นด้านการเข้าสังคมซึ่งเท่ากับ 0.62 (Sparrow et al., 1984) ค่าความเที่ยงตรง (validity) สำหรับ survey form ฉบับภาษาไทย แปลโดยภาวิณี อ่อนนาค ซึ่งดัดแปลงใช้กับเด็กก่อนวัยเรียน รวมถึงได้ทำการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบด้วยวิธี principal component analysis พบว่าแบบวัดพฤติกรรมและการปรับตัว (VABS) ฉบับดัดแปลง สามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนแบบวัดพฤติกรรมและการปรับตัวในกลุ่มตัวอย่างอายุ 5 ปี ถึง 5 ปี 11 เดือน คิดเป็นร้อยละ 56.20 และ 51.80 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยงตรงแบบ development progressive validity วิเคราะห์ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการปรับตัวตามตัวแปรอายุ (Rajanukul Institute et al., 2011)

งานวิจัยนี้ศึกษาคะแนนพฤติกรรมการปรับตัวโดยรวม (adaptive behavior composite) ร่วมกับคะแนน 3 ด้านหลักและ 9 ด้านย่อย ดังนี้

1. ด้านการสื่อสาร (communication domain) คือ ทักษะการสื่อสารซึ่งสามารถสื่อความคิดหรือความรู้สึกให้ผู้อื่นเข้าใจ รวมถึงความสามารถในการเข้าใจสิ่งที่ผู้อื่นสื่อสาร แบ่งเป็น 3 ด้านย่อย คือ การรับรู้และเข้าใจภาษา (receptive skills) การแสดงออกโดยการพูด

หรือท่าทาง (expressive skills) และการเขียน (writing skills)

2. ด้านการใช้ชีวิตประจำวัน (daily living skills domain) คือ ทักษะที่จำเป็นต่อการดูแลจัดการตนเองในชีวิตประจำวัน แบ่งเป็น 3 ด้านย่อย คือ การช่วยเหลือตัวเอง (personal) การช่วยงานบ้าน (domestic skills) และการใช้ชีวิตในชุมชน (community skills)

3. ด้านการเข้าสังคม (socialization domain) คือ ทักษะการเข้าสังคมและการรู้จักประนีประนอมเพื่อใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติ แบ่งเป็น 3 ด้านย่อย คือ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relationship) การเล่นและการใช้เวลาว่าง (play and leisure time) และทักษะการจัดการปัญหา (coping skills)

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรม SPSS นำเสนอข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงบรรยาย สถิติ Mann-Whitney U test และวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ของแต่ละด้านด้วยสถิติ Pearson correlation มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (COA no. Si75522020) และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต (COA no.10/2563)

ผลการวิจัย

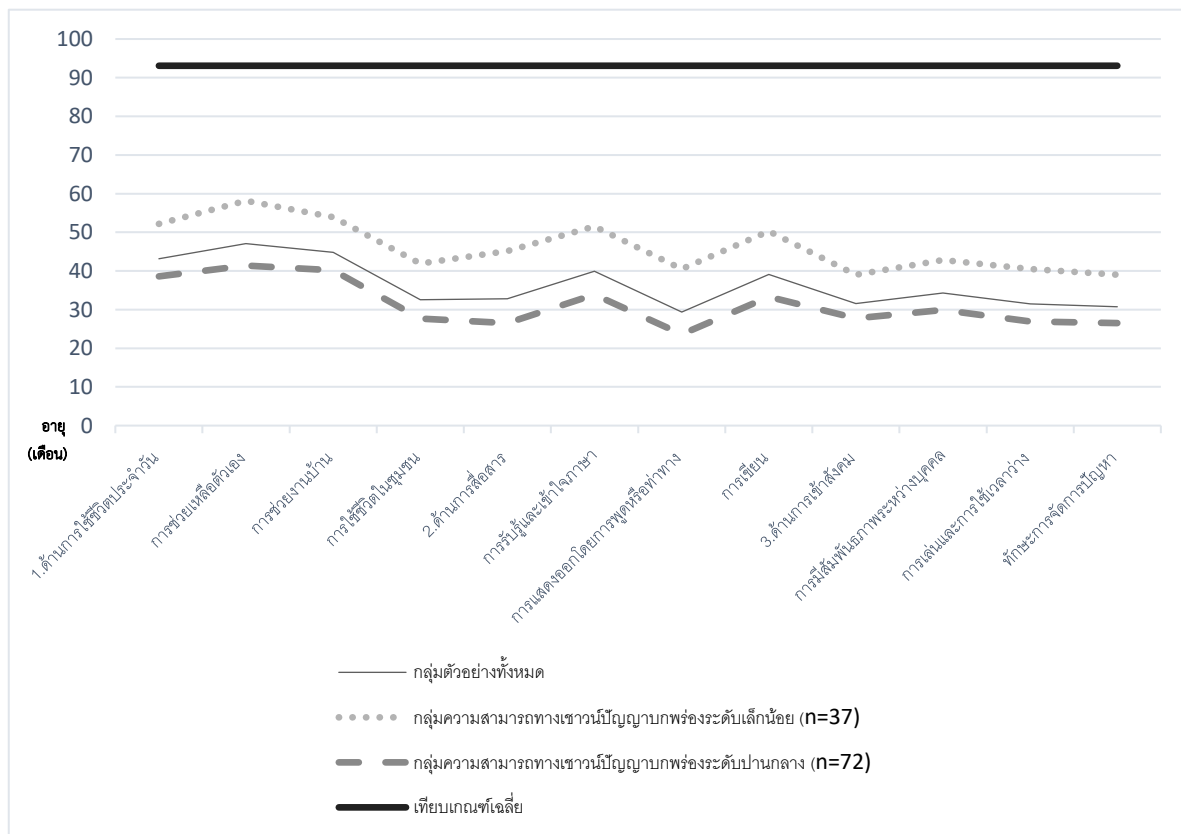
ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางเชาว์ปัญญา จำนวน 109 คน เพศชาย 92 คน (ร้อยละ 84.40) และเพศหญิง 17 คน (ร้อยละ 15.60) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 7.75 ปี หรือ 93.09 เดือน (SD = 19.57)

คะแนนพฤติกรรมการปรับตัวโดยรวม เทียบเท่ากับ 3.29 ปี หรือ 39.48 เดือน (SD =

16.14) คะแนนด้านการใช้ชีวิตประจำวันมากที่สุด คือเทียบเท่าอายุ 3.59 ปี หรือ 43.19 เดือน (SD = 18.28) รองลงมาคือด้านการสื่อสารเทียบเท่าอายุ 2.73 ปี หรือ 32.82 เดือน (SD = 22.38) และ ด้านการเข้าสังคมเทียบเท่าอายุ 2.63 ปี หรือ 31.58 เดือน (SD = 17.70)

คะแนนพฤติกรรมการปรับตัวด้านย่อยพบว่า มีคะแนนด้านการช่วยเหลือตัวเองมากที่สุด คือเทียบเท่าอายุ 3.92 ปี หรือ 47.08 เดือน (SD = 22.44) รองลงมาคือ ด้านการทำงานบ้านเทียบเท่าอายุ 3.73 ปี หรือ 44.81 เดือน (SD = 21.15) และด้านการรับรู้และเข้าใจภาษาเทียบเท่าอายุ 3.32 ปี หรือ 39.89 เดือน (SD = 27.42)

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วย Mann-Whitney U Test ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มเพศชายและหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.596$) แต่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่มีความสามารถทางเชาว์ปัญญาบกพร่องระดับน้อย ($M = 49.19$, $SD = 16.38$) และปานกลาง ($M = 34.49$, $SD = 13.63$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มที่มีความสามารถทางเชาว์ปัญญาบกพร่องระดับน้อยมีคะแนนพฤติกรรมการปรับตัวโดยรวมสูงกว่ากลุ่มที่มีความสามารถทางเชาว์ปัญญาบกพร่องระดับปานกลางในทุกด้านหลักและด้านย่อย (ดังแสดงในรูปที่ 1)



รูปที่ 1 รูปแบบคะแนนของแบบประเมินพฤติกรรมและการปรับตัว (VABS) ในเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางเชาว์ปัญญา (n = 109)

คะแนนพฤติกรรมการปรับตัวโดยรวมมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แบบแปรผันตาม

กับคะแนนพฤติกรรมการปรับตัว 3 ด้านหลักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ด้านการสื่อสาร

($r = 0.835$) ด้านการใช้ชีวิตประจำวัน ($r = 0.801$) และด้านการเข้าสังคม ($r = 0.745$) นอกจากนี้พบว่าคะแนนของทั้ง 3 ด้านหลักมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแปรผันตามภายในระหว่างด้านหลักต่าง ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังแสดงในตารางที่ 1)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคะแนนพฤติกรรมการปรับตัวภายใน 9 ด้านย่อย มีค่า

แบบแปรผันตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับปานกลางถึงสูงมาก โดยคู่ที่มีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก คือ ด้านการทำงานบ้านและด้านการใช้ชีวิตในชุมชน ($r = 0.817$) และด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและด้านการจัดการปัญหา ($r = 0.807$) (ดังแสดงในตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนพฤติกรรมการปรับตัวโดยรวมและคะแนนด้านหลัก

ด้านหลัก	COM	DLS	SOC	VABS
ด้านการสื่อสาร (COM)	-	0.777*	0.659*	0.835*
ด้านการใช้ชีวิตประจำวัน (DLS)		-	0.764*	0.801*
ด้านการเข้าสังคม (SOC)			-	0.745*
คะแนนพฤติกรรมการปรับตัวโดยรวม (VABS)				-

* $p < 0.05$

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนพฤติกรรมการปรับตัวโดยรวมและคะแนนด้านย่อย

ด้านหลัก	ด้านย่อย	ด้านการสื่อสาร			ด้านการใช้ชีวิตประจำวัน			ด้านการเข้าสังคม		
		การรับรู้และเข้าใจภาษา	การแสดงออกโดยการพูดหรือท่าทาง	การเขียน	การช่วยเหลือตัวเอง	การช่วยงานบ้าน	การใช้ชีวิตในชุมชน	การมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล	การเล่นและการใช้เวลาว่าง	ทักษะการจัดการปัญหา
ด้านการสื่อสาร	การรับรู้และเข้าใจภาษา		0.577*	0.577*	0.537*	0.598*	0.596*	0.690*	0.526*	0.656*
	การแสดงออกโดยการพูดหรือท่าทาง			0.740*	0.659*	0.614*	0.642*	0.612*	0.558*	0.568*
	การเขียน				0.718*	0.660*	0.628*	0.574*	0.506*	0.507*
ด้านการใช้ชีวิตประจำวัน	การช่วยเหลือตัวเอง					0.764*	0.735*	0.642*	0.527*	0.597*
	การช่วยงานบ้าน						0.817*	0.640*	0.554*	0.686*
	การใช้ชีวิตในชุมชน							0.685*	0.609*	0.676*
ด้านการเข้าสังคม	การมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล								0.728*	0.807*
	การเล่นและการใช้เวลาว่าง									0.622*
	ทักษะการจัดการปัญหา									

* $p < 0.05$

วิจารณ์

งานวิจัยนี้เมื่อวิเคราะห์รูปแบบของแบบประเมินพฤติกรรมและการปรับตัว (VABS) พบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางเชาว์ปัญญาในระดับน้อยถึงปานกลางมีคะแนนพฤติกรรมการปรับตัวโดยรวมน้อยกว่าอายุจริง (chronological age) ครึ่งหนึ่ง สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ซึ่งรายงานว่า เด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางเชาว์ปัญญาร่วมด้วยมีคะแนนพฤติกรรมและการปรับตัวโดยรวมน้อยกว่าอายุจริงของเด็ก (Gabriels et al., 2007; Di Nuovo & Buono, 2007; Kraijer, 2000) เนื่องจากภาวะออทิสติกพร้อมกับภาวะเชาว์ปัญญาบกพร่องส่งผลให้เด็กมีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันจำกัดและล่าช้ากว่าเกณฑ์ปกติมากขึ้น

จากการวิจัยพบว่ารูปแบบคะแนนของแบบประเมินพฤติกรรมและการปรับตัว (VABS) ในเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางเชาว์ปัญญามีคะแนนด้านการสื่อสารและด้านการเข้าสังคมน้อยกว่าด้านการใช้ชีวิตประจำวันเนื่องจากอาการหลักของภาวะออทิสติกตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 คือ มีพัฒนาการบกพร่องในด้านการสื่อสารและทักษะสังคม (American Psychiatric Association, 2013) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Carter et al. (1998) และ Mougá et al. (2014) ซึ่งทั้งสองงานวิจัยได้ศึกษาแบบประเมินพฤติกรรมและการปรับตัว (VABS) ในกลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางเชาว์ปัญญาและพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถด้านการใช้ชีวิตประจำวันสูงกว่าด้านการสื่อสารและด้านการเข้าสังคมเช่นกัน โดยอธิบายได้ตามทฤษฎี theory of mind (Cohen et al., 1985) และ weak executive functioning

(Ozonoff & Jensen, 1999) ความสามารถด้านการใช้ชีวิตประจำวันสัมพันธ์กับการพัฒนาทักษะทางประสาทสัมผัสและการเคลื่อนไหว (sensory-motor skills) สามารถเรียนรู้ได้ผ่านการมองเห็น การเลียนแบบ การได้รับการสอนซ้ำ ๆ และทำตามเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในขณะที่ความสามารถด้านการสื่อสารและด้านการเข้าสังคมต้องอาศัยทักษะระดับสูง (higher level skills) ที่ซับซ้อนมากขึ้น ร่วมกับการเลี้ยงดูจากครอบครัว ผู้ปกครองมักฝึกเด็กในเรื่องกิจวัตรประจำวันพื้นฐานต่าง ๆ กลุ่มตัวอย่างจึงมีโอกาสฝึกฝนและมีประสบการณ์ด้านการใช้ชีวิตประจำวันมากกว่าด้านการสื่อสารและการเข้าสังคมได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยของ Black et al. (2009) รายงานว่าเด็กกลุ่มอาการออทิสติกที่มีคะแนน verbal IQ สูงจะมีพัฒนาการด้านการสื่อสารและการเข้าสังคมดี แต่กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้มีภาวะบกพร่องทางเชาว์ปัญญาร่วมด้วย ซึ่งมีข้อจำกัดในพัฒนาการด้านต่าง ๆ (global delay development) ที่นอกเหนือจากพัฒนาการที่บกพร่องของอาการออทิสติก มีระดับคะแนนความสามารถทางเชาว์ด้าน verbal และ performance IQ ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ จึงมีผลให้กลุ่มตัวอย่างนี้มีความยากลำบากมากขึ้นในด้านการสื่อสารและการปรับตัวเข้าสังคม

ผลวิจัยนี้สนับสนุนสมมุติฐานที่ 1 เด็กที่มีระดับความบกพร่องทางเชาว์ปัญญาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมปรับตัวโดยรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Perry et al., 2009) สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความบกพร่องทางเชาว์ปัญญาในระดับน้อยมีคะแนนพฤติกรรมการปรับตัวในแต่ละด้านหลักและคะแนนโดยรวมสูงกว่ากลุ่มที่มีความบกพร่องทางเชาว์ปัญญาระดับปานกลาง

เนื่องจากระดับความสามารถทางเชาว์ปัญญาเป็นตัวแปรสำคัญที่กำหนดความสามารถด้านพฤติกรรมและการปรับตัว (Carter et al., 1998) ทั้งในแง่ของการคิดเชิงเหตุผล การวางแผน การตัดสินใจแก้ปัญหาและการเรียนรู้ เด็กที่มีความบกพร่องทางเชาว์ปัญญาจะใช้เวลานานในการเรียนรู้ทักษะต่าง ๆ และมักใช้วิธีเรียนรู้ผ่านการกระทำซ้ำ ๆ หลายครั้ง อย่างไรก็ตาม เด็กทุกคนสามารถเรียนรู้ พัฒนาตนเองและมีส่วนร่วมทางสังคมได้ โดยการปรับวิธีการฝึกสอนให้เข้ากับระดับการเรียนรู้ของเด็กแต่ละคน แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มเพศชายและหญิง

ผลวิจัยนี้สนับสนุนสมมุติฐานที่ 2 พบว่าแบบประเมินพฤติกรรมและการปรับตัว (VABS) ในกลุ่มเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางเชาว์ปัญญา มีค่าความสัมพันธ์แบบแปรผันตามระหว่างคะแนนพฤติกรรมการปรับตัวโดยรวมและคะแนนพฤติกรรมการปรับตัวด้านหลัก พบความสัมพันธ์กับด้านการสื่อสารสูงที่สุด ($r = 0.835$) รองลงมาคือด้านการใช้ชีวิตประจำวัน ($r = 0.801$) และ ด้านการเข้าสังคม ($r = 0.745$) และเมื่อวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ภายในทั้ง 3 ด้านหลัก พบค่าความสัมพันธ์ระหว่างคู่ด้านหลักแบบแปรผันตามในระดับค่อนข้างสูง ($r = 0.659-0.835$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sparrow et al. (1984) ในการหาความสัมพันธ์ในแต่ละด้านเพื่อศึกษาค่า intercorrelation ในเด็กกลุ่มที่มีปัญหาความบกพร่องต่าง ๆ (Intercorrelations between survey form adaptive behavior domain standard scores for the supplementary norm group) โดยพบว่ากลุ่มเด็กที่มีความบกพร่องทางเชาว์ปัญญามีคะแนนทั้ง 3 ด้านหลักสัมพันธ์กันในระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูงเช่นกัน เมื่อวิเคราะห์ระดับความสัมพันธ์แบบ

แปรผันตามกันที่ค่อนข้างสูงของคะแนนพฤติกรรมการปรับตัวกับด้านหลักทั้ง 3 ด้าน และ ความสัมพันธ์ภายในของทั้ง 3 ด้านนี้แสดงให้เห็นถึงความเกี่ยวโยงกันของทักษะหลักทั้ง 3 ด้านซึ่งต่างสนับสนุนซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะทักษะด้านการสื่อสารส่งผลต่อการปรับตัวโดยรวมสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับด้านการใช้ชีวิตประจำวัน และ ด้านการเข้าสังคม

เมื่อวิเคราะห์ด้านความสัมพันธ์ภายในระหว่างด้านหลักและภายในของแต่ละด้านย่อย งานวิจัยนี้พบว่าค่าสหสัมพันธ์ภายในของแต่ละด้านหลักและแต่ละด้านย่อยต่างมีค่าแปรผันตามเช่นกัน แสดงให้เห็นถึงความเป็นปัจจัยเกี่ยวพันต่อกันในทักษะและความสามารถในการหลักและด้านย่อย ซึ่งสอดคล้องกับหลักพัฒนาการของมนุษย์ (principles of growth development) ที่มีความเป็นแบบแผน เริ่มจากส่วนใหญ่ไปหาส่วนย่อยและมีความต่อเนื่องกัน พัฒนาการทุกด้านมีความสัมพันธ์สอดคล้องกัน ทั้งร่างกาย อารมณ์ สังคมและเชาว์ปัญญา (Eccles, 1999)

ผู้วิจัยอธิบายถึงคู่ด้านย่อยที่มีระดับค่าความสัมพันธ์ที่สูงมาก ($r > 0.8$) คือ ความสัมพันธ์ระหว่างด้านการทำงานบ้าน กับ ด้านการใช้ชีวิตในชุมชน และ ด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล กับ ด้านการจัดการปัญหา แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของทักษะทั้ง 2 คู่ที่ควรได้รับการมุ่งเน้นในฝึกกระตุ้นพัฒนาการของเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางเชาว์ปัญญา เช่น การฝึกเด็กช่วยงานบ้านภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Loveland and Kelley (1991) ที่ว่าการที่เด็กออทิสติกสามารถรับผิดชอบตนเองภายในบ้านได้ มีความสัมพันธ์กับทักษะการรับผิดชอบตนเองในสังคมได้ นอกจากนี้การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในรูปแบบที่

หลากหลายตามสถานการณ์ต่าง ๆ เด็กจะมีประสบการณ์และมีทักษะในการเรียนรู้ผ่านการเลียนแบบผู้อื่นจนทำให้มีทักษะในการแก้ปัญหาของตนเองและเอาชนะอุปสรรคได้เพิ่มขึ้น (Perry et al., 2009) แบบประเมินพฤติกรรมและการปรับตัว (VABS) สามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการกระตุ้นพัฒนาการ การเรียนการสอนรายบุคคลและการบำบัดฟื้นฟูได้ (Burack & Volkmar, 1992) อีกทั้งสามารถใช้แบบประเมินในการติดตามผลการรักษา เพื่อให้กระบวนการรักษาและการประเมินก้าวหน้าเป็นรูปธรรม (Sparrow et al., 1984)

สรุปและข้อเสนอแนะ

แบบประเมินพฤติกรรมและการปรับตัว (VABS) ของกลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา พบว่ารูปแบบคะแนนในทุกด้านมีคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์อายุจริง โดยคะแนนด้านการใช้ชีวิตประจำวันสูงกว่าด้านการสื่อสารและด้านการเข้าสังคม พบความสัมพันธ์แบบแปรผันตามระหว่างคะแนนพฤติกรรมการปรับตัวโดยรวมและคะแนนในแต่ละด้านหลัก คะแนนด้านการสื่อสารมีค่าความสัมพันธ์แบบแปรผันตามกับคะแนนพฤติกรรมการปรับตัวโดยรวมสูงที่สุด และคะแนนภายในของแต่ละด้านหลักและภายในของแต่ละด้านย่อยต่างมีความสัมพันธ์แบบแปรผันตามซึ่งกันและกัน

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาทักษะการสื่อสาร เมื่อกลุ่มเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญาร่วมด้วยมีทักษะการสื่อสารที่ดีขึ้น จะเพิ่มโอกาสทางการเรียนรู้ ลดปัญหาพฤติกรรม และทำให้เด็กมีทักษะด้านพฤติกรรมปรับตัวโดยรวมดีขึ้น โดยสามารถนำแบบประเมินพฤติกรรมและการปรับตัว (VABS) มาเป็นเครื่องมือประกอบ

การวางแผนการรักษา แผนการกระตุ้นพัฒนาการ แผนการเรียนการสอนรายบุคคล แผนการบำบัดฟื้นฟู ติดตามผลการรักษาและประเมินความก้าวหน้าของการรักษาอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ คือเป็นการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจำกัดภายในสถาบันแห่งเดียวจึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรกลุ่มเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญาทั้งหมดของประเทศไทยได้ ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาในอนาคต ควรเพิ่มการกระจายของกลุ่มตัวอย่าง และเปรียบเทียบรูปแบบคะแนน (profile) ในกลุ่มตัวอย่างอื่น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากทุนบัณฑิตศึกษา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และขอขอบพระคุณ แพทย์หญิง มธุรดา สุวรรณโพธิ์ อาจารย์วันดา ชนินทุทวงศ์ และอาจารย์ประเสริฐ จุฑา สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต ที่ให้การสนับสนุนและคำแนะนำในการดำเนินงานวิจัยนี้ รวมทั้งขอขอบคุณทุกความร่วมมือทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ช่วยเหลือให้งานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (References)

- American Psychiatric Association. (2010). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)* (4th ed.). American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

- Baron Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind". *Cognition*, 21, 103-128.
- Black, D. O., Wallace, G. L., Sokoloff, J. L., & Kenworthy, L. (2009). Brief report: IQ split predicts social symptoms and communication abilities in high-functioning children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(11), 1613-1619. <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0795-3>
- Burack, J. A., & Volkmar, F. R. (1992). Development of low-and high-functioning autistic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33(3), 607-616. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1992.tb00894.x>
- Carter, A. S., Dawson, G., Fombonne, E., Loveland, K., Mesibov, G., Schopler, E., Lord, C., Wang, J. J., Sparrow, S. S., & Volkmar, F. R. (1998). *The vineland adaptive behavior scales: Supplementary norms for individuals with autism*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28, 287-302. <https://doi.org/10.1023/a:1026056518470>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2012, March 30). *Prevalence of autism spectrum disorders--Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network*. PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22456193/>
- Di Nuovo, S. F., & Buono, S. (2007). Psychiatric syndromes comorbid with mental retardation: Differences in cognitive and adaptive skills. *Journal of Psychiatric Research*, 41(9), 795-800. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.02.011>
- Eccles, J. S. (1999). The development of children ages 6 to 14. *The Future of Children*, 9(2), 30. <https://doi.org/10.2307/1602703>
- Gabriels, R. L., Ivers, B. J., Hill, D. E., Agnew, J. A., & McNeill, J. (2007). Stability of adaptive behaviors in middle-school children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 1(4), 291-303. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2006.11.004>
- Kraijer, D. (2000). Review of adaptive behavior studies in mentally retarded persons with autism/Pervasive developmental disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 39-47. <https://doi.org/10.1023/A:1005460027636>
- Loveland, K. A., & Kelley, M. L. (1991, July). *Development of adaptive behavior in preschoolers with autism or Down syndrome*. PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1831619/>
- Manager Online. (2017, July 23). *Rengvijai GENE cause of autism It is estimated that 3 hundred thousand Thai children*

will be diagnosed. Manager Online.

<https://mgronline.com/qol/detail/960000074845>

Mouga, S., Almeida, J., Café, C., Duque, F., & Oliveira, G. (2014). Adaptive profiles in autism and other neurodevelopmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(4), 1001-1012. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2256-x>

Ozonoff, S. & Jensen, J. (1999). Brief report: Specific executive function profiles in three neurodevelopmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, 171-177.

Perry, A., Flanagan, H. E., Dunn Geier, J., & Freeman, N. L. (2009). Brief report: The vineland adaptive behavior scales in young children with autism spectrum disorders at different cognitive levels. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(7), 1066-1078. <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0704-9>

Rajanukul Institute, Yuwaprasart Waithayopatum Child and Adolescent Psychiatric Hospital, & Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute. (2011). *Psychological Testing Manual for Children (Full Version)*. Beyond Publishing CO., LTD.

Sparrow, S., Balla, D., & Cicchetti, D. (1984). *Vineland Adaptative Behaviour Scales: Interview edition, survey form*. American Guidance Service.



Thai Journal of Clinical Psychology

Journal homepage: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicspy>

Original Article

ประสบการณ์การถ่ายโอนย้อนกลับของนักจิตบำบัด: การศึกษาเชิงคุณภาพ Countertransference Experience of Psychotherapists: A Qualitative Study

เจษฎา กลิ่นพูล^{1*}, พนิดา เสือวรรณศรี²

¹ นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

² อาจารย์ประจำแขนงวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Jessada Klinpull^{1*}, Panita Suavansri²

¹ Student in Master of Arts (Counseling Psychology), Faculty of Psychology, Chulalongkorn University

² Lecturer, Faculty of Psychology, Chulalongkorn University

* Corresponding author: e-mail. flashback.2jpic@gmail.com

Received: 15 August 2021 | Revised: 25 September 2021 | Accepted: 24 October 2021

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสบการณ์ทางจิตใจในประเด็นการถ่ายโอนย้อนกลับของนักจิตบำบัดในกระบวนการบำบัดรักษา **วัสดุและวิธีการ** ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ โดยเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง มีผู้เข้าร่วมวิจัยคือนักจิตบำบัดจำนวน 6 ราย ซึ่งมีประสบการณ์ในการทำงานอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 5-10 ปี และเป็นผู้ที่เคยเผชิญกับประสบการณ์ของการถ่ายโอนย้อนกลับในกระบวนการบำบัดรักษา **ผลการศึกษา** พบประเด็นสำคัญ 3 ประเด็น ได้แก่ การพบประสบการณ์ที่นักจิตบำบัดคุ้นเคย การรู้สึกร่วมไปกับเรื่องราวของผู้รับบริการ และการไม่สามารถกักเก็บอารมณ์ที่รู้สึกต่อผู้รับบริการ **สรุป** ผลการวิจัยแสดงให้เห็นรายละเอียดประสบการณ์ของนักจิตบำบัดขณะเกิดการถ่ายโอนย้อนกลับในกระบวนการบำบัดรักษา ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อนักจิตบำบัดในการตระหนักถึงความสำคัญของประสบการณ์ดังกล่าวที่เกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

คำสำคัญ: การถ่ายโอนย้อนกลับ, นักจิตบำบัด, กระบวนการบำบัดรักษา

Abstract

Objectives: The aim of this qualitative research is to explore the psychological experiences of psychotherapist's countertransference in the therapeutic process. **Materials and methods:** The data were collected via semi-structured in-depth interviews and analyzed using Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). The participants included six psychotherapists who have 5-10 years of therapeutic practice and had countertransference experience in the therapeutic process. **Result:** The findings found the main theme which included the familiarity of experiences between psychotherapists and clients, the sympathetic feelings to clients, and psychotherapists' inability to contain their feelings. **Conclusion:** This finding increases a better understanding of countertransference experience and are useful for psychotherapists to be aware of the importance of countertransference which is inevitable.

Keywords: Countertransference, Psychotherapist, Therapeutic process

บทนำ

Countertransference หรือ การถ่ายโอนย้อนกลับ ถูกกล่าวถึงเป็นครั้งแรกโดย Freud (1988) ซึ่งคล้อยไปกับทฤษฎีของการถ่ายโอน (transference) ที่ว่าผู้รับบริการมักจะถ่ายโอนมโนภาพ ความคิด และอารมณ์ ที่สัมพันธ์กับปมผูกพันในอดีตของตนไปยังนักจิตบำบัดโดยไม่รู้ตัว โดยกระบวนการดังกล่าวอาจส่งผลต่อกระบวนการบำบัดรักษาในภาพรวมและเป็นเหตุให้นักจิตบำบัดต้องแปลความปรากฏการณ์ดังกล่าวแก่ผู้รับบริการเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการรักษา ในขณะเดียวกัน Freud (1988) ก็พบว่า การถ่ายโอนสามารถเกิดขึ้นกับฝั่งของนักจิตบำบัดได้เช่นกัน และเรียกการถ่ายโอนของนักจิตบำบัดว่า การถ่ายโอนย้อนกลับ (countertransference) ซึ่ง Freud แนะนำว่านักจิตบำบัดควรปฏิเสธการถ่ายโอนของตนขณะอยู่ระหว่างกระบวนการบำบัดรักษา เนื่องจากอาจเป็นสิ่งที่ทำลายมุมมองเชิงวัตถุวิสัย (objective) หรือการมีความเข้าใจ

แบบยึดข้อเท็จจริงของนักจิตบำบัดที่มีความเป็นกลาง (Schendel, 2010) อย่างไรก็ตาม นักจิตวิเคราะห์และนักจิตบำบัดร่วมสมัยคนอื่น ๆ กลับไม่ได้มีมุมมองต่อการถ่ายโอนย้อนกลับเช่นเดียวกับ Freud เสมอไป ส่งผลให้เกิดความพยายามในการนำเสนอกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการถ่ายโอนย้อนกลับที่เหมือนหรือแตกต่างกันออกไป Gabbard (2001) พบว่า นักจิตบำบัดร่วมสมัยมองว่าการถ่ายโอนย้อนกลับในมุมมองของ Freud เป็นการมองปรากฏการณ์อย่างแคบ และถูกเรียกว่าเป็นมุมมองแบบดั้งเดิม (classical view) ในทางตรงข้าม นักจิตบำบัดร่วมสมัยต่างถูกคิดถึงการถ่ายโอนย้อนกลับในมุมมองที่กว้างมากขึ้น ยกตัวอย่างเช่น Winnicott (1949) ที่ค้นพบว่า การถ่ายโอนย้อนกลับอาจเป็นสิ่งที่สามารถใช้ในการทำความเข้าใจพยาธิสภาพทางจิตของผู้รับบริการได้หากนักจิตบำบัดตระหนักได้ว่าความรู้สึกที่ตนมีกับผู้รับบริการเป็นสิ่งเดียวกันกับที่ผู้รับบริการมักทำให้คนรอบข้างรู้สึก จึงเรียกการถ่ายโอนย้อนกลับลักษณะนี้

ว่า การถ่ายโอนย้อนกลับเชิงวัตถุวิสัย (objective countertransference) ซึ่งจำเป็นต้องแยกออกจากการถ่ายโอนย้อนกลับเชิงอัตวิสัย (subjective countertransference) ที่เกิดจากมุมมองส่วนบุคคลของนักจิตบำบัดเพียงอย่างเดียว

ในทำนองเดียวกัน ทฤษฎีของการระบุตัวตนผ่านการโยน (projective identification) ของ Melnie Klein (1946, as cited in Gabbard, 2001) ก็เป็นสิ่งที่นำมาสู่การมองเห็นความเป็นไปได้ของการถ่ายโอนย้อนกลับที่เกิดขึ้นจากการใช้กลไกป้องกันตนเองทางจิตผ่านการโยน (projection) ของผู้รับบริการที่นักจิตบำบัดต้องไวต่อการรับรู้ อีกทั้ง Racker (1957) เสนอว่า การถ่ายโอนย้อนกลับอาจมีบางลักษณะที่คล้ายคลึงกับความเข้าอกเข้าใจ (empathy) ของนักจิตบำบัดต่อผู้รับบริการได้เช่นกัน เรียกว่า การระบุตัวตนเข้ากับการถ่ายโอนย้อนกลับแบบลงรอย (concordant countertransference identification) ซึ่งตรงกันข้ามกับการระบุตัวตนเข้ากับการถ่ายโอนย้อนกลับแบบเสริมกัน (complementary countertransference identification) อันหมายความว่า การที่นักจิตบำบัดไม่สามารถทนอยู่กับการสัมผัสประสบการณ์ที่ผู้รับบริการโยนมาให้ได้ และใช้เรื่องราวของผู้รับบริการมาผนวกเข้ากับอัตวิสัยของตนเองจนคล้อยตามไปกับเรื่องราวของผู้รับบริการด้วยประสบการณ์ของตนเองเป็นหลัก

การเปลี่ยนแปลงความเข้าใจที่มีต่อการถ่ายโอนย้อนกลับของนักจิตบำบัดร่วมสมัยต่างส่งผลให้นักจิตบำบัดในปัจจุบันเกิดเป็นความเข้าใจใหม่ว่า การถ่ายโอนย้อนกลับไม่ได้เกิดขึ้นจากอัตวิสัยของนักจิตบำบัดเพียงอย่างเดียว แต่อาจมีที่มาจากอัตวิสัยของผู้รับบริการร่วมด้วย (Gabbard, 2001) และนักจิตบำบัดร่วมสมัยเหล่านี้ต่างเล็งเห็นว่ามุมมองของดั้งเดิมเป็นการกล่าวถึงการถ่ายโอนย้อนกลับในรูปแบบอาการ

ประสาท (neurotic countertransference) ของนักจิตบำบัดเพียงอย่างเดียวเท่านั้น (Winnicott, 1988) ในขณะที่การถ่ายโอนย้อนกลับอาจเป็นคำใบ้ให้กับการทำความเข้าใจความผิดปกติทางพยาธิสภาพของผู้รับบริการได้ (Winnicott, 1949; Kiesler, 2001; Casement, 2013) และอาจนำมาสู่ความเข้าใจที่นักจิตบำบัดมีให้กับผู้รับบริการได้อีกด้วย (Racker, 1957; Tarnopolsky, 1995; Rowan & Jacobs, 2002; Zachrisson, 2009) นอกจากนี้ นักจิตบำบัดร่วมสมัยยังเชื่อว่าการถ่ายโอนและการถ่ายโอนย้อนกลับเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้อย่างสมบูรณ์ในกระบวนการบำบัดรักษา (Gabbard, 2001; Grant & Crawley, 2002) และส่งผลให้นักจิตบำบัดร่วมสมัยเหล่านี้แนะนำว่านักจิตบำบัดควรที่จะหยิบยกปรากฏการณ์ต่าง ๆ เหล่านี้มาทำความเข้าใจร่วมกับผู้รับบริการ รวมทั้งเห็นถึงความสำคัญของการเปิดเผยตนเอง (self-disclosure) ของนักจิตบำบัดกับผู้รับบริการมากกว่าการทำหน้าที่เป็นเพียงผู้รับการถ่ายโอนเพียงอย่างเดียว (Frie & Orange, 2009; Kiss, 2021)

Gelso and Hayes (2007) ได้นำเสนอ นิยามของการถ่ายโอนย้อนกลับจากการผสมมุมมองแบบดั้งเดิม (classical view) เข้ากับมุมมองร่วมสมัยเข้าด้วยกันเพื่อให้เห็นภาพของปรากฏการณ์ที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น โดยสรุปได้ว่า ‘การถ่ายโอนย้อนกลับ หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของนักจิตบำบัดในสัมพันธภาพร่วมกับผู้รับบริการ ซึ่งลักษณะบางประการของผู้รับบริการได้กระตุ้นกระบวนการทางจิตใจทั้งภายในและภายนอกของนักจิตบำบัด ได้แก่ ทศนคติ การรับรู้ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม เป็นต้น ทั้งนี้อาจสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตของนักจิตบำบัดหรือไม่ก็

ได้ ขณะเดียวกัน เมื่อพิจารณาโมเดลของ Zachrisson (2009) ที่ได้รวบรวมเอาแนวคิดการถ่ายโอนย้อนกลับแบบดั้งเดิมและแนวคิดร่วมสมัยอื่น ๆ เข้าด้วยกันเพื่อนำเสนอโมเดลของการถ่ายโอนย้อนกลับที่มีระดับความเข้มข้นหลากหลาย โดยแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ intuitive level อันบ่งบอกถึงการถ่ายโอนย้อนกลับในลักษณะของการเกิดความรู้สึกเข้าอกเข้าใจผู้รับบริการ และ irrational level อันบ่งบอกถึงการถ่ายโอนย้อนกลับในรูปแบบอื่น ๆ ที่นักจิตบำบัดต้องอาศัยความสามารถในการแปลความเพื่อทำความเข้าใจเชิงลึก ก็เป็นสิ่งที่ส่งผลให้ประสบการณ์ของการถ่ายโอนย้อนกลับจะมีทั้งส่วนที่เอื้อประโยชน์ต่อกระบวนการบำบัด และส่วนที่ทำลายกระบวนการบำบัด ซึ่งนักจิตบำบัดต้องอาศัยความระมัดระวังในการแปลความหรือแสดงออกตามแต่ละบริบท (Clarkson & Nuttall, 2000)

อย่างไรก็ตาม ในบริบทของประเทศไทยผู้วิจัยไม่พบว่ามีการศึกษาที่แน่ชัดเกี่ยวกับปรากฏการณ์ของการถ่ายโอนและการถ่ายโอนย้อนกลับปรากฏให้เห็น ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงพบว่าการศึกษเกี่ยวกับประสบการณ์การถ่ายโอนย้อนกลับในกระบวนการบำบัดรักษาของนักจิตบำบัดในประเทศไทยเป็นสิ่งที่มีความน่าสนใจ โดยผู้วิจัยได้เลือกใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ (Interpretative Phenomenological Analysis: IPA) เพื่อวิเคราะห์และทำความเข้าใจประสบการณ์ดังกล่าว (Srichannil, 2017; Smith et al., 2009; Pietkiewicz, & Smith, 2014) อีกทั้งการที่ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าในการศึกษาที่ผ่านมาบ่งบอกว่า การถ่ายโอนและการถ่ายโอนย้อนกลับเป็นสิ่งที่ปรากฏในแนวทางการทำจิตบำบัดรูปแบบอื่น ๆ นอกจากการทำจิตวิเคราะห์ได้เช่นกัน ยกตัวอย่าง

เช่น การทำจิตบำบัดตามแนวคิดปัญญาพฤติกรรมนิยม (Gluhoski, 1994; MacLaren, 2008; Prasko et al., 2010; Vyskocilova & Prasko, 2013) และ การทำจิตบำบัดตามแนวคิดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Wosket, 1999; Cobb, 2015) เป็นต้น เพียงแต่ความคุ้นชินกับการนิยามปรากฏการณ์ดังกล่าวอาจน้อยกว่านักจิตบำบัดกลุ่มจิตวิเคราะห์ (Rowan & Jacobs, 2002) ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นว่าวิธีวิจัยดังกล่าวจะสามารถตอบคำถามของการวิจัยที่มุ่งศึกษากลุ่มนักจิตบำบัดทั่วไปโดยไม่จำกัดอยู่เฉพาะนักจิตบำบัดแนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ได้ เนื่องจากการวิจัยแบบ IPA จะเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยสามารถมีส่วนร่วมในการตีความปรากฏการณ์ไปพร้อมกับการนำเสนอผลการวิจัยจากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ส่งผลให้ผลการวิจัยมีความครอบคลุมอยู่ในประเด็นของการถ่ายโอนย้อนกลับตามความรู้ความเข้าใจจากการทบทวนวรรณกรรม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสบการณ์ทางจิตใจในประเด็นการถ่ายโอนย้อนกลับของนักจิตบำบัดในกระบวนการบำบัดรักษา

วัสดุและวิธีการ

เนื่องจากผู้วิจัยต้องการศึกษาประสบการณ์เชิงลึกภายในจิตใจของนักจิตบำบัดเมื่อเผชิญการถ่ายโอนย้อนกลับในกระบวนการบำบัดรักษา ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ (Interpretative Phenomenological Analysis: IPA) ของ Smith et al. (2009) มีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลดังนี้

1) นักจิตบำบัด นักจิตวิทยาการศึกษา และผู้ที่ทำงานในสายงานอื่น ๆ อันมีบทบาทหน้าที่ในการทำงานเกี่ยวกับการทำจิตบำบัด หรือการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ได้แก่ นักจิตวิทยาคลินิก และนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งมีประสบการณ์ในการทำงานอย่างต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 5 ปี

2) เคยมีประสบการณ์ของการถ่ายโอนย้อนกลับ อันหมายถึง การมีประสบการณ์ในรูปแบบของปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของนักจิตบำบัดในสัมพันธภาพร่วมกับผู้รับบริการ ซึ่งลักษณะบางประการของผู้รับบริการได้กระตุ้นกระบวนการทางจิตใจทั้งภายในและภายนอกของนักจิตบำบัด ได้แก่ ทศนคติ การรับรู้ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม เป็นต้น ทั้งนี้ อาจสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตของนักจิตบำบัดหรือไม่ก็ได้

3) มีความสนใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย และมีความยินดีในการถ่ายทอดประสบการณ์ในการสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) ผู้วิจัย ตัวผู้วิจัยเป็นนิสิตปริญญาโทด้านจิตวิทยาการศึกษาที่มีระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติการให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาจำนวน 1 ปี และผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของตนเองสำหรับการทำวิจัยในครั้งนี้ด้วยการเรียนวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาเรื่องกระบวนการบำบัดรักษาและประสบการณ์การถ่ายโอนย้อนกลับผ่านการทบทวนเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และพูดคุยกับผู้ที่สนใจในประเด็นดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง เช่น เพื่อนที่ฝึกปฏิบัติด้วยกัน และอาจารย์นิเทศในระหว่างการศึกษาปฏิบัติ เป็นต้น

2) แนวคำถามสัมภาษณ์ ใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง แบ่งคำถามออกเป็น 3 ส่วนหลัก ส่วนแรกเป็นคำถามเกริ่นนำเพื่อเก็บข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูล รวมถึงเพื่อเป็น

การสร้างความคุ้นเคยให้เกิดขึ้นในการสัมภาษณ์ ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเจาะลึกที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ทางจิตใจในประเด็นการถ่ายโอนย้อนกลับของนักจิตบำบัด และ ส่วนที่ 3 เป็นคำถามปิดท้ายการสัมภาษณ์เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้เพิ่มเติมสิ่งที่ยังตกค้างจากการสัมภาษณ์

3) แบบบันทึกภาคสนาม ใช้ในการจดบันทึกสิ่งที่ผู้วิจัยสังเกตได้จากการสัมภาษณ์ โดยประกอบด้วยการบันทึกสิ่งที่ผู้วิจัยสังเกตได้จากผู้ให้ข้อมูลทั้งการแสดงออก การใช้ภาษา และสภาวะอารมณ์ อีกส่วนหนึ่งคือการบันทึกสิ่งที่ผู้วิจัยคิดหรือรู้สึกในระหว่างการสัมภาษณ์ ซึ่งทั้งสองส่วนสามารถนำมาใช้ในการตั้งคำถามถึงประเด็นอื่น ๆ ที่น่าสนใจเพิ่มเติม และนำมาใช้ประกอบในการวิเคราะห์ข้อมูล

4) เครื่องบันทึกเสียง ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องบันทึกเสียงดิจิทัลในการบันทึกการสนทนาขณะสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยได้เก็บบันทึกไฟล์เสียงไว้หลายที่เพื่อป้องกันการสูญเสียบางข้อมูล อีกทั้งมีการตั้งรหัสป้องกัน (password) ในคอมพิวเตอร์ส่วนตัวของผู้วิจัยเพื่อรักษาความลับของข้อมูล อย่างไรก็ตามข้อมูลทั้งหมดถูกทำลายทิ้งหลังการวิจัยสิ้นสุดลง

การเก็บข้อมูล

หลังการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (COA No. 227.1/62) แล้ว ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการแก่นักจิตบำบัดและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ที่สนใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างให้แก่ผู้วิจัย จากนั้นผู้วิจัยได้ติดต่อนักจิตบำบัดที่สนใจเข้าร่วมเพื่อคัดกรองเข้าสู่การวิจัยกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 คน โดยมีรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล (นาม สมมติ)	เพศ	ระดับ การศึกษา สูงสุด	ตำแหน่งงานทาง วิชาชีพ	ระยะเวลา ในการ ทำงาน	แนวคิดทฤษฎีที่ใช้	ระยะเวลาที่ใช้ใน การสัมภาษณ์ (นาที)
ลักษณะ	ชาย	ปริญญาตรี	นักจิตวิทยาคลินิก	8 ปี	Cognitive Behavioral Therapy	ครั้งที่ 1 = 33.17 ครั้งที่ 2 = 37.33
นุก	หญิง	ปริญญาตรี	นักจิตวิทยาคลินิก	8 ปี	Cognitive Behavioral Therapy	ครั้งที่ 1 = 60.01 ครั้งที่ 2 = 3.23
แดน	ชาย	ปริญญาโท	อาจารย์มหาวิทยาลัย (อดีตนักสังคมสงเคราะห์)	5 ปี	Person-centered Therapy Satir Therapy	ครั้งที่ 1 = 93.28 ครั้งที่ 2 = 30
กุกไก่	หญิง	ปริญญาตรี	นักจิตวิทยาคลินิก	10 ปี	(Psychoanalytic psychotherapy)	ครั้งที่ 1 = 110.45
มณ	หญิง	ปริญญาตรี	นักจิตวิทยาประจำ มหาวิทยาลัย	6 ปี	Cognitive Behavioral Therapy	ครั้งที่ 1 = 74.02
อันอัน	หญิง	ปริญญาโท	หัวหน้างานแนะแนว ประจำโรงเรียน	7 ปี	Psychoanalytic Psychotherapy	ครั้งที่ 1 = 88.58

การเก็บข้อมูลอยู่ในช่วงเดือนมกราคม 2663 ถึงเดือนกันยายน 2563 ใช้การสัมภาษณ์ ทั้งแบบพบหน้าและวิดีโอคอล ครั้งละประมาณ 45-120 นาที ระหว่างเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้วิเคราะห์ ข้อมูลไปพร้อมกันอย่างต่อเนื่อง และกลับไป สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลบางรายซ้ำโดยใช้เวลาไม่ เกิน 30 นาทีเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนและ ละเอียดมากยิ่งขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

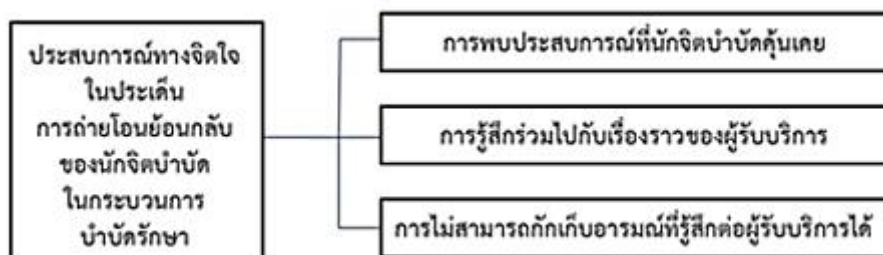
วิเคราะห์ตามวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแนว วิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ คือ ถอดเสียงสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ อ่านทวนซ้ำ หลายครั้ง แล้ววิเคราะห์คำสัมภาษณ์ทีละประโยค โดยตีความประสบการณ์ผ่านภาษาที่ผู้ให้ข้อมูล ใช้ และตีความผ่านมุมมองของผู้วิจัยอีกชั้นหนึ่ง โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียดทีละคน จากนั้นจึงนำข้อมูลมาเชื่อมโยงจัดกลุ่มเป็น ประเด็นหลัก ประเด็นรอง และประเด็นย่อย ก่อนที่

จะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม เปลี่ยนชื่อ ผู้ให้ข้อมูลเป็นชื่อสมมติ และปกปิดข้อมูลส่วนตัว เพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล ขณะเดียวกัน ผู้วิจัยยังได้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของการ วิจัยผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพของการวิจัย แบบ IPA (Srichannil, 2019) ไปพร้อมกัน ประกอบด้วย การกำหนดประเด็นที่ศึกษาอย่าง ชัดเจน ข้อมูลวิจัยมีคุณภาพหรือมีรายละเอียด ที่สะท้อนประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลได้อย่าง ชัดเจน ระบุความแพร่หลายของใจความสำคัญ และแสดงข้อความจากผู้ให้ข้อมูล ให้พื้นที่ใน การนำเสนอแต่ละใจความสำคัญอย่างเพียงพอ มีการตีความข้อมูล แสดงให้เห็นความคล้าย และความต่างของผู้ให้ข้อมูล และเขียนรายงาน วิจัยอย่างมีคุณภาพเพื่อให้ผู้อ่านเกิดความรู้สึก ร่วมและได้เรียนรู้ประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ในเชิงลึก เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อตรวจสอบว่าการวิจัย ฉบับนี้มีคุณภาพเพียงพอต่อการถูกจัดในระดับ ‘ยอมรับได้’ ไปจนถึงระดับ ‘ดี’ หรือไม่

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาประสบการณ์ทางจิตใจใน
ประเด็นการถ่ายโอนย้อนกลับของนักจิตบำบัด

ในกระบวนการบำบัดรักษาพบประเด็นสำคัญ 3
ประเด็น ดังนี้



แผนภาพที่ 1 ประสบการณ์ทางจิตใจในประเด็นการถ่ายโอนย้อนกลับของนักจิตบำบัดในกระบวนการ
บำบัดรักษา

1. การพบประสบการณ์ที่นักจิต บำบัดคุ้นเคย

นักจิตบำบัดในการวิจัยกล่าวถึงการพบประสบการณ์ในห้วงบำบัดมีบางสิ่งที่ตนรู้สึกคุ้นเคย โดยนักจิตบำบัดอาจพบว่าเรื่องราวของผู้รับบริการมีความคล้ายคลึงกับประสบการณ์ส่วนตัวของตน ยกตัวอย่างเช่นอันอันที่สะท้อนให้เห็นว่า

“มันก็เป็นประสบการณ์เดิมในวัยเด็กที่... เราเคยเผชิญกับครอบครัวของเราเอง ซึ่งมันเป็นประสบการณ์ร่วมกัน มันเป็นประสบการณ์ที่มันซ้ำ แล้วพอ... มันมีคน [ผู้รับบริการ] เล่าเรื่องเนี่ยขึ้นมา มันก็ไปดึงเอาความที่... เจ็บปวดของเราในวัยเด็กกลับขึ้นมาด้วย” (อันอัน)

การที่อันอันกล่าวว่า “มันก็ไปดึงเอาความที่... เจ็บปวดของเราในวัยเด็กกลับขึ้นมาด้วย” บ่งบอกว่าเรื่องราวของผู้รับบริการที่คล้ายกับปมปัญหาในอดีตที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขของนักจิตบำบัด ส่งผลให้อันอันเกิดความรู้สึกร้าวกับถูกดึงเอาความรู้สึกเดิมในอดีตกลับมาอีกครั้ง ซึ่งการอธิบายต่อว่า “มันเป็นประสบการณ์

ร่วมกัน มันเป็นประสบการณ์ที่มันซ้ำ” เป็นการเน้นย้ำว่าเรื่องราวของผู้รับบริการมีความคล้ายคลึงกับประสบการณ์ส่วนตัวของอันอัน

ทั้งนี้ การพบประสบการณ์ที่คุ้นเคยไม่เพียงเป็นการพบว่าเรื่องราวของผู้รับบริการทำให้นักจิตบำบัดนึกถึงเรื่องราวของตนเองเท่านั้น แต่นักจิตบำบัดอาจมองเห็นตัวเองผ่านการมองไปยังผู้รับบริการด้วย ดังเช่นที่กุกไ่กล่าวไว้ว่า

“ที่เราเห็นในเขา [ผู้รับบริการ] อะมันสะท้อนกลับมาในตัวเราเองว่า เหมือนทำให้เรานึกแบบรู้สึกเหมือนย้อนกลับไปว่าตอนที่เราเป็นแม่แล้วเราเลี้ยงลูกอะ เราก็ทำผิดพลาด เราทำไม่ดี แล้วมันทำให้เราเกิดความผิดหวังกับตัวเองในตอนที่เราเหมือนตอนที่เรากำลังเลี้ยงลูก” (กุกไ่)

กุกไ่ซึ่งให้การปรึกษากับแม่ของเด็กคนหนึ่งที่อยู่ในการดูแลของตนได้เกิดความรู้สึกว่า “เหมือนย้อนกลับไปว่าตอนที่เรา เป็นแม่แล้วเราเลี้ยงลูกอะ เราก็ทำผิดพลาด” เป็นการสะท้อนว่าผู้รับบริการตรงหน้าทำให้กุกไ่นึกถึงประสบการณ์ส่วนตัวของตนที่เคยประสบปัญหาในการเลี้ยงลูกมาก่อน และเคยทำผิดพลาดในแบบเดียวกัน โดยการอธิบายว่า “ที่เราเห็นในเขาอะมันสะท้อนกลับมาในตัวเราเอง” บ่งบอก

ว่าถูกใจมองเห็นภาพของตัวเองที่ทับซ้อนกับ ผู้รับบริการ ซึ่งส่งผลให้ถูกใจเกิดความรู้สึก ผิดหวังกับตัวเองอีกครั้ง ราวกับ ผู้รับบริการ ตรงหน้าเป็นภาพสะท้อนของความผิดพลาดที่ ถูกใจเคยประสบมาก่อน และถูกใจต้องการที่จะ แก้ไขด้วยการช่วยเหลือผู้รับบริการของตน

นอกจากนี้ ในบางครั้งนักจิตบำบัดอาจ มองเห็นภาพของบุคคลอื่นในชีวิตของตนที่ทับ ซ้อนกับผู้รับบริการได้อีกด้วย ยกตัวอย่างเช่น นักที่กล่าวว่า

“[ผู้รับบริการ] เหมือนกับคนไข้ ใจ ใจ ใจ ก็ต้องหมุนรอบตัวเขา ใจ ใจ ใจ ก็ตาม อันนี้พูดถึง เพื่อนนะ pass มาที่เพื่อนคือ ใจ ใจ ใจ ก็ต้องยอมมัน หรือว่า ใจ ใจ ใจ ก็ต้อง เอ้อ แล้วแต่มี ใจ ใจ ใจ อย่าง เจีย” (นุก)

การที่ นุก กล่าวว่า “เหมือนกับคนไข้ ใจ” สะท้อนว่าบุคลิกภาพของผู้รับบริการทำให้ นุกนึกถึงเพื่อนคนหนึ่งที่มีลักษณะคล้ายกับ ผู้รับบริการตรงหน้า โดยการอธิบายต่อว่า “ใจ ใจ ใจ ก็ต้องยอมมัน หรือว่า ใจ ใจ ใจ ก็ต้อง เอ้อ แล้วแต่ มี ใจ ใจ ใจ อย่าง เจีย” บ่งบอกถึงการที่ นุกถูกคิด ขึ้นมาได้ว่าตนเองก็รู้สึกหงุดหงิดใจพฤติกรรม ต่าง ๆ ของเพื่อนเช่นเดียวกับที่ นุกรู้สึกหงุดหงิด ใจกับผู้รับบริการของตนในเวลานั้น

2. การรู้สึกร่วมไปกับเรื่องราวของ ผู้รับบริการ

นักจิตบำบัดที่ตระหนักว่ามีการถ่าย โอนย้อนกลับเกิดขึ้นสามารถพบได้ว่าตนมีการ รู้สึกร่วมไปกับเรื่องราวของผู้รับบริการ โดยนัก จิตบำบัดอาจเกิดความรู้สึกสงสารผู้รับบริการ และไม่พึงพอใจต่อบุคคลอื่นที่กระทำกับ ผู้รับบริการของตน รวมทั้งอาจแสดงออกมาใน ลักษณะของการคิดแทนผู้รับบริการจากมุมมอง ส่วนตัวของนักจิตบำบัดหรือคิดตัดสินใจเชิง

เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับสิ่งที่ผู้รับบริการทำ ยกตัวอย่างเช่นลักษณะที่กล่าวว่า

“เราสงสารเขา [ผู้รับบริการ] เรามองว่า... เอ้อ... มันไม่ควรที่จะเจออะไรแบบนี้มั้ง อืม โดย ที่จริง ๆ มันน่าจะดีกว่าเนี่ย แต่เขากลับไป เลือกใช้ชีวิตให้มันเป็นแบบนี้” (ลักษณะ)

ลักษณะ ได้กล่าวถึงเหตุการณ์ที่ตนรู้สึก สงสารผู้รับบริการที่ต้องเผชิญกับประสบการณ์ คล้ายกับตนในอดีต ซึ่งการอธิบายต่อว่า “โดยที่ จริง ๆ มันน่าจะดีกว่าเนี่ย แต่เขากลับไปเลือกใช้ ชีวิตให้มันเป็นแบบนี้” บ่งบอกได้ว่าความรู้สึก สงสารของลักษณะมาจากการรู้สึกร่วมไปกับ เรื่องราวของผู้รับบริการด้วยประสบการณ์ ส่วนตัวที่คล้ายกันแต่ลักษณะไม่ได้ตัดสินใจแบบ เดียวกับผู้รับบริการ และลักษณะจึงแสดงให้เห็น ถึงความรู้สึกผิดหวังและการไม่เห็นด้วยกับสิ่งที่ ผู้รับบริการเลือกทำ

“ไ้อารมณ์ร่วมมันให้อารมณ์เหมือนกับ ว่าเรา ใส่ใจความรู้สึกเขา [ผู้รับบริการ] เหมือน เอาใจเราไปใส่เขาแทนแล้วอะ คือเรายังไม่ได้ ฟังเสียงเขาเลยอะ เราดันไปช่วยเขาคิดอีกตะ หาก” (แดน)

แดน ได้แสดงให้เห็นถึงความรู้สึก สงสารผู้รับบริการเช่นเดียวกับลักษณะด้วยการ ใช้คำว่า “ใส่ใจความรู้สึกเขา” ซึ่งแดนเกิด ความรู้สึกสงสารผู้รับบริการที่ต้องเผชิญกับการ สูญเสียคนในครอบครัว และแดนเองก็ต้อง เผชิญกับการสูญเสียกันไปพร้อมกันเนื่องจาก ผู้ตายก็เป็นหนึ่งในผู้รับบริการที่แดนให้การดูแล อยู่ แดนจึงกำลังเผชิญกับประสบการณ์เดียวกับ ผู้รับบริการในเวลานั้น โดยการอธิบายต่อว่า “เหมือนเอาใจเราไปใส่เขาแทนแล้วอะ คือเรายัง ไม่ได้ฟังเสียงเขาเลยอะ เราดันไปช่วยเขาคิดอีก ตะหาก” เป็นการที่แดนพยายามสื่อว่าการ “ใส่

ใจความรู้สึก” ของผู้รับบริการที่เกิดขึ้นไม่ใช่การใส่ให้กับผู้รับบริการที่อยู่ตรงหน้าจริง ๆ แต่กลับเป็นการมีอารมณ์ร่วมไปกับเรื่องราวของผู้รับบริการหรือเอาตัวเองเข้าไปแทนที่ในเรื่องราวของผู้รับบริการ และพยายามคิดแทนผู้รับบริการจากมุมมองส่วนตัวของตนโดยไม่ได้ฟังเสียงของผู้รับบริการอีกต่อไป

อนึ่ง การรู้สึกร่วมไปกับเรื่องราวของผู้รับบริการไม่ได้แสดงออกผ่านการคิดแทนผู้รับบริการของนักจิตบำบัดเพียงอย่างเดียว แต่บางครั้งอาจเป็นการรู้สึกร่วมที่นำมาสู่การสนับสนุนพฤติกรรมบางอย่างที่อาจก่อให้เกิดปัญหาตามมาของผู้รับบริการอีกด้วย ดังเช่นในตัวอย่างของมณที่พบว่าตนกำลังสนับสนุนการต่อว่าบุคคลอื่นไปพร้อมกับผู้รับบริการ ดังนี้

“มันจะรู้สึก ว่า เหมือน คนใช้อะ จะพยายาม blame ผู้ชายคนนี้อะไรเงี้ย แล้วเราก็จะมีความรู้สึกในใจว่า ใช้ ๆ มันต้อง blame เพราะว่ามัน มันทำไม่ถูก” (มณ)

มณ ซึ่งพบว่าบุคคลที่ผู้รับบริการกล่าวถึงมีความคล้ายคลึงกับบุคคลในชีวิตของตน และเมื่อเห็นว่าผู้รับบริการกำลังต่อว่าบุคคลดังกล่าวให้ตนฟัง มณจึงเกิดความรู้สึกในใจว่า “ใช้ ๆ มันต้อง blame เพราะว่ามัน มันทำไม่ถูก” โดยสะท้อนให้เห็นว่าการที่มณเห็นด้วยกับสิ่งที่ผู้รับบริการกำลังทำเป็นเพราะมณเองก็รู้สึกเห็นใจผู้รับบริการของตน และรู้สึกราวกับว่าเรื่องราวของผู้รับบริการเป็นเรื่องราวของตนเองด้วย ส่งผลให้มณรู้สึกโกรธและไม่พอใจบุคคลอื่นไปพร้อมกับผู้รับบริการในเวลานั้น

อย่างไรก็ตาม การรู้สึกร่วมไปกับเรื่องราวผู้รับบริการไม่ได้จำเป็นว่านักจิตบำบัดต้องมีประสบการณ์แบบเดียวกับผู้รับบริการมาก่อน โดยนักจิตบำบัดอาจเกิดการรู้สึกร่วมไปกับเรื่องราวของผู้รับบริการได้ภายหลังจาก

ได้รับฟังปัญหาที่ผู้รับบริการต้องพบเจอ และส่งผลให้นักจิตบำบัดเกิดความรู้สึกเห็นใจขึ้นได้ ดังเช่นการที่นุ๊กกล่าวว่า

“[เรื่องราวของผู้รับบริการกับนักจิตบำบัด] มันไม่ได้คล้ายคลึงแต่เราความรู้สึกร่วมไปกับเขา [ผู้รับบริการ] อะค่ะ รู้สึก รู้สึกว่า... จะเรียกว่าความสงสารก็ใช่เนอะ เออ เรียกว่าความสงสารก็ใช่ เราความรู้สึกร่วมรู้สึกอินอะ รู้สึกอินกับเรื่องของเขา อยากจะให้เขา อยากจะทำยังงี้ก็ได้ให้เขา ผ่านเรื่องนี้ไปได้” (นุ๊ก)

นุ๊ก เน้นย้ำว่า “มันไม่ได้คล้ายคลึงแต่เราความรู้สึกร่วมไปกับเขา” เพื่อบ่งบอกว่าตนเกิดความรู้สึก “สงสาร” และ “อิน” ไปกับเรื่องราวของผู้รับบริการที่ได้ฟังมาโดยที่ตนไม่ได้พบว่ามี ความคล้ายคลึงกันระหว่างประสบการณ์ของตนเองกับผู้รับบริการมาก่อน ซึ่งการอธิบายต่อว่า “รู้สึกอินกับเรื่องของเขา อยากจะให้เขา อยากจะทำยังงี้ก็ได้ให้เขา ผ่านเรื่องนี้ไปได้” สามารถสะท้อนได้ว่านุ๊กกำลังรู้สึกเหมือนปัญหาที่ผู้รับบริการกำลังพบเจอเปรียบเสมือนปัญหาของตนเองที่ต้องแก้ไขไปพร้อมกันด้วย

3. การไม่สามารถกักเก็บอารมณ์ที่รู้สึกต่อผู้รับบริการ

นักจิตบำบัดที่ประสบกับการถ่ายโอนย้อนกลับอาจพยายามที่จะกักเก็บ (contain) อารมณ์ความรู้สึกต่อผู้รับบริการและไม่พยายามแสดงออกให้ผู้รับบริการได้รับรู้ อย่างไรก็ตาม นักจิตบำบัดสามารถพบได้ว่าตนไม่สามารถกักเก็บอารมณ์ที่รู้สึกต่อผู้รับบริการตรงหน้าได้ทั้งหมด ยกตัวอย่างเช่นมณที่กล่าวว่า

“คือมันก็ต้อง keep อะ แต่มันมีความรู้สึกแบบ (ทำเสียงจ๊ีบาก) เอ้อ ทำไมมันไม่ทำตามทีบอก ว่า มันก็มีความหงุดหงิดเนอะ แล้วบางทีเราก็ไม่ได้เก็บ เก็บ สิ่งที่เรา รู้สึกไว้

ทั้งหมดอะ เราก็ต้องแบบ มันมีหลุดบ้างอะแบบ ‘ทำไมหมอ [ผู้รับบริการ] ไม่ทำตามอะ เหย้เราคุยกันแล้วไม่ใช่หรอ’ อะไรเงี้ย หน้าออกอย่างเงี้ย” (มณ)

การที่มณกล่าวว่า “บางที่เรา ก็ไม่ได้เก็บเก็บสิ่งที่เรารู้สึกไว้ได้ทั้งหมด” สะท้อนว่าโดยปกติแล้ว มณมักจะเลือกเก็บอารมณ์ความรู้สึกต่อผู้รับบริการของตนไว้เพื่อไม่ให้ผู้รับบริการรับรู้ แต่มณกลับต้องพบว่าในสถานการณ์ของการถ่ายโอนย้อนกลับ มณไม่สามารถมั่นใจได้ว่าการพยายามเก็บซ่อนความรู้สึกต่อผู้รับบริการของตนจะเป็นไปอย่างสมบูรณ์ทุกครั้ง เนื่องจากมณตระหนักว่าความรู้สึกหงุดหงิดใจต่อผู้รับบริการของตนอาจสะท้อนให้เห็นได้จากคำพูดที่มณสื่อสารกับผู้รับบริการและสีหน้าที่มณแสดงออกในเวลานั้น

นอกจากนี้ ในบางครั้งนักจิตบำบัดอาจไม่รู้ตัวว่าตนไม่สามารถเก็บอารมณ์ความรู้สึกส่วนตัวต่อผู้รับบริการไว้ได้ทั้งหมด และคาดว่าที่ผ่านมามีผู้รับบริการอาจจะรับรู้ถึงอารมณ์ความรู้สึกเหล่านั้นของตนได้ ดังเช่นตัวอย่างของนุกที่กล่าวไว้ว่า

“เราถอนหายใจเยอะมาก เพราะว่าการบำบัดในตอนที่เรา intern [ช่วงฝึกอบรมเพิ่มเติมในหลักสูตรจิตวิทยาคลินิก] อะ ก็มีอัดเทปไว้ แล้วก็ต้องมาเปิด ถอดเทปเนี่ยแหละ” (นุก)

นุก พูดถึงการ “ถอนหายใจเยอะมาก” ของตนเองในขณะที่ให้บริการเพื่อแสดงให้เห็นถึงการคาดเดาว่าผู้รับบริการอาจรับรู้ได้ว่านุกรู้สึกหงุดหงิดใจต่อผู้รับบริการเช่นเดียวกับการพูดถึงการแสดงออกทางสีหน้าของมณ ซึ่งเป็นภาษากายของนักจิตบำบัดที่อาจแสดงออกไปโดยไม่ทันรู้ตัวในขณะนั้น อีกทั้ง การที่นุกขยายความต่อว่า “ก็มีอัดเทปไว้แล้วก็ต้องมาเปิด

ถอดเทปเนี่ยแหละ” สะท้อนว่านุกมาตระหนักถึงการที่ตนไม่สามารถเก็บอารมณ์ความรู้สึกต่อผู้รับบริการได้ในภายหลังจากการฟังเทปเสียงที่บันทึกไว้ของตน

ยิ่งไปกว่านั้น ในบางกรณีผู้รับบริการอาจกลายเป็นฝ่ายที่นักจิตบำบัดจนกระทั่งทำให้นักจิตบำบัดต้องเกิดความประหลาดใจที่ผู้รับบริการสามารถรับรู้ความรู้สึกที่ตนพยายามเก็บซ่อนไว้ในตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ดังเช่นการที่ลักษณะอธิบายถึงประสบการณ์ของตนว่า

“เขา [ผู้รับบริการ] ก็บอกว่า อ่า ‘ผมก็รู้แหละด้วยสายตาก็ ด้วยการช่วยเหลือ มันก็ด้วยความช่วยเหลือดูแบบ ดูมาก’ เออ ‘ดูมากกว่าเป็นหมอดูแลคนไข้’... ที่จะมาคอยบำบัด อืม... เหมือนว่ามีนอกทางสีหน้าแววตามั้งครับเวลาที่เรา จริงจัง... คำพูดมันก็จะไปไปตามแนวคิดในตอนนั้น” (ลักษณะ)

การที่ ลักษณะ อธิบายว่า “เขาก็บอกว่า อ่า ‘ผมก็รู้แหละด้วยสายตาก็’ บ่งบอกได้ว่าลักษณะไม่เคยคิดมาก่อนว่าผู้รับบริการจะรับรู้ถึงความรู้สึกเป็นห่วงผู้รับบริการเป็นพิเศษของตนเนื่องจากลักษณะพยายามที่จะเก็บซ่อนไว้ แต่ในครั้งสุดท้ายที่พบกัน ผู้รับบริการกลับเป็นฝ่ายถามลักษณะเพื่อยืนยันว่าสิ่งที่ผู้รับบริการสังเกตเห็นได้จากสายตาและท่าทีของลักษณะต่อตนเองกำลังบ่งบอกถึงความรู้สึกพิเศษที่ลักษณะมีให้กับตน โดยการกล่าวต่อว่า “เหมือนว่ามีนอกทางสีหน้าแววตามั้งครับเวลาที่เรา จริงจัง... คำพูดมันก็จะไปไปตาม แนวคิดในตอนนั้น” แสดงให้เห็นว่าลักษณะเองก็ไม่เคยรู้ตัวมาก่อนว่าการแสดงออกทางสีหน้า แววตา และคำพูดที่ตนเลือกใช้จะสามารถบ่งบอกอารมณ์ที่ตนรู้สึกต่อผู้รับบริการได้มากเท่านี้

วิจารณ์

จากผลการวิจัยประสบการณ์การถ่ายโอนย้อนกลับของนักจิตบำบัดในกระบวนการบำบัดรักษา

พบประเด็นหลัก 3 ประเด็น ได้แก่ การพบกับประสบการณ์ที่นักจิตบำบัดรู้สึกคุ้นเคย การรู้สึกร่วมไปกับเรื่องราวของผู้รับบริการ และการไม่สามารถกักเก็บอารมณ์ที่รู้สึกต่อผู้รับบริการได้ ซึ่งรายละเอียดทั้ง 3 ประเด็น โดยเฉพาะประเด็นการรู้สึกร่วมไปกับเรื่องราวของผู้รับบริการและการไม่สามารถกักเก็บอารมณ์ที่รู้สึกต่อผู้รับบริการได้ สามารถแสดงให้เห็นตัวอย่างของลักษณะที่แสดงออก (manifestation) ของการถ่ายโอนย้อนกลับที่แตกต่างกันได้เป็นอย่างมาก เช่น การคิดตัดสินใจแทนผู้รับบริการ การตำหนิบุคคลอื่นที่ผู้รับบริการกล่าวถึง การตั้งคำถามเชิงตำหนิผู้รับบริการในทางอ้อม การแสดงสีหน้าหรือภาษากายที่สื่ออารมณ์ความรู้สึกบางอย่างของนักจิตบำบัดโดยไม่รู้ตัว หรือแม้กระทั่งการตัดสินใจแบ่งปันประสบการณ์ส่วนตัวของนักจิตบำบัดให้กับผู้รับบริการรับฟัง เป็นต้น โดยลักษณะที่แสดงออกเหล่านี้เป็นสิ่งที่สอดคล้องกับแนวคิดของ Gelso and Hayes (2007) ที่สรุปว่า ลักษณะที่แสดงออกของการถ่ายโอนย้อนกลับมีอยู่จำนวนทั้งสิ้น 3 รูปแบบ ได้แก่ อารมณ์ ความคิด และ พฤติกรรม ซึ่งนักจิตบำบัดควรมีการสังเกตรูปแบบของการแสดงออกเหล่านี้ในตนเองอยู่เสมอ ซึ่ง Hayes et al. (1998) สรุปว่า นักจิตบำบัดสามารถสังเกตเห็นลักษณะที่แสดงออกของการถ่ายโอนย้อนกลับได้จากทั้งรูปแบบปฏิสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกันมากขึ้นหรือหลีกเลี่ยงกันมากขึ้นระหว่างตนกับผู้รับบริการ หรือ การที่นักจิตบำบัดมีความรู้สึกในเชิงลบ

หรือไม่สะดวกสบายใจเกิดขึ้นขณะให้บริการ รวมทั้งการที่นักจิตบำบัดเริ่มคิดถึงแผนการบำบัดที่เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละคนขึ้นมาอีกด้วย

การพบประสบการณ์ที่นักจิตบำบัดคุ้นเคย สามารถสะท้อนให้เห็นถึงต้นกำเนิดของการถ่ายโอนย้อนกลับที่มาจากประสบการณ์ส่วนบุคคลของนักจิตบำบัดโดยมีเรื่องราวของผู้รับบริการหรือบุคลิกภาพของผู้รับบริการเป็นตัวกระตุ้นได้ โดยนักจิตบำบัดในการวิจัยที่พบว่าเรื่องราวของผู้รับบริการมีความคล้ายคลึงกับประสบการณ์ส่วนตัวของตนหรือเห็นภาพของบุคคลอื่นในชีวิตของตนที่ทับซ้อนกับผู้รับบริการตรงหน้า เป็นสิ่งที่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kara (2020) และ Cartwright et al. (2021) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า นักจิตบำบัดอาจพบความรู้สึกคุ้นเคยกับปัญหาของผู้รับบริการที่เหมือนกับตน หรือเหมือนกับสิ่งที่ครอบครัวและคนรอบข้างของตนต้องพบเจอ รวมทั้งผู้รับบริการยังอาจทำให้นักจิตบำบัดนึกถึงบุคคลรอบข้างในชีวิตของนักจิตบำบัดได้เสมอ เนื่องจากงานของนักจิตบำบัดที่ต้องเอาตัวเองเข้าไปมีส่วนร่วมับเรื่องราวของผู้รับบริการอาจส่งผลให้ประสบการณ์ในห้องบำบัดจะดึงเอาประสบการณ์บางส่วนในใจของนักจิตบำบัดออกมาได้ในขณะนั้น (Rosenberg et al., 2021)

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยที่พบว่านักจิตบำบัดในการวิจัยส่วนมากสามารถเลือกกล่าวถึงประสบการณ์ที่เชื่อว่าเป็นการถ่ายโอนย้อนกลับได้ในหลากหลายรูปแบบโดยไม่จำกัดเฉพาะประสบการณ์ที่สัมพันธ์กับปมในอดีตของตนเท่านั้น แต่รวมไปถึงประสบการณ์ที่ตนกำลังประสบปัญหาเดียวกับผู้รับบริการ การรู้สึกถึงความต้องการช่วยเหลือผู้รับบริการอย่างมาก แม้จะไม่ได้มีประสบการณ์แบบเดียวกันมาก่อน

หรือการที่นักจิตบำบัดคำนึงถึงความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ของตน ผลการวิจัยเหล่านี้เป็นสิ่งที่คล้ายกับมุมมองที่มีต่อการถ่ายโอนย้อนกลับแบบกว้างหรือแบบร่วมสมัย (Gabbard, 2001; Gelso & Hayes, 2007) ซึ่งบ่งบอกว่านักจิตบำบัดสามารถพบต้นกำเนิดของการถ่ายโอนย้อนกลับที่มาจากประเด็นอื่น ๆ ในทัศนะของนักจิตบำบัดได้ เช่น ประเด็นด้านเชื้อชาติ เพศ ศาสนา การเมือง หรือสิ่งที่นักจิตบำบัดให้คุณค่า (Hayes et al., 1998) รวมไปถึงการที่นักจิตบำบัดต้องพบกับความรู้สึกขัดแย้งและเปราะบางในใจอันเนื่องมาจากความปรารถนาในการให้การดูแลเอาใจใส่ที่เกินจริงของตนในบางครั้งขณะที่ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลืออีกด้วย (Cohen, 1988; Gelso & Hayes, 2007) ด้วยเหตุนี้ นักจิตบำบัดในการวิจัยตัวอย่างเช่น นัก จึงพบว่าตนสามารถรู้สึก “อิน” ไปกับเรื่องราวของผู้รับบริการได้แม้จะไม่ได้มีประสบการณ์เดียวกันมาก่อน และสะท้อนให้เห็นถึงความเป็นมนุษย์ของนักจิตบำบัดที่สามารถเกิดความรู้สึกเศร้า หมดหวัง ทุกข์ใจ หรือลำบากใจภายหลังจากการรับฟังเรื่องราวหรือเผชิญหน้ากับผู้รับบริการบางกลุ่มได้ตามปกติ เช่นเดียวกับในการศึกษาของ Richards (2000) ที่พบความรู้สึกเหล่านี้เกิดขึ้นเป็นปกติในประสบการณ์ของนักจิตบำบัดผู้ให้ความช่วยเหลือในประเด็นการพยายามฆ่าตัวตายของผู้รับบริการ

Rosenberg et al. (2021) ได้ตั้งข้อสังเกตว่า ความรู้สึกที่นักจิตบำบัดมีต่อผู้รับบริการอย่างเข้มข้นอาจบ่งบอกถึงพันธะระหว่างนักจิตบำบัดกับผู้รับบริการที่มีความหมายบางอย่าง กล่าวคือ การที่นักจิตบำบัดในการวิจัยรู้สึกสงสารผู้รับบริการ และความรู้สึกโกรธบุคคลอื่นไปพร้อมกับผู้รับบริการ อาจบ่งบอกได้ถึง การถ่ายโอนย้อนกลับในรูปแบบที่นักจิตบำบัดและ

ผู้รับบริการกำลังใกล้ชิดกันมากขึ้น (Hayes et al., 1998) และนักจิตบำบัดกำลังเกิดความคิดและความรู้สึกที่อยากจะปกป้องผู้รับบริการของตน ซึ่ง Sherby (2009) เรียกว่า นักจิตบำบัดกำลังเกิดความรู้สึกเชื่อมโยงกับผู้รับบริการในรูปแบบของความรัก อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ส่วนใหญ่ที่นักจิตบำบัดในการวิจัยเล่าถึงยังคงเป็นประสบการณ์ในช่วงฝึกงานหรือเพิ่งเริ่มปฏิบัติงานได้ไม่นานนัก ส่งผลให้การถ่ายโอนย้อนกลับในลักษณะดังกล่าวจึงอาจเป็นประสบการณ์ตามปกติของนักจิตบำบัดมือใหม่เช่นเดียวกับในการศึกษา Cartwright et al. (2021)

ความแตกต่างของบริบทและช่วงเวลาในประสบการณ์ของนักจิตบำบัดอาจเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมของนักจิตบำบัดขณะเกิดความรู้สึกร่วมไปกับเรื่องราวของผู้รับบริการพอสมควร โดยนักจิตบำบัดในการวิจัยต่างแสดงให้เห็นว่าตลอดการทำงานที่ผ่านมา นักจิตบำบัดเหล่านี้จะมีแนวทางการทำความเข้าใจประสบการณ์การถ่ายโอนย้อนกลับของตนที่แตกต่างกันไปในแต่ละช่วงเวลาของชีวิต และนักจิตบำบัดในการวิจัยทุกคนต่างยืนยันว่า ประสบการณ์ที่มากขึ้นจะสัมพันธ์กับการตระหนักรู้ถึงการถ่ายโอนย้อนกลับที่ดีมากยิ่งขึ้นอีกด้วย (Hayes et al., 1998) ยิ่งไปกว่านั้น นักจิตบำบัดในการวิจัยบางส่วนยังสามารถพบได้ว่า ความรู้สึกเชื่อมโยงที่เกิดขึ้นในบางครั้งสามารถทำให้ตนเกิดความรู้สึกเข้าอกเข้าใจผู้รับบริการของตนได้เป็นอย่างดี จนกระทั่งอาจนำไปสู่การตัดสินใจเปิดเผยประสบการณ์ของตนให้กับผู้รับบริการ คล้ายการแบ่งปันประสบการณ์และวิธีการแก้ไขปัญหาเช่นเดียวกับในการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาซึ่งพบความใกล้เคียงกันระหว่างการถ่ายโอนย้อนกลับและความเข้าอกเข้าใจ

(Racker, 1957; Rowan & Jacobs, 2002; Tarnopolsky, 1995; Zachrisson, 2009)

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยพบว่านักจิตบำบัดในการวิจัยส่วนใหญ่ยังคงแสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของการถ่ายโอนย้อนกลับที่รบกวนกระบวนการบำบัดรักษามากกว่าการเอื้อประโยชน์เมื่อพบว่าตนเกิดการรู้สึกร่วมไปกับเรื่องราวของผู้รับบริการ โดยนักจิตบำบัดส่วนใหญ่จะเล่าถึงประสบการณ์ที่ตนนำเอาตัวเองไปแทนในเรื่องราวของผู้รับบริการ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกว่านักจิตบำบัดสูญเสียความเป็นกลาง (objectivity) และมีความเป็นไปได้ที่นักจิตบำบัดจะหันกลับมาสนใจกับเรื่องราวของตนเองแทนเรื่องราวของผู้รับบริการตรงหน้า (Kara, 2020) ยิ่งไปกว่านั้น ถึงแม้ว่านักจิตบำบัดในการวิจัยจะไม่ต้องแสดงออกถึงอารมณ์ที่รู้สึกกับผู้รับบริการ แต่ผลการวิจัยฉบับนี้ที่พบว่านักจิตบำบัดสามารถคาดเดาหรือพบได้ว่า ผู้รับบริการสามารถรับรู้ถึงอารมณ์ความรู้สึกที่นักจิตบำบัดมีต่อตนได้ โดยที่นักจิตบำบัดไม่ต้องพูดออกมา และนำมาสู่ผลการวิจัยในประเด็นของการไม่สามารถกักเก็บอารมณ์ที่รู้สึกต่อผู้รับบริการ ก็กลายเป็นสิ่งที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Bleimling (2021) ที่พบว่า นักจิตบำบัดอาจมีท่าทีของภาษากายที่สัมพันธ์ไปกับการถ่ายโอนย้อนกลับเกิดขึ้นแทบจะตลอดเวลา ส่งผลให้ผลการวิจัยที่ได้ อาจเป็นการยืนยันว่านักจิตบำบัดไม่สามารถหลีกเลี่ยงการถ่ายโอนย้อนกลับของตนได้อย่างแท้จริง

สรุป

ในประสบการณ์ทางจิตใจในประเด็นการถ่ายโอนย้อนกลับของนักจิตบำบัดพบว่า นักจิตบำบัดอาจต้องเผชิญกับประสบการณ์ที่ตนรู้สึกคุ้นเคย การรู้สึกร่วมไปกับเรื่องราวของ

ผู้รับบริการ และการไม่สามารถกักเก็บอารมณ์ที่รู้สึกต่อผู้รับบริการได้ เป็นต้น ซึ่งผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงปรากฏการณ์การถ่ายโอนย้อนกลับที่เกิดขึ้นในกระบวนการบำบัดรักษาได้ตามปกติ และไม่สามารถคาดเดาหรือหลีกเลี่ยงได้ (Gabbard, 2001) อีกทั้ง ผลการวิจัยยังพบอีกว่าในประสบการณ์การถ่ายโอนย้อนกลับของนักจิตบำบัดอาจมีต้นกำเนิดที่มาจากประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกันระหว่างผู้รับบริการกับนักจิตบำบัดหรือไม่ก็ได้ โดยนักจิตบำบัดยังคงสามารถรู้สึกร่วมไปกับเรื่องราวของผู้รับบริการได้แม้จะไม่ได้มีประสบการณ์เดียวกันมาก่อน แต่การอยู่ในบทบาทของผู้ช่วยเหลือ รับฟังเรื่องราวของผู้รับบริการสามารถกระตุ้นให้นักจิตบำบัดเกิดความรู้สึกเศร้า หดหู่ ห่วง ทุกข์ใจ หรือลำบากใจไปพร้อมกันได้ ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นถึงความเป็นมนุษย์ของนักจิตบำบัด (Hayes et al., 1998) และการเกิดความรู้สึกเชื่อมโยงอย่างเข้มข้นกับผู้รับบริการ คล้ายการเกิดความรู้สึกรัก (Sherby, 2009)

อย่างไรก็ตาม ประสบการณ์ที่มากขึ้นของนักจิตบำบัดดูเหมือนจะเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการควบคุมการแสดงออกของนักจิตบำบัดขณะที่การถ่ายโอนย้อนกลับกำลังเกิดขึ้น (Hayes et al., 1998) โดยในบางครั้งนักจิตบำบัดสามารถมองเห็นประสบการณ์ดังกล่าวในฐานะของความรู้สึกเข้าอกเข้าใจผู้รับบริการได้เป็นอย่างดี และอาจนำมาสู่การตัดสินใจเปิดเผยประสบการณ์ของตนกับผู้รับบริการเพื่อแบ่งปันและหาวิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกันกับผู้รับบริการได้อีกด้วย (Racker, 1957; Rowan & Jacobs, 2002; Tarnopolsky, 1995; Zachrisson, 2009)

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากผลการวิจัยและการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการถ่ายโอนย้อนกลับเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในกระบวนการบำบัดรักษา และอาจส่งผลดีหรือผลเสียต่อกระบวนการบำบัดรักษาก็ได้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความเข้าใจที่มากขึ้นของนักจิตบำบัด การเน้นย้ำถึงการรับมือกับการถ่ายโอนย้อนกลับอย่างเหมาะสมแทนที่จะหลีกเลี่ยงปรากฏการณ์ดังกล่าวออกจากกระบวนการบำบัดรักษาโดยสิ้นเชิงจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ โดยในการศึกษาของ Gelso and Hayes (2007) พบว่าการรับมือกับการถ่ายโอนย้อนกลับอย่างมีประสิทธิภาพต้องมีการพัฒนาคุณลักษณะต่าง ๆ ของนักจิตบำบัดไปพร้อมกัน ประกอบด้วย การหยั่งรู้ในตนเอง (self-insight) ความสามารถในการสร้างกรอบแนวคิด (conceptualizing skill) การเข้าอกเข้าใจผู้อื่น (empathy) การผสมผสานตัวตน (self-integration) และการจัดการความวิตกกังวล (anxiety management) เป็นต้น ซึ่งการเข้ารับการนิเทศสำหรับนักจิตบำบัดก็อาจมีส่วนช่วยในการพัฒนาคุณลักษณะเหล่านี้ของนักจิตบำบัดได้เช่นกัน (Kara, 2020; Cartwright et al., 2021)

ทั้งนี้ การศึกษาของ Kara (2020) เสนอว่านักจิตบำบัดอาจใช้การเจริญสติ (mindfulness) และการใคร่ครวญตนเอง (self-reflection) เพื่อรับมือกับการถ่ายโอนย้อนกลับได้ โดยเมื่อนักจิตบำบัดใช้เวลาระหว่างการบำบัดเพื่อใคร่ครวญถึงสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นด้วยท่าที่ยอมรับ และตั้งคำถามถึงแรงจูงใจเบื้องหลังเสมอ ก็อาจส่งผลให้นักจิตบำบัดเกิดความเข้าใจความรู้สึกของตนอย่างลึกซึ้ง และมีแนวโน้มที่จะรักษา

ความเข้าอกเข้าใจต่อผู้รับบริการของตนได้มากยิ่งขึ้น ซึ่ง Rosenberg et al. (2021) เรียกการกระทำเช่นนี้ว่า การนิเทศภายใน (internal supervision) ของนักจิตบำบัด ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยฉบับนี้จะมีส่วนช่วยให้นักจิตบำบัดได้ตระหนักถึงประสบการณ์การถ่ายโอนย้อนกลับของตนมากขึ้น และสามารถหาวิธีรับมือกับประสบการณ์ดังกล่าวของตนได้อย่างเหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง (References)

- Bleimling, J. (2021). Nonverbal moments of meeting—an analysis of three psychodynamic therapy sessions. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 1-16.
- Cartwright, C., Hayes, J. A., Yang, Y., & Shires, A. (2021). "Thinking it through": Toward a model of reflective practice for trainee psychologists' countertransference reactions. *Australian Psychologist*, 56(2), 168-180.
- Casement, P. (2013). *Further learning from the patient: The analytic space and process*. Routledge.
- Clarkson, P., & Nuttall, J. (2000). Working with countertransference. *Psychodynamic Counselling*, 6(3), 359-379.
- Cobb, S. M. (2015). What passes between client and therapist? *PSYCHOLOGIST*, 28(7), 600-602.
- Cohen, M. B. (1988). Countertransference and anxiety. In B. Wolstein (Ed.), *Essential*

- papers on countertransference* (pp. 64-83). New York University.
- Freud, S. (1988). The future prospect of psychoanalytic therapy. In B. Wolstein (Ed.), *Essential papers on countertransference* (pp.16-24). New York University.
- Frie, R., & Orange, D. (2009). *Beyond post modernism: New dimensions in clinical theory and practice*. Routledge.
- Gabbard, G. O. (2001). A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *Journal of Clinical Psychology*, 57(8), 983-991.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Gluhoski, V. L. (1994). Misconceptions of cognitive therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31(4), 594-600.
- Grant, J., & Crawley, J. (2002). *Transference and projection: Mirrors to the self*. McGraw-Hill Education (UK).
- Hayes, J. A., McCracken, J. E., McClanahan, M. K., Hill, C. E., Harp, J. S., & Carozzoni, P. (1998). Therapist perspectives on countertransference: Qualitative data in search of a theory. *Journal of counseling psychology*, 45(4), 468-482.
- Kara, S. (2020). *Understanding therapists' experiences with countertransference: A move towards better training, supervision, and practice* [Master's thesis, University of Ottawa]. Recherche uO Research. <http://dx.doi.org/10.20381/ruor-24670>
- Kiesler, D. J. (2001). Therapist countertransference: In search of common themes and empirical referents. *Journal of Clinical Psychology*, 57(8), 1053-1063.
- Kiss, K. D. (2021). Trauma and empathy-A phenomenological analysis of Sándor Ferenczi's intersubjective technique. *Imágó Budapest*, 10(1), 6-18.
- MacLaren, C. (2008). Use of self in cognitive behavioral therapy. *Clinical Social Work Journal*, 36(3), 245-253.
- Pietkiewicz, I., & Smith, J. A. (2014). A practical guide to using interpretative phenomenological analysis in qualitative research psychology. *Psychological journal*, 20(1), 7-14.
- Prasko, J., Diveky, T., Grambal, A., Kamaradova, D., Mozny, P., Sigmundova, Z., Slepecky, M., & Vyskocilova, J. (2010). Transference and countertransference in cognitive behavioral therapy. *Biomedical Papers*, 154(3), 189-197.
- Racker, H. (1957). The meanings and uses of countertransference. *The Psychoanalytic Quarterly*, 26(3), 303-357.
- Richards, B. M. (2000). Impact upon therapy and the therapist when working with suicidal patients: Some transference and countertransference aspects. *British*

- Journal of Guidance & Counselling*, 28(3), 325-337.
- Rosenberg, L. B., Brenner, K. O., Jackson, V. A., Jacobsen, J. C., Shalev, D., Byrne-Martelli, S., & Cramer, M. A. (2021). The meaning of together: Exploring transference and counter transference in palliative care settings. *Journal of Palliative Medicine*, 24(11), 1598-1602.
- Rowan, J., & Jacobs, M. (2002). *The therapist's use of self*. McGraw-Hill Education (UK).
- Schendel, C. (2010). *Trainee's ability to manage countertransference: An exploration of emotional intelligence and counselor self-efficacy* [Doctoral dissertation, Pennsylvania State University]. Penn State Electronic Theses and Dissertations for Graduate School. <https://etda.libraries.psu.edu/catalog/111034>
- Sherby, L. B. (2009). Considerations on counter transference love. *Contemporary psychoanalysis*, 45(1), 65-81.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method, and research*. Sage.
- Srichannil, C. (2017). Interpretative phenomenological analysis: A qualitative methodology for psychological research. *Journal of Education Burapha University*, 28(3), 1-13. (in Thai).
- Srichannil, C. (2019). Interpretative phenomenological analysis: Quality criteria. *Journal of Education Burapha University*, 28(3), 1-13.
- Tarnopolsky, A. (1995). Understanding countertransference. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 9(2), 185-194.
- Vyskocilova, J., & Prasko, J. (2013). Counter transference, schema modes and ethical considerations in cognitive behavioral therapy. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*, 55(1-2), 33-39.
- Winnicott, D. W. (1949). Hate in the counter transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 30, 69-75.
- Winnicott, D. W. (1988). Counter-transference. In B. Wolstein (Ed.), *Essential papers on countertransference* (pp.262-269). New York University.
- Wosket, V. (1999). *The therapeutic use of self: Counselling practice, research and supervision*. Routledge.
- Zachrisson, A. (2009). Countertransference and changes in the conception of the psychoanalytic relationship. *International Forum of Psychoanalysis* 18(3), 177-188.



Thai Journal of Clinical Psychology

Journal homepage: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicspsy>

Original Article

ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้นทุนทางจิตวิทยา และ
คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลอานันทมหิดล จังหวัดลพบุรี

**The Relationship among Health Literacy, Psychological Capital, and Quality
of Work Life of Personnel in Ananda Mahidol Hospital, Lopburi Province**

ฉานิน สินสุข^{1*}, อธิวัฒน์ เจียวิวรรณ์กุล²

¹ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนการมนุษย์ สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

² สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

Chanin Sinsook^{1*}, Athiwat Jiawiwatkul²

¹ Master of Science (Human Development), National Institute for Child and Family Development, Mahidol University

² National Institute for Child and Family Development, Mahidol University

* Corresponding author: e-mail. earth120@gmail.com

Received: 22 October 2021 | Revised: 17 November 2021 | Accepted: 6 December 2021

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้นทุนทางจิตวิทยา และคุณภาพชีวิตการทำงานของ
รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้นทุนทางจิตวิทยา และคุณภาพชีวิตการทำงาน
ของบุคลากรในโรงพยาบาลอานันทมหิดล จังหวัดลพบุรี **วิธีการศึกษา** กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากร
โรงพยาบาลอานันทมหิดลที่ปฏิบัติงานในช่วงที่ทำการสำรวจ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นสัดส่วน
(proportional sampling) โดยแบ่งกลุ่มประชากรออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ สัญญาบัตร ประทวน และ
ลูกจ้าง พนักงานราชการ แล้วสุ่มตัวอย่างจากทุกระดับชั้น จำนวน 304 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. แบบประเมิน
ต้นทุนทางจิตวิทยาสำหรับคนไทย และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้
สถิติพรรณนา และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน **ผลการวิจัย** ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ
กลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ต้นทุนทางจิตวิทยาอยู่ในระดับค่อนข้างสูง และคุณภาพชีวิต
การทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับต้นทุนทาง
จิตวิทยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.32$) แต่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิต

การทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = -0.15$) ต้นทุนทางจิตวิทยามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.39$) **สรุป** ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้นทุนทางจิตวิทยา และคุณภาพชีวิตในการทำงานมีความสัมพันธ์กัน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ต้นทุนทางจิตวิทยา, คุณภาพชีวิตการทำงาน, บุคลากรโรงพยาบาล

Abstract

Objectives: To examine the levels of health literacy, psychological capital (PsyCap), and quality of work life (QWL), and the correlation among health literacy, psychological capital, and quality of work life of personnel in Ananda Mahidol Hospital, Lopburi province. **Materials and methods:** The samples were 304 personnel working in Ananda Mahidol Hospital, who were randomly selected by the proportional sampling method. The research instruments were health literacy and health behaviors 3E 2S, Thai-psychological capital inventory (PsyCap), and the quality of work life questionnaire. Descriptive statistics and Spearman's correlation coefficients were utilized to analyze data. **Results:** Overall, the samples had a moderate level of health literacy, a moderate-high level of PsyCap, and a high level of the QWL. Health literacy was found to correlate positively with PsyCap ($r = 0.32, p < 0.01$) but displayed a negative correlation with QWL ($r = -0.15, p < 0.01$). PsyCap was positively correlated to QWL ($r = 0.39; p < 0.01$). **Conclusion:** The findings revealed statistically significant correlations among health literacy, PsyCap, and QWL.

Keywords: Health literacy, Psychological capital, Quality of work life, Hospital personnel

บทนำ

มนุษย์มีพัฒนาการที่แตกต่างกันไปในแต่ละช่วงของชีวิต วัยผู้ใหญ่ (adulthood) ถือว่าเป็นวัยแห่งความสมบูรณ์สูงสุดของพัฒนาการในทุก ๆ ด้าน และในขณะเดียวกันก็เริ่มมีความเสื่อมของพัฒนาการด้านต่าง ๆ ด้วยเช่นกัน เนื่องจากวัยผู้ใหญ่มีช่วงอายุที่ยาวมากกว่าช่วงวัยอื่น ๆ ในทางวิชาการจึงมีการแบ่งวัยผู้ใหญ่ออกเป็นช่วงย่อย ได้แก่ วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุ 20-40 ปี) วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (อายุ 40-60 ปี) และวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (อายุ 60 ปีขึ้นไป)

อย่างไรก็ตาม ในทางจิตวิทยาพัฒนาการนั้นไม่ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับเกณฑ์อายุมากนัก แต่ใช้วุฒิภาวะเป็นเกณฑ์ในการตัดสิน ซึ่งแสดงออกในรูปแบบของพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองและผู้อื่นได้ตามสถานการณ์ที่เหมาะสม สร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เรียนรู้ที่จะเข้าใจสมรรถภาพของตนเอง พยายามที่จะแสวงหาความสามารถ ความชำนาญ และแสดงความคิดเห็นเพื่อความก้าวหน้าในอาชีพ รวมทั้งวัยทำงานเป็นช่วงวัยที่ต้องเริ่มเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งพัฒนาการ

ที่เหมาะสมในช่วงของการเตรียมพร้อมย่อมส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี รวมถึงการมีความรู้ทางด้านสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงวัยผู้ใหญ่ European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2004) ได้ทำการสำรวจคุณภาพชีวิตประชาชนใน 28 ประเทศในทวีปยุโรป และพบว่าการทำงานเป็นมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิต โดยในปัจจุบัน แนวคิดการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในการทำงานได้มีบทบาทในการพัฒนาองค์กรมากขึ้น เนื่องจากการพัฒนาคุณภาพชีวิตในการทำงานเป็นการจูงใจให้บุคลากรทำงานอย่างมีความสุข และเกิดความพึงพอใจ ส่งผลให้มีการเพิ่มผลผลิต รวมถึงลดอัตราการขาดงานและการลาออกอีกด้วย (Choocheep, 2008; Hackman & Sutte, 1997) นอกจากนี้องค์การอนามัยโลก (WHO) (The World Health Organization quality of life assessment [WHOQOL], 1995) ระบุว่าสุขภาพกาย (physical) ถือเป็นมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิต โดยการจะมีสุขภาพที่ดีได้นั้น บุคคลควรมีความรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง จากผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนวัยทำงาน ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, 2016) พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลสุขภาพของประชากรกลุ่มวัยทำงานที่ไม่ดีเท่าใดนัก

การพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มคนวัยผู้ใหญ่หรือวัยทำงานนั้น นอกจากจะมีความรู้เกี่ยวกับแนวคิดด้านคุณภาพชีวิตการทำงาน

และแนวคิดด้านสุขภาพแล้ว อีกแนวคิดหนึ่งที่กำลังได้รับความสนใจในการศึกษาวิจัย คือแนวคิดเกี่ยวกับต้นทุนทางจิตวิทยา (psychological capital) ที่เสนอโดย Luthans et al. (2004) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ประยุกต์ใช้ตัวแปรของจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology) ต้นทุนทางจิตวิทยา (psychological capital) คือ คุณลักษณะเชิงบวกของบุคคล ประกอบด้วย (1) ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้ประสบความสำเร็จในการทำงานที่ท้าทาย (2) การสร้างมุมมองด้านบวกหรือการมองโลกในแง่ดี (optimism) เกี่ยวกับความสำเร็จในปัจจุบันและอนาคต (3) การมีความหวัง มีความมุ่งมั่นต่อเป้าหมาย (hope) และสามารถเปลี่ยนแนวทางในการไปสู่เป้าหมายได้เมื่อมีความจำเป็นเพื่อการประสบความสำเร็จ (4) ความยืดหยุ่นเมื่อเผชิญสิ่งที่ท้าทาย (resilience) เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาและความทุกข์ สามารถเผชิญกับปัญหาและกลับสู่สภาวะปกติได้ (Luthans & Youssef, 2007) ทั้งยังมีการศึกษาที่พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานมีอิทธิพลเชิงบวกกับคุณภาพชีวิต และต้นทุนทางจิตวิทยาเป็นรากฐานของคุณภาพชีวิตการทำงาน และผลการปฏิบัติงาน (Nguyen & Nguyen, 2011)

จากการทบทวนการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ต้นทุนทางจิตวิทยาเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการทำงานของบุคคล โดยต้นทุนทางจิตวิทยามีผลทางบวกกับการปฏิบัติงานและคุณภาพชีวิตในการทำงาน (Tho, 2017) ต้นทุนทางจิตวิทยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับขวัญกำลังใจในการทำงานและความสุขในการทำงาน (Seangsuwan, 2013) มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงาน ส่งผลให้พนักงานมีทัศนคติที่ดีต่องานและต้องการรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งกับองค์กร ยอมรับในเป้าหมาย

และค่านิยมขององค์กร และต้องการความเป็นสมาชิกขององค์กรต่อไป (Avey et al., 2011)

จากข้อมูลและแนวคิดดังกล่าว จะเห็นได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้นทุนทางจิตวิทยา และคุณภาพชีวิตการทำงาน มีผลต่อการพัฒนาประชากรกลุ่มวัยทำงาน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ต้นทุนทางจิตวิทยา (psychological capital) และคุณภาพชีวิตการทำงาน (quality of work life) ของบุคลากรโรงพยาบาลอานันทมหิดล โดยมุ่งเน้นศึกษาถึงสภาพการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้นทุนทางจิตวิทยา และคุณภาพชีวิตการทำงานในบุคลากรโรงพยาบาลอานันทมหิดล เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว รวมถึงสามารถนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงาน ตลอดจนใช้เป็นข้อมูลในการสนับสนุนการจัดทำโครงการพัฒนาทรัพยากรบุคคล อันจะทำให้เกิดการพัฒนามูลกรอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้นทุนทางจิตวิทยา และคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลอานันทมหิดล จังหวัดลพบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้นทุนทางจิตวิทยา และคุณภาพชีวิตการทำงาน ของบุคลากรซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลอานันทมหิดล จังหวัดลพบุรี

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับต้นทุนทางจิตวิทยา
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงาน

3. ต้นทุนทางจิตวิทยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงาน

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 8 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคครั้งนี้ คือ บุคลากรโรงพยาบาลอานันทมหิดล จำนวน 1,064 คน (Ananda Mahidol Hospital, 2018) กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรโรงพยาบาลอานันทมหิดลทั้งเพศชายและหญิง โดยมีขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 304 คน ได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Taro Yamane (Yamane, 1967, as cited in Israel, 2003, p.4) ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นสัดส่วน (proportional sampling) โดยการแบ่งประชากรออกเป็น 3 กลุ่ม คือ สัญญาบัตร จำนวน 236 คน ประทวน จำนวน 337 คน และลูกจ้าง/พนักงานราชการ จำนวน 573 คน จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากทุกระดับชั้น ผู้วิจัยจะใช้การสุ่มวิธีนี้เนื่องจากทราบความแตกต่างของประชากรในการแบ่งเป็นกลุ่ม ๆ จึงต้องเลือกสุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรโดยให้มีทุก ๆ กลุ่ม หลังจากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่ายตามสัดส่วนประชากรแต่ละกลุ่มและตามคำยินยอมตอบกลับแบบสอบถามและแบบประเมินที่ปิดผนึก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง หน่วยงานที่ปฏิบัติหน้าที่

รายได้ ระยะเวลาการทำงาน และโรคประจำตัว/ปัญหาทางสุขภาพ

2. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, 2016) จำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ส่วนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อตามหลัก 3อ.2ส. และส่วนที่ 3 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส.

3. แบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยาสำหรับคนไทย (Thai-Psychological Capital Inventory) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย หฤทัยทิพย์ ตันตเตอด (Tuntatead et al., 2014) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 53 ข้อ โดยแบ่งต้นทุนทางจิตวิทยาออกเป็น 4 ด้าน คือ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองตามศักยภาพที่มีอยู่ (efficiency/confidence), การมีความหวัง (hope), การมองโลกในแง่ดี (optimism) และความยืดหยุ่นเมื่อเผชิญสิ่งที่ยากลำบาก (resilience) โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินเท่ากับ 0.98

4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงาน ของ บุรฉกร เตจ๊ะมา (Tajama, 2012) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 29 ข้อ ซึ่งมีองค์ประกอบ 8 ด้าน ได้แก่ ค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม สภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ ความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน โอกาสในการพัฒนาศักยภาพในการทำงาน การบูรณาการทางสังคม สิทธิส่วนบุคคล งานกับช่วงเวลาทั้งหมดของชีวิต และความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคม โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.95

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้มีหนังสือเพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล โดยได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเข้าเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลอานันทมหิดลแล้ว รวมทั้งได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล (COA : 2017/255.2612) ในการดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือขอเก็บข้อมูลไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลอานันทมหิดล จากนั้นทางโรงพยาบาลออกหนังสือขอความร่วมมือบุคลากรในการตอบแบบสอบถามการวิจัยไปยังทุกหน่วยงานของโรงพยาบาล พร้อมกันนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับแบบสอบถามที่บรรจุอยู่ในซองสีน้ำตาลภายในซองประกอบด้วย เอกสารชี้แจงผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครที่อธิบายถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย ข้อมูลการพิทักษ์สิทธิให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับทราบ ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถปฏิเสธที่จะตอบคำถามโดยจะไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย โดยลงนามยินยอมแล้วจึงตอบแบบสอบถามและแบบประเมิน หลังจากเสร็จเรียบร้อยผู้ร่วมวิจัยนำแบบประเมินและหนังสือแสดงเจตนายินยอมฯ ใส่ซองและปิดผนึกเรียบร้อยแล้วส่งคืน

การวิเคราะห์ข้อมูลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้นทุนทางจิตวิทยา และคุณภาพชีวิตการทำงาน ใช้ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมถึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้นทุนทางจิตวิทยา และคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Spearman เนื่องจากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นการกระจายของข้อมูลมีการกระจายไม่

เป็นแบบปกติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 304 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.70) อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 38.71 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 10.33) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 23-40 ปี (Gen Y) มากที่สุด (ร้อยละ 58.90) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/คู่ (ร้อยละ 57.89) รองลงมาคือสถานภาพโสด (ร้อยละ 36.18) หย่าร้าง (ร้อยละ 3.29) แยกกันอยู่ (ร้อยละ 1.64) และหม้าย (ร้อยละ 0.99) ตามลำดับ ด้านการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เรียนจบในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 45.72) รองลงมาคือเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 18.09) ด้านตำแหน่ง ส่วนใหญ่เป็นลูกจ้าง (ร้อยละ 41.78) รองลงมาคือนายทหารประทวน (ร้อยละ 31.58) และนายทหารสัญญาบัตร (ร้อยละ 20.03) ตามลำดับ ด้านเงินเดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเงินเดือนอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 29.28) รองลงมาคือมีเงินเดือนอยู่ในช่วง 10,001-15,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 19.08) ด้านระยะเวลาการทำงาน ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการทำงานมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 57.57) รองลงมาคือ 1-5 ปี และ 6-10 ปี ซึ่งมีจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 19.08) ด้านโรคประจำตัวพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 55.31)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 82.89) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 48.26 ($SD \pm 5.14$) ซึ่งหมายถึงการมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ และอาจจะมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ได้ถูกต้องบ้าง เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบ 6 องค์ประกอบ พบว่าโดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตนตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับถูกต้องบ้าง (คะแนนเฉลี่ย = 4.27) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับพอใช้ (คะแนนเฉลี่ย = 7.27) ด้านการสื่อสารสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับพอใช้ (คะแนนเฉลี่ย = 9.42) ด้านการจัดการตนเองตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับพอใช้ (คะแนนเฉลี่ย = 10.18) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับพอใช้ (คะแนนเฉลี่ย = 7.38) และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับดีมาก (คะแนนเฉลี่ย = 9.73)

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนเฉลี่ย ระดับความรู้ และการแปลผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. แยกตาม 6 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

องค์ประกอบ	คะแนนเฉลี่ย	ระดับความรู้	การแปลผล
1. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตนตาม 3อ.2ส.	4.27	ถูกต้องบ้าง	รู้และเข้าใจในหลัก 3อ.2ส. อย่างถูกต้อง เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	7.27	พอใช้	สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพได้บ้าง แต่ยังไม่สามารถนำมาใช้ตัดสินใจให้ถูกต้องแม่นยำได้
3. การสื่อสารสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	9.42	พอใช้	สามารถที่จะฟัง พูด อ่าน เขียน เพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและยอมรับการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. ได้บ้าง แต่ยังไม่เชี่ยวชาญพอ
4. การจัดการตนเองตามหลัก 3อ.2ส.	10.18	พอใช้	มีการจัดการเงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและการจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองได้เป็นส่วนใหญ่
5. การรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศตามหลัก 3อ.2ส.	7.38	พอใช้	ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลแพร่ผ่านสื่ออยู่บ้าง โดยมีการวิเคราะห์หรือตรวจสอบก่อนในบางเรื่อง
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส.	9.73	ดีมาก	มีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. ที่เกิดผลดีเฉพาะต่อสุขภาพของตนเองและผู้อื่นอย่างเคร่งครัด
สรุปคะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	48.25	พอใช้	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ และอาจจะมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ได้ถูกต้องบ้าง

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. โดยรวม

ช่วงคะแนน	ระดับความรู้	จำนวน (ร้อยละ)	การแปลผล
< 40.8 คะแนน หรือ < 60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	19 (6.25)	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส.
40.8-54.3 คะแนน หรือ $\geq 60\%$ - < 80% ของคะแนนเต็ม	พอใช้	252 (82.89)	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ และอาจจะมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ได้ถูกต้องบ้าง
54.4-68.0 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	33 (10.86)	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอ และมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ

ต้นทุนทางจิตวิทยา

ผลการวิเคราะห์ระดับต้นทุนทางจิตวิทยา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนต้นทุนทางจิตวิทยาโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.07 (SD $\pm$ 0.46) เมื่อพิจารณาในแต่ละคุณลักษณะพบว่าด้าน

การมองโลกในแง่ดี (optimism) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการมีความหวัง (hope) ด้านความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) และด้านการมีความยืดหยุ่นเมื่อเผชิญสิ่งที่ยากลำบาก (resilience) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับค่อนข้างสูง

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับต้นทุนทางจิตวิทยาแยกตามองค์ประกอบ 4 ด้าน

ต้นทุนทางจิตวิทยา	ระดับคะแนน					Mean	SD	แปลผล
	ระดับต่ำ	ระดับค่อนข้างต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับค่อนข้างสูง	ระดับสูง			
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)			
1. การมีความหวัง	0 (0)	4 (1.32)	22 (7.24)	189 (62.17)	89 (29.28)	4.01	0.49	ค่อนข้างสูง
2. ความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง	0 (0)	7 (2.30)	23 (7.57)	187 (61.51)	87 (28.62)	3.96	0.49	ค่อนข้างสูง
3. การมีความยืดหยุ่นเมื่อเผชิญสิ่งที่ยากลำบาก	2 (0.66)	2 (0.66)	12 (3.95)	146 (48.03)	142 (46.71)	4.17	0.55	ค่อนข้างสูง
4. การมองโลกในแง่ดี	2 (0.66)	2 (0.66)	9 (2.96)	145 (47.70)	146 (48.03)	4.21	0.56	สูง
ต้นทุนทางจิตวิทยาโดยรวม	0 (0)	4 (1.32)	14 (4.61)	176 (57.89)	110 (36.18)	4.07	0.46	ค่อนข้างสูง

คุณภาพชีวิตการทำงาน

ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.72 (SD $\pm$ 0.56) เมื่อพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบพบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานด้านสภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ ด้านโอกาสพัฒนาความสามารถ ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน ด้านการบูรณาการทางสังคม ด้านสิทธิส่วนบุคคล ด้านงานกับช่วงเวลาทั้งหมด

ของชีวิต และด้านความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก มีเพียงด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับระดับปานกลาง ซึ่งเป็นด้านที่ได้คะแนนน้อยที่สุด

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน แยกตามองค์ประกอบ 8 ด้าน

คุณภาพชีวิต ในการทำงาน	ระดับคะแนน					Mean	SD	แปลผล
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด			
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)			
1. ค่าตอบแทนที่ เพียงพอและยุติธรรม	7 (2.30)	31 (10.20)	125 (41.12)	117 (38.49)	24 (7.89)	3.25	0.85	ปานกลาง
2. สภาพการทำงานที่มี ความปลอดภัยและ ส่งเสริมสุขภาพ	0 (0)	17 (5.59)	95 (31.25)	167 (54.93)	25 (8.22)	3.67	0.65	มาก
3. โอกาสพัฒนา ความสามารถ	0 (0)	17 (5.59)	99 (32.57)	152 (50.00)	36 (11.84)	3.58	0.73	มาก
4. ความก้าวหน้าและ ความมั่นคงในงาน	4 (1.32)	20 (6.58)	97 (31.91)	151 (49.67)	32 (10.53)	3.63	0.87	มาก
5. การบูรณาการทาง สังคม	0 (0)	3 (0.99)	51 (16.78)	198 (65.13)	52 (17.11)	3.97	0.57	มาก
6. สิทธิส่วนบุคคล	2 (0.66)	5 (1.64)	55 (18.09)	166 (54.61)	76 (25.00)	3.91	0.71	มาก
7. งานกับช่วงเวลา ทั้งหมดของชีวิต	6 (1.97)	30 (9.87)	59 (19.41)	144 (47.37)	65 (21.38)	3.68	0.91	มาก
8. ความเกี่ยวข้อง สัมพันธ์กับสังคม	0 (0)	7 (2.30)	64 (21.05)	158 (51.97)	75 (24.67)	3.92	0.73	มาก
คุณภาพชีวิตการ ทำงานโดยรวม	0 (0)	10 (3.29)	97 (31.91)	178 (58.55)	19 (6.25)	3.72	0.56	มาก

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ คะแนนต้นทุนทางจิตวิทยา และคะแนนคุณภาพชีวิตการทำงาน

	ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ	ต้นทุนทางจิตวิทยา	คุณภาพชีวิต การทำงาน
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	1.00		
ต้นทุนทางจิตวิทยา	0.32**	1.00	
คุณภาพชีวิตการทำงาน	- 0.15**	0.39**	1.00

** $p < 0.01$

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ ต้นทุนทางจิตวิทยา และคุณภาพชีวิตในการทำงาน

จากตารางที่ 5 พบว่า คะแนนความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับต้นทุนทางจิตวิทยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.32$) ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = -0.15$) และต้นทุนทางจิตวิทยามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.39$)

วิจารณ์

วิจารณ์ผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. ความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ สอดคล้องกับการศึกษาของ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, 2016) ซึ่งทำการศึกษาคำตอบด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) พบว่าประชาชนวัยทำงานส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับระดับความรู้ทางด้านสุขภาพในบุคลากรทางการแพทย์ Khoshnudi et al. (2019) พบว่าร้อยละ 80 ของพยาบาลในประเทศอิหร่าน มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยในครั้งนี้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคลากรกลุ่มอื่นซึ่งไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ จึงอาจ

ส่งผลต่อระดับความรู้ทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม

2. ต้นทุนทางจิตวิทยาของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบ 4 ด้าน โดยเรียงลำดับจากน้อยไปมาก ได้แก่ ด้านความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ด้านการมีความหวังอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ด้านการมีความยืดหยุ่นเมื่อเผชิญกับสิ่งที่ยากลำบากอยู่ในระดับค่อนข้างสูง และด้านการมองโลกในแง่ดีอยู่ในระดับสูงซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ได้คะแนนมากที่สุด แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่าจะมีสิ่งที่ดี ๆ เกิดขึ้นมากกว่าสิ่งที่เลวร้าย อีกทั้งการมองโลกในแง่ดี เป็นปัจจัยสำคัญในการปรับตัวให้เข้ากับสภาวะความเครียด เช่น ความเจ็บป่วยเรื้อรัง (Scheier & Carver, 1985) นอกจากนี้ Luthans et al. (2007) อธิบายว่าการมองโลกในแง่ดี หมายถึงพลังการคิดทางบวกเป็นคุณลักษณะของการรับรู้ถึงการได้รับผลทางบวกที่คาดหวังไว้ ยอมรับในการผิดพลาดต่าง ๆ ว่าส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ โดยบุคคลที่มีการมองโลกในแง่ดีนั้นจะมีความพยายาม มีการมุ่งผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงาน และมีสุขภาพดีซึ่งลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ ที่ต้องเผชิญความเครียดกดดัน ต้องแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า รวมถึงต้องมีการพัฒนาแนวทางการรักษาให้เกิดประโยชน์สูงสุดอย่างต่อเนื่อง ก็ยังสามารถมีความคิดทางบวกเป็นตัวตั้งต้นในการรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้

3. คุณภาพชีวิตการทำงานของ กลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลอานันทมหิดลเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่เป็นลำดับที่ 2 ของกองทัพบก มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลรักษา

กำลังพลและครอบครัว ประชาชน รวมไปถึงเป็นสถานฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ของกองทัพบก จึงมีจำนวนบุคลากรที่สอดคล้องกับปริมาณผู้รับบริการ รวมถึงมีการจัดการสภาพแวดล้อมในที่ทำงานได้เอื้อต่อวิถีชีวิตของบุคลากร และเมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบทั้ง 8 ด้าน พบว่าด้านการบูรณาการทางสังคมได้คะแนนมากที่สุด อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรมได้คะแนนน้อยที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kangsan and Klinhom (2017) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Suksangthong (2012) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลลูกจ้างชั่วคราว โรงพยาบาลสังกัดกองทัพบกอยู่ในระดับสูง รวมถึงสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wanlaeh (2015) ที่พบว่าบุคลากรในโรงพยาบาลมีคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง

4. เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดันทุนทางจิตวิทยา และคุณภาพชีวิตการทำงาน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับดันทุนทางจิตวิทยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.32$) แสดงว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและดันทุนทางจิตวิทยามีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน Luthans et al. (2004) ระบุว่าดันทุนทางจิตวิทยา ช่วยส่งเสริมบุคคลให้มีความสามารถในการตั้งเป้าหมายในชีวิตและปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้โดยไม่ต้องอาศัยแรงจูงใจจากภายนอก ซึ่งนำไปสู่การมีความรู้สึกของอำนาจในการควบคุมตนเอง (self of control) และดันทุนทางจิตวิทยาส่งผลต่อความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล (well-being) กลไกนี้เกี่ยวข้องกับ

การเชื่อมโยงระหว่างสถานะเชิงบวกและการมีส่วนร่วมในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่มองโลกในแง่ดี (optimism) มีความมั่นใจ (confidence) และรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง (a sense of self-worth) มีแนวโน้มที่จะให้ความสนใจต่อสุขภาพของตนเองในด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เช่น พบแพทย์เป็นประจำ การปฏิบัติตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ และการลดความเสี่ยงทางสุขภาพ ส่งผลให้มีโอกาสน้อยกว่าที่จะมีปัญหาสุขภาพ (Taylor et al., 2000) นอกจากนี้ Khumthong et al. (2016) ยังพบว่า การรับรู้ (perception) และการตระหนัก (awareness) เป็นแรงจูงใจภายในตัวบุคคลที่กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างที่เสี่ยงป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงค้นหาข้อมูลและแหล่งข้อมูลที่จะทำให้เข้าใจถึงหลักวิธีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. และยอมปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Krasikova et al. (2015) ที่พบว่าดันทุนทางจิตวิทยามีความสัมพันธ์เชิงลบกับโรคทางจิตเวช (ภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์รุนแรง โรควิตกกังวล และโรคซึมเศร้า) และพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ดังนั้น จึงเป็นไปได้ว่าดันทุนทางจิตวิทยาอาจช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ร่วมกับความรู้สึกรู้สึกของอำนาจในการควบคุมตัวเอง ส่งผลให้ตระหนักถึงผลลัพธ์สุขภาพและเกิดการปฏิบัติตามพฤติกรรมทางสุขภาพที่ถูกต้อง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = -0.15$) แสดงว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้าม ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Srikuankaew

et al. (2018) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้ง Khoshnudi et al. (2019) พบว่าความรอบรู้ทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของ Zheng et al. (2018) ซึ่งพบว่าความรอบรู้ทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยที่ไม่สอดคล้องในครั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นบุคลากรซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลต้องเผชิญกับความเสี่ยงด้านสุขภาพตลอดเวลาอันเนื่องมาจากลักษณะการทำงาน ไม่ว่าจะเป็นการติดเชื้อ การได้รับอุบัติเหตุจากกระบวนการรักษาพยาบาล หรือการมีปัญหาด้านสุขภาพจากการปฏิบัติหน้าที่เวรวันกะตลอด 24 ชั่วโมง ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคลากรกลุ่มอื่นซึ่งไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมด แต่การทำงานในลักษณะนี้ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวม ดังนั้นจึงเป็นไปได้ที่เมื่อบุคคลมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการดูแลสุขภาพมากขึ้น สามารถรับรู้ถึงความเสี่ยงทางสุขภาพที่มากขึ้น ส่งผลให้ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานลดลงเนื่องจากลักษณะงานไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพได้ ทั้งนี้ จากการวิจัยของ Srikuankaew et al. (2018) พบว่าความสุขมีแนวโน้มลดลงเมื่อมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่าเมื่อบุคลากรที่ต้องปฏิบัติหน้าที่หรือทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพเมื่อมีความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้ความพึงพอใจในงานลดลง

ต้นทุนทางจิตวิทยามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.39$) แสดงว่าต้นทุน

ทางจิตวิทยาและคุณภาพชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาซึ่งพบว่า บุคคลที่มีต้นทุนทางจิตวิทยาจะประสบความสำเร็จด้านการงานและการแข่งขัน (Luthans et al., 2005) บุคคลที่มีต้นทุนทางจิตวิทยาสูงจะมีพฤติกรรมทางบวกในการทำงาน รวมทั้งมีความพึงพอใจและมีความสุขในการทำงาน แต่ถ้าบุคคลมีต้นทุนทางจิตวิทยาต่ำก็จะมีความรู้สึกเหนื่อยหน่ายในงานที่ทำและส่งผลให้เกิดความไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงานได้ (Luthans & Youssef, 2007) นอกจากนี้ยังพบว่าต้นทุนทางจิตวิทยาในองค์ประกอบด้านการมองโลกในแง่ดีนั้นอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ได้คะแนนมากที่สุด สอดคล้องกับ Seligman (1998) และ Luthans and Youssef (2007) ที่ได้เสนอว่า การมองโลกในแง่ดีเป็นองค์ประกอบของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางบวก ความพึงพอใจในงาน ความสุขในงาน รวมถึงแรงจูงใจและอารมณ์ทางด้านบวกอีกด้วย

สรุปและข้อเสนอแนะ

กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมในระดับพอใช้ มีคะแนนต้นทุนทางจิตวิทยาโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง และมีคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก จากการวิจัยในครั้งนี้พบว่า ต้นทุนทางจิตวิทยา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้นทุนทางจิตวิทยา และคุณภาพชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์กัน โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับต้นทุนทางจิตวิทยา และต้นทุนทางจิตวิทยามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน แต่ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้าม ซึ่งอาจยังไม่

สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาเป็นประเด็นที่น่าศึกษาถึงสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ ต้นทุนทางจิตวิทยา และคุณภาพชีวิตการทำงานในงานวิจัยครั้งต่อไป รวมถึงการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลอานันทมหิดล จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่มีบริบทการทำงานใกล้เคียงกัน เพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาว่าจะมีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร รวมถึงการศึกษาเปรียบเทียบโดยแบ่งตามภาระงาน เช่น งานบริการด้านการแพทย์ งานด้านการบริหารจัดการ เพื่อศึกษาปัจจัยที่แตกต่างระหว่างกลุ่ม ซึ่งจะทำให้ทราบข้อมูลเชิงลึกและละเอียดมากขึ้น เป็นประโยชน์ในการสร้างกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรในด้านต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง (References)

- Ananda Mahidol Hospital. (2018). *The number of personnel in Ananda Mahidol Hospital (As of February 1st, 2018)*. [Unpublished manuscript]. Ananda Mahidol Hospital.
- Avey, J. B., Reichard, R. J., Luthans, F., & Mhatre, K. H. (2011). Meta-analysis of the impact of positive psychological capital on employee attitudes, behaviors, and performance. *Human Resource Development*, 22(2), 127-152.
- Choocheep, K. (2008). *Quality of work life of the civil servants in the southernmost provinces of Thailand*. National Institute of Development Administration. (in Thai).
- Hackman, J. R. & Sutte, L. J. (1977). *Improving life at work: Behavioral science approaches to organizational change*. Goodyear Publishing.
- Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2016). *Enhancement and assessment health literacy and health behaviors among school-age group and working-age group*. New Thammada Press (Thailand) CO., LTD. (in Thai).
- Israel, G. D. (June 2013). *Determining sample size*. University of Florida. <https://edis.ifas.ufl.edu/pd006>
- Kangsanan, K. & Klinhom, V. (2017). Quality of life of registered nurses in community hospitals zone 1 Nakhon Si Thammarat province. *WMS Journal of Management Walailak University*, 6(2), 72-82. (in Thai).
- Khoshnudi, M., Safari, A., Vahedian-Shahroodi, M., Sadeghnejhad, H., Nejati Parvaz, N. (2019). The relationship between health literacy and quality of life in nurses of hospitals of Kashmar in 2018. *Journal of Health Literacy*, 4(1), 9-17.
- Khumthong, T., Potisiri, W., & Kaedumkoeng, K. (2016). Factors influencing health literacy for people at risk of diabetes mellitus and hypertension of Uthai Thani and Ang Thong. *Veridian E-journal Science and Technology Silpakorn University*, 3(6), 67-85. (in Thai).

- Krasikova, D. V., Lester, P. B., & Harms, P. D. (2015). Effects of psychological capital on mental health and substance abuse. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 22(3), 280-291.
- Luthans, F., & Youssef, C. M. (2007). Emerging positive organizational behavior. *Journal of Management*, 33, 321-349.
- Luthans, F., Avolio, B. J., Walumbwa, F. O., & Li, W. (2005). The psychological capital of Chinese workers: Exploring the relationship with performance. *Management and Organization Review*, 1(02), 249-271.
- Luthans, F., Luthans, K. W., & Luthans, B. C. (2004). Positive psychological capital: Beyond human and social capital. *Business Horizons*, 47(1), 45-50.
- Luthans, F., Youssef, C. M. & Avolio, B. J. (2007). *Psychological capital: Developing the human competitive edge*. Oxford University Press.
- Nguyen, T. D., & Nguyen, T. T. M. (2011). Psychological capital, quality of work life, and quality of life of marketers: Evidence from Vietnam. *Journal of Macromarketing*, 32(1), 87-95.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Seangsuwan, A. (2013). Relationship between of transformational leadership, psychological capitals, morale and intention to stay mediated by happiness at work of the state enterprise employees. [Unpublished master's thesis] Thammasat University. (in Thai).
- Seligman. (1998). *Learned optimism*. Simon & Schuster.
- Srikuankaew, A., Jiawiwatkul, A., & Thayansin, S. (2018). The relationship between happiness, health literacy and quality of life of elderly: A case study in Wiang elderly school, Fang district, Chiang Mai province. *MFU Connexion: Journal of Humanities and Social Sciences*, 7(2), 76-95. (in Thai).
- Suksangthong, B. (2012). Factors related to quality of working life of temporary staff nurses in hospitals under the jurisdiction of the royal Thai army. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, 6(1), 133-139. (in Thai).
- Tajama, B. (2012). *Factors affected to quality of work life among staff at Bumrungrad International hospital*. [Unpublished master's thesis]. Mahidol University. (in Thai).
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., & Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55(1), 99-109.
- The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. (1995). *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.

- Tho, N. D. (2017). A configurational role of human capital resources in the quality of work life of marketers: FsQCA and SEM findings from Vietnam. *Applied Research in Quality of Life*, 13(2), 461-478.
- Tuntatead, H., Phattharayuttawat, S., & Manusirivithaya, V. (2014). The development of Thai-Psychological Capital Inventory. *The Journal of The Psychiatric Association of Thailand*, 59(1), 73-83. (in Thai).
- Wanlaeh, W. (2015). *Personal Quality of work life in Hatyai Hospital, Hat Yai District, Songkhla Province*. (Unpublished master's thesis). Hatyai University. (in Thai).



Thai Journal of Clinical Psychology

Journal homepage: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy>

Original Article

การศึกษาความเป็นไปได้และการพัฒนาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต
(จิตวิทยาคลินิกและชุมชน): การวิจัยผสมวิธี

The Feasibility and Curriculum Development of a Bachelor of Science
Program Clinical and Community Psychology: A Mixed Method Design

มานิกา วิเศษสาร¹, ปิยพงศ์ แซ่ตั้ง¹, ราพีกรณ เปี่ยมพิช¹, นนทิมา สิริเกียรติกุล¹, ปวิธ สิริเกียรติกุล^{*}

¹ ภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

Manika Wisessathorn¹, Piyapong Saetang¹, Rapeekorn Piampuech¹, Nontima Sirikiattikul¹,
Pawit Sirikiattikul^{1*}

¹ Department of Psychology, Faculty of Education, Ramkhamhaeng University

* Corresponding author: e-mail. Pawit@rumail.ru.ac.th

Received: 21 October 2021 | Revised: 19 December 2021 | Accepted: 22 December 2021

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความเป็นไปได้และพัฒนาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (จิตวิทยาคลินิกและชุมชน) ให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาการและวิชาชีพ **วัสดุและวิธีการ** อาศัยการวิจัยผสมวิธีแบบ Exploratory sequential mixed methods design ที่เริ่มต้นด้วยกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ทรงคุณวุฒิในสายงานจิตวิทยาคลินิกและชุมชน จำนวน 12 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง จากนั้นนำผลที่ได้จากช่วงแรกมาพัฒนาแบบสอบถาม และนำมาเก็บข้อมูลกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 163 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน **ผล** การวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพพบว่า สามารถวิเคราะห์ได้เป็น 5 ประเด็น (theme) ได้แก่ 1) โครงสร้างและรายวิชาของหลักสูตร 2) การฝึกภาคปฏิบัติ 3) คุณสมบัติของนักจิตวิทยาคลินิกและชุมชนในอนาคต 4) กิจกรรมพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาในศตวรรษที่ 21 และ 5) ความร่วมมือระหว่างหลักสูตรและหน่วยฝึกปฏิบัติ โดยผลจากการวิเคราะห์เชิงปริมาณพบว่ากลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เห็นด้วยกับทุกประเด็น โดยเห็นด้วยกับประเด็นที่ 2 การฝึกภาคปฏิบัติมากที่สุด **สรุปและการนำไปใช้** โครงสร้างหลักสูตรและการฝึกภาคปฏิบัติของหลักสูตรจำเป็นต้อง

ครอบคลุมตามมาตรฐานวิชาชีพจิตวิทยาคลินิก โดยสร้างร่วมมืออย่างยั่งยืนระหว่างหลักสูตรและหน่วยฝึกปฏิบัติ รวมถึงการจัดกิจกรรมทั้งในและนอกหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างคุณลักษณะของบัณฑิตที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21

คำสำคัญ: การศึกษาความเป็นไปได้, จิตวิทยาคลินิกและชุมชน, หลักสูตร

Abstract

Objectives: To investigate the feasibility and development of a Bachelor of Science program in clinical and community psychology that meets academic and professional standards

Materials and methods: Exploratory sequential mixed methods design was employed in this study. In-depth interviews with 12 specialists in clinical and community psychology were performed initially in a qualitative phase utilizing a semi-structured interview. The results from the first phase were then used to design a questionnaire and gather data from 163 participants. The qualitative data was analyzed using the content analysis technique, while the quantitative data was analyzed using descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, and standard deviation.

Results: The qualitative content analysis revealed five main themes: 1) curriculum structure and course, 2) practical training, 3) qualifications of a future clinical and community psychologist, 4) activities to develop desired traits in twenty-first-century students, and 5) collaboration between curriculum and practice units. The quantitative analysis revealed that the majority of participants agreed on all themes, with the theme of practical training having the highest level of agreement.

Conclusion and implications: The course structure and practical training for a Bachelor of Science degree in clinical and community psychology must meet professional standards by forming a long-term relationship between the curriculum and practice units. This entails organizing both on-and extra-curricular activities to support students in developing the required skills for the twenty-first century.

Keywords: Feasibility study, Clinical and community psychology, Curriculum

บทนำ

นับตั้งแต่พระราชกฤษฎีกากำหนดให้สาขาจิตวิทยาคลินิกเป็นสาขาการประกอบโรคศิลปะตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 พ.ศ. 2546 เป็นต้นมา นักจิตวิทยาคลินิก

มีบทบาทสำคัญเพิ่มขึ้นต่อระบบงานสาธารณสุขของประเทศในการป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันมีหน่วยงานต้นสังกัดนักจิตวิทยาคลินิกในกระทรวงสาธารณสุขประกอบไปด้วย สำนักงานปลัดกระทรวง กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กรมอนามัย และกรม

ควบคุมโรค นอกจากนี้ยังมีในหน่วยงานอื่น อาทิ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรมราชทัณฑ์ กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน สำนักงานศาล และกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม เป็นต้น (Sukhatunga, 2011) แม้ว่าจะมีหน่วยงานที่รองรับการทำงานของนักจิตวิทยาคลินิกที่หลากหลาย แต่สถานการณ์ในปัจจุบันพบว่ายังต้องการบุคลากรทางจิตวิทยาคลินิกอยู่มาก จากรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2561 (Department of Mental Health; Ministry of Public Health, 2018) พบว่าอัตรากำลังข้าราชการที่ปฏิบัติงานจริงในตำแหน่งนักจิตวิทยาคลินิก เท่ากับ 113 คน ในขณะที่กรอบอัตรากำลังข้าราชการเท่ากับ 122 คน คิดเป็นร้อยละ 92.62 ขณะที่ข้อมูลด้านอัตรากำลังของนักจิตวิทยา/นักจิตวิทยาคลินิกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 (Psychologist Club, Office of the Permanent Secretary; Ministry of Public Health, 2018) มีนักจิตวิทยารวมทั้งสิ้น 430 คน คิดเป็นร้อยละ 33 ของกรอบอัตรากำลังขั้นต่ำ (กรอบอัตรากำลัง 1,482-2,406 คน) สถานบริการสาธารณสุขทั้งหมด 891 แห่ง มีนักจิตวิทยาเพียง 367 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 41 ของสถานบริการฯ ทั้งหมด ส่วนสถานการณ์การผลิตนักจิตวิทยาคลินิกในประเทศไทย พบสถาบันการศึกษาที่ผลิตบัณฑิตสาขาจิตวิทยาคลินิกระดับปริญญาตรีทั้งสิ้น 8 สถาบัน โดยหลายสถาบันมีความจำเป็นต้องจำกัดจำนวนรับเข้าศึกษา เพื่อรักษามาตรฐานการผลิตบัณฑิตให้สอดคล้องตามมาตรฐานวิชาชีพ ส่งผลให้มีการแข่งขันสูง (Council of University Presidents of Thailand, 2011) นอกจากนี้เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้ว บัณฑิตที่จบใหม่จำเป็นต้องเข้าสู่ระบบการฝึกอบรมหลักสูตร “การปฏิบัติงานด้านจิตวิทยา

คลินิก” (internship) ไม่น้อยกว่า 6 เดือน จึงสามารถยื่นขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาจิตวิทยาคลินิกได้ (Healing Arts Practices Act (No. 4) B.E. 2556, 2013) ข้อมูลปี พ.ศ. 2561 มีผู้ยื่นสิทธิขอสอบถึง 292 คน แต่สอบผ่านเพียง 117 คน คิดเป็นร้อยละ 40.07 เท่านั้น (Bureau of Sanatorium and Art of Healing, 2021) จากข้อมูลข้างต้นนี้จึงพอจะคาดการณ์ได้ว่า ด้วยระบบการผลิตบัณฑิตต้องอาศัยทั้งคุณภาพและระยะเวลาอาจเป็นไปได้ว่าจำนวนบัณฑิตที่พร้อมประกอบวิชาชีพมีจำนวนไม่เพียงพอต่อความต้องการของตลาดแรงงาน

สำหรับกลไกการพัฒนากำลังคนเข้าสู่ตลาดแรงงานที่สำคัญ คือ การพัฒนาหลักสูตรระดับปริญญาบัณฑิต ที่ออกแบบเพื่อรองรับความต้องการของตลาดแรงงานทั้งในปัจจุบันและอนาคต และสอดคล้องกับแผนพัฒนาการศึกษาระดับอุดมศึกษาของชาติ ดังนั้นการพัฒนาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (จิตวิทยาคลินิกและชุมชน) จึงคำนึงถึงหลายองค์ประกอบ ทั้งแผนพัฒนาการศึกษาระดับชาติ การเปลี่ยนแปลงของบริบทสังคมวัฒนธรรม และกรอบมาตรฐานหลักสูตรทั้งทางวิชาการและวิชาชีพ (Renold et al., 2016) ซึ่งกรอบมาตรฐานทางวิชาการที่ใช้เป็นแนวทางหลักในการพัฒนาหลักสูตร คือ ประกาศกระทรวงศึกษาธิการเรื่อง เกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับปริญญาตรี พ.ศ.2558 (Notification of Ministry of Education Thailand: Standard Criteria for Undergraduate Program, B.E. 2558, 2015) ในขณะที่กรอบมาตรฐานทางวิชาชีพสำหรับสาขาจิตวิทยาคลินิกและชุมชน คือ กรอบมาตรฐานของประกาศคณะกรรมการฯ เรื่องเกณฑ์และแบบประเมินเพื่อการรับรองสถาบันการศึกษาที่จัดการเรียนการสอนสาขา

จิตวิทยาคลินิก พ.ศ. 2558 (The Professional Committee on Clinical Psychology, 2013)

ด้วยเหตุนี้ ภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง จึงศึกษาความเป็นไปได้เพื่อนำมาพัฒนาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (จิตวิทยาคลินิกและชุมชน) ให้เป็นหลักสูตรที่สอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐานทางวิชาการและวิชาชีพ ที่มีโครงสร้างหลักสูตรที่ประกอบด้วย (1) หมวดวิชาศึกษาทั่วไป (2) หมวดวิชาเฉพาะ ที่แบ่งเป็นหมวดวิชาพื้นฐานทางจิตวิทยา หมวดวิชาเอกบังคับ หมวดวิชาเอกเลือก และหมวดวิชาโท รวมถึง (3) หมวดวิชาเลือกเสรี รวมทั้งมุ่งเติมเต็มหลักสูตรให้มีความเหมาะสมบริบทและรูปแบบการเรียนการสอนแบบตลาดวิชา ด้วยปรัชญาของมหาวิทยาลัยรามคำแหงที่ว่า “ส่งเสริมความเสมอภาคทางการศึกษา ผลิตภัณฑ์ที่มีความรู้คู่คุณธรรม” คือเปิดโอกาสให้ผู้สนใจมีโอกาสศึกษาเล่าเรียนอย่างทั่วถึงเพื่อนำความรู้ไปใช้พัฒนาตามศักยภาพที่ผู้เรียนมี โดยเฉพาะการบูรณาการองค์ความรู้ทางด้านจิตวิทยาคลินิกเข้ากับงานด้านชุมชน ซึ่งเป็นอัตลักษณ์ที่สำคัญของหลักสูตร ผู้ศึกษาเล่าเรียนจึงมีลักษณะที่หลากหลาย ซึ่งจากอัตราการสอบแข่งขันในระบบปิดที่ค่อนข้างสูง แต่อัตรารับต่ำ ส่งผลให้นักเรียนส่วนใหญ่ขาดโอกาสเข้าเรียนในหลักสูตร จึงนับว่าเป็นการเพิ่มช่องทางให้แก่ผู้ที่สนใจเรียน และเป็นการให้โอกาสทางการศึกษาอย่างแท้จริง

หลักสูตรตระหนักถึงการเรียนการสอนที่ตอบสนองความต้องการกับกลุ่มเป้าหมายและอัตลักษณ์ของหลักสูตร ในขณะเดียวกันยังสามารถรักษามาตรฐานทางวิชาการและวิชาชีพ ได้ทัดเทียมกับสถาบันอื่นที่สอนทางด้านจิตวิทยาคลินิก การศึกษาครั้งนี้ จึงมุ่งเน้นการเติมเต็มและยกระดับมาตรฐานหลักสูตรให้เป็น

หลักสูตรคุณภาพ สอดรับกับยุทธศาสตร์ของประเทศ ด้วยการออกแบบวิจัยแบบผสมวิธีที่ใช้ทั้งวิธีการเชิงคุณภาพและวิธีการเชิงปริมาณ ในรูปแบบ Exploratory sequential mixed methods design (Creswell & Creswell, 2018) เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนทั้งผู้ให้ข้อมูลหลักจากคณะกรรมการฯ สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย สหวิชาชีพ กรรมการฝ่ายผลิตบัณฑิต ผู้ใช้บัณฑิต ศิษย์ปัจจุบัน และศิษย์เก่า เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่รอบด้านและเฉพาะเจาะจง อันจะทำให้หลักสูตรมีความเหมาะสมกับโครงสร้างและระบบของสังคมปัจจุบัน อีกทั้งมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตและมาตรฐานทางวิชาชีพ

วัสดุและวิธีการ

ในการวิจัยครั้งนี้ อาศัยกระบวนการวิจัยผสมวิธีแบบ Exploratory sequential mixed methods design (Creswell & Creswell, 2018) เริ่มต้นด้วยกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคคลกับผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในสายงานจิตวิทยาคลินิกและชุมชน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้วิเคราะห์ตามประเด็นที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นเพื่อนำมาพัฒนาแบบสอบถามสำหรับใช้ในกระบวนการวิจัยเชิงปริมาณ โดยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นศิษย์ปัจจุบัน ศิษย์เก่า และผู้ที่สนใจ นำไปสู่ข้อสรุปเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของหลักสูตรฯ โดยมีรายละเอียดในแต่ละช่วงการศึกษาเป็นดังนี้

ช่วงที่ 1: กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพผู้ให้ข้อมูลหลัก

ในช่วงการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 12 คน (เพศหญิง 7

คน ร้อยละ 58.3 และเพศชาย 5 คน ร้อยละ 41.7) ซึ่งทั้งหมดเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาหลักสูตรฯ ได้แก่ ตัวแทนคณะกรรมการวิชาชีพ สาขาจิตวิทยาคลินิกที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี ตัวแทนสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทยที่มีตำแหน่งข้าราชการในระดับเชี่ยวชาญ และชำนาญการพิเศษ อาจารย์มหาวิทยาลัยที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาเอกทางจิตวิทยาคลินิกและสาขาที่เกี่ยวข้องรวมถึงมีประสบการณ์ทำงานทางคลินิกต่อเนื่อง ตัวแทนจิตแพทย์ที่มีตำแหน่งระดับศาสตราจารย์และจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ตัวแทนสหวิชาชีพ นักจิตวิทยาคลินิกของภาครัฐที่มีตำแหน่งระดับชำนาญการ

พิเศษและเทียบเท่า และนักจิตวิทยาเอกชนที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี (ดังตารางที่ 1) โดยเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคล และใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยเทคนิค Snowball เริ่มต้นคนแรกจากอาจารย์ผู้สอนในมหาวิทยาลัยที่มีประสบการณ์เป็นคณะกรรมการฯ จากนั้นผู้ให้ข้อมูลคนแรกเสนอรายชื่อผู้ให้ข้อมูลหลักคนต่อไป จนได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว (saturated) กล่าวคือ ไม่มีข้อมูลที่แตกต่างไปจากข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลก่อนหน้า และครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การศึกษาในครั้งนี้แล้วจึงยุติการดำเนินการสัมภาษณ์

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูลหลัก

คุณลักษณะผู้ให้ข้อมูลหลัก	ผู้ให้ข้อมูลหลัก คนที่...											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
คณะกรรมการวิชาชีพจิตวิทยาคลินิก	✓				✓		✓					
สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย		✓				✓	✓					
อาจารย์มหาวิทยาลัย	✓							✓				
จิตแพทย์			✓	✓								
นักจิตวิทยาคลินิกของภาครัฐ (เช่น รพ.ของรัฐ กรมพินิจฯ)					✓	✓	✓					
นักจิตวิทยาเอกชน								✓	✓	✓		
สหวิชาชีพ (เช่น นักสังคมสงเคราะห์ ครูการศึกษาพิเศษ)											✓	✓

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ

เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ คือ ความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงสร้างและรายวิชาของหลักสูตรที่มีความเหมาะสม แนวทางการออกแบบการฝึกภาคปฏิบัติของหลักสูตร คุณสมบัติของนักจิตวิทยาคลินิกและชุมชนที่ควรพัฒนาในอนาคต กิจกรรมที่ช่วยพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาใน

ศตวรรษที่ 21 และแนวทางการสร้างความร่วมมืออย่างยั่งยืนระหว่างหลักสูตรและหน่วยฝึกภาคปฏิบัติ ซึ่งแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างฉบับนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพจากคณะกรรมการพัฒนาหลักสูตร จำนวน 5 คน ได้ร่วมแสดงความคิดเห็น ตรวจสอบแก้ไขปรับปรุงจนได้ข้อคำถามที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

การดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ

1. คณะผู้วิจัยประสานงานและทาบทามผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยเริ่มจากผู้ให้ข้อมูลหลักคนแรก จากนั้นนัดหมายวันเวลาในการสัมภาษณ์

2. ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัย ด้วยการอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย แนวทางการสัมภาษณ์ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ ขออนุญาตและยืนยันความสมัครใจในการให้ข้อมูล ขออนุญาตสำหรับการบันทึกวิดีโอ รวมถึงแจ้งการนำข้อมูลไปใช้ตามวัตถุประสงค์เท่านั้น ไม่มีการระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นจึงสัมภาษณ์ตามประเด็นที่กำหนดไว้ในแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เปิดโอกาสให้ตอบได้อย่างอิสระ ร่วมกับการสังเกตควบคู่ด้วย โดยบันทึกวิดีโอขณะสัมภาษณ์

3. เมื่อดำเนินการสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลหลักคนแรกเรียบร้อยแล้ว ผู้ให้ข้อมูลคนแรกเสนอรายชื่อผู้ให้ข้อมูลหลักคนต่อไปตามเทคนิค Snowball และดำเนินการเช่นนี้จนได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว โดยมีระยะเวลาในการสัมภาษณ์เฉลี่ย 90-120 นาทีต่อคน

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เริ่มจากการนำข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกมากำหนดคำอ้างอิง (quotation) คำอธิบายรหัส (description of code) และตั้งรหัส (code) ดำเนินการวิเคราะห์เนื้อหาโดยคณะผู้วิจัย และตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือระดับข้อมูลด้วยวิธี Investigator triangulation เพื่อยืนยันว่าผลจากการวิเคราะห์ตรงตามประเด็นที่กำลังศึกษาอยู่ (Potisita, 2019)

ช่วงที่ 2: กระบวนการวิจัยเชิงปริมาณ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยเชิงปริมาณครั้งนี้มีเป้าหมายคือการสำรวจความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม ได้แก่ ศิษย์เก่า นักศึกษาปัจจุบัน และผู้สนใจทั่วไป โดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้ 1) เป็นนักศึกษาปัจจุบัน ศิษย์เก่า หรือผู้สนใจที่กำลังศึกษาหรือสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป มีสถานอยู่น้อย 1 อย่าง 2) ยินดีและสามารถให้ข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ (เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ระหว่างวันที่ 13-27 มิถุนายน พ.ศ. 2564 รวม 15 วัน) ได้รับข้อมูลตอบกลับที่ครบถ้วนจำนวน 163 คน ซึ่งเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอ เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากรที่ไม่ทราบชัดเจนของ Krejcie & Morgan (Yothongyot & Sawatdisan, n.d.) ซึ่งมีลักษณะทางประชากรศาสตร์ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 163)

ลักษณะทางประชากรศาสตร์	จำนวน	ร้อยละ
สถานะผู้ตอบ		
ศิษย์เก่า	64	39.3
นักศึกษาปัจจุบันสาขาจิตวิทยา	51	31.3
ผู้สนใจ (เช่น นักเรียน ข้าราชการ พนักงานเอกชน เป็นต้น)	40	20.5
นักศึกษาปัจจุบันสาขาอื่น (เช่น รัฐศาสตร์ บริหารธุรกิจ เป็นต้น)	8	4.9
อายุเฉลี่ย 28.28 (S.D. = 8.04 / min = 16 / max = 57) (หน่วย = ปี)		
เพศ		
หญิง	105	64.4
ชาย	54	31.1
ไม่ระบุ	4	2.5
ระดับการศึกษาสูงสุด		
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า	49	30.1
ปริญญาตรี หรือ ปวส.	81	49.7
ปริญญาโท	26	15.9
อื่น ๆ (เช่น ปริญญาเอก)	7	4.3
สถานะทางการเรียนหรืออาชีพ (ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)		
กำลังเรียนในชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ กศน.	13	8.0
กำลังเรียนในระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	59	36.2
กำลังเรียนในระดับที่สูงกว่าปริญญาตรี	15	9.2
ทำงานประจำ (Full time)	73	44.8
ทำงานบางเวลา (Part-time)	18	11.0
ทำงานอิสระ (freelance)	25	15.3

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ

แบบสอบถามออนไลน์บนระบบ google form ที่ออกแบบข้อคำถามจากความเห็นพ้องของคณะผู้วิจัย นำข้อสรุปที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพช่วงแรก นำมาพัฒนาเครื่องมือเพื่อสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นไปได้และความคิดเห็นที่มีต่อหลักสูตร ครอบคลุมข้อคำถามเกี่ยวกับโครงสร้างหลักสูตร การฝึกภาคปฏิบัติ คุณสมบัติของนักจิตวิทยาคลินิก กิจกรรมส่งเสริมคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิต และความร่วมมือระหว่างหลักสูตรและหน่วยฝึกปฏิบัติ รวมทั้งหมด 11 ข้อ แต่ละข้อมี 3 ระดับคือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย

รวมทั้งมีข้อคำถามปลายเปิดสำหรับความคิดเห็นเชิงคุณภาพที่มีต่อหลักสูตร แบบสอบถามทั้งฉบับออกแบบข้อคำถามโดยอาศัยความเห็นพ้องของคณะกรรมการพัฒนาหลักสูตร (ความเห็นพ้องอย่างน้อยร้อยละ 60 เป็นต้นไป) จากนั้นนำไปวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยนำมาทดสอบกับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน มีค่าความสอดคล้องภายใน (α) ที่ระดับ .72

การดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณ เป็นดังนี้

1. คณะผู้วิจัยประชุมร่วมกันออกแบบข้อคำถามที่ใช้ในแบบสอบถาม โดยอาศัยความเห็น

ห้องในแต่ละประเด็น คือ โหวตประเด็นที่เห็นพ้องร่วมกันอย่างน้อย 3 คนจากทั้งหมด 5 คน หรือร้อยละ 60 ขึ้นไป เพื่อให้ข้อคำถามเหมาะสมต่อการนำไปใช้จริง

2. จัดทำข้อคำถามทั้งหมดบน google form และประชาสัมพันธ์เผยแพร่แบบสอบถามออนไลน์ในระดับสาธารณะผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ facebook “กลุ่มภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง” ซึ่งสมาชิกในกลุ่มประกอบไปด้วยบุคคลที่หลากหลาย เช่น นักศึกษาปัจจุบัน ศิษย์เก่า และผู้สนใจ ซึ่งตรงกับกลุ่มเป้าหมายของการวิจัย

3. คณะผู้วิจัยเปิดระบบรับคำตอบเป็นระยะเวลา 15 วันตั้งแต่วันที่ 13-27 มิถุนายน พ.ศ. 2564

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

คณะผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณตามขั้นตอน โดยเริ่มต้นจากการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมด 165 ชุด ซึ่งมีข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามที่ไม่ครบถ้วน 2 ชุด จึงตัดออกจากระบบวิเคราะห์เหลือข้อมูลที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ซึ่งนำมาวิเคราะห์ได้อยู่ 163 ชุด จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

การศึกษาความเป็นไปได้เพื่อพัฒนาหลักสูตรฯ ด้วยกระบวนการวิจัยผลานวิธีแบบ Exploratory sequential mixed methods design โดยนำข้อมูลจากการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณมาวิเคราะห์ร่วมกันทำให้ได้ผลการศึกษา ดังนี้

ประเด็นที่ 1: โครงสร้างและรายวิชาของหลักสูตร

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านจิตวิทยาคลินิก พบว่า โครงสร้างหลักสูตรจำเป็นต้องครอบคลุมมาตรฐานจิตวิทยาคลินิกทั้ง 5 ด้าน และให้มีวิชาที่จำเป็นอยู่ในหมวดวิชาเอกบังคับหรือ core course เช่น วิชาการทดสอบทางจิตวิทยาคลินิก จิตบำบัด จรรยาบรรณ รวมถึงวิชาที่เกี่ยวข้องกับงานเชิงป้องกันและชุมชน ในขณะที่ให้เปิดกลุ่มวิชาเอกเลือกที่มีความหลากหลายและรองรับทักษะที่จำเป็นในการประกอบวิชาชีพ เช่น การซักประวัติ และการสัมภาษณ์ การให้คำปรึกษา ยาเสพติด นิติจิตวิทยา สุขภาพจิต สถิติและการวิจัย เป็นต้น จึงกำหนดให้มีหน่วยกิตในหมวดวิชาเอกบังคับไม่น้อยกว่า 39 หน่วยกิต (13 กระบวนวิชา) และหมวดวิชาเอกเลือกไม่น้อยกว่า 9 หน่วยกิต (3 กระบวนวิชา) ดังตารางที่ 3

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามกับนักศึกษา ศิษย์เก่า และผู้ที่สนใจพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (143 คน คิดเป็นร้อยละ 87.7) มีความเห็นว่าเป็นจำนวนหน่วยกิตที่เหมาะสมและผู้ตอบแบบสอบถามให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่า ควรนำหมวดวิชาโทออกจากโครงสร้างหลักสูตร เพื่อให้การเรียนการสอนเน้นรายวิชาที่จำเป็นต่อการประกอบวิชาชีพ

ประเด็นที่ 2: การฝึกภาคปฏิบัติของหลักสูตร

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลเกือบทั้งหมดมีความคิดเห็นที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันคือการรวม “การฝึกภาคปฏิบัติทางจิตวิทยาคลินิกระยะเวลา 6 เดือน” เข้าไว้ในหลักสูตรเพื่อให้บัณฑิตที่จบไปสามารถสอบ

ใบประกอบโรคศิลปะสาขาจิตวิทยาคลินิกได้อย่างไรก็ตามในรายละเอียดส่วนย่อยผู้ให้ข้อมูลหลักแสดงความคิดเห็นที่แตกต่างและเฉพาะเจาะจงในบางประเด็น ดังนี้

2.1 ด้านระยะเวลาผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่เห็นตรงกันเรื่องระยะเวลาการฝึกภาคปฏิบัติควรอยู่ที่ 6 เดือน บางท่านเห็นว่าชั่วโมงการฝึกภาคปฏิบัติสามารถนับและสะสมได้ตั้งแต่ปีการศึกษาแรก หากเริ่มการปฏิบัติตั้งแต่ภาคฤดูร้อนในปีการศึกษาแรก ๆ ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลหลักบางท่านเห็นว่า การฝึกภาคปฏิบัติควรเริ่มต้นเมื่อนักศึกษามีความพร้อมขององค์ความรู้และทักษะแล้ว จึงควรฝึกในปีการศึกษาสุดท้ายเท่านั้น

2.2 ด้านสถานที่ฝึกปฏิบัติ ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่เห็นพ้องว่าการฝึกภาคปฏิบัติสามารถดำเนินการได้ ณ สถาบันแห่งเดียวเป็นระยะเวลา 6 เดือนต่อเนื่อง เพื่อสร้างความชำนาญเฉพาะ ในขณะที่มีบางความเห็นกล่าวถึงการหมุนเวียนหน่วยฝึกปฏิบัติเพื่อเพิ่มประสบการณ์แก่นักศึกษาทำให้มีความสามารถรอบด้าน

2.3 ด้านความต้องการของนักศึกษาและหน่วยฝึกปฏิบัติผู้ให้ข้อมูลหลักบางท่านเห็นว่าการ placing and matching นักศึกษากับหน่วยฝึกปฏิบัติเป็นกระบวนการที่สำคัญ นักศึกษาควรได้รับทราบข้อมูลของหน่วยฝึกปฏิบัติทั้งความชำนาญและความเฉพาะทาง รวมทั้งมีโอกาสเลือกหน่วยฝึกปฏิบัติที่สอดคล้องกับความต้องการหรือความสนใจของนักศึกษา ในขณะที่เดียวกันหน่วยฝึกปฏิบัติควรมีโอกาสพิจารณา profile ของนักศึกษาที่ประสงค์ฝึกงาน เพื่อเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ ให้เหมาะสมสอดคล้องกับธรรมชาติของนักศึกษาในแต่ละราย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ เห็นด้วยกับการ

รวมหลักสูตรการฝึกภาคปฏิบัติทางจิตวิทยาคลินิกเข้าไว้ในหลักสูตร และเห็นด้วยกับการเพิ่มกระบวนการวิชาการฝึกภาคปฏิบัติเป็น 2 กระบวนวิชา โดยใช้เวลาในเรียนรวมกันไม่น้อยกว่า 6 เดือน เต็มเวลาราชการ (153 คน คิดเป็นร้อยละ 93.9, 138 คน คิดเป็นร้อยละ 84.7 ตามลำดับ)

ประเด็นที่ 3: คุณสมบัติของนักจิตวิทยาคลินิกและชุมชนในหอภาค

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการเติบโตจากภายในตั้งแต่เป็นนักศึกษามุ่งเน้นเสริมสร้างการเป็นผู้มีสุขภาพจิตที่ดี มีความพร้อมในการประกอบวิชาชีพในฐานะผู้ให้ความช่วยเหลือผู้อื่น ซึ่งเป็นประเด็นที่สำคัญเทียบเท่ากับการพัฒนาความรู้ทางวิชาการและทักษะทางวิชาชีพ ทั้งนี้คุณลักษณะหลายประการที่ผู้ให้ข้อมูลหลักสะท้อนผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกจำแนกเป็นหลายด้าน ดังนี้

3.1 ทักษะการเรียนรู้ทางอารมณ์สังคม (social emotional learning) เช่น การพัฒนาตนเอง ความตระหนักในตนเอง การจัดการตนเอง การตระหนักทางสังคม ทักษะการสร้างความสัมพันธ์ ความรับผิดชอบต่อการตัดสินใจ เป็นต้น โดยอาจสอดแทรกอยู่ในกระบวนวิชาต่าง ๆ หรือเป็นกิจกรรมเสริมหลักสูตร ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลหลักบางท่านเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาดตนเองของนักศึกษาสาขาจิตวิทยาคลินิกที่ต่างประเทศว่านักศึกษาจะมีโอกาสได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาจากนักจิตวิทยาหรือนักบำบัดส่วนตัว ซึ่งการแลกเปลี่ยนทัศนคตินี้ จะช่วยให้เข้าใจความรู้สึกและอคติที่มีต่อคนไข้ได้ดียิ่งขึ้น

3.2 ความเป็นนักวิชาชีพ (professionalism) ผู้ให้ข้อมูลหลักกล่าวว่า การ

เข้าสู่อาชีพนักจิตวิทยา ผู้เรียนต้องมีแรงจูงใจที่ต้องการจะเข้าใจถึงกลไกทางพฤติกรรมของมนุษย์ มีความพร้อมในการเป็นผู้ช่วยเหลือ มีความสุขในการคงอยู่ในอาชีพ มีจรรยาบรรณวิชาชีพ ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่ควรปลูกฝังตั้งแต่การเรียนในภาคเรียนแรก ๆ ผ่านการเรียนรู้กับ role model ที่ดี และได้สัมผัสกับการทำงานจริงของนักจิตวิทยาคลินิก เพื่อสร้างทัศนคติทางอาชีพและมีความเข้าใจต่อธรรมชาติของงานนักจิตวิทยาคลินิกได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

3.3 ทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่มีความคิดเห็นตรงกันว่าทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่นเป็น soft skill ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งทั้งในปัจจุบันและในอนาคต เช่น การปรับตัว การสื่อสาร การวางตัว การประสานงาน การสร้างและคงความสัมพันธ์กับผู้อื่น การลดช่องว่างระหว่างวิชาชีพ การทำงานเป็นทีมกับสหวิชาชีพ และความเห็นอกเห็นใจ เป็นต้น

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (145 คน คิดเป็นร้อยละ 89) เห็นด้วยว่านักจิตวิทยาคลินิกควรมีสุขภาพจิตดี ไม่มีปัญหาบุคลิกภาพและความเจ็บป่วยทางจิต และเห็นว่าหลักสูตรควรมีการคัดกรองด้านบุคลิกภาพและสุขภาพจิตของผู้เรียนทั้งในบริบทก่อนเข้าศึกษา (147 คน คิดเป็นร้อยละ 90.2) และระหว่างศึกษาในหลักสูตร (150 คน คิดเป็นร้อยละ 92)

ประเด็นที่ 4: กิจกรรมพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาในศตวรรษที่ 21

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักให้ความสำคัญกับการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาที่บูรณาการศาสตร์ของจิตวิทยา

คลินิกและชุมชนให้เข้ากับการปฏิบัติงานในศตวรรษที่ 21 โดยอาจจัดเป็นกิจกรรมของรายวิชาหรือกิจกรรมนอกหลักสูตร ที่มีเนื้อหา มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะด้านอารมณ์และสังคม การรู้จักและพัฒนาตนเอง การจัดการอารมณ์ ตลอดจนกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมประสบการณ์ และทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ เช่น การลงปฏิบัติงานในชุมชน หรือการทำกิจกรรมเพื่อสังคมต่าง ๆ รวมถึงการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม เช่น telemedicine หรือระบบแชทบอทอย่างง่าย มาใช้กับงานของนักจิตวิทยา เป็นต้น

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (118 คน คิดเป็นร้อยละ 72.4) เห็นด้วยที่หลักสูตรฯ จะจัดให้มีกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาตั้งข้างต้น

ประเด็นที่ 5: ความร่วมมือระหว่างหลักสูตรและหน่วยฝึกปฏิบัติ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักให้ความสำคัญกับการแลกเปลี่ยนความร่วมมือระหว่างหลักสูตรและหน่วยฝึกปฏิบัติ โดยเฉพาะความร่วมมือทางวิชาการ ทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เช่น จัดให้มีเวที conference หรือสัมมนา ร่วมกัน โดยหลักสูตรอาจจัดโครงการอบรมเพื่อ ทบทวนหรือเพิ่มพูนทักษะ (reskill/upskill program) ให้กับบุคลากรของหน่วยฝึก ในขณะเดียวกันก็ เปิดโอกาสให้หน่วยฝึกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางคลินิกให้กับหลักสูตร นอกจากนี้ ควรสร้างความร่วมมือระหว่างกันทั้งในระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติการ ผ่านการสร้างเครือข่ายกับหน่วยฝึกปฏิบัติทั้งที่อยู่ในพื้นที่กรุงเทพฯ และต่างจังหวัด โดยร่วมกันวางแผนทางการฝึกภาคปฏิบัติรับฟังความต้องการหรือข้อจำกัด

เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่าง
เหมาะสมตลอดกระบวนการ
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ
พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (138 คน คิดเป็น

ร้อยละ 84.7) เห็นด้วยกับการสร้างความร่วมมือ
ระหว่างหลักสูตรและหน่วยฝึกปฏิบัติ ทั้งที่อยู่
ในพื้นที่กรุงเทพฯ และต่างจังหวัด

ตารางที่ 3 สรุปคำอ้างอิง คำอธิบายรหัส และกำหนดรหัส ของการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

คำอ้างอิง	คำอธิบายรหัส	รหัส
- “ความรู้ตามรายวิชาครอบคลุมมาตรฐานทั้ง 5 ด้าน โดยต้องสร้างอัตลักษณ์ของเด็กเราด้วย”	โครงสร้างหลักสูตรที่มีรายวิชา	โครงสร้างและ
- “วิชาหลัก ได้แก่ การประเมินทางจิตวิทยา แบบทดสอบทางจิตวิทยา จิตบำบัด ethic ฝึกปฏิบัติ สัมมนา ส่วนวิชาเสริมที่ควรเพิ่มเติมในหลักสูตร ทั้ง forensic จิตวิทยา สุขภาพ mental health กฎหมาย สถิติการวิจัย IT”	ครอบคลุมเนื้อหาตามมาตรฐาน จิตวิทยาคลินิก โดยให้มีวิชาที่ จำเป็นอยู่ในหมวดวิชาเอกบังคับ และให้มีวิชาเอกเลือกที่มีความ หลากหลาย รองรับทักษะในการ ประกอบวิชาชีพ	รายวิชาของ หลักสูตร
- “ระยะเวลาที่ฝึกงานควรเป็น 6 เดือน”	การฝึกภาคปฏิบัติของหลักสูตร	การฝึก
- “การฝึกงานแบบ rotate หน่วยปฏิบัติที่แตกต่างหรือมีความเฉพาะทางที่ต่างกัน (ศรีธัญญา/รพ.ทั่วไป/รพ.ชุมชน/สถานพินิจ) เป็นแนวทางที่ทำให้นักศึกษาที่มีความสามารถรอบด้าน”	เน้นการฝึกทักษะทางวิชาชีพ ประยุกต์องค์ความรู้ภาคทฤษฎี ไปสู่การปฏิบัติทั้งด้านการ ทดสอบ การบำบัดรักษาทาง จิตวิทยา และงานชุมชน ภายใต้ กรอบระยะเวลาที่เหมาะสม	ภาคปฏิบัติของ หลักสูตร
- “จิตคลินิกควรเข้าใจ counseling ด้วย จะดีมากถ้าได้ฝึกทั้งสองบริบท อาจจะเป็นมหาวิทยาลัยหรือโทนปกติด้วย ถ้ามีการแบ่งฝึกเป็น 2 ครั้ง ทำให้เห็นโลกกว้างขึ้น เข้าใจตัวเองขึ้นด้วย		
- “ทักษะที่ควรมี ได้แก่ การบำบัด ประเมิน การหาความรู้ และงานวิจัย”		
- “การพัฒนาจิตคือการพัฒนาตัวตน มี self-development รู้ความฝัน ความสามารถ จุดอ่อนของตัวเอง รู้เส้นทางในการพัฒนาตนเอง ฐานของจิตวิทยาต้องประยุกต์กับตัวเองได้ ค้นหาความหมายของชีวิต”	คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของ นักจิตวิทยาคลินิกและชุมชน ซึ่ง เกี่ยวข้องกับการพัฒนาทักษะ ชีวิตและทักษะทางวิชาชีพของ นักศึกษา	คุณสมบัติของ นักจิตวิทยา คลินิกและชุมชน ในอนาคต
- “คุณสมบัติที่ควรมี ได้แก่ ความรับผิดชอบที่สูง ความอดทนสูง กระตือรือร้นในการเรียนรู้ มนุษย-สัมพันธ์”		
- “ควรเพิ่มเรื่องทักษะการทำงานร่วมกับคนอื่น/สหวิชาชีพ ได้ สร้างมุมมองใหม่ ๆ ให้รู้จักมองลึกและมองกว้าง / เพราะปัจจุบันที่เป็นคือนักจิตวิทยาคลินิกจะทำแต่งงานตัวเอง ไม่เข้าใจหรือไม่มองเห็นบริบทหรือสิ่งแวดล้อมส่งผลต่อคนอย่างไร ดังนั้นควรทำให้นักศึกษารู้มากขึ้น เรื่อง relationship และความรู้เรื่องสังคมโลกที่มีต่อตัวผู้รับบริการและตัวเขาเอง / ครอบครัวย”		

คำอ้างอิง	คำอธิบายรหัส	รหัส
- “social emotional learning เช่น self-awareness/ self-management/ social awareness/ relationship skills / responsible decision-making” - “ควรพัฒนาเรื่อง “ความเป็นนักจิตวิทยา” ซึ่งไม่ใช่ใครก็ทำได้ ถ้าเขาขาดแรงจูงใจหรือความสนใจเรื่องพฤติกรรมมนุษย์ ความเข้าใจผู้อื่น ความอยากพัฒนาชีวิตคนอื่น ความสุขในการอยู่ในอาชีพ” - “การเรียนรู้ตัวเอง ก่อนไปเรียนรู้คนอื่น การลงทำงานจริง” - “การปฐมนิเทศ-ปัจฉินิเทศระหว่างหน่วยฝึกกับหลักสูตร โดยวางแผนทางร่วมกันในการฝึกงานว่าจะเป็นอย่างไ” - “การทำให้หน่วยฝึกมีความร่วมมือต้องอาศัยความสนทราวจักกัน ต้องพูดคุยกันทั้งทางวิชาการ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน”	กิจกรรมที่บูรณาการศาสตร์ จิตวิทยาคลินิกและชุมชนให้เข้า กับการปฏิบัติงานในศตวรรษที่ 21 มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะด้าน อารมณ์และสังคม การรู้จักและ พัฒนาตนเอง การจัดการ อารมณ์ ตลอดจนกิจกรรมเพื่อ สร้างเสริมประสบการณ์และ ทักษะที่ดีต่อวิชาชีพ แลกเปลี่ยนและสร้างเครือข่าย ความร่วมมือระหว่างหลักสูตร และหน่วยฝึกปฏิบัติ โดยร่วมกัน วางแนวทางการฝึกภาคปฏิบัติ ตลอดกระบวนการ	กิจกรรมพัฒนา คุณลักษณะที่พึง ประสงค์ของ นักศึกษาใน ศตวรรษที่ 21 ความร่วมมือ ระหว่างหลักสูตร และหน่วยฝึก ภาคปฏิบัติ

สรุปและวิจารณ์

การศึกษาความเป็นไปได้และการพัฒนาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (จิตวิทยาคลินิกและชุมชน) ที่อาศัยการวิจัยผลานวิธี Exploratory sequential mixed methods design โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนพบว่า โครงสร้างหลักสูตรจำเป็นต้องครอบคลุมมาตรฐานจิตวิทยาคลินิก และนำการฝึกภาคปฏิบัติทางจิตวิทยาคลินิกระยะเวลา 6 เดือนมาไว้ในหลักสูตร เพื่อประโยชน์ในการสอบใบประกอบโรคศิลปะโดยให้สร้างความร่วมมืออย่างยั่งยืนระหว่างหลักสูตรและหน่วยฝึกปฏิบัติ รวมถึงการจัดกิจกรรมทั้งในและนอกหลักสูตร เพื่อเสริมสร้างคุณลักษณะของบัณฑิตทั้งในด้านบุคลิกภาพการเป็นผู้มีสุขภาพจิตที่ดี และมีความเป็นนักวิชาชีพ ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่จำเป็นสำหรับบัณฑิตในศตวรรษที่ 21

ประเด็นที่ 1: ผลการวิเคราะห์ด้านโครงสร้างและรายวิชาของหลักสูตร โดยเทียบกับมาตรฐานการปฏิบัติงานการประกอบโรคศิลปะสาขาจิตวิทยาคลินิก พบว่า โครงสร้างของหลักสูตร

ใหม่มีจำนวนหน่วยกิตที่เหมาะสม ไม่มากหรือน้อยเกินไป เพิ่มรายวิชาให้มีความหลากหลายทั้งในหมวดวิชาเอกบังคับและเอกเลือก สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพและประกาศคณะกรรมการวิชาชีพสาขาจิตวิทยาคลินิก โดยเนื้อหาวิชาครอบคลุมทั้งด้านการตรวจวินิจฉัยการประเมินทางสติปัญญา บุคลิกภาพและประสาทจิตวิทยา การบำบัดฟื้นฟูทางจิตวิทยาคลินิก การประยุกต์จิตวิทยาเข้าสู่งานชุมชน การวิจัย และอบรมสัมมนาที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพเน้นจัดการเรียนการสอนเพื่อฝึกทักษะและสร้างเสริมประสบการณ์ทางวิชาชีพผ่านการลงมือปฏิบัติจริง (Department of Health Service Support, 2014; Notification of Ministry of Education Thailand, 2015) นอกจากนี้ หลักสูตรใหม่ควรออกแบบกิจกรรมทั้งในและนอกหลักสูตรที่มีความหลากหลายมากกว่าในหลักสูตรเดิม และสอดคล้องกับมาตรฐานผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (Notification of Ministry of Education Thailand, 2015)

ประเด็นที่ 2 และประเด็นที่ 5: ผลการวิเคราะห์ด้านการฝึกภาคปฏิบัติของหลักสูตร โดยเปรียบเทียบหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นมาใหม่กับหลักสูตรที่ใช้อยู่เดิม เพื่อให้เห็นถึงพัฒนาการของหลักสูตรที่สอดคล้องกับความต้องการของตลาดแรงงานในปัจจุบัน พบว่า โครงสร้างและรายวิชาของหลักสูตรใหม่ เน้นให้ความสำคัญกับการฝึกทักษะที่จำเป็นในการประกอบวิชาชีพ ซึ่งควรขยายระยะเวลาการฝึกภาคปฏิบัติทางจิตวิทยาคลินิกเป็นไม่น้อยกว่า 6 เดือน เพิ่มเติมจากหลักสูตรเดิมที่มีระยะเวลาการฝึกภาคปฏิบัติเพียง 1 ภาคการศึกษาหรือประมาณ 3 เดือน (Department of Education, Ramkhamhaeng University, 2012) ดังนั้น หลักสูตรควรประสานความร่วมมือกับหน่วยฝึกภาคปฏิบัติโดยคำนึงถึงความร่วมมืออย่างยั่งยืนทั้งในระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติการ (Polsaram, et al., 2013)

ประเด็นที่ 3 และประเด็นที่ 4: ผลการวิเคราะห์ด้านคุณสมบัติของนักจิตวิทยาคลินิก และชุมชนในอนาคต และกิจกรรมพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาในศตวรรษที่ 21 พบว่า คุณสมบัติด้านบุคลิกภาพการเป็นผู้มีสุขภาพจิตที่ดี และมีความเป็นนักวิชาชีพ เป็นสิ่งที่นักศึกษาควรได้รับการส่งเสริมและพัฒนาผ่านกิจกรรมที่หลากหลาย สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของสมาคมจิตวิทยาอเมริกัน (American Psychological Association, 2019) ที่เสนอถึงคุณสมบัติจำเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรู้คิด การพัฒนาตนเอง การสื่อสาร สังคมและเทคโนโลยี โดยการออกแบบกิจกรรมควรสอดคล้องกับพัฒนาการตามวัยของนักศึกษา ระดับปริญญาตรี มีความเหมาะสมกับวุฒิภาวะทันสมัย และเอื้อต่อการนำทักษะมาปรับใช้ในการเรียนรู้ทางวิชาการ วิชาชีพ การวางตัวและชีวิตประจำวันโดยคำนึงถึงปัจจัยด้านต้นทุนทาง

จิตวิทยาของผู้เรียน เช่น ความสามารถพัฒนาตนเองตามศักยภาพที่มี ความสามารถในการก้าวข้ามผ่านอุปสรรค และความมุ่งมั่นสู่เป้าหมายร่วมกับปัจจัยด้านความผูกพันของผู้เรียนต่อหลักสูตร เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน การส่งเสริมประสบการณ์การเรียนรู้หลายแบบ เป็นต้น (Tanomwong & Piolueang, 2017) การเข้าร่วมกิจกรรมจะช่วยส่งเสริมนักศึกษาด้านวินัย การกำกับตนเอง วุฒิภาวะทางอารมณ์ และการประสบความสำเร็จทางวิชาการได้ (Guilmette, et al., 2019) ทั้งนี้ การพัฒนาหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างคุณสมบัติของนักจิตวิทยาคลินิกและชุมชนในอนาคต และการออกแบบกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาในศตวรรษที่ 21 ยังสอดคล้องกับปรัชญาอุดมศึกษาไทยกลุ่มปฏิบัตินิยมที่เน้นคุณสมบัติที่สอดคล้องกับความต้องการและความจำเป็นของงาน พร้อมทั้งจะทำงานได้ในสภาพของความเปลี่ยนแปลงโดยมีความรู้พื้นฐานที่ครบถ้วน รอบด้าน เพียงพอ และนำไปประยุกต์ใช้งานได้จริง (Sinlarat, 2005)

ผลการศึกษาครั้งนี้มีประโยชน์ต่อการพัฒนาหลักสูตรให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน และบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไปมากขึ้น ในขณะเดียวกันยังสามารถรักษามาตรฐานของวิชาชีพไว้อย่างครบถ้วนทั้งการออกแบบหลักสูตรและวิชาเรียนที่มีความหลากหลายและประยุกต์ใช้ได้จริง ส่งเสริมคุณลักษณะที่พึงประสงค์และพัฒนาทักษะที่จำเป็นเพื่อใช้ในการทำงานและประกอบวิชาชีพในอนาคต โดยเฉพาะการประยุกต์ความรู้ทางจิตวิทยาคลินิกเข้ากับงานชุมชนซึ่งถือเป็นอัตลักษณ์ที่สำคัญของสาขาจิตวิทยาคลินิกและชุมชน มหาวิทยาลัยรามคำแหง อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดที่การเน้นเฉพาะ

ผู้สนใจหรือเกี่ยวข้องกับหลักสูตรในบริบทที่กำหนดคือ ศิษย์เก่า และนักศึกษาที่กำลังศึกษาในหลักสูตร เป็นต้น ในการวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรครั้งต่อไป อาจขยายกลุ่มเป้าหมายผู้ที่เกี่ยวข้องและจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง (References)

- Appleby, D. C., Young, J., Kirk, J. V., Rudmann, J., Naufel, K. Z., Spencer, S. M., Hettich, P., Carducci, B. J., & Richmond, A. R. (2019, February). *The skillful psychology student: Skills you will need to succeed in the 21st-Century workplace*. APA. <https://www.apa.org/ed/precollege/psn/2019/02/skillful-student>.
- Bureau of Sanatorium and Art of Healing, Ministry of Public Health. (n.d.). *Accreditation of educational institutions by the professional committee*. MRD. <https://mrd-hss.moph.go.th/roksil/guarantee.html>. (in Thai).
- Bureau of Sanatorium and Art of Healing. (n.d.). *Exam for registration: The exam results for registering and receiving a license to practice the art of healing by professional committees for year 2018*. MRD. <https://mrd-hss.moph.go.th/roksil/registration.html>. (in Thai).
- Council of University Presidents of Thailand. (2021, June 2). *Statistics of the highest-lowest scores of those who confirm their rights in the central selection system for people to study in higher education institutions, academic year 2021* (TCAS64), round 3. <https://tcas.sgp1.cdn.digitaloceanspaces.com/TCAS64-R3-maxmin-v04-2Jun21.pdf>. (in Thai).
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed method approaches* (5th ed.). Sage.
- Department of Mental Health; Ministry of Public Health. (2018). *Annual report 2018*. Inspire House Company Limited. (in Thai).
- Department of Health Service Support; Ministry of Public Health. (2014). *Professional standards for the arts of healing in clinical psychology* (3rd ed.). Art Qualified Company Limited. (in Thai).
- Guilmette, M., Mulvihill, K., Villemaire-Krajden, R., & Barker, E. T. (2019). Past and present participation in extracurricular activities is associated with adaptive self-regulation of goals, academic success, and emotional wellbeing among university students. *Learning and Individual Differences*, 73, 8-15.
- Healing Arts Practices Act (No. 4) B.E. 2556. (2013, February 6). *Royal Decree*. No. 30 Section 13 A. pp. 1-12. (in Thai).
- Notification of Ministry of Education Thailand: Standard Criteria for Undergraduate Program, B.E. 2558. (2015, November 13). *Thai Government Gazette*. No. 132 Section 295 D, pp.1-2. (in Thai).
- Polsaram, P., Areesophonpichet, S., Tachaphahapong, SS., & Hongsiwat, A. (2013). A Study of the feasibility

- and guidelines for the provision of a master's degree program in nursing science, Praboromarajchanok institute, 2010. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*.21(2), 4-17. (in Thai).
- Potisita, C. (2019). *The art and science of qualitative research: Handbook for social science researcher and student* (8thed.). Amarin Printing & Publishing Public Company Limited. (in Thai).
- Psychologist Club, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. (2018). *An analysis of the roles and functions of psychologists/clinical psychologists under the mental health and psychiatric and the drug health service development plan 2018*. (n.p.). (in Thai).
- Renold, U., Bolli, T., Caves, K., Bürgi, J., Egg, M. E., Kemper, J., & Rageth, L. (2016). Feasibility study for a curriculum comparison in vocational education and training. intermediary report II: Education-employment linkage index. *KOF Studies*, (80)1-131. <http://dx.doi.org/10.3929/ethz-a-010696087>
- Sinlarat, P. (2005). *Five groups of Thai higher education philosophy*. [Unpublished manuscript]. <https://www.dpu.ac.th/ces/upload/content/files/grad.pdf> (in Thai).
- Sukhatunga, K. (2011). History of clinical psychology in Thailand. *The Thai Journal of Clinical Psychologist*, 42(1), 1-6. (in Thai).
- Tanomwong, U., & Piolueang, N. (2017). A causal model of development of career maturity in psychologist. *Journal of Industrial Education*. 16(3), 126-134. (in Thai).
- The Professional Committee on Clinical Psychology; Bureau of Sanatorium and Art of Healing; Department of Health Service Support; Ministry of Public Health. (2014). *Professional standards for the art of healing in clinical psychology* (3rd ed.). Art Qualified Company Limited. (in Thai).
- Yothongyot, M., & Sawatdisan, P. (n.d.). *Determination of the sample size for research purposes*. Bangkok University, Research Institute for Creative Economy. <http://www.fsh.mi.th/km/wp-content/uploads/2014/04/resch.pdf>. (in Thai).



Thai Journal of Clinical Psychology

Journal homepage: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy>

Review Article

จิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมกับการติดเกม

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) with Internet Gaming Disorder

ธนภุษา ลิขิตธรากุล^{1*}, ภาสกร คุ่มศิริ²

¹ นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

² นักจิตวิทยาปฏิบัติการ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

Tanakrit Likritalakul^{1*}, Passakorn Koomsiri²

¹ Clinical Psychologist, Practitioner Level, Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute

² Psychologist, Practitioner Level, Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute

* Corresponding author: e-mail. tanakrit.likritalakul@gmail.com

Received: 9 July 2021 | Revised: 21 August 2021 | Accepted: 18 December 2021

บทคัดย่อ

บทความฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้เรื่องการใช้จิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมกับปัญหาการติดเกมหรืออินเทอร์เน็ต ผ่านการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น บทความวิชาการ งานวิจัย และหนังสือวิชาการโดยสืบค้นข้อมูลจากโครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (Thailis), PubMed, Google Scholar, ScienceDirect ซึ่งนำเสนอความรู้เกี่ยวกับหลักการเทคนิคในการบำบัดความคิดและพฤติกรรม รวมไปถึงการประยุกต์ใช้ ผลการศึกษาพบว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมกับการติดเกมหรืออินเทอร์เน็ตมีงานวิจัยรองรับมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบการบำบัดอื่น ๆ ทั้งนี้จากเอกสารที่เกี่ยวข้องพบเทคนิคที่ใช้ในการบำบัดพฤติกรรมติดเกมหรืออินเทอร์เน็ต ได้แก่ การเตือนตนเอง การปรับเปลี่ยนความคิด การปรับพฤติกรรม เป็นต้น ผู้เขียนหวังว่าบทความนี้จะประโยชน์ต่อสหวิชาชีพที่ทำงานด้านสุขภาพจิตและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่มีปัญหาติดเกมหรืออินเทอร์เน็ต อย่างไรก็ตามประสิทธิภาพและรูปแบบการบำบัดนั้นยังมีข้อถกเถียงและต้องการหลักฐานในการสนับสนุนเพิ่มเติม

คำสำคัญ: จิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม, การติดเกมและอินเทอร์เน็ต, การติดเกม

Abstract

This article aims to review the literature about Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and game/internet addiction. The author reviews academic articles, research, and textbooks available on Thailis, PubMed, Google Scholar and ScienceDirect, presenting principles of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and its implementation. The literature shows that Cognitive Behavioral Therapy (CBT) yields the most effective outcomes on game/internet addiction among other therapy techniques. In addition, the literature also presents specific interventions such as self-monitoring, cognitive restructuring, behavior modification, etc. The author hopes that this article works as a primary resource for mental health professionals who work in the area of game/internet addiction. However, further study is needed for more evidence on effectiveness and therapy program.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Game/internet addiction, Game addiction

บทนำ

จิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy: CBT) เป็นรูปแบบการบำบัดและช่วยเหลือทางจิตใจ รูปแบบหนึ่งที่มีพื้นฐานมาจากกลุ่มพฤติกรรมบำบัด (behavioral therapy) โดยแนวทางบำบัดพื้นฐานของกลุ่มนี้เชื่อว่า พฤติกรรมทั้งปกติและผิดปกติมาจากการเรียนรู้ เกิดจากเชื่อมโยงของสิ่งเร้าและการตอบสนองพฤติกรรมต้องเป็นสิ่งที่สามารถสังเกตเห็นได้และวัดได้ ต่อมาการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เกิดความนิยมและแพร่หลาย แต่อย่างไรก็ตามข้อจำกัดของการบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัด ยังคงขาดการมองในมุมของกระบวนการทำงานภายในจิตใจ การคิด แรงจูงใจ ทำให้เกิดการพัฒนาต่อยอดในปี 1960 ในยุคแรกเริ่มเรียกการบำบัดลักษณะดังกล่าวว่า “จิตบำบัดความคิด” (cognitive therapy) โดย Beck ซึ่งได้มองมิใช่เพียงพฤติกรรม แต่ดึงเอาส่วนของความคิดที่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ขึ้นมา

เป็นส่วนสำคัญในการเข้าใจและรักษาปัญหาทางจิตใจ แนวคิดที่ว่า “ความคิดมีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของมนุษย์” (Beck et al., 1979) ตลอดจนงานศึกษาวิจัยพบว่าจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่มีปัญหาซึมเศร้ามีประสิทธิภาพเทียบเท่ายาต้านเศร้า (Rush et al., 1977) ในภายหลังทั้งการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปรับความคิดได้มีอิทธิพลต่อกัน บางองค์ประกอบสามารถใช้ด้วยกันและเกิดผลการรักษาที่มีประสิทธิผลมากขึ้น ทำให้เกิดการบำบัดภายใต้แนวคิดจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมขึ้น

จากการศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมกับผู้ติดเกมในกลุ่มตัวอย่างที่แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 101 คนได้รับการบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรมครั้งละ 90 นาทีภายใน 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยผู้บำบัด 1 ราย ต่อผู้รับการบำบัด 4-5 ราย สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดแบบประคับประคอง (supportive therapy) ผลการวิเคราะห์พบว่าหลังการทดลองคะแนนการติดเกม สมาริ ภาวะ

เศร้า ความกังวล ความหุนหันพลันแล่น การหลีกหนีสังคม สัมพันธภาพในครอบครัวดีกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (Han et al., 2019) และสอดคล้องกับการวิจัยทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการทดลองบำบัดความคิดและพฤติกรรมกับการติดเกมของ Lemos et al. (2014, pp.82-88) พบว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมให้ผลที่น่าพึงพอใจและมีประสิทธิผลดีในการบำบัดผู้ที่มีปัญหาติดเกม

จะเห็นได้ว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสามารถใช้ลดปัญหาพฤติกรรมติดเกมหรืออินเทอร์เน็ตได้ผลดี ทั้งนี้ ความบกพร่องจากการติดเกมหรืออินเทอร์เน็ต (internet gaming disorder) ถูกบรรจุไว้ในส่วนที่ 3 (section III) ของเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเวชของสมาคมจิตวิทยาอเมริกา (DSM-5) ซึ่งเป็นส่วนของโรคที่ต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมก่อนที่จะตั้งเกณฑ์วินิจฉัย ซึ่งความบกพร่องจากการติดเกมหรืออินเทอร์เน็ต เป็นการใช้เวลาเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ตอย่างยาวนานและมากเกินไป ไม่สามารถควบคุมระยะเวลาในการเล่นได้ ไม่สนใจกิจกรรมอื่นได้รวมถึงการกินและการนอน มีอารมณ์หงุดหงิดหรือโกรธเมื่อถูกขัดขวาง ซึ่งเป็นอาการขาดความยับยั้ง (tolerance) และอาการถอน (withdrawal) คล้ายกับอาการของผู้ที่บกพร่องจากการใช้สารเสพติด (substance use disorder) (American Psychiatric Association (2013, pp.795-797) ซึ่งการได้รับยาเพื่อรักษาควบคู่ไปกับการทำจิตบำบัดโดยเฉพาะการทำจิตบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรมจะมีประสิทธิผลดีต่อการรักษาผู้ที่มีพฤติกรรมติดเกมหรืออินเทอร์เน็ต ดังนั้นผู้เขียนจึงสนใจที่จะทบทวนเอกสารและงานวิจัยเพื่อนำเสนอการประยุกต์ใช้จิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยเป็นแนวทางในการดูแลผู้ที่มีปัญหาติดเกม

หรืออินเทอร์เน็ตให้กลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

วัสดุและวิธีการ

ผู้เขียนดำเนินการทบทวนวรรณกรรมจากการสืบค้นเอกสารที่เกี่ยวข้องระหว่างปี 1977-2021 โดยกำหนดคำค้นหาภาษาไทย คือ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม พฤติกรรมติดเกมหรืออินเทอร์เน็ต ปัญหาการติดเกม และภาษาอังกฤษ คือ cognitive behavioral therapy, internet gaming disorder, game addiction จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ ได้แก่ โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (Thailis), PubMed, Google Scholar และ ScienceDirect ซึ่งเอกสารที่เข้าเกณฑ์มีจำนวนทั้งสิ้น 21 ชิ้น โดยเป็นบทความวิชาการ จำนวน 10 ชิ้น งานวิจัยจำนวน 8 ชิ้น และหนังสือวิชาการ จำนวน 3 เล่ม ทั้งนี้ผู้เขียนได้สรุปเพิ่มและนำเสนอเนื้อหาใน 2 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ แนวคิดการใช้ CBT และการประยุกต์ใช้เทคนิค CBT กับเกมหรืออินเทอร์เน็ต โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

แนวคิดการใช้ CBT กับพฤติกรรมติดเกมหรืออินเทอร์เน็ต

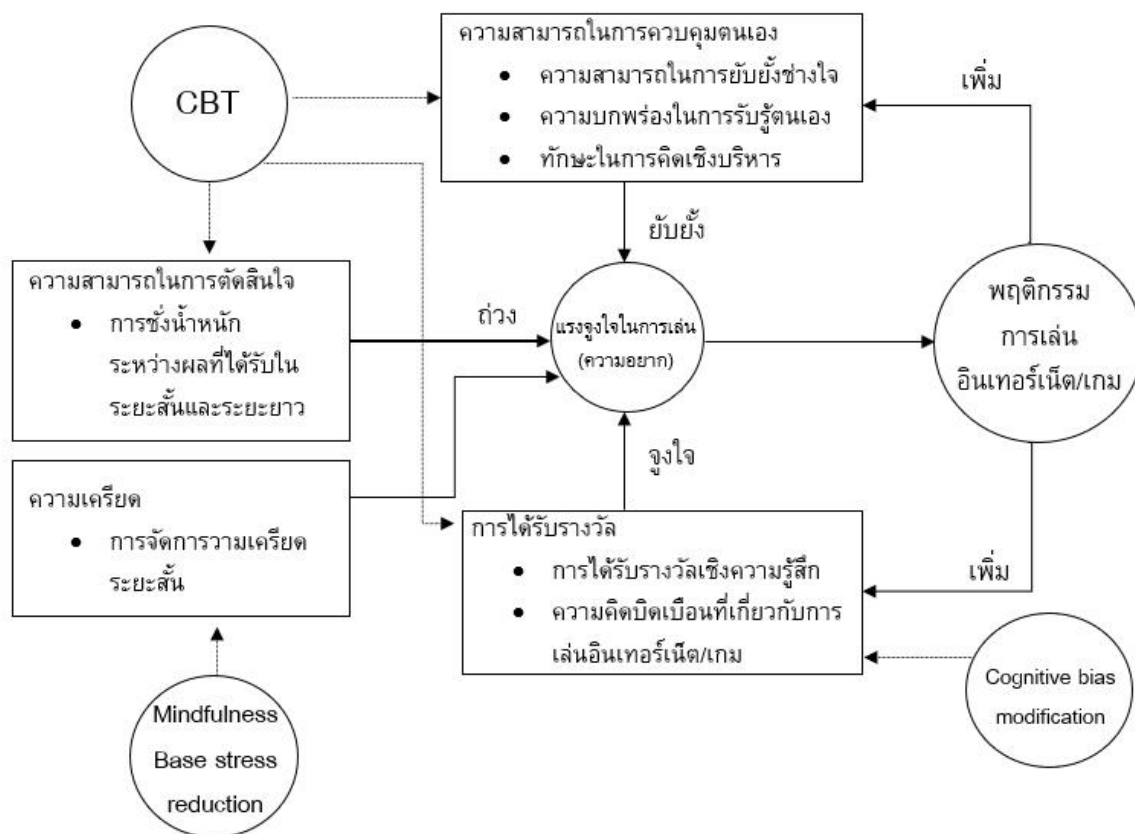
ปัจจุบันยังไม่มีมาตรฐานใดที่เป็นหลัก (gold standard) ในการบำบัดรักษาผู้ที่มีพฤติกรรมติดเกมหรืออินเทอร์เน็ต แต่อย่างไรก็ตามพบว่ามีหลักฐานในการใช้จิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมในวงกว้าง (Bass, 2015; Dong & Potenza, 2014; Freeman, 2008; Lee, 2011; Li & Wang, 2013) ซึ่งบำบัดความคิดและพฤติกรรมจะเน้นการค้นหาและปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติเชิงลบที่บิดเบือนไป รวมถึงความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับการมองโลก ตนเอง และผู้อื่น โดยจะเน้นการบำบัดรักษาโดยการ

เพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเอง การตระหนักถึงความคิดในเชิงลบ พร้อมทั้งเรียนรู้ทักษะในการแก้ไขปัญหาและการป้องกันการติดซ้ำ ซึ่งพบว่ามีประสิทธิผลในการลดอาการถอน (withdrawal) ลดการคิดวนเวียนข้องเกี่ยวกับเรื่องการเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ต และลดการใช้พฤติกรรมการเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ตเพื่อเป็นการจัดการความเครียด (Bass, 2015; Freeman, 2008; Li and Wang, 2013)

สำหรับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมปัญหาการติดเกมหรืออินเทอร์เน็ต จำเป็นจะต้องทำความเข้าใจถึงรูปแบบวงจรของปัญหาการติดเกมหรืออินเทอร์เน็ต โดย Dong และ Potenza ได้เสนอไว้ดังรูปภาพที่ 1

เกี่ยวกับวงจรการติดเกมหรืออินเทอร์เน็ต ซึ่งส่วนแรก คือแรงจูงใจที่เกี่ยวข้องกับการไฝหารางวัลและการลดความเครียด ส่วนที่สองคือการควบคุมตนเองหรือการห้ามความอยากของตน และส่วนสุดท้ายคือความสามารถในการตัดสินใจ การคำนึงถึงผลกระทบในระยะสั้นและระยะยาว ทั้งนี้เป้าหมายของการทำจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมในปัญหาติดเกมหรืออินเทอร์เน็ต (Dong and Potenza, 2014) ได้แก่

- 1) ลดความต้องการเล่นที่มากเกินไปจนเป็น
- 2) สามารถจัดการความคิดและตัวกระตุ้น
- 3) เพิ่มความสามารถในการตัดสินใจหรือทบทวนผลกระทบทั้งระยะสั้นและระยะยาว



ภาพที่ 1 แสดงการบำบัด CBT กับเกมหรืออินเทอร์เน็ต
ที่มา: Dong and Potenza (2014)

จากภาพที่ 1 แสดงให้เห็นว่า การได้เพิ่มรางวัลจากการเล่นเกม เช่น ชัยชนะ การได้รับความสุข ความตื่นเต้นเร้าใจ ความท้าทาย การได้รับการยกย่อง การถูกยอมรับในโลกเสมือนหรือกลุ่มเพื่อน เป็นการเสริมแรงให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ต่อ จูงใจให้อยากจะเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ตอยู่ต่อเนื่องคล้ายคลึงกับวงจรของการเสพติด ผู้ติดเกมหรืออินเทอร์เน็ตมักได้รับรางวัลอยู่อย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นรางวัลที่มาในเชิงของความรู้สึกสนุกหรือความรู้สึกสำเร็จทำให้วงจรของการมีพฤติกรรมการเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ตยังคงมีอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การใช้ CBT ในการเพิ่มความสามารถในการตัดสินใจโดยการทบทวนผลกระทบทั้งระยะสั้นและระยะยาว รวมถึงความบกพร่องทางด้านการตัดสินใจที่อาจจะเป็นปัญหาตามมา และ การใช้ CBT เข้ามาจัดการการควบคุมตนเองทั้งในเชิงความคิดและพฤติกรรม รวมถึงปรับความคิดความเชื่อที่บิดเบือนของการได้รับรางวัลจากเกมหรืออินเทอร์เน็ต ก็จะเป็นส่วนช่วยในการลดแรงจูงใจหรือความอยากที่มีผลต่อการมีพฤติกรรมเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ตได้ นอกจากนี้ Dong and Potenza (2014) ได้อธิบายการติดเกมหรืออินเทอร์เน็ตมักจะเกี่ยวข้องกับความต้องการบางอย่าง ทั้งนี้ได้แนะนำวิธีการจัดการความตึงเครียดด้วยการลดความเครียดอิงสติ (mindfulness-based stress reduction)

สำหรับ ความคิดบิดเบือนของผู้ที่มีพฤติกรรมติดเกมหรืออินเทอร์เน็ตมักมีความคิดที่ไม่สมเหตุผล (cognitive distortion) ได้แก่ การมองปัญหาเล็กกว่าความจริง (minimization) เช่น “ตนเองเล่นนิดเดียวไม่เป็นไร” “ฉันเล่นน้อยคงไม่ได้มีปัญหาติดเกม” ต่อมามักมีความคิดแบบวกวน (rumination) ในเรื่องของการเล่นเกม รวมถึงการเลือกมองแค่มุมใดมุมหนึ่ง (mental

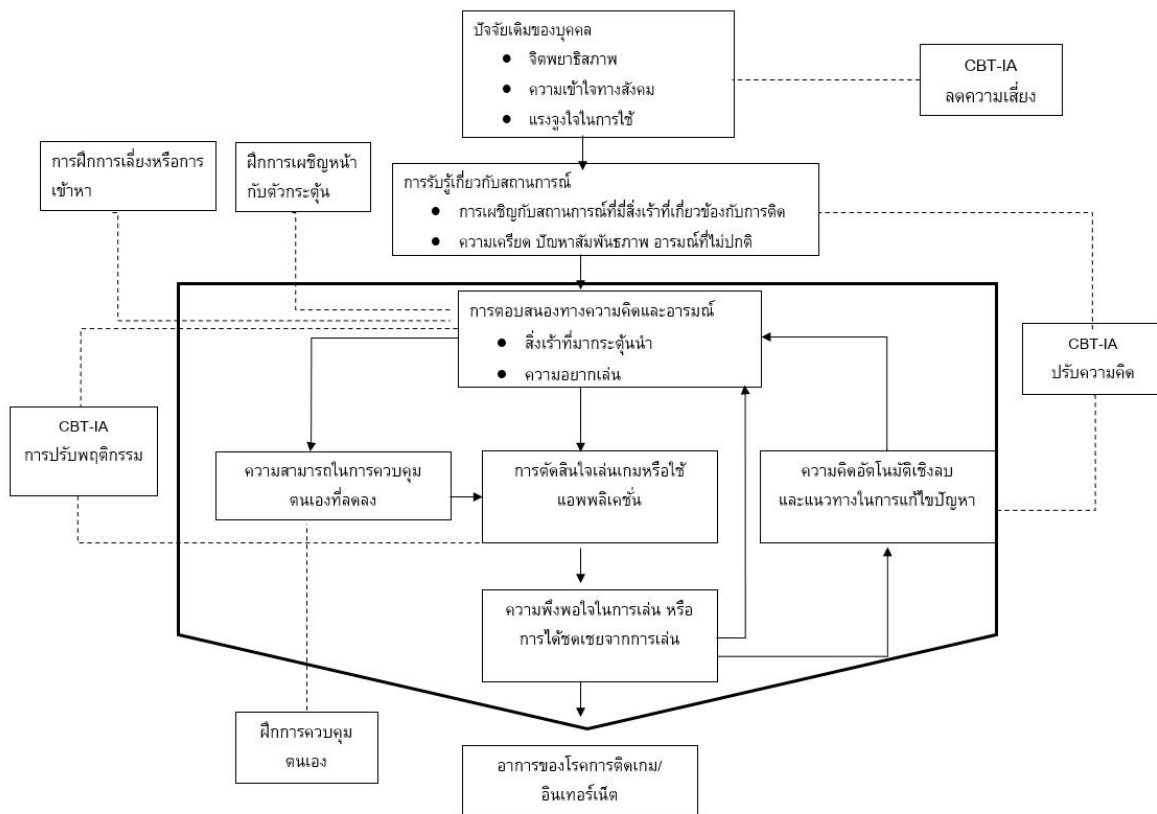
filter) ของการเล่นเกม เช่น การมองแต่ข้อดีหรือมุมมองของการเล่นเกม ย้ำวนกับความสำเร็จที่ผ่านมาทั้ง ๆ ที่ตนเองได้รับผลกระทบจากการเล่นเกม และการมองปัญหาแบบขาวดำ (all-or-nothing) เช่น “ชีวิตนี้ฉันอยู่ไม่ได้ถ้าไม่มีเกม” นอกจากนี้ยังมีการคิดสรุปแบบเหมารวม (overgeneralization) เช่น “เกมคือความสุขในชีวิตของฉันทั้งหมด” ซึ่งจากการศึกษาพบว่าความคิดที่ไม่สมเหตุผลนี้มีความสัมพันธ์อย่างมากกับพฤติกรรมการติดเกม (Dong & Potenza, 2014; Lemos et al., 2014, pp.82-88)

นอกจากนี้ Young and Brand (2017) ได้เสนอโมเดลเรียกว่า interaction of person affect cognition execution หรือ I-PACE model ซึ่งอธิบายความสัมพันธ์กันระหว่างปัจจัยเดิม (predisposing factor) เป็นปัจจัยกลางที่ส่งผลให้เกิดการลดการทำงานของสมองส่วนหน้าและลดความสามารถในการตัดสินใจ โดยที่บุคคลจะติดเกมหรืออินเทอร์เน็ตได้นั้นมีแนวโน้มของปัจจัยเดิม ได้แก่ แนวทางในการแก้ไขปัญหาความคิดและความสนใจที่เกี่ยวข้องกับการเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ต และปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ การตอบสนองทางความคิดและอารมณ์ต่อสถานการณ์ที่กระตุ้นให้อยากเล่น ความสามารถในการยับยั้งชั่งใจ ทำให้เกิดพฤติกรรมติดเกมหรืออินเทอร์เน็ต ดังแสดงในภาพที่ 2

ปัจจัยตั้งต้นของการติดเกมหรืออินเทอร์เน็ต คือตัวเกมหรืออินเทอร์เน็ตได้ให้รางวัลแก่ผู้เล่นทำให้ผู้เล่นเกิดการวางเงื่อนไขกับรางวัล (reward-condition) หรือตัวกระตุ้นที่เกี่ยวข้องกับเกมหรืออินเทอร์เน็ต (cue-reactivity) ที่ทำให้เกิดความอยากเล่น เนื่องด้วยการออกแบบเกมหรืออินเทอร์เน็ตทำให้เกิดความท้าทายและหาชนะได้ ผู้เล่นก็จะได้รับรางวัลทันที ซึ่งจะทำให้เกิดพฤติกรรมเล่นต่อเพื่อให้

ได้รางวัลเรื่อย ๆ นอกจากรางวัลในเกมหรืออินเทอร์เน็ตแล้ว การเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ตและได้รางวัลเยอะ ทำให้ผู้เล่นอื่นเกิดการจดจำหรือการยอมรับในตัวผู้เล่นก็นับว่าเป็นรางวัลในอีกรูปแบบหนึ่ง ปัจจัยทางสังคมก็มีส่วนในการมีพฤติกรรมติดเกมหรืออินเทอร์เน็ต เนื่องด้วย

ใช้การเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ตเป็นตัวเริ่มหรือสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมกับกลุ่มเพื่อน พร้อมทั้งปัจจัยทางด้านสังคม การได้รับรางวัลและชัยชนะ การได้รับความสนใจและจดจ่อทำให้เกิดแรงจูงใจในการเล่นเกมนหรืออินเทอร์เน็ต



ภาพที่ 2 แสดงโมเดลอธิบายการติดเกมหรืออินเทอร์เน็ตกับการบำบัด

ที่มา: Young, 2013

ความพึงพอใจหรือการเสริมแรงทางลบเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากการเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ต โดยสอดคล้องกับแรงจูงใจในการเล่นเดิมซึ่งเป็นส่วนเร่งกระบวนการทางความคิดที่เกี่ยวข้องกับติดเกมหรืออินเทอร์เน็ต เช่น อคติในการเลือกสนใจ หรือ การมองเรื่องที่เป็นบวกและเชื่อมโยงกับการเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ต และมุมมองทางความคิดทำให้เกิดการตอบสนองต่อตัวกระตุ้นที่เกี่ยวข้องกับเกม

หรืออินเทอร์เน็ต และความอยากเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ตหากจะต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่มีเกมหรืออินเทอร์เน็ตอยู่ หรือแม้แต่สถานการณ์หรืออารมณ์ในเชิงลบ

โมเดล I-PACE นี้ใช้เทคนิคและแนวทางในการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสำหรับการติดอินเทอร์เน็ต (cognitive behavioral therapy for internet addiction: CBT-IA) ที่เป็นการผสมรวมระหว่างเทคนิคและ

องค์ประกอบดั้งเดิมของ CBT กับการติดเกมหรืออินเทอร์เน็ต ซึ่งประกอบด้วยสามองค์ประกอบที่สำคัญคือ การวิเคราะห์และการปรับพฤติกรรม (behavior modification) การปรับความคิด (cognitive restructuring) และการลดความเสี่ยง (harm reduction) ซึ่งจากการศึกษาของ Young ในปี 2013 พบว่า CBT-IA สามารถลดอาการที่เกี่ยวข้องกับการติดเกมหรืออินเทอร์เน็ตได้ เปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสม สามารถจัดการปัจจัยส่วนตัว และปัจจัยที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ที่เชื่อมโยงอาการกับการติดเกมหรืออินเทอร์เน็ตได้ (Young, 2013)

การใช้เทคนิค CBT กับพฤติกรรม การติดเกมหรืออินเทอร์เน็ต

ผู้เชี่ยวชาญทบทวนวรรณกรรมและนำเสนอเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในปัญหาการติดเกมหรืออินเทอร์เน็ต ดังนี้ (Beck et al., 1979; Lemos et al, 2014; Young & Brand, 2017)

ตารางที่ 1 แสดงตัวอย่างการบันทึกตารางชีวิตประจำวัน

วัน/เวลา	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
00:00 - 02:00	เล่นเกม	นอน	เล่นเกม	เล่นเกม	เล่นเกม	เล่นเกม	เล่นเกม
02:00 - 07:00	นอน	นอน	นอน	นอน	นอน	เล่นเกม	เล่นเกม
07:30 - 08:00	ตื่นไป โรงเรียน	ตื่นไป โรงเรียน	ตื่นไป โรงเรียน	ตื่นไป โรงเรียน	ตื่นไป โรงเรียน	นอน	เล่นเกม
08:00 - 12:00	เรียน	เรียน	เรียน	เรียน	เรียน	นอน	นอน
12:00 - 13:00	กินข้าว เล่นเกม	เล่นเกม	เล่นเกม	กินข้าว เล่นเกม	เล่นเกม	เล่นเกม	นอน
13:00 - 16:00	เรียน	เรียน	เรียน	เรียน	เรียน	เล่นเกม	นอน
16:00 - 18:00	นอน	เล่นเกม	เล่นเกม	นอน	เล่นเกม	นอน	เล่นเกม
19:00 - 22:00	เล่นเกม	เล่นเกม	เล่นเกม	เล่นเกม	เล่นเกม	เล่นเกม	เล่นเกม
22:00 - 23:00	ดูหนัง	เล่นเกม	นอน	ดูหนัง	นอน	เล่นเกม	เล่นเกม

จากการจดบันทึกการติดตามสำรวจตนเองในการเล่นเกมนหรืออินเทอร์เน็ตจะทำให้

1. การติดตามสำรวจตนเอง (self-monitoring) เป็นการเริ่มติดตามพฤติกรรมการเล่นเกมนหรืออินเทอร์เน็ตของตนเองโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบในเชิงปริมาณว่าเล่นมากน้อยแค่ไหนในเชิงประจักษ์ และเกิดการตระหนักถึงความรุนแรงหรือข้อโม่งที่ใช้ในการเล่นเกมนหรืออินเทอร์เน็ต ผู้รับการบำบัดได้เห็นเวลาทั้งวันในการใช้ชีวิตของตนเอง เวลาการเล่นเกมนหรืออินเทอร์เน็ต การทำกิจกรรมอย่างอื่น การนอน ซึ่งสามารถทำมาในรูปแบบของตารางกิจกรรมประจำวันและแบ่งเป็นแต่ละชั่วโมงพร้อมทั้งให้บันทึกกิจกรรมที่ทำ และอาจจะบันทึกทั้งความคิด อารมณ์ อาการทางด้านร่างกายของตนเองในระหว่างที่เล่นและไม่เล่นเกมนหรืออินเทอร์เน็ตด้วยก็ได้ หลังจากบันทึกแล้วผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดอาจจะตั้งเป้าหมายในการลดการเล่นเกมนหรืออินเทอร์เน็ตร่วมกัน ดังตารางตัวอย่างต่อไปนี้

ผู้รับการบำบัดค้นพบว่าตนเองเล่นมากหรือน้อยตามความเป็นจริง สำหรับผู้บำบัดการจด

บันทึกจะเป็นประโยชน์ในการเริ่มวางแผนการปรับพฤติกรรมโดยสามารถเริ่มหากิจกรรมเชิงบวกอื่นแทนการเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ตได้ โดยอาจจะมุ่งเน้นวันที่เล่นเยอะที่สุดก่อนหรือจะเริ่มจากช่วงเวลาในการเล่นเยอะก็ได้

2. การเพิ่มพฤติกรรมเชิงบวก (behavioral activation) เป็นเทคนิคที่สามารถทำได้จากการทำ self-monitoring เป็นการเพิ่มพฤติกรรมเชิงบวกที่ไม่ใช่การเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ตลงไปในตาราง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ได้ความสุขใกล้เคียงกับการเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ต (pleasure) และเพิ่มความสุขได้จากการทำพฤติกรรมนั้นสำเร็จ (mastery) ซึ่งกิจกรรมที่ใส่ลงไปในนั้นสามารถเลือกจากสิ่งที่บันทึกใน self-monitoring หรืออาจจะเสนอเป็นรายชื่อของพฤติกรรมที่อยากจะทำได้เช่นกัน

3. การวิเคราะห์และปรับพฤติกรรม (behavioral analysis and modification) เป็นการปรับพฤติกรรมโดยเริ่มต้นจากการวิเคราะห์หน้าที่ของพฤติกรรม (functional analysis) หรือ ABC model ซึ่งเป็นการวิเคราะห์หาเหตุของพฤติกรรมหรือ antecedence เช่น หากมีเพื่อน

ชวนเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ต จะมีพฤติกรรมเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ตเกิดขึ้น หรือในช่วงเย็นจะเล่นบ่อย และเวลาเครียดจะจัดการความเครียดด้วยการเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ต เป็นต้น ต่อมาเป็นตัวพฤติกรรมหรือ behavior เป็นการเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ตซึ่งเราสามารถถามเชิงปริมาณของการเล่นได้ว่า เล่นบ่อยแค่ไหน ปริมาณกี่ชั่วโมงต่อวัน เพื่อนำเป็นตั้งเป้าหมายในการลดการเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ตได้ ในส่วนถัดไปคือผลกระทบหรือ consequence การถามผลกระทบเป็นการถามทั้งในเชิงบวกและลบของพฤติกรรมนั้น และการปรับพฤติกรรมจะเน้นการจัดการเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรม เช่น ในช่วงเย็นจะมีการเล่นที่ใช้เวลาเยอะ อาจจะเพิ่มกิจกรรมในช่วงเย็น หรือ ไม่กล่าปฎิเสธเมื่อเพื่อนชวน อาจจะแก้ไขปัญหาด้วยการสอนทักษะทางสังคม (social skill) เป็นต้น ซึ่งการรู้เหตุของการที่ไปเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ตแบบมากเกินไปในอนาคตผู้บำบัดสามารถดึงมาทำเป็นแผนป้องกันการกลับไปเล่นได้อีกด้วย (relapse prevention)

ตารางที่ 2 แสดงตัวอย่างการวิเคราะห์หน้าที่ของพฤติกรรม

เหตุหน้า (antecedence)	พฤติกรรม (behavior)	ผลที่ตามมา (consequence)
เวลาว่างเยอะ โทรศัพท์มือถืออยู่ใกล้ เพื่อนชวน มีอารมณ์เครียดหรือเบื่อ มีวันหยุด	เล่นเกม เป็นเกมที่เล่นในมือถือ เล่นทุกวันอย่างต่ำ 5 ชั่วโมง	ข้อดี ได้พูดคุยกับเพื่อน สนุก ข้อเสีย ปวดตา ผู้ปกครองบ่น นอนดึก ตื่นไปเรียนไม่ไหว

โดยหากทำความเข้าใจเหตุของพฤติกรรมในการบำบัดสามารถเริ่มจัดการเหตุ

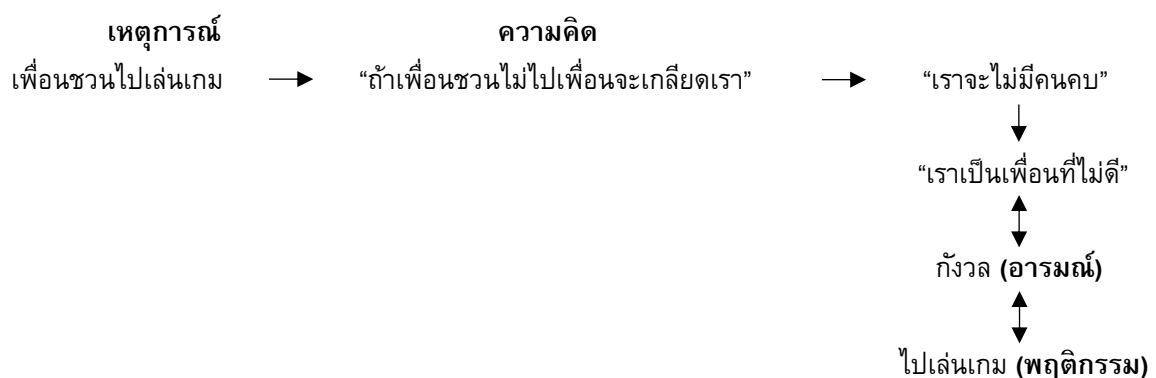
ที่นำไปสู่การเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ตเพื่อการลดพฤติกรรมได้ดังนี้

ตารางที่ 3 แสดงการวางแผนจัดการเหตุหน้า

เหตุหน้า (antecedence)	แนวทางในการจัดการเหตุหน้า
เวลาว่างเยอะ/มีวันหยุด	เพิ่มกิจกรรมอื่นในชีวิตประจำวัน (behavioral activation)
โทรศัพท์มือถืออยู่ใกล้	ลดการเข้าถึงโทรศัพท์หรืออุปกรณ์ในการเล่นเกมน (stimulus control)
เพื่อนชวน	ฝึกทักษะการสื่อสาร (social skill training)
	ปรับความคิด (cognitive restructuring)
มีอารมณ์เครียดหรือเบื่อ	เพิ่มกิจกรรมอื่นในชีวิตประจำวัน (behavioral activation)
	ฝึกทักษะในการผ่อนคลาย (relaxation technique)

จากเทคนิคการติดตามสำรวจตนเอง การเพิ่มพฤติกรรมเชิงบวก การวิเคราะห์และปรับพฤติกรรมสอดคล้องกับการบำบัดตามโมเดลของ I-PACE เนื่องด้วยในระยะแรกของการบำบัดจะเริ่มปรับพฤติกรรม (behavior modification) เพื่อประเมินจำนวนชั่วโมงของการใช้อินเทอร์เน็ต รวมไปถึงการสังเกตสิ่งเร้าและสถานการณ์กระตุ้น ที่ทำให้เกิดการเล่นเกมนหรืออินเทอร์เน็ต เมื่อเข้าใจเหตุที่กระตุ้นพฤติกรรมแล้วจึงนำไปสู่การควบคุมสิ่งเร้า (stimulus and situation control) เพื่อให้ยากต่อการเข้าถึงเกมหรืออินเทอร์เน็ต โดยเป้าหมายของในระยะแรกหรือการปรับพฤติกรรมคือการมีชีวิตประจำวันที่ปกติ มีการใช้เวลาทำสิ่งอื่นนอกจากการเล่นเกมนหรืออินเทอร์เน็ต เช่น การเจอเพื่อน การเข้าสังคม หรือ งานอดิเรก

4. การปรับความคิด (cognitive restructuring) ความคิดที่บิดเบือนไป (cognitive distortion) เป็นอีกส่วนที่สำคัญที่ทำให้ปัญหาการติดเกมหรืออินเทอร์เน็ตยังคงอยู่ ซึ่งในตอนต้นของการบำบัดอาจจะเน้นไปที่การปรับพฤติกรรมแต่ในขณะเดียวกันผู้บำบัดจะต้องพยายามหาความคิดอัตโนมัติเชิงลบที่เกิดขึ้นเพื่อนำมาตรวจสอบร่วมกับผู้รับการบำบัด โดยการตรวจสอบสามารถประเมินในแง่ของความถูกต้อง เช่น การถามหาเหตุผลหรือหลักฐานที่มาสสนับสนุนความคิดนั้น หรือถามในแง่ที่เป็นประโยชน์ของความคิด และการถามหามุมมองใหม่ ๆ การเลือกตรวจสอบความคิดแบบไหนอาจจะขึ้นอยู่กับความคิดอัตโนมัติเชิงลบที่เจอด้วย ซึ่งหากความคิดอัตโนมัติที่เจอมีสวนจริงอยู่บ้างอาจจะต้องมาเพิ่มทักษะการแก้ไขปัญหาต่อไป เช่น การวิเคราะห์ต่อเหตุการณ์ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แสดงวิเคราะห์ความคิดต่อเหตุการณ์

ที่มา: ประยุกต์จาก Beck, et al. (1979)

ในการจัดการความคิดเทคนิคที่ช่วยให้เข้าใจความคิดมากขึ้นคือการถามแบบ downward arrow technique จากภาพจะเห็นว่า ความคิดที่นำไปสู่พฤติกรรมการเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ตคือการแปลความว่า หากเพื่อนชวนแล้วตนเองไม่ไปสุดท้ายตนจะกลายเป็น

“เพื่อนที่ไม่ดี” การตรวจสอบความคิดอาจใช้เทคนิค การหาหลักฐานมาสนับสนุนและคัดค้านความคิดดังตารางที่ 4 หรือ อาจใช้เทคนิคการทำแผนภูมิรูปวงกลม (pie chart) เพื่อตรวจสอบคุณลักษณะของการเป็นเพื่อนที่ไม่ดีดังภาพที่ 4 ได้ ดังนี้

ตารางที่ 4 แสดงการใช้เทคนิคการหาหลักฐานมาสนับสนุนและยืนยันความคิด

ความคิด : ถ้าเราไม่เล่นเกมกับเพื่อน เราจะกลายเป็น “เพื่อนที่ไม่ดี”	
หลักฐานสนับสนุนความคิดว่า : “ฉันเป็นเพื่อนที่ไม่ดี”	หลักฐานคัดค้านความคิดว่า : “ฉันเป็นเพื่อนที่ไม่ดี”
1. เราไม่เล่นเกมกับเพื่อน	1. เวลาเพื่อนอยากให้อยู่ช่วยเหลือเราก็ช่วย 2. ไม่เจตนาร้ายกับเพื่อน 3. มีน้ำใจกับเพื่อน

ที่มา: ประยุกต์จาก Beck, et al. (1979)

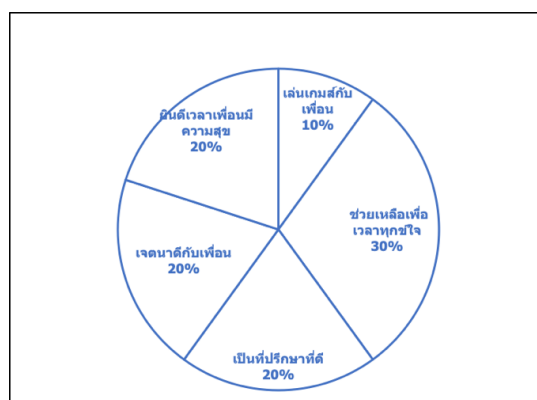
ในภาพที่ 4 เป็นการหาหลักฐานมาสนับสนุนหรือมาคัดค้านความคิดที่มองว่าตนเองเป็น “เพื่อนที่ไม่ดี” วิธีการนี้จะเป็นการชวนตรวจสอบความคิดหรือมุมมองที่อาจจะละเลยไปจากการคิดซึ่งจะปรากฏอยู่ในความคิด

ที่มาคัดค้าน จากการปรับความคิดโดยใช้เทคนิคแผนภูมิรูปวงกลมจะช่วยให้ผู้มารับการบำบัดมองเห็นว่าปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบของ “การเป็นเพื่อนที่ดี” ไม่ใช่มาจากการเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ตด้วยกันเพียงอย่างเดียว

ภาพที่ 4 แสดงการใช้แผนภูมิวงกลมเพื่อตรวจสอบความคิด

คำถาม: “ความคิดเพื่อนที่ดีมีลักษณะอย่างไรบ้าง”

ปัจจัยคุณลักษณะของเพื่อนที่ดี	ความสำคัญเต็ม 100%
เล่นเกมกับเพื่อน	10%
ช่วยเหลือเพื่อเวลาทุกขี้ใจ	30%
เป็นที่ปรึกษาที่ดี	20%
เจตนาดีกับเพื่อน	20%
ยินดีเวลาเพื่อนมีความสุข	20%



ที่มา: ประยุกต์จาก Beck et al. (1979)

ทักษะในการปรับความคิดยังสอดคล้องกับแนวทางการบำบัดตามโมเดลของ I-PACE เนื่องด้วยพฤติกรรมการเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ต

เกิดจากความคิดที่บิดเบือนที่เกี่ยวข้องกับการเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ต ซึ่งการปรับความคิด (cognitive restructuring) เปรียบเสมือนการตัด

วงจรของความคิดโดยการให้ประเมินความคิดอีกครั้งหนึ่งว่ามีส่วนจริงหรือเกิดประโยชน์อย่างไร ตัวอย่างเช่น การเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ตทำให้คนใช้คิดว่าตนเองเก่ง มีพลัง และเป็นที่ยึดจำของผู้คน การปรับความคิดสามารถช่วยให้มองเห็นและตระหนักได้ว่าคนใช้อาจจะใช้การเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ตเพื่อหลบเลี่ยงอารมณ์เชิงลบที่เกิดจากการไม่พึงพอใจในชีวิต และช่วยให้หาแนวทางในการแก้ไขปัญหา (problem solving skill training) หรือกลยุทธ์ใหม่ในการจัดการอารมณ์เชิงลบ เพิ่มอารมณ์เชิงบวก โดยไม่ใช้การเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ตเป็นหลัก

5. การฝึกการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา (problem solving skill training) การตัดสินใจและการแก้ปัญหาเป็นทักษะหนึ่งที่ผู้มีปัญหาการติดเกมหรืออินเทอร์เน็ตมักมีปัญหา ซึ่งการเสริมทักษะนี้จะเป็นส่วนช่วยให้ลดพฤติกรรมการเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ตลง ในการเริ่มต้นฝึกทักษะในการตัดสินใจเริ่มจากการพิจารณาทั้งข้อดีและข้อเสียของทางเลือกแต่ละทางโดยอาจจะเพิ่มเติมส่วนที่เป็นข้อดีข้อเสียทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เพื่อให้ผู้ที่มีปัญหาเห็นระดับของปัญหาที่มากขึ้น

ตารางที่ 5 ตารางแสดงการพิจารณาข้อดีข้อเสียในการเล่นเกม

พฤติกรรม	ข้อดี (ระยะสั้นและระยะยาว)	ข้อเสีย (ระยะสั้นและระยะยาว)
เล่นเกมวันละ 5-7 ชั่วโมง	1. สนุก 2. ได้คุยกับเพื่อน	1. ผู้ปกครองตำหนิ 2. เล่นนานปวดหัว 3. เรียนได้เกรดน้อยลง 4. สายตาเสีย
ลดการเล่นเกมลง	1. สนุก 2. ได้เจอเพื่อน 3. ผู้ปกครองบ่นน้อยลง 4. ได้ทำอย่างอื่น	1. ได้คุยกับเพื่อนน้อยลง
เลิกเล่นเกม	1. ได้ทำอย่างอื่น 2. สายตาไม่เสีย 3. ผู้ปกครองบ่นน้อยลง	1. ไม่มีอะไรทำ เบื่อ 2. ไม่ได้คุยกับเพื่อน

การแสดงให้เห็นข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมทำให้ผู้ที่เข้ารับการบำบัดมองเห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ต ทั้งปัญหาในระยะสั้นและระยะยาวซึ่งทำให้เกิดการตระหนักในปัญหาเพิ่มขึ้นส่งผลแรงจูงใจที่เพิ่มขึ้นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ต

6. การฝึกการผ่อนคลายความเครียด (relaxation technique) การไม่สามารถจัดการความเครียดได้ในขณะที่อยากเล่นเกมหรือ

อินเทอร์เน็ตหรืออยู่ในระหว่างที่กำลังจะลดพฤติกรรมการเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ตซึ่งเป็นส่วนที่อาจจะทำให้มีพฤติกรรมการเล่นมากเกินไป ซึ่งผู้บำบัดอาจจะฝึกทักษะในเรื่องของการจัดการความเครียดไม่ว่าจะเป็นการฝึกหายใจ หรือ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ให้แก่ผู้มารับการบำบัดเพื่อจะได้มีทักษะในการจัดการตนเองเมื่อเกิดความเครียด โดย Vasiliu and Vasile (2017, pp.34-38) พบว่าวัยรุ่นที่ติดเกมหรืออินเทอร์เน็ตและติดแอลกอฮอล์ที่ได้รับการทำจิตบำบัดแบบ

ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมจำนวน 10 สัปดาห์ โดยเน้นการใช้วิธีการปรับความคิด เทคนิคการผ่อนคลายตนเอง และฝึกการแก้ไขปัญหา พบว่าหลังจากเข้ารับการบำบัดกรณีศึกษา ใช้เวลาในการเล่นเกมนลดลงร้อยละ 50 มีคะแนนจากแบบประเมิน internet gaming disorder-short form (IGDS-SF) เมื่อทำการติดตามผลในระยะเวลา 20 สัปดาห์ พบว่ามีการใช้แอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นแต่ปัญหาการติดเกมไม่ได้เพิ่มขึ้น

7. การลดความเครียดอิงสติ (mindfulness-based stress reduction: MBSR) เป็นแนวคิดในการลดความเครียดผ่านการฝึกเทคนิคของการฝึกสติ ไม่ได้เป็นเทคนิคของ CBT โดยตรง แต่เป็นการประยุกต์เอาแนวคิดของสติบำบัดมาใช้ เน้นการยอมรับความคิดที่เกิดขึ้นมาอย่างไม่ตัดสิน โดยจะใช้กิจกรรมหรือเทคนิคในการฝึกสติเพื่อให้สมาธิของตนเองอยู่กับปัจจุบัน ผ่านการฝึกการสำรวจร่างกาย (body scan) การฝึกสติตระหนักรู้กับปัจจุบัน (meditation) ฝึกสติขณะเดิน (mindful-walking) เทคนิคการฝึกสติมีเป้าหมายคือการสังเกตลักษณะของความคิดและอารมณ์ของตนเองระหว่างปฏิบัติกิจกรรมโดยไม่ต้องพิจารณารายละเอียดของเนื้อหาความคิด ตระหนักรู้ว่ามีความคิดที่เกิดขึ้น ยอมรับว่ามีความคิดและปล่อยให้ผ่านไปอย่างไม่ตัดสิน ซึ่งกลไกที่ทำให้อารมณ์เชิงลบลดลงไม่ว่าจะเป็นความเครียด เศร้าหรือกังวล สามารถอธิบายได้ว่า เกิดการลดการเปรียบเทียบตนเองในอุดมคติและตัวตนของตนเองในความเป็นจริง ทำให้เกิดความสมดุลทางจิตใจมากขึ้น พร้อมทั้งเกิดการตระหนักรู้แบบอภิปัญญา (metacognitive awareness) รู้ว่าความคิดที่ทำให้เกิดอารมณ์เป็นกระบวนการทำงานของจิตใจ และสามารถแยกสภาวะดังกล่าวนี้ออกจากตัวตนของตนเองได้ และเกิดการลดการเก็บกดความคิด (thought

suppression) ด้วยการที่รับรู้ความคิดและสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบันขณะและไม่เอาตนเองไปตัดสิน ซึ่งการทดลองในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาการติดเกมหรืออินเทอร์เน็ตมักจะมีความสัมพันธ์กับความเครียดหากไม่ได้เล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ต การใช้ MBSR จะเป็นส่วนช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นเพื่อไม่ให้กลับไปใช้วิธีการเล่นเกมเพื่อลดความเครียดลง ซึ่งจากการศึกษาพบว่ามีความเครียดมีความสัมพันธ์อย่างมากกับพฤติกรรมการติดเกมหรืออินเทอร์เน็ตโดยเฉพาะในเพศหญิง (Petry et al., 2005, Potenza et al., 2012)

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าการใช้จิตบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมกับการติดเกมหรืออินเทอร์เน็ตมีงานวิจัยรองรับมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบการบำบัดอื่น ๆ (King et al, 2017, pp.123-133) อย่างไรก็ตาม มีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันถึงผลของการบำบัดซึ่งพบว่ามีพฤติกรรมลดลงมากกว่าร้อยละ 50 เมื่อบำบัดได้ 10 สัปดาห์ และให้ผลคงที่เมื่อติดตามสัปดาห์ที่ 20 (Vasiliu & Vasile, 2017, pp.34-38) ผู้เขียนสนับสนุนการใช้จิตบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมกับการติดเกมหรืออินเทอร์เน็ต ซึ่งการประเมินเพื่อวางแผนการปรึกษาหรือบำบัดจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่งอาจช่วยเหลือผู้รับบริการได้ตรงและได้ผลลัพธ์ที่ดี โดยบทความนี้ได้นำเสนอการอธิบายถึงการติดเกมหรืออินเทอร์เน็ตและแนวทางในการปรึกษาและบำบัด

สำหรับข้อจำกัดของบทความ จากการสืบค้นพบว่าในประเทศไทยยังไม่ได้มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการใช้จิตบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมกับการติดเกมหรืออินเทอร์เน็ต แต่มีการนำมาใช้

ประยุกต์ในการบำบัดทางคลินิกและการศึกษา ประเด็นนี้บอกถึงข้อจำกัดว่ามีการใช้จิตบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมแต่ไม่มีรายงาน ทำให้ผลการศึกษางานบางอย่างอาจไม่สะท้อนถึงบริบทสังคมไทย บทความนี้ผู้เขียนพยายามนำเสนอประสบการณ์มาผสมผสานกับผลการทบทวนวรรณกรรม จึงอยู่ภายใต้ข้อจำกัดของประสบการณ์ของผู้เขียน โดยหวังว่าจะช่วยเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้มีประสบการณ์หรือให้ผู้สนใจได้เฝ้าหาความรู้ได้ค้นคว้า วิจัย เพื่อจะได้นำเสนอและเติมเต็มองค์ความรู้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง (References)

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Fifth ed.). American Psychiatric Publishing. pp. 795-797.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Bass, P. F. (2015). Gaming addiction: When going online goes off-kilter. *Contemporary Pediatrics*. 32(11), 16-23.
- Dong, G., & Potenza, M. N. (2014). A cognitive-behavioral model of Internet gaming disorder: Theoretical underpinnings and clinical implications. *Journal of psychiatric research*, 58, 7-11.
- Freeman, C. B. (2008). Internet gaming addiction. *The Journal for Nurse Practitioners*, 4(1), 42-47.
- Han, J., Seo, Y., Hwang, H., Kim, S. M., & Han, D. H. (2019). Efficacy of cognitive behavioural therapy for internet gaming disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 27(2), 203-213 <https://doi.org/10.1002/cpp.2419>.
- King, D. L., Delfabbro, P. H., Wu, A. M. S., Doh, Y. Y., Kuss, D. J., Pallesen, S., Mentzoni, R., Carragher, N., & Sakuma, H. (2017). Treatment of Internet gaming disorder: An international systematic review and CONSORT evaluation. *Clinical Psychology Review*. 54, 123-133.
- Lemos, I. L., Abreu, C. N. D., & Sougey, E. B. (2014). Internet and video game addictions: A cognitive behavioral approach. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 41(3), 82-88.
- Lee, E. J. (2011). A case study of internet game addiction. *Journal of Addictions Nursing*. 22(4), 208-213. <https://doi.org/10.3109/10884602.2011.616609>.
- Li, H., & Wang, S. (2013). The role of cognitive distortion in online game addiction among Chinese adolescents. *Children and Youth Services Review*, 35(9), 1468-1475.
- Petry, N. M., & Steinberg, K. L., Women's Problem Gambling Research. (2005). Childhood maltreatment in male and female treatment-seeking pathological gamblers. *Psychology of Addictive Behaviors*; 19: 226-229.
- Potenza, M. N., Hong, K. I., Lacadie, C. M., Fulbright, R. K., Tuit, K. L., & Sinha, R. (2012). Neural correlates of stress-induced and cue-induced drug craving: influences of sex and cocaine

- dependence. *The American journal of psychiatry*, 169(4), 406-414. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11020289>
- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., & Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1(1), 17-37.
- Vasiliu, O. & Vasile, D. (2017). Cognitive-behavioral therapy for internet gaming disorder and alcohol use disorder-A case report. *International Journal of Psychiatry and Psychotherapy*. 2, 34-38.
- Young, K. S. (2013). Treatment outcomes using CBT-IA with Internet-addicted patients. *J. Behav. Addict.* 2, 209-215. <https://doi.org/10.1556/JBA.2.2013.4.3>
- Young, K. S., & Brand, M. (2017). Merging theoretical models and therapy approaches in the context of internet gaming disorder: A personal perspective. *Front. Psychol.* 8: 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01853>



