



วารสาร

จิตวิทยาคลินิกไทย

Thai Journal of Clinical Psychology

ปีที่ 53 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2565 Volume 53 Number 2 May-August 2022

- บรรณาธิการแถลง

นิพนธ์ต้นฉบับ

- ผลของการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างสุนทรียะ
แห่งตนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนบ้านชา
จังหวัดตรัง
- ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐาน สมรรถภาพสมอง การทำงานของ
สมองด้านการจัดการ สมรรถภาพทางกาย กับความกลัวการล้มของ
ผู้สูงอายุในชุมชน
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง
ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลตรัง
- การพัฒนาการเกมกระดานตามแบบจำลองพหุองค์ประกอบของ
ความจำระยะสั้นเชิงปฏิบัติการในเด็กและวัยรุ่น
- อิทธิพลของการรับรู้ตราบาปและความรอบรู้ทางสุขภาพจิตที่มีต่อ
เจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางจิตวิทยา
- รูปแบบความผูกพันระหว่างเพื่อนร่วมวัยและกลวิธีเผชิญปัญหาภาวะ
หมดไฟในการเรียน: กรณีศึกษานักศึกษาจิตวิทยาคลินิก



วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

THAI JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY

ISSN-2774-1087 (Online)

ปีที่ 53 ฉบับที่ 2

พฤษภาคม-สิงหาคม 2565

VOLUME 53 NUMBER 2

MAY-AUGUST 2022

สารบัญ

- บรรณาธิการแถลง

นิพนธ์ต้นฉบับ

- ผลของการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างสุนทรียะแห่งตนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนบ้านชา จังหวัดตรัง 1
แจ่มจรัส คงพล, สุขอรุณ วงษ์ทิม, จิระสุข สุขสวัสดิ์
Jamjarat Kongpol, Sukaroon Wongtim, Jirasuk Suksawat
- ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐาน สมรรถภาพสมอง การทำงานของสมองด้านการจัดการ สมรรถภาพทางกาย กับความกลัวการล้มของผู้สูงอายุในชุมชน 16
จัตตชญา สุตาลังกา, วิลาวรรณย์ ไชยอุต, พลอยไพลิน นามกร, นีรันดร์ เงินแยม
Chatchada Sutalangka, Wilawan Chaiut, Ploypailin Namkorn, Niran Ngernyam
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยในโรงพยาบาลตรัง 32
นุชกร จันทร์แปลง
Nucharkorn Janpang
- การพัฒนาการเกมกระดานตามแบบจำลองพหุองค์ประกอบของความจำระยะสั้นเชิงปฏิบัติการในเด็กและวัยรุ่น 49
นัฐพร โอภาสานนท์, สุรเดช ประยูรศักดิ์
Nattaporn Opananon, Suradate Prayoonsak
- อิทธิพลของการรับรู้ตราใบและความรอบรู้ทางสุขภาพจิตที่มีต่อเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางจิตวิทยา 64
เอื้ออนุช ถนอมวงษ์
Uea-anut Tanomwong
- รูปแบบความผูกพันระหว่างเพื่อนร่วมวัยและกลวิธีเผชิญปัญหาภาวะหมดไฟในการเรียน: กรณีศึกษานักศึกษาจิตวิทยาคลินิก 77
วรรษชล ไชยมงคล, อารยา พลธัญญา
Watsachon Chaimongkol, Araya Pontanya

คณะกรรมการอำนวยการ

สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย ปี 2564-2565

คณะที่ปรึกษา

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

นายกสมาคม

สุภาวดี นวลมณี

อุปนายกสมาคม

วนิดา ชนินทยุทธวงศ์
ภูมิพงษ์ ชุณหมนฉ่า
ว่าที่ ร.ต.ไพรัช นิภาพันธ์

คณะกรรมการวิชาการ

ผศ.ดร.กฤษยา พิสิทธิ์สังฆการ
ดร.สมบุญ จารุเกษมทวี
ดร.พีร วงศ์อุปราช
ดร.แสงเดือน ยอดอัญมณีวงศ์
ดร.เอื้ออนุช ถนอมวงษ์
ดร.นรัญชญา ศรีบูรพา
ดร.ภัทรวรรณ สุขยิทธิ
ดร.รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล
ดร.ญาดา ธงธรรมรัตน์
ปวิธ สิริเกียรติกุล
ชนิดา วิชัยคำ
ดิษยา มีเพียร
โยธิน จารุจุฑารัตน์
อมรรัตน์ คงชุบ
ศศกร วิชัย
กานดา ผาวงศ์
ฉัตรมงคล ฉ่ำมาภ
นพวรรณ บัวทอง
วราภา สยงกุล

กิจการต่างประเทศ

ดร.ปรีสุทธิ์ สํารามทรัพย์

สาราณียกร

ผศ.วัฒน์ะ พรหมเพชร
สิริกุล จุลศิริ

นายกะเบียน

สมบัติ ประเสริฐแก้ว

ปฏิคม

มะลิวรรณ ออสันเทียะ ชูทาร์
ชฎานภัส จิตตรัตน์

ประชาสัมพันธ์

เอกลักษณ์ วงศ์อภัย

เหรียญก

จิตรพรรณ โพธิ์ไพโรจน์

เลขานุการ

ประภาศรี ปัญญาวิชิตชัย
ศจี รุกขวิวัฒนกุล

คณะกรรมการกลาง

น.อ.(พิเศษ)หญิง พรทิพย์ อินทรวีเชียร
นารีรัตน์ พงษ์สิทธิถาวร
อัปษรศรี ธนไพศาล
วัชริน แม่นยำ
รุ่งรัตน์ สุวนาคกุล
อรรถพงษ์ ถนิมพาสณ์
ธิดารัตน์ ศรีสุโข
ประเสริฐ จุฑา
กมลสิน อุ่ณจิตติกุล
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
Noppawan Buathong
Warapa Sayoungoon

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 Thanapaisal
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 ปริญญาพล

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

ผศ.ดร.ไชยันต์ สุกศรีประเสริฐ

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผศ.ดร.อารยา ผลธัญญา

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

พินภากัญญา ศรีศรากร

สถาบันประสาทวิทยา

คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ:

ศ.ดร.ดวงมณี จงรักษ์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

รศ.ดร.สุชีรา ภัทรายุทธวรรธน์

มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.มานีกา วิเศษสาธิต

มหาวิทยาลัยรามคำแหง

รศ.พวงสร้อย วรกุล

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

ผศ.ดร.กุลยา พิสิษฐ์สังฆการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ.พ.ต.หญิง ดร.พนมพร พุ่มจันทร์

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผศ.ดร.อรพิน สติธรมน

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผศ.ดร.ณัฐภูมิ อรินทร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผศ.ดร.นิรันดร์ เงินแย้ม

มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผศ.ดร.สร้อยสุดา อิมอรุณรักษ์

มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร.ธนยศ สุมาลัยโรจน์

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.ภัทรวรรธน์ สุขยิทธิ

โรงพยาบาลศรีธัญญา

ดร.รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

ดร.ปริสสุทธิ์ 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: thajoclippsy@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

Pinnakarn 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: thajioclippsy@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)
- มีเลขหน้ากำกับทุกหน้าที่มุมขวาล่าง
- คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ใช้ในเนื้อเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะซึ่งขึ้นต้นด้วยอักษรตัวใหญ่
- จำนวนหน้าของบทความทั้งหมดไม่ควรเกิน 18 หน้า

การเตรียมต้นฉบับและเอกสารเพื่อส่งกองบรรณาธิการ

- **บทความต้นฉบับ** ใช้ตามรูปแบบการเตรียมบทความต้นฉบับ (Template) ตามประเภทที่ส่งเพื่อขอรับการพิจารณาตีพิมพ์ โดยทางวารสารจะทำรูปแบบการเตรียมบทความต้นฉบับของบทความวิจัยไว้เป็นหลัก (Template) สามารถปรับเป็นประเภทอื่น ๆ ตามประเภทบทความที่ต้องการส่ง
 - ชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ขึ้นต้นคำด้วยพิมพ์ใหญ่)

- บทความให้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 300 คำ พร้อมระบุคำสำคัญ (key word) 3-5 คำ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ Keyword ภาษาอังกฤษขึ้นต้นพิมพ์ใหญ่ คั่นระหว่างคำด้วย ,
- เนื้อเรื่องสำหรับนิพนธ์ต้นฉบับที่เป็นงานวิจัย ประกอบด้วยบทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการ ผลการวิจัย และสรุป สำหรับเนื้อเรื่องบทความพื้นฐานวิชาการ 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 หรือตามช่วงเวลาที่ยาวสารกำหนด (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 ติวานนท์ เลขที่บัญชี 142-0-29451-2 พร้อมทั้งส่งหลักฐานการโอนเงินผ่านระบบวารสารออนไลน์)
3. กองบรรณาธิการจะการแจ้งผลต่าง ๆ หรือติดต่อกับผู้นิพนธ์ทางกระตุ้มของเลขบทความ (ID) ที่ผู้นิพนธ์ส่งเข้ามาในระบบครั้งแรก และให้ผู้นิพนธ์ตอบกลับและส่งไฟล์การแก้ไขต่าง ๆ ของบทความ ในกระตุ้มของเลขบทความเดียวกันเท่านั้น

ตัวอย่างการเขียนรายการอ้างอิง

วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย กำหนดให้ผู้นิพนธ์ใช้การอ้างอิงและเขียนรายการเอกสารอ้างอิง 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 (in Thai).

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

กรณีให้นำภาพหรือตารางจากแหล่งข้อมูลหรือเอกสารอื่นมาใช้ 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 พิมพ์ถือว่าการผิดจรรยาบรรณในการเผยแพร่ผลงานและยอมรับไม่ได้ในวงวิชาการ
- หากบทความได้รับทุนสนับสนุน ผู้เขียนต้องระบุแหล่งทุนที่สนับสนุนเอาไว้อย่างเหมาะสม

- ผู้นิพนธ์มีหน้าที่เปิดเผยผลประโยชน์ทับซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการศึกษา 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
- หากผู้ทบทวนพบว่ามีการวิจัยที่ผู้นิพนธ์นำมาใช้แล้วไม่ได้อ้างอิงหรือพบการคัดลอกผลงาน รวมถึงพบว่าบทความที่ขอตีพิมพ์ที่ความซ้อนทับกับบทความอื่น ๆ ที่ตีพิมพ์ไปแล้ว โปรดแจ้งกองบรรณาธิการให้ทราบด้วย

สมาชิกของสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย

“สมาชิกของสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย มีหน้าที่สร้างความเข้าใจในวัตถุประสงค์ กฎ ระเบียบของสมาคมฯ เพื่อให้การช่วยเหลือส่งเสริม และเผยแพร่กิจกรรมต่าง ๆ ของสมาคมฯ ให้บรรลุเป้าหมาย”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ระหว่างสมาชิก
2. ส่งเสริมและควบคุมคุณภาพงานด้านจิตวิทยาคลินิกและจิตวิทยาแก่สมาชิกทั้งด้านการปฏิบัติและวิชาการ
3. เพื่อร่วมมือกันผลิตผลงานการวิจัยทางด้านจิตวิทยาคลินิก และสุขภาพจิตให้เป็นประโยชน์ต่อชุมชน
4. เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางด้านจิตวิทยาคลินิกและสุขภาพจิตแก่ประชาชน
5. ร่วมมือกับสมาคมและสถาบันอื่น ๆ ที่มีวัตถุประสงค์คล้ายคลึงกันทั้งในประเทศและต่างประเทศ
6. ไม่เกี่ยวข้องกับการเมือง

ประเภทและคุณสมบัติของสมาชิก กำหนดไว้ 4 ประการ

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

สิทธิและหน้าที่ของสมาชิก

1. มีสิทธิสมัครและได้รับเลือกเป็นกรรมการบริการ (เฉพาะสมาชิกสามัญ)
2. มีสิทธิออกเสียง 1 เสียง ในที่ประชุมใหญ่ (เฉพาะสมาชิกสามัญ)
3. มีสิทธิวิจารณ์และเสนอแนะใด ๆ ต่อคณะกรรมการบริหารหรือต่อที่ประชุมใหญ่
4. ได้รับความช่วยเหลือจากสมาคมทางด้านวิชาการอื่น ๆ เท่าที่คณะกรรมการเห็นสมควร
5. ได้รับเอกสารหนังสือของสมาคม และระดับเครื่องหมายของสมาคมในโอกาสอันสมควรตลอดอายุการเป็นสมาชิก
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 นับตั้งแต่วันที่ยื่นใบสมัคร

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: jitrapun.popairoj@gmail.com

**อดีตประธานชมรมนักจิตวิทยาคลินิก
และนายกสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย**

สมทรง	สุวรรณเลิศ	2512 - 2514
ณรงค์ศักดิ์	ตะละภัก	2515 - 2516
ละเอียด	ชูประยูร	2517 - 2518
อุ้นเรือน	อำไพพัสดร์	2519 - 2520
วัลลก	ปิยมโนธรรม	2521 - 2522
สมทรง	สุวรรณเลิศ	2523 - 2524
ละเอียด	ชูประยูร	2525 - 2526
วันชัย	ไชยสิทธิ์	2527 - 2528
ศิริวรรณ	สังข์สุวรรณ	2529 - 2530
กิติกร	มีทรัพย์	2531 - 2532
จรรยา	วัฒน์โสภณ	2533 - 2535
อัมพร	รัตน์วิทย์	2536 - 2539
วัลลี	ธรรมโกสิทธิ์	2540 - 2543
นคร	ศรีสุโข	2544 - 2547
ศศิธร	ภระตะศิลป์	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
ดวงมาลัย	เริกสำราญ	2515 - 2516
กิติกร	มีทรัพย์	2517 - 2522
วันชัย	ไชยสิทธิ์	2523 - 2524
สมบัติ	ตาปัญญา	2525 - 2526
ชัยวัฒน์	วงศ์อาษา	2527 - 2530
อมรากล	อินโชนานนท์	2531 - 2532
อุษา	ชูชาติ และ	
อมรากล	อินโชนานนท์	2533 - 2535
สุชีรา	ภัทรายุตวรรตน์	2536 - 2537
จุฑาทิพย์	วงศ์สุวรรณ	2538 - 2539
ชนิษฐา	บำเพ็ญผล	2540 - 2543
สุชีรา	ภัทรายุตวรรตน์	2544 - 2545
จริยา	จันทร์ระ	2546 - 2547
สร้อยสุดา	อิมอรุณรักษ์	2548 - 2549
ปราณี	ชาญณรงค์	2550 - 2553
จริยา	จันทร์ระ	2554 - 2555
วิลาสินี	ชัยสิทธิ์	2556 - 2557
แสงเดือน	ยอดอัษฎมณีวงศ์	2558 - 2559
แสงเดือน	ยอดอัษฎมณีวงศ์ และ	
ส่องโสม	พึงพงศ์	2560 - 2561
ไชยันต์	สกุลศรีประเสริฐ	2562 - 2563
วัฒน์ะ	พรหมเพชร	2564 - 2565

บรรณาธิการแถลง

วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย (Online) ฉบับนี้เป็นปีที่ 53 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2565) เป็นฉบับกลางปีครั้งแรกของการปรับเปลี่ยนเป็นการเผยแพร่จำนวน 3 เล่มต่อปีกล่าวคือ ฉบับแรกช่วง มกราคม-เมษายน ฉบับที่สองช่วงพฤษภาคม-สิงหาคม และฉบับที่สามช่วงกันยายน-ธันวาคมของทุกปี ขณะเดียวกันฉบับนี้เริ่มมีบทความที่ได้รับการพิจารณาเพื่อขอรับการตีพิมพ์โดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และสำหรับบทความวิจัยในวารสารฉบับนี้ก็มีความหลากหลายทั้งกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาได้แก่ กลุ่มนักเรียน นักศึกษา เด็กและวัยรุ่น ผู้รับการบำบัด ผู้ป่วยโรคทางกายและผู้สูงอายุ มีระเบียบวิธีวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ซึ่งรวมบทความวิจัยฉบับนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 6 เรื่อง เริ่มจากการศึกษาผลของการให้การปรึกษากลุ่มบูรณาการเพื่อเสริมสร้างสุนทรียะแห่งตนของนักเรียนระดับประถมศึกษา ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษากับความกลัวการล้มของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง การพัฒนาเกมกระดานตามแบบจำลองพหุองค์ประกอบของความจำระยะสั้นเชิงปฏิบัติการในเด็กและวัยรุ่น อิทธิพลของการรับรู้ตราบาปและความรอบรู้ทางสุขภาพจิตที่มีต่อเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางจิตวิทยา และรูปแบบความผูกพันของเพื่อนร่วมวัยและกลวิธีเผชิญปัญหาภาวะหมดไฟในการเรียน

กองบรรณาธิการ สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย มีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่ได้เผยแพร่บทความวิจัยที่มีคุณค่าอันจะเป็นคุณประโยชน์ทางวิชาการและวิชาชีพจิตวิทยาคลินิก ตลอดจนสร้างแรงบันดาลใจให้ผู้อ่าน และผู้พิมพ์ได้สร้างสรรค์ผลงานที่มีคุณภาพ ทันสมัย เป็นประโยชน์มากยิ่งขึ้น ซึ่งทางวารสารก็ยังเปิดรับบทความที่มีคุณค่าตลอดทั้งปี เพื่อจะได้พิจารณาคัดสรรบทความเพื่อการตีพิมพ์ลงวารสารจิตวิทยาคลินิกไทยต่อไป สุดท้ายนี้ที่มบรรณาธิการขอขอบคุณที่มงาน ผู้สนับสนุน ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้พิมพ์ และทุก ๆ ท่านที่มีส่วนทำให้งานวารสารได้สำเร็จผ่านไปด้วยราบรื่นในครั้งนี้ ที่มงานยังคงเป็นกำลังใจต่อกันให้ผ่านพ้นวิกฤตและได้สร้างสรรค์งานให้สำเร็จและก้าวหน้าต่อไป

วัฒน์ะ พรหมเพชร

บรรณาธิการ

ข้อเขียนที่ปรากฏในวารสารนี้ ย่อมเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเรื่องนั้นโดยเฉพาะ มิใช่
เป็นทัศนะของกองบรรณาธิการหรือบรรณาธิการเสมอไป



Original Article

ผลของการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างสุนทรียะแห่ง
ตนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนบ้านซา จังหวัดตรัง

The Effects of Integrative Group Counseling to Enhance Self-appreciation
of Prathom Suksa IV-VI Students at Ban Sar School, Trang Province

แจ่มจรัส คงพล^{1*}, สุขอรุณ วงษ์ทิม², จิระสุข สุขสวัสดิ์³

¹ นักศึกษาปริญญาโท, คณะศึกษาศาสตร์ (การแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

² รองศาสตราจารย์, คณะศึกษาศาสตร์ (การแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

³ อาจารย์, คณะศึกษาศาสตร์ (การแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Jamjarat Kongpol^{1*}, Sukaroon Wongtim², Jirasuk Suksawat³

¹ Master's degree student, Faculty of Education (Guidance and Psychological Counseling), Sukhothai Thammathirat Open University

² Associate Professor, Faculty of Education (Guidance and Psychological Counseling), Sukhothai Thammathirat Open University

³ Faculty of Education (Guidance and Psychological Counseling), Sukhothai Thammathirat Open University

* Corresponding author: e-mail. jamjarat.kon@gmail.com

Received: 11 November 2021 | Revised: 14 December 2021 | Accepted: 26 December 2021

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อ 1) เปรียบเทียบสุนทรียะแห่งตนของนักเรียนกลุ่มทดลองก่อนและหลังการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ และ 2) เปรียบเทียบสุนทรียะแห่งตนของนักเรียนกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการกับนักเรียนกลุ่มควบคุมที่ได้รับกิจกรรมการเรียนรู้ตามปกติ **วัสดุและวิธีการ** กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนบ้านซา จังหวัดตรัง ปีการศึกษา 2563 จำนวน 18 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 9 คนเท่ากัน โดยการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มทดลองได้รับการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที กลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมการเรียนรู้ตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ (1) โปรแกรมการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างสุนทรียะแห่งตน และ (2) แบบวัดสุนทรียะแห่งตนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .84 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การทดสอบ

วิลคอกซ์ และทดสอบแมนวิทนีย์ ผลการศึกษา พบว่า (1) ภายหลังจากให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ นักเรียนกลุ่มทดลองมีสุนทรีย์ะแห่งตนสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ (2) ภายหลังจากให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ นักเรียนกลุ่มทดลองมีสุนทรีย์ะแห่งตนหลังการทดลองสูงกว่านักเรียนกลุ่มควบคุมที่ได้รับกิจกรรมการเรียนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุป การให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการสามารถเสริมสร้างสุนทรีย์ะแห่งตนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ให้เพิ่มสูงขึ้น

คำสำคัญ: การปรึกษากลุ่ม, สุนทรีย์ะแห่งตน, ประถมศึกษา

Abstract

Objectives: To 1) compare the self-appreciation of experimental group elementary students before and after participating in group counseling and 2) compare the self-appreciation between experimental group elementary students that participating in group counseling and control group elementary students. **Materials and methods:** Study sample were 18 people at grade 4-6 students in Bansar school. They were divided into experimental group and control group, each of which containing nine subjects. The experimental group received eight sessions of group counseling each of which 60-90 minutes, while the control group received usual study activity. The research instruments used in this study were (1) an integrative Group Counseling program for enhance self-appreciation of elementary students and (2) the self-appreciation questionnaire of elementary students, with the reliability coefficient of .84. The statistical analyses employed were nonparametric using The Wilcoxon Pairs Signed Ranks Test and The Mann-Whitney U Test. **Results:** The findings showed that (1) the post-experiment level of self-appreciation of elementary students in experimental group, who had received group counseling, was significantly higher than pre-experiment counterpart level at the .05 level of significance; and (2) after received group counseling level of self-appreciation of elementary students in experimental group was significantly higher than control group at the .05 level of significance. **Conclusion:** The integrative group counseling can enhance self-appreciation of Prathom Suksa IV-VI students.

Keywords: Group counseling, Self-appreciation, Pratom Suksa

บทนำ

ความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในปัจจุบัน ทำให้พลวัตทางสังคม

โลกเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในทุกมิติ ยังผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ในสังคม และกระทบต่อวิถีการดำรงชีวิตของผู้คนในทุกๆระดับทั้งทางด้านสุขภาพร่างกาย ความเป็นอยู่ และโดยเฉพาะ

ด้านจิตใจ จะเห็นได้จากข้อมูลสถิติด้านสุขภาพ พบว่ามีคนไทยเกิดความเจ็บป่วยทางจิตใจและปัญหาสุขภาพจิต เข้ามารับบริการด้านจิตเวช ในปีงบประมาณ 2560-2562 เฉลี่ยจำนวนปีละ 2,746,364 ราย และเมื่อดูในรายละเอียด พบว่า ในปีงบประมาณ 2562 จำนวนผู้รับบริการด้านจิตเวชมีถึง 2,840,337 ราย (Department of Mental Health, 2018)

ข้อมูลสถิติในเบื้องต้นสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการเตรียมความพร้อมในการส่งเสริม ป้องกัน และพัฒนา สร้างภูมิคุ้มกันแก่ประชาชน ให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข Seligman (2002) นักจิตวิทยาชาวอเมริกันเป็นผู้ริเริ่มแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสุข โดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ผลจากการศึกษาทำให้เขาพบว่า มิติของความสุขนั้นประกอบไปด้วย คือ การมีชีวิตที่มีสุข (the pleasant life) การมีชีวิตที่ดี (the good life) และการมีชีวิตที่มีความหมาย (the meaningful life)

เห็นได้ว่าความสุขเกี่ยวข้องกับมุมมองและการให้คุณค่า รวมถึงการเคารพต่อตนเองและผู้อื่น การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกที่บุคคลเข้าใจตนเอง รู้สึกว่าตัวเองมีค่า ความรู้สึกเหล่านี้จะนำไปสู่ความเป็นตัวของตัวเอง และเมื่อต้องเผชิญกับวิกฤติในชีวิต ก็สามารถรับมือและก้าวข้ามไปได้ เกิดสุนทรีย์แห่งตน (self-appreciation) ซึ่งเป็นกระบวนการของการรับรู้คุณค่าแห่งตน รู้สึกซาบซึ้งใจในตนเอง โดยการรับรู้ถึงคุณค่านั้นไม่ได้เกิดจากการประเมินตัดสิน สุนทรีย์แห่งตนให้ความสำคัญกับสิ่งที่ตนมี (Chan, 2016) ผู้ที่มีสุนทรีย์แห่งตนจะมีคุณสมบัติที่สำคัญ ดังนี้ 1) การยอมรับในสิ่งที่ตนเองเป็น 2) การเป็นตัวของตัวเอง 3) การมุ่งเน้นที่จุดแข็งของตนเอง 4) การชื่นชมยินดี

ในความสำเร็จของตนเอง 5) การกล่าวแสดงความขอบคุณตนเอง (Robbins, 2007)

สุนทรีย์แห่งตนสามารถเสริมสร้างให้เกิดขึ้นได้ ในกลุ่มคนทุกช่วงวัย โดยเฉพาะเด็กวัยเรียน (late childhood) Kaewkangwan (2006) ได้อธิบายถึงพัฒนาการของเด็กวัยนี้ว่าอยู่ในช่วงอายุตั้งแต่ 6-13 ปี เป็นช่วงวัยคาบเกี่ยวกับระยะก่อนวัยรุ่น พัฒนาการทางด้านร่างกายและอารมณ์มีประสิทธิภาพดีขึ้น เริ่มเรียนรู้อาชีพทางสังคมจากบุคคลรอบข้าง สามารถพัฒนาความคิดเชิงวิเคราะห์สังเคราะห์ พัฒนาการรู้จักตนเอง เริ่มมองเห็นตนเองตามที่เป็นจริง ยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล ตลอดจนสามารถเรียนรู้เอกลักษณ์ในกลุ่มของตนเองได้ ประสบการณ์ที่ได้รับในช่วงเวลานี้จะเป็นรากฐานของพัฒนาการในระยะวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นต่อไป แต่หากไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม อาจเกิดเป็นวิกฤตการณ์ในการสร้างเอกลักษณ์ การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ส่งผลให้ขาดการเห็นคุณค่าในตนเอง ทำให้คล้อยตามและถูกชักจูงได้ง่าย นำไปสู่การคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

ทั้งนี้จากการที่ผู้วิจัยได้มีโอกาสในการสัมภาษณ์จากครูผู้รับผิดชอบระบบดูแลช่วยเหลือ นักเรียนทำให้ได้รับทราบว่าในโรงเรียนระดับประถมศึกษา มีนักเรียนจำนวนไม่น้อยที่มีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรม ทำให้มีบุคลิกภาพและลักษณะนิสัยที่ไม่พึงประสงค์ นักเรียนบางส่วนต้องหลุดออกจากระบบการศึกษา ซึ่งนับเป็นความสูญเสียที่ไม่อาจจะประเมินค่าได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Uakingpet (2020) ที่ได้ศึกษาวิเคราะห์ความต้องการจำเป็น เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาทักษะชีวิตของนักเรียนระดับประถมศึกษา โรงเรียนวิถีธรรม

แห่งมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร พบว่า ทักษะชีวิตของนักเรียนนั้นจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาในด้านต่าง ๆ ดังนี้ 1) ด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด 2) ด้านการคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจ และแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ 3) ด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น และ 4) ด้านการตระหนักรู้และเห็นคุณค่าในตนเองและผู้อื่น นอกจากนี้จากผลการศึกษาของ Srichaliaw et al. (2017) เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะชีวิตของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โดยใช้การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสนับสนุนว่า มีความต้องการจำเป็นที่ต้องพัฒนาทักษะชีวิตของนักเรียนอย่างเร่งด่วน

จากข้อมูลในข้างต้นทำให้เห็นได้ว่าการสร้างเสริมสุนทรียะแห่งตนให้เกิดขึ้นในเด็กวัยเรียนจึงมีความสำคัญ เนื่องจากจะเป็นการพัฒนาเด็กให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง ยอมรับ เป็นตัวของตัวเอง ส่งผลให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี เกิดความคิด อารมณ์ ความรู้สึกที่ยังผลให้เกิดการกระทำในทางบวก ในทางสร้างสรรค์ ทั้งขยายไปสู่ความสามารถในการเกิดสุนทรียะต่อผู้อื่น หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม เมื่อเด็กเกิดลักษณะนิสัยที่ดีและเจริญเติบโตทางความคิด ยอมรับตนเอง ยอมรับไปสู่ความสามารถในการตัดสินใจดำเนินชีวิตได้อย่างมีความรับผิดชอบ และพึ่งพาตนเองได้ เด็กในวัยนี้จึงควรได้รับการดูแลเอาใจใส่ จากผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมให้เด็กสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม มีวุฒิภาวะ มีภูมิคุ้มกันทางความคิด สามารถจัดการปัญหา มีความพึงพอใจในชีวิต

การปรึกษาแบบกลุ่ม (group counseling) นับเป็นเครื่องมือหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ และมีทิศทางสอดคล้องในการเสริมสร้างสุนทรียะแห่งตนให้เกิดขึ้นในเด็กวัยเรียนได้ง่ายขึ้น การให้การ

ปรึกษาแบบกลุ่มมีรูปแบบกิจกรรมที่สนับสนุนให้เด็กเกิดการตระหนักรู้ต่อความรู้สึก ความต้องการของตนเองและผู้อื่น มีความไวในการรับรู้และแสดงความรู้สึก มีความยืดหยุ่น เกิดความภูมิใจ สามารถตัดสินใจด้วยตนเอง เจริญเติบโตทางวุฒิภาวะ รับผิดชอบต่อตนเอง มีทางเลือกเชื่อมั่นในตนเอง มีความสงบสุข ค้นพบความหมายของชีวิต (Limsuwan et al., 2007) เนื่องจากมีลักษณะของการสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เกี่ยวข้องกับการตระหนักรู้ในการคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ในลักษณะที่นี้และขณะนี้ การให้ความเอาใจใส่และการสนับสนุนของกลุ่มจะก่อให้เกิดบรรยากาศความไว้วางใจ ซึ่งนำไปสู่การร่วมมือ และการสำรวจประเด็นที่เกี่ยวข้อง สมาชิกในกลุ่มได้รับการช่วยเหลือในการพัฒนาทักษะจากปัญหาของสมาชิกอื่น ๆ ซึ่งจะทำให้สามารถจัดการดีขึ้นได้เมื่อต้องเจอปัญหาที่คล้ายคลึงกันในอนาคต (Corey, 2014) เด็กสามารถฝึกทักษะใหม่ ๆ ก่อให้เกิดการให้และรับข้อมูลย้อนกลับกับเพื่อนสมาชิก ภายใต้บรรยากาศที่ปลอดภัย และยังเป็นโอกาสให้เด็กได้พูดแสดงความรู้สึกของตน แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น (Falco, 2011)

จากเหตุผลดังกล่าวในข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาการเกิดสุนทรียะแห่งตนในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนบ้านชา จังหวัดตรัง โดยบูรณาการเทคนิคจากทฤษฎีการปรึกษาแบบเกสตัลท์ ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเผชิญความจริง ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม และทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบอย่างสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบเพื่อเสริมสร้างคุณภาพทางจิตใจของนักเรียนให้สามารถปรับตัว รับมือ และจัดการปัญหาได้ มีความเจริญเติบโตทางความคิด เกิดความสมดุล

ในการดำเนินชีวิต และดำเนินชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบสุนทรียะแห่งตนของนักเรียนกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ
2. เพื่อเปรียบเทียบสุนทรียะแห่งตนของนักเรียนกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการกับนักเรียนกลุ่มควบคุมที่ได้รับกิจกรรมการเรียนรู้ตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลองให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการนักเรียนกลุ่มทดลองมีสุนทรียะแห่งตนสูงกว่าก่อนการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ
2. นักเรียนกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการมีสุนทรียะแห่งตนสูงกว่านักเรียนกลุ่มควบคุมที่ได้รับกิจกรรมการเรียนรู้ตามปกติ

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง มีกลุ่มเปรียบเทียบ (the randomized control-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนบ้านชา จังหวัดตรัง ปีการศึกษา 2563 จำนวน 50 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนบ้านชา

จังหวัดตรัง ปีการศึกษา 2563 จำนวน 18 คน โดยใช้เกณฑ์การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดของ Sariwat (2017) ที่ว่า เพื่อให้การให้การปรึกษาเกิดประสิทธิภาพจำนวนสมาชิกควรอยู่ระหว่าง 8-12 คน เพราะสมาชิกจะมีโอกาสปฏิสัมพันธ์ได้อย่างทั่วถึง ครั้งนี้จึงกำหนดที่กลุ่มละ 9 คน โดยเลือกแบบเจาะจงที่มีคะแนนจากแบบวัดสุนทรียะแห่งตนจากน้อยไปมาก และมีความยินดีเข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่มจำนวนทั้งสิ้น 18 คน จากนั้นนำมาสุ่มอย่างง่ายเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 9 คนเท่ากัน ได้กลุ่มควบคุมเป็นนักเรียนที่มีอายุ 10 ปี ประกอบด้วยนักเรียนหญิงจำนวน 6 คนและนักเรียนชายจำนวน 3 คน และกลุ่มทดลองเป็นนักเรียนที่มีอายุ 10 ปี ประกอบด้วยนักเรียนหญิงจำนวน 2 คน นักเรียนชายจำนวน 4 คน และอายุ 11 ปี เป็นนักเรียนชายจำนวน 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบวัดสุนทรียะแห่งตนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดจากองค์ประกอบตามแนวคิดของ Robbins (2007) โดยให้ข้อความสอดคล้องกับนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ แนวคิด ทฤษฎี วัตถุประสงค์ของการวิจัย และเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ครอบคลุมทั้ง 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้สึกซาบซึ้งขอบคุณ การเลือกคิดและรู้สึกในทางบวก การใช้คำพูดทางบวก การยอมรับนับถือในคุณค่าของผู้อื่น และการชื่นชมตนเอง แบบวัดมีลักษณะเป็นข้อความจำนวนทั้งสิ้น 29 ข้อ แบบเลือกตอบข้อละ 1 คำตอบ ซึ่งลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ เริ่มจากจริงมากที่สุด จนถึง จริงน้อยที่สุด ทั้งนี้คุณภาพของเครื่องมือการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการ

พิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's Alpha Coefficient- α) เท่ากับ .84

2. โปรแกรมการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างสุนทรียะแห่งตนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 เป็นโปรแกรมการให้การปรึกษาที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยบูรณาการเทคนิคจากทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเผชิญความจริง ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม และทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบอย่างสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ โดยแบ่งขั้นตอนการให้การปรึกษาออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเริ่มต้นการให้การปรึกษา ขั้นดำเนินการให้การปรึกษา และขั้นยุติการให้การปรึกษา มีการให้การปรึกษากลุ่มจำนวน 8 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที มีรายละเอียดกิจกรรมโดยสังเขปดังนี้ ครั้งที่ 1) การปฐมนิเทศ และการสร้างสัมพันธภาพ ครั้งที่ 2) ความซาบซึ้งขอบคุณ เพื่อให้สมาชิกมีทัศนคติเชิงบวก สามารถบอก และฝึกแสดงออกถึงการเห็นคุณค่าของเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต ครั้งที่ 3) การเลือกคิดและรู้สึกในทางบวก เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล ระบุความคิด ความรู้สึกของตนเองในทั้งในด้านบวกและด้านลบ บอกวิธีการปรับเปลี่ยนฝึกปฏิบัติในการจัดการความคิดความรู้สึกเชิงลบไปสู่ความคิดและความรู้สึกเชิงบวก สร้างความปรารถนาทางบวกอย่างสร้างสรรค์ ครั้งที่ 4) การใช้ถ้อยคำทางบวก เพื่อให้สมาชิกบอกได้ถึง ความสำคัญของการใช้ถ้อยคำทางบวกต่อตนเอง ผู้อื่น และการดำเนินชีวิต ฝึกทักษะการวางแผนโครงการในการแก้ปัญหาด้านการใช้ถ้อยคำและ

สร้างสัญญาเป็นลายลักษณ์อักษร ครั้งที่ 5) การยอมรับนับถือในคุณค่าของผู้อื่น เพื่อให้สมาชิก ระบุความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล และบอกวิธีการแสดงออก ในการยอมรับนับถือในคุณค่าของผู้อื่น ผ่านการชื่นชมและการแสดงความขอบคุณ ด้วยความจริงใจ และมีประสิทธิภาพ ครั้งที่ 6-7) การชื่นชมตนเอง เพื่อให้สมาชิกรู้จัก ยอมรับ และเข้าใจตนเอง สำรวจจุดแข็ง ความสามารถ ของตนเอง บอกได้ถึงความสำคัญในการเป็นตัว ของตนเองด้วยมุมมองเชิงบวก ทราบและฝึก ทักษะวิธีการในการให้และรับการชื่นชมตนเอง และผู้อื่น ด้วยความจริงใจ ผ่อนคลายได้ ครั้งที่ 8) การปัจฉิมนิเทศและประเมินผล สรุป ทบทวน สิ่งที่ได้เรียนรู้จากกลุ่ม เสริมกำลังใจ ประเมินให้ ข้อเสนอแนะ และยุติการให้การปรึกษา สำหรับการสร้างโปรแกรมการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการฯ มีขั้นตอนดังนี้ 1) กำหนดจุดมุ่งหมาย ของโปรแกรมการให้การปรึกษา 2) ทบทวนวรรณกรรม 3) กำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการ 4) ดำเนินการสร้างโปรแกรมการให้การปรึกษากลุ่ม 5) นำโปรแกรมการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการฯ ที่สร้างขึ้นไปหาคุณภาพโดย ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสม 6) นำโปรแกรมการให้การปรึกษากลุ่มที่ผ่านการตรวจสอบไปทดลองใช้ กับกลุ่มนักเรียนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 7 คน 3 ครั้ง 7) นำโปรแกรมการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการฯ ที่ได้ไปใช้ดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างจริง 8) กลุ่มควบคุม ได้รับกิจกรรมการเรียนรู้ตามปกติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการทดลอง ไปยังหน่วยงานที่

เกี่ยวข้อง ขออนุญาตและความยินยอมผู้ปกครอง ชี้แจงข้อมูล สิทธิ แก่กลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือยินยอม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการแจกแบบวัดสุนทรียะแห่งตนให้นักเรียนกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวน 18 คน ทำและเก็บไว้เป็นคะแนนก่อนการทดลอง (pre-test) ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรมให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการฯแก่กลุ่มทดลองจำนวน 8 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมการเรียนรู้ตามปกติ เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยให้นักเรียน กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวน 18 คน ทำแบบวัดสุนทรียะแห่งตนทันที และเก็บเป็นคะแนนหลังการทดลอง (post-test) และนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ผลทางสถิติ หลังสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับสุนทรียะแห่งตนแก่กลุ่มควบคุม เพื่อจริยธรรมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ใช้ การหาค่ามัธยฐาน (median) และค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ (quartiles deviation) การเปรียบเทียบสุนทรียะแห่งตนของนักเรียนกลุ่ม

ทดลอง ก่อนและหลังการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการฯ ใช้การทดสอบวิลคอกซัน (The Wilcoxon Pairs Signed Ranks Test) และ การเปรียบเทียบสุนทรียะแห่งตนของนักเรียนกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการฯกับนักเรียนกลุ่มควบคุมที่ได้รับกิจกรรมการเรียนรู้ตามปกติ โดยการทดสอบแมนวิทนี (The Mann-Whitney U Test)

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนสุนทรียะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง ในเบื้องต้นเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนสุนทรียะแห่งตนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนสุนทรียะแห่งตนโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ก่อนการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการฯ เพื่อเสริมสร้างสุนทรียะแห่งตนนั้น นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนสุนทรียะแห่งตนไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนสุนทรียะแห่งตนของนักเรียน ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้การทดสอบแมนวิทนี (The Mann-Whitney U Test) (n = 18 คน)

กลุ่มตัวอย่าง	ค่ามัธยฐาน	ค่าเบี่ยงเบนควอไทล์	The Mann-Whitney U Test	p-value
กลุ่มทดลอง	3.93	.42		
กลุ่มควบคุม	3.93	.39	-.751	.45

2. ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนสุนทรียะแห่งตนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 18 คนที่เข้าร่วม

ครบตลอดระยะก่อนและหลังการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการฯ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อ

พิจารณารายด้านพบว่า ด้านการเลือกคิดและ
รู้สึกในทางบวก ด้านการใช้คำพูดทางบวก และ
ด้านการยอมรับนับถือในคุณค่าของผู้อื่น มี

ความแตกต่างกันระยะก่อนและหลังการทดลอง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง
ที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนสุนทรียะแห่งตนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่
4-6 กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการให้การศึกษาแบบบูรณาการโดยใช้การทดสอบวิลคอกซัน (The
Wilcoxon Pairs Signed Ranks Test) (n = 9 คน)

สุนทรียะแห่งตน	กลุ่มตัวอย่าง	ค่ามัธยฐาน	ค่าเบี่ยงเบน ควอไทล์	The Wilcoxon Pairs Signed Ranks Test	p-value
ความรู้สึกซาบซึ้งขอบคุณ	ก่อนทดลอง	4.00	.60	-1.13	.258
	หลังทดลอง	4.40	.35		
การเลือกคิดและรู้สึกใน ทางบวก	ก่อนทดลอง	3.40	.30	-2.53	.011 *
	หลังทดลอง	4.20	.40		
การใช้คำพูดทางบวก	ก่อนทดลอง	3.43	.46	-2.43	.015 *
	หลังทดลอง	4.57	.32		
การยอมรับนับถือใน คุณค่าของผู้อื่น	ก่อนทดลอง	3.83	.58	-2.31	.021 *
	หลังทดลอง	4.67	.25		
การชื่นชมตนเอง	ก่อนทดลอง	4.17	.50	-1.86	.063
	หลังทดลอง	4.50	.25		
โดยรวม	ก่อนทดลอง	3.93	.42	-2.52	.012*
	หลังทดลอง	4.48	.17		

*p < .05

3. ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของ
คะแนนสุนทรียะแห่งตนของนักเรียนชั้น
ประถมศึกษาปีที่ 4-6 หลังการทดลองระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แสดงการ
เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนสุนทรียะ
แห่งตนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6
ระยะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและ
กลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าอิทธิพล
(effect size) 1.40 ซึ่งอยู่ในระดับสูง และเมื่อ
พิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการเลือกคิดและ
รู้สึกในทางบวก ด้านการใช้คำพูดทางบวก และ
ด้านการยอมรับนับถือในคุณค่าของผู้อื่น มี

ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนสุนทรีย์ะแห่งตนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้การทดสอบแมนวิทนี (The Mann-Whitney U Test) (n = 18 คน)

สุนทรีย์ะแห่งตน	กลุ่มตัวอย่าง	ค่ามัธยฐาน	ค่าเบี่ยงเบนควอไทล์	The Mann-Whitney U Test	p-value	Cohen's d
ความรู้สึกรับรู้ซึ่งชอบคุณ	กลุ่มทดลอง	4.40	.35	-0.133	.894	0.14
	กลุ่มควบคุม	4.20	.60			
การเลือกคิดและรู้สึกในทางบวก	กลุ่มทดลอง	4.20	.40	-2.47	.014 *	1.33
	กลุ่มควบคุม	3.80	.25			
การใช้คำพูดทางบวก	กลุ่มทดลอง	4.57	.32	-2.13	.033 *	1.27
	กลุ่มควบคุม	3.57	.50			
การยอมรับนับถือในคุณค่าของผู้อื่น	กลุ่มทดลอง	4.67	.25	-2.20	.028 *	1.18
	กลุ่มควบคุม	4.33	.38			
การชื่นชมตนเอง	กลุ่มทดลอง	4.50	.25	-1.87	.061	0.97
	กลุ่มควบคุม	4.17	.38			
โดยรวม	กลุ่มทดลอง	4.48	.17	-2.08	.038*	1.40
	กลุ่มควบคุม	3.83	.35			

* $p < .05$

สรุปและวิจารณ์

ผลจากการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานทั้ง 2 ข้อที่ตั้งไว้ โดยพบว่าผลการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการฯ สามารถเสริมสร้างสุนทรีย์ะแห่งตนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ให้สูงขึ้นได้ ดังนี้

สมมุติฐานที่ 1 ผลการวิจัยพบว่านักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการฯ มีสุนทรีย์ะแห่งตนสูงกว่าก่อนรับการปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Mingkwan (2017) ซึ่งพบว่า หลังได้รับการปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริงเพื่อเสริมสร้างสุนทรีย์ะแห่งตน นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายกลุ่มทดลองมีสุนทรีย์ะแห่งตนสูงขึ้นกว่า

ก่อนการเข้ารับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับหลายงานวิจัยก่อนหน้าซึ่งได้ทำการศึกษาผลของการให้การปรึกษากลุ่มที่มีต่อตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับจิตวิทยาเชิงบวก อาทิ พลังทางบวก ความเอื้ออาทร ทุนทางจิตวิทยา เป็นต้น โดยพบว่า หลังการเข้ารับการศึกษาแบบกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง จะมีผลการประเมินสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Komkam & Kaewchinda, 2015; Senewong, 2018; Chaiareelear, 2015; Usavapetchakul et al., 2015; Suttineam, 2018; Harinpolsiti et al., 2018) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สามารถนำไปใช้ในการเสริมสร้างสุนทรีย์ะแห่งตนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ให้เพิ่มสูงขึ้น

ได้ โดยมีสาระสำคัญของโปรแกรมการให้การ
 ปรึกษากลุ่ม ครอบคลุมทั้ง 5 องค์ประกอบ ดังนี้
 องค์ประกอบที่ 1 เป็นการให้การ
 ปรึกษากลุ่มเพื่อเสริมสร้างสุนทรียะแห่งตนด้าน
 ความรู้สึกซาบซึ้งขอบคุณ ผู้วิจัยได้นำแนวคิด
 เกี่ยวกับทักษะการนำให้เกิดการตระหนักรู้
 (directed awareness) ซึ่งเป็นเทคนิคจากทฤษฎี
 การศึกษาแบบเกสตัลท์ ร่วมกับการฝึกสมาธิ
 และการสังเกตลมหายใจเข้าออกทั้งนี้ ใช้ทักษะ
 การสรุปความ(summarizing skill) และเชื่อมโยง
 พบว่า สมาชิกให้ความร่วมมือฝึกปฏิบัติเป็น
 อย่างดี สามารถบอกถึงคุณค่าของเรื่องราวต่าง ๆ
 ที่เกิดขึ้นในชีวิตที่ประจำวัน แสดงทัศนคติเชิงบวก
 ต่อช่วงเวลาที่ต้องเผชิญกับความยากลำบากใน
 ชีวิตได้ ข้อความที่สมาชิกบางส่วนได้กล่าวไว้
 เช่น “ตอนทำสมาธิแรก ๆ ผมรู้สึกอึดอัดอยู่บ้าง
 แต่พอลองทำไปก็ค่อย ๆ ดีขึ้น ดีใจที่หายใจไป
 พร้อม ๆ กับเพื่อนได้” “ดูเรื่องราวของพี่เขาแล้ว
 มีกำลังใจขึ้นเยอะเลย พี่เขาเก่งจริง ๆ” “ตอนนี้
 หนูยังไม่มีบ้าน ต้องอยู่ที่พักคนงาน แต่ก็มี
 ความสุขดีที่ได้อยู่กับพ่อแม่” สำหรับเด็กนั้น
 สุนทรียะแห่งตนมีความสำคัญมาก Nelson &
 Calaba (2003) ได้กล่าวว่า การขาดสุนทรียะ
 ทำให้เด็กไม่สามารถเห็นคุณค่าในตนเอง ผู้อื่น
 และการดำเนินชีวิต เป็นอุปสรรคต่อการมีความ
 ซาบซึ้งขอบคุณต่อสิ่งต่าง ๆ อันก่อให้เกิดความ
 ทุกข์และปัญหา

องค์ประกอบที่ 2 เป็นการให้การ
 ปรึกษากลุ่มเพื่อเสริมสร้างสุนทรียะแห่งตนด้าน
 การเลือกคิดและรู้สึกในทางบวก จะเห็นได้ว่า
 ความสุขเกี่ยวข้องกับมุมมองและการให้คุณค่า
 Nelson & Calaba (2003) กล่าวว่า สุนทรียะทำ
 ให้บุคคลมีความสุขในชีวิตปัจจุบันและมีกำลังใจ
 ต่อการดำเนินชีวิตต่อไปข้างหน้า ด้วยการยอมรับ
 ความจริง ผ่านการรับรู้และตีความในเชิงบวก

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีบุคลิกภาพ
 A-B-C ของทฤษฎีการศึกษาแบบพิจารณา
 เหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมมาปรับใช้ร่วมกับ
 เทคนิคการใช้บทบาทสมมติ (role playing) และ
 เทคนิคการโต้แย้งเพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิด
 ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล (disputing of irrational
 beliefs) ซึ่งจากการสังเกตพบว่า สมาชิกมีความคิด
 ความเชื่อที่มีเหตุผลในการเสริมสร้างสุนทรียะ
 แห่งตนด้านการเลือกคิดและรู้สึกในทางบวก
 มากขึ้น สามารถระบุมุมมอง ความคิด ความรู้สึกของ
 ตนเองในทั้งในด้านบวกและด้านลบ บอกวิธีการ
 ปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก เชิงลบไปสู่
 ความคิด และความรู้สึกเชิงบวกอย่างสร้างสรรค์
 สมเหตุสมผล ตัวอย่างเช่นในช่วงของการแสดง
 บทบาทสมมุติสมาชิกที่ได้หัวข้อ “ครูเรียกเข้า
 พบในห้องปกครอง” ออกมานำเสนอว่า “หาก
 เป็นความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลอาจคิด
 ว่า แย่แน่ ๆ ช่วยอะไรอย่างนี้นะ อารมณ์ก็จะ
 หงุดหงิด หวาดกลัว อาจแสดงพฤติกรรมโดย
 การไปแอบซ่อน หลบหน้า แต่ถ้ามีความคิด
 ความเชื่อที่สมเหตุสมผล เช่น ครูน่าจะมีเรื่อง
 สำคัญที่จะต้องพบ แล้วเราก็ไม่ได้ทำอะไรผิด
 ไม่มีอะไรต้องกลัว ส่งผลให้มีความสบายใจ
 ควบคุมอารมณ์ได้ แล้วแสดงพฤติกรรมโดยการ
 ไปพบครูที่ห้องปกครอง” เป็นต้น พบว่าสมาชิก
 ให้ความร่วมมือ มีส่วนร่วม กระตือรือร้น กล่าว
 แสดงออกมากขึ้น

องค์ประกอบที่ 3 เป็นการให้การ
 ปรึกษากลุ่มเพื่อเสริมสร้างสุนทรียะแห่งตนด้าน
 การใช้คำพูดทางบวก ผู้วิจัยได้นำระบบ WDEP
 ตามแนวคิดของทฤษฎีการศึกษาแบบ
 เผชิญความจริงมาใช้ ทั้งนี้ Mingkwan (2017)
 ได้สนับสนุนว่ากระบวนการ WDEP นั้นมีส่วน
 สำคัญในการช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการ
 ให้การปรึกษากลุ่มในองค์ประกอบของสุนทรียะ

แห่งตนด้านการใช้คำพูดทางบวกได้เป็นอย่างดี ซึ่งจากการสังเกตพบว่า สมาชิกกลุ่มให้ความสนใจ ร่วมกันอภิปราย แลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็น ระบุถึงความสำคัญในการใช้ถ้อยคำเชิงบวกได้ สมาชิกมีสัญญาณในการปรับเปลี่ยนการใช้ถ้อยคำให้เป็นเชิงบวกเป็นลายลักษณ์อักษร ตัวอย่างเช่น สมาชิกคนหนึ่งได้เขียนข้อความในสัญญาณว่า “ข้าพเจ้าจะไม่พูดล้อชื่อพ่อแม่เพื่อนอีกแล้ว” “ข้าพเจ้าจะไม่พูดนินทาผู้อื่น” “ข้าพเจ้าจะพูดกับเพื่อนด้วยคำสุภาพ” “ข้าพเจ้าจะพูดให้กำลังใจเพื่อนอย่างจริงจัง” นอกจากนี้ สมาชิกได้ฝึก และมีทักษะการวางแผนโครงการแก้ปัญหาด้านการใช้ถ้อยคำเพื่อเสริมสร้างสุนทรียะแห่งตนได้ด้วยตนเอง

องค์ประกอบที่ 4 เป็นการให้การปรึกษากลุ่มเพื่อเสริมสร้างสุนทรียะแห่งตนด้านการยอมรับนับถือในคุณค่าของผู้อื่น การยอมรับเกี่ยวข้องกับมุมมองส่วนบุคคล ขึ้นอยู่กับการให้คุณค่า ความเชื่อ และความชื่นชอบ การยอมรับเป็นทั้งศิลปะ และเป็นทักษะที่บุคคลสามารถเรียนรู้ได้ ไม่มีแบบแผนตายตัว แสดงออกด้วยความตั้งใจ จริงใจ ทำได้ตลอดเวลา แม้ในบุคคลที่ประสบความล้มเหลวก็สามารถยอมรับคุณค่าของเขาโดยการค้นหาบางสิ่งบางอย่างในตัวของเขา ยอมรับในความพยายามและในฐานะที่เขาเป็นคนคนหนึ่ง (Robbins, 2007) การให้การปรึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้บูรณาการเทคนิคการแสดงบทบาทสมมุติ (role playing) เทคนิคการโต้แย้งเพื่อจัดหรือเอาชนะความคิด ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล (disputing of irrational beliefs) และเทคนิคมอบหมายงานเป็นการบ้าน (cognitive homework technique) จากทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ร่วมกับเทคนิคคำถามปาฏิหาริย์ (miracle question) จากทฤษฎีการให้การปรึกษา

แบบอย่างสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ และเทคนิคชี้ประเด็น (point out technique) จากทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเผชิญความจริง มาปรับใช้จากการสังเกตพบว่า สมาชิกทุกคนสามารถถ่ายทอด แบ่งปันประสบการณ์ บอกเล่าความรู้สึกอย่างเปิดเผย ไว้วางใจ มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน บรรยากาศเป็นไปด้วยความซาบซึ้งที่มีความหมาย สมาชิกสามารถระบุมุมมองความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล และโต้แย้งความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลได้ ในช่วงของการใช้เทคนิคคำถามปาฏิหาริย์ สมาชิกทุกคนสามารถบอกวิธีการแสดงออกถึงการยอมรับนับถือในคุณค่าของผู้อื่นด้วยการชื่นชมและการแสดงความขอบคุณในรูปแบบต่าง ๆ ที่มีประสิทธิภาพได้ เช่น ขณะทำกิจกรรมคำถามปาฏิหาริย์ มีสมาชิกบางคนร้องให้ สมาชิกคนหนึ่งกล่าวว่า “ผมทะเลาะกับพี่สาวบ่อย ๆ ตอนนีพี่ไปอยู่บ้านแฟนเขาแล้ว (หันหน้ามองที่เก้าอี้ว่าง) ถ้าพี่นั่งอยู่ตรงนี้ ผมอยากบอกว่า...ผมคิดถึงพี่จัง กลับมาอยู่บ้านเรานะ ไข่เจียวของพี่ใครก็สู้ไม่ได้”

องค์ประกอบที่ 5 เป็นการให้การปรึกษากลุ่มเพื่อเสริมสร้างสุนทรียะแห่งตนด้านการชื่นชมตนเอง การที่จะมีสุนทรียะแห่งตนนั้นสามารถทำได้โดยการไม่รังรองที่จะชื่นชมปิติในความสำเร็จของตนแม้จะเป็นเรื่องเล็กน้อย (Chan, 2016) การให้การปรึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้บูรณาการโดยใช้เทคนิคการตีความ (interpretation technique) และ เทคนิคชี้ประเด็น (point out technique) จากทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเผชิญความจริง ร่วมกับเทคนิคการใช้สรรพนามที่ระบุตัวบุคคล (personalizing pronouns) เทคนิคการอยู่กับความรู้สึก (stay with a feeling) และเทคนิคขอบอกอะไรคุณสักอย่างได้ไหม (may I feed you a sentence) จากทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ และใช้เทคนิค

คำถามระดับขั้น (scaling questions) เทคนิควิธีการแก้ไขปัญหาที่เคยใช้ได้ผล (looking for previous solutions) และ เทคนิค คำชม (compliment) จากทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบอย่างสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ จากการสังเกตพบว่า สมาชิกให้ความร่วมมือ มีความสนใจ สมาชิกได้ฝึกการใส่ใจกับภาวะปัจจุบันของตนเอง สามารถสำรวจและประเมินตนเองแบบระดับขั้นได้ รู้จัก ยอมรับ และเข้าใจตนเอง บอกจุดแข็งของตนเองได้ มีมุมมองเชิงบวกต่อตนเอง สามารถสรุปสาระสำคัญจากเรื่องที่ฟังและอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น บอกเล่าประสบการณ์ของตนเองได้ รวมทั้งมีการสนับสนุนเสริมกำลังใจระหว่างกัน และฝึกชื่นชมตนเองและแสดงวิธีการรับการชื่นชมจากผู้อื่นอย่างมีประสิทธิภาพ สมาชิกกล่าวว่า “แม้จะมีบางอย่างที่ฉันต้องปรับปรุงแต่ฉันก็ทำได้ดีในหลาย ๆ เรื่อง” “ฉันคิดว่าฉันเป็นเหมือนน้ำใสยาขม ต้องอดทนกับความลำบาก แต่มันก็ทำให้ฉันเข้มแข็งผ่านอะไรมาได้ เขาว่า ขมเป็นยา” “ถ้ามีไม้บรรทัดวัดคะแนน ตั้งแต่ 0 ถึง 10 ความรู้สึกของฉันต่อตนเองตอนนี้อยู่ที่ เลข 6 ฉันมีเป้าหมายว่าจะไปให้ถึง เลข 8” “และรับมอบหมายงานให้ทำเป็นการบ้าน

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างสุนทรียะแห่งตนในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โดยใช้โปรแกรมการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างสุนทรียะแห่งตน ดำเนินการสร้างอย่างถูกต้องตามเป้าหมาย สอดคล้องตามแนวคิด หลักการและทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ย่อมเป็นเครื่องมือที่เหมาะสม มีประโยชน์ต่อการเสริมสร้างสุนทรียะแห่งตนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ให้เพิ่มสูงขึ้นเป็นอย่างดี

สมมุติฐานข้อที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่ม มีสุนทรียะแห่งตนสูงกว่านักเรียนกลุ่มควบคุมที่ได้รับกิจกรรมการเรียนรู้ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้ เนื่องจากผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาโปรแกรมการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างสุนทรียะแห่งตนเพื่อเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยผ่านการศึกษาระเบียบวิธีการสร้างเครื่องมือการวิจัยศึกษา ค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยบทความวิชาการที่เกี่ยวข้อง บูรณาการ ประยุกต์ใช้เทคนิคต่าง ๆ ของทฤษฎีการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาต่าง ๆ ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบของการเสริมสร้างสุนทรียะแห่งตน เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเป็นไปตามกระบวนการและขั้นตอนที่ถูกต้อง ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนในการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม มีจำนวนสมาชิกกลุ่มที่เหมาะสม จึงช่วยให้สมาชิกจะมีโอกาสปฏิสัมพันธ์ได้อย่างทั่วถึง (Sariwat, 2017) ดำเนินการให้การปรึกษา ภายใต้บรรยากาศของกลุ่มที่มีความไว้วางใจ การยอมรับ ความเคารพ ความอบอุ่นใส่ใจ มีการสื่อสารสัมพันธ์และความเข้าใจต่อกัน ช่วยให้การดำเนินการให้การปรึกษาสัมฤทธิ์ผล (Trotzer, 1999) ส่งผลให้นักเรียนกลุ่มทดลอง ที่เข้ารับโปรแกรมการให้การปรึกษากลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีสุนทรียะแห่งตนเพิ่มสูงขึ้นกว่านักเรียนกลุ่มควบคุมที่ได้รับกิจกรรมการเรียนรู้ตามปกติ ผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ เช่น Khamin (2015) พบว่านักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้นที่เข้าร่วมโปรแกรมการเห็นคุณค่าในตนเอง มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเห็นคุณค่าในตนเอง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Senewong (2018) พบว่านักเรียนที่ได้รับการปรึกษากลุ่มทฤษฎีพฤติกรรมนิยมมีคะแนนความมีวินัยในตนเองสูงกว่านักเรียนกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chaiareelear (2015) พบว่าในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเอื้ออาทรสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Usavapetchakul et al. (2015) พบว่าพลังทางบวกของนักเรียนวัยรุ่นกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการหลังการทดลองและหลังการติดตามผลเพิ่มขึ้นมากกว่าพลังทางบวกของนักเรียนวัยรุ่นกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับผลการวิจัยกึ่งทดลองของ Chaiyasingh & Chaiyapan (2015) พบว่านักเรียนที่เข้าร่วมการให้การปรึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิต มีคะแนนทักษะชีวิตหลังจากการเข้าร่วมการให้การปรึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตสูงกว่านักเรียนที่ไม่ได้เข้ารับการให้คำปรึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ สถานศึกษา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาเป็นชุดกิจกรรม หลักสูตร หรือการฝึกอบรมสำหรับครูและบุคลากร เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ ถึงรูปแบบ วิธีการเสริมสร้างสุนทรียะแห่งตนแก่เด็กและเยาวชน ทั้งนี้โปรแกรมการให้การ

ปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการฯ นี้ หากมีการนำไปใช้กับนักเรียนกลุ่มอื่น ๆ ควรปรับประยุกต์ให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้รับบริการ นอกจากนี้แบบวัดสุนทรียะแห่งตนนั้น สามารถนำไปใช้ในการประเมินคัดกรองนักเรียน ควบคู่กับการใช้เครื่องมืออื่น ๆ ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมโดยครู ผู้ปกครอง หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อดูแลช่วยเหลือ ป้องกัน แก้ไขปัญหา และพัฒนาศักยภาพของเด็กและเยาวชน

สำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาผลของการให้การปรึกษากลุ่มเพื่อเสริมสร้างสุนทรียะแห่งตนในบุคคลกลุ่มอื่น ๆ หรือนำรูปแบบวิธีการและแนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการให้การปรึกษากลุ่มฯ รวมทั้งควรมีการศึกษาสุนทรียะแห่งตนของนักเรียนในระยะติดตามผล

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากอยู่ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) การวิจัยในครั้งนี้จึงมีข้อจำกัดในเรื่องของระยะเวลาในการให้การปรึกษา ทำให้การให้การปรึกษาแต่ละครั้งเว้นระยะได้เพียง 1-2 วัน และจัดกิจกรรมได้ในช่วงเวลาเย็นหลังเลิกเรียน รวมทั้งจำนวนขนาดตัวอย่างมีน้อย และได้ทดลองทำเพียงกลุ่มเดียว

เอกสารอ้างอิง (References)

- Chaiareelear, J. (2015). *The effects of empathic group counseling on altruism of grade 6 students* [Unpublished master's thesis]. Burapha University. (in Thai).
- Chaiyasingh, T., & Chaiyapan, G. (2015). The effect of group counseling to develop life skill of adolescent in Rajapranugroh 50 Khon Kaen

- province. *Journal of Education Khon Kaen University*, 38(1), 54-61. (in Thai).
- Chan, Y. K. (22 August 2016). *Why do you need to be thankful for yourself and how to do it?*. Nerdy Creator. <https://www.nerdycreator.com/blog/self-appreciation-meaning/>
- Corey, G. (2014). *Theory and practice of group counseling*. (9th ed.). Cengage Learning.
- Department of Mental Health. (2018). *Report of patients receiving psychiatric service*. <https://www.dmh.go.th/report/datacenter/hdc/reds.asp> (in Thai).
- Falco, L. D. (2011). Why Group? The Importance of Group Counseling in Schools. *School Counseling Research & Practice*, 3(2), 17-21.
- Harinpolsiti, B., Srisawat, P., & Voracharoensri, S. (2018). The enhancement of positive psychology capital of vocational students through rational emotive behavior group counseling. *Journal of Industrial Education, Faculty of Education, Srinakharinwirot University*. 12(1), 54-73. (in Thai).
- Kaewkangwan, S. (2006). *Developmental psychology of all ages*. (9th ed.). Thammasat University. (in Thai).
- Khamin, S. (2015). The effects of a self-esteem program of primary school students with attention-deficit/ hyperactive disorder in Kasetsart University Laboratory School Center for Educational Research and Development. *Kasetsart Educational Review*, 30(3), 1-15. (in Thai).
- Komkam, W., & Kaewchinda, M. (2015). The effects of rational emotive behavior group counseling on enhancement of emotional quotient of Prathomsuksa 6 students. *Journal of Technical Education Rajamangala University of Technology Thanyaburi*. 3(1), 122-142. (in Thai).
- Limsuwan, N., Piyawatkul, N., & Arunpongpaisal, S. (2007). Satir model. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 52(1), 1-7. (in Thai).
- Mingkwan, D. (2017). *Reality group counseling to enhance self-appreciation of elementary students* [Unpublished master's thesis]. Srinakharinwirot University. (in Thai).
- Nelson, N. C., & Calaba, J. L. (2003). *The power of appreciation: The key to a vibrant life*. Beyond Words Publishing, Inc.
- Robbins, M. (2007). *Focus on the good stuff: The power of appreciation*. Jossey-bass.
- Sariwat, L. (2017). *Theories and techniques of counseling*. O.S. Printing House. (in Thai).
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. Free Press.
- Senewong, W. (2018). *The effects of the behavioral group counseling on self-discipline of upper elementary students*

- [Unpublished master's thesis]. Burapha University. (in Thai).
- Srichaliaw, T., Jomhongbhibhat, B., & Gumjudpai, S. (2017). Life skills development for Prathomsuksa 4-6 students using participatory action research. *Journal of Graduate Studies Valaya Alongkorn Rajabhat University*, 11(2), 61-74. (in Thai).
- Suttineam, K. (2018). The development of positive psychological capital of teacher students through group counseling. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 32(1), 17-32. (in Thai).
- Trotzer, J. P. (1999). *The counselor and the group: Integrating theory, training, and practice*. (3rd ed.). Taylor & Francis Group.
- Uakingpet, D. (2020). *Needs assessment for life skills development guideline for primary school students at Vithidham School Sakon Nakhon Rajabhat University* [Unpublished master's Thesis]. Sakon Nakhon Rajabhat University. (in Thai).
- Usavapetchakul, J., Kirdpitak P., & Malakul Na Ayudhaya, P. (2015). The enhancement of positive strengths of adolescent students through integrative group counseling intervention. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 16(3), 79-86. (in Thai).



Thai Journal of Clinical Psychology

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

Original Article

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐาน สมรรถภาพสมอง การทำงานของสมอง ด้านการจัดการ สมรรถภาพทางกาย กับความกลัวการล้มของผู้สูงอายุในชุมชน The Relationship between Demographic Characteristics, Cognitive Function, Executive Functions, Physical Performance and Fear of Falling in Community-dwelling Older Adults

ฉัตรชญา สุตาลังกา^{1*}, วิลาวรรณ ไชยอูต¹, พลอยไพลิน นามกร¹, นรินทร์ เงินแย้ม²

¹ สาขาวิชากายภาพบำบัด สำนักวิชาการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

² ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Chatchada Sutalangka^{1*}, Wilawan Chaiut¹, Ploypailin Namkorn¹, Niran Ngernyam²

¹ Department of Physical Therapy, School of Integrative Medicine, Mae Fah Luang University

² Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Naresuan University

* Corresponding author: e-mail. Chatchada.sut@mfu.ac.th

Received: 30 November 2021 | Revised: 23 December 2021 | Accepted: 28 January 2022

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างข้อมูลพื้นฐาน สมรรถภาพสมอง การทำงานของสมองด้านการจัดการ สมรรถภาพทางกายกับความกลัวการล้มของผู้สูงอายุในชุมชน **วัสดุและวิธีการ** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง ผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย 150 คนเข้าร่วมการศึกษานี้ ความกลัวการล้มประเมินโดยใช้แบบประเมิน Fall Efficacy Scale International การทำงานของสมองด้านการจัดการประกอบด้วย ความยืดหยุ่นทางความคิดใช้แบบทดสอบ trail making การวางแผนใช้ clock drawing ความจำระดับใช้งานใช้ digit span ความคล่องแคล่วทางภาษาใช้ verbal fluency และการควบคุมยับยั้งซึ่งใจใช้ stroop test ส่วนสมรรถภาพทางกายทดสอบด้วย short physical performance battery วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย ไคสแควร์และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี **ผลการศึกษา** พบว่ามีเพียงความสามารถในการมองเห็นซึ่งเป็นตัวแปรหนึ่งในข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์เชิงทำนายต่อความกลัวการล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 8.13, p < .05$) โดยผู้สูงอายุในกลุ่มการมองเห็นผิดปกติและได้รับการแก้ไขมีความกลัวการล้มมากกว่าปกติ

1.95 เท่า (95% CI: 1.90-17.45) **สรุป** ความสามารถในการมองเห็นเป็นการประเมินที่สำคัญ ซึ่งอาจจะนำมาใช้เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันความกลัวการล้มในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ความกลัวการล้ม, สมรรถภาพสมอง, การทำงานของสมองด้านการจัดการ, สมรรถภาพทางกาย, ผู้สูงอายุ

Abstract

Objectives: To determine the relationship between demographic characteristics, cognitive function, executive functions, physical performance, and fear of falling in community-dwelling older adults. **Materials and methods:** The research method was a cross-sectional study. One-hundred and fifty older adults in Chiang Rai province participated in this study. Fear of falling (FoF) was assessed using Thai Fall Efficacy Scale International (FES-I). Executive function including mental flexibility that test by trail making test, planning that test by clock drawing test, working memory that test by digit span, verbal fluency that test by verbal fluency test, inhibit control that test by stroops test and physical performance by using short physical performance battery test (SPPB) were performed. Descriptive statistics, Chi-square test and Binary logistic regression are used to analyse data. **Results:** The result found that there is only visual function, a factor of demographic characteristics, that is significantly associated with fear of falling ($\chi^2 = 8.13, p < .05$). Elderly in vision impairment and corrected group had a 1.95 times greater fear of falling than normal group (95% CI: 1.90-17.45). **Conclusion:** Visual function is probably important tool to develop the preventing of fear of falling guideline in older adults.

Keywords: Fear of falling, Cognitive function, Executive functions, Physical performance, Older adults

บทนำ

การหกล้มในผู้สูงอายุนับเป็นปัญหาสำคัญและเป็นสาเหตุทำให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก (Liu & So, 2008) จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มหกล้มร้อยละ 28-35 ต่อปี และจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32-42 ต่อปี เมื่อก้าวสู่อายุ 70 ปีขึ้นไป การมี

อายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้มีอุบัติการณ์การหกล้มที่เพิ่มขึ้น (World Health Organization, 2007) ซึ่งผลกระทบของการหกล้มส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความมั่นใจในตนเองในการเคลื่อนไหวอย่างปลอดภัย มีความกลัวการหกล้มซ้ำ จากรายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวง

สาธารณสุข พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากการหกล้มในผู้สูงอายุสูงกว่าทุกกลุ่มอายุถึง 3 เท่า คาดการณ์ว่ามีผู้สูงอายุหกล้ม ปีละ 3,030,900-5,506,000 คน ซึ่งในจำนวนนี้จะมีผู้เสียชีวิตจำนวน 5,700-10,400 คน โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Bureau of Non Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2016) การศึกษาอุบัติการณ์ของความกลัวการหกล้ม (fear of falling) ของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าร้อยละ 50 มีความกลัวการหกล้ม โดยที่ประสบการณ์เคยหกล้มจะมีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chang et al., 2016) และยิ่งพบว่าความกลัวการหกล้มเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวลดลง หลีกเสี่ยงหรือจำกัดการทำกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ สมรรถภาพทางกายเสื่อมถอยลง ส่งผลให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อฝ่อลีบ เป็นสาเหตุให้การทรงตัวลดลง เกิดการหกล้ม เสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพ (Thaweewannakij et al., 2010) นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุแยกตัวไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ลดบทบาทในสังคม ส่งผลต่อปัญหาด้านจิตใจเพิ่มมากขึ้น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง เกิดภาวะซึมเศร้า (Hellstrom et al., 2009) และมีผลต่อคุณภาพชีวิตตามมาทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อม เป็นภาระของผู้ดูแล เกิดผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม (Babcock, 1990)

รายงานการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุพบว่าความกลัวการล้มมีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพสมองหรือความสามารถของกระบวนการรู้คิด (cognitive function) (Aree-Ue & Youngcharoen, 2020) ที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานของสมองด้านการจัดการ

(executive function) หรือทักษะที่จำเป็นในการทำกิจกรรมทางสมองที่มีเป้าหมาย โดยงานวิจัยครั้งนี้ศึกษาใน 5 ด้าน ได้แก่ การควบคุมยับยั้งชั่งใจ (inhibitory control) การวางแผน (planning) ความยืดหยุ่นทางความคิด (mental flexibility) ความจำระดับใช้งาน (working memory) และความคล่องแคล่วทางภาษา (verbal fluency) (Camila et al., 2015) กับความกลัวการล้มยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน (Geeske et al., 2019) และสมรรถนะทางกาย (physical performance) หรือความสามารถทางกาย ได้แก่ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ความเร็วในการเดิน และการทรงตัวลดลง (Kaewkaen, 2019; Hiroyuki et al., 2021) อาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน (Geeske et al., 2019)

การประเมินความกลัวการล้ม สมรรถนะสมอง การทำงานของสมองด้านการจัดการ สมรรถภาพทางกาย รวมถึงข้อมูลพื้นฐาน อาจช่วยเป็นแนวทางการประเมินสุขภาพที่เหมาะสมของผู้สูงอายุในชุมชนได้ แต่ในประเทศไทยยังไม่ค่อยมีรายงานการศึกษาที่ระบุไว้อย่างชัดเจนว่าความกลัวการหกล้มมีความสัมพันธ์กับข้อมูลพื้นฐาน สมรรถภาพสมอง การทำงานของสมองด้านการจัดการ และสมรรถภาพทางกาย ดังนั้นจึงเป็นที่มาของความสนใจในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยดังกล่าวที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการล้ม จึงนำมาวิจัยศึกษาในความสัมพันธ์เชิงทำนายเพื่อให้เกิดความชัดเจนในการนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเหมาะสม และเพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางการประเมิน และการป้องกันการหกล้มและความกลัวการล้มของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างข้อมูลพื้นฐาน สมรรถภาพสมอง การทำงานของสมองด้านการจัดการสมรรถภาพทางกาย กับความกลัวการล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

สมมติฐานการวิจัย

ข้อมูลพื้นฐาน สมรรถภาพสมอง การทำงานของสมองด้านการจัดการ และสมรรถภาพทางกายมีความสัมพันธ์เชิงทำนายกับความกลัวการล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

วัสดุและวิธีการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational design) ระหว่างสมรรถภาพสมอง สมรรถภาพทางกาย กับความกลัวการล้มของผู้สูงอายุในชุมชน โดยประชากรคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปอาศัยใน จ. เชียงราย กลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G-Power version 3.0.10 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 ขนาด effect size 0.26 และใช้อำนาจการทดสอบที่ 0.80 ซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัยของ Blackwood และคณะในปี 2016 (Blackwood et al., 2016) พบว่าต้องการอาสาสมัครจำนวน 150 คน

ก่อนเข้าร่วมการศึกษาอาสาสมัครผ่านเกณฑ์การคัดเลือกร่วมการศึกษาต้องเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ เกณฑ์การคัดเข้าและการคัดออกของผู้เข้าร่วมการศึกษา มีดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไป 2) สามารถเดินได้โดยใช้หรือไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน 3) มีภาวะทางการมองเห็นที่ปกติ หรือมีความผิดปกติด้านการมองเห็นและได้รับการแก้ไขแล้ว 4) สามารถสื่อสารและเข้าใจได้ 5) สามารถเข้าร่วมได้ตามเวลาที่กำหนดและสามารถอ่านออกและเขียนได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) หูหนวก 2) มีโรคระบบข้อและกระดูกกล้ามเนื้อของรยางค์ส่วนล่างในระยะกำเริบ 3) มีประวัติการผ่าตัดทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ 6 เดือนก่อนการทดสอบ 4) มีประวัติการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง สมองได้รับบาดเจ็บ และพาร์กินสัน 5) ตาบอดสี 6) มีการผิดรูปของเท้า 7) มีปัญหาด้านการรับรู้ความรู้สึก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะสมรส อาชีพ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การมองเห็น การได้ยิน การใช้เครื่องช่วยเดิน ประวัติการล้ม โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย

2. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination; TMSE) เป็นแบบทดสอบที่วัดสมรรถภาพสมองหรือความสามารถของกระบวนการรู้คิด (cognitive function) มีการทดสอบในด้านความรู้เวลาและที่อยู่ในปัจจุบัน ความจำ ความจดจ่อ การคิดเลข การอ่าน การเขียน ความสัมพันธ์ระหว่างตากับมือความเข้าใจ และการทำตามคำสั่ง มีการให้พูดซ้ำในสิ่งที่ได้ยินและมีการทดสอบความจำระยะสั้นโดยการให้ทวนของ 3 อย่างที่ให้จำไว้ก่อนหน้า ซึ่งเกณฑ์คะแนนจะแบ่งตามระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ โดยแบบประเมินมีค่าความจำเพาะ (specificity) อยู่ในช่วง 0.87-

0.99 และค่าความไว (sensitivity) อยู่ในช่วง 0.69-0.91 (Aree-Ue & Youngcharoen, 2020)

3. แบบทดสอบการทำงานของสมองด้านการจัดการ (Executive functions)

3.1 แบบประเมิน clock drawing test เป็นแบบทดสอบหนึ่งที่ใช้ในการประเมินการทำงานของสมองด้านการจัดการในด้านการวางแผน (planning) ทั้งนี้ยังสามารถวินิจฉัยแยกโรคภาวะสมองเสื่อมร่วมกับแบบทดสอบอื่น โดยใช้เวลาน้อยและไวต่อการทำนายในระดับที่น่าเชื่อถือ (Cahn & Salmon, 1996) โดยให้อาสาสมัครวาดรูปวงกลมลงในกระดาษ จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาเขียนตัวเลข 1-12 ลงในวงกลม (เป็นรูปนาฬิกา) แล้วให้วาดเข็มชี้ไปที่เลข 11.10 น. ค่า Specificity เท่ากับ 0.84 (Can et al., 2012) เกณฑ์การให้คะแนน คือ 1 คะแนนสำหรับการวาดวงกลม 1 คะแนนสำหรับการเรียงลำดับตัวเลขถูกต้อง 1 คะแนนสำหรับการกะระยะตำแหน่งตัวเลขที่ถูกต้อง 1 คะแนนสำหรับเข็มนาฬิกาจำนวน 2 เข็ม 1 คะแนนสำหรับการเขียนเวลาที่ถูกต้อง ถ้าคะแนนน้อยกว่า 4 คะแนน แปลผลว่ามีความบกพร่องของสมองด้านการจัดการ (Trongsakul et al., 2015)

3.2 แบบประเมิน digit span test เป็นแบบประเมินที่ใช้วัดสำหรับความจำระดับใช้งาน (Working memory) (Caramelli et al., 2007) การศึกษานี้ประเมิน digit span forward โดยผู้ทดสอบอ่านตัวเลขดัง ๆ ให้อาสาสมัครฟังด้วยอัตรา 1 ตัวเลขต่อวินาที อาสาสมัครต้องพูดซ้ำตัวเลขแบบเดียวกับที่ได้ยิน ระดับแรกเริ่มต้นจากการลอง 2 ครั้ง ตัวเลข 2 ตัว เช่น 2-9 และ 4-6 จำนวนตัวเลขจะยาวขึ้นเรื่อย ๆ การทดสอบจะสิ้นสุดลงเมื่อไม่สามารถพูดซ้ำได้ถูกต้อง (Skowronek et al., 2008) ค่า Reliability เท่ากับ 0.86 (Ramlall et al., 2014) ถ้าคะแนน

น้อยกว่า 10 คะแนน แปลผลว่ามีความบกพร่องในการทำงานของสมองด้านการจัดการ (Muangpaisan et al., 2010)

3.3 แบบประเมิน trail making test ใช้วัดการยืดหยุ่นทางความคิด (Mental flexibility) เป็นหลัก (Espinosa et al., 2009) โดยการศึกษาชุดประเมินจะประกอบไปด้วยตัวเลข 1-13 และตัวอักษร ก-ฉ โดยให้อาสาสมัครลากเส้นตัวเลขสลับกับตัวอักษรในภาษาไทย เช่น 1-ก-2-ข-3 ซึ่งจะมียูด้วยกัน 25 จุด โดยผู้วิจัยคอยสังเกตตลอด ถ้ามีการลากโยงผิดลำดับจะให้คำแนะนำและแก้ไขให้ถูกต้องทันที และให้ทำแบบทดสอบต่อจนสำเร็จ ทำการจับเวลาเป็นวินาทีโดยใช้นาฬิกาจับเวลา ค่า Reliability ของแบบประเมินส่วน A เท่ากับ 0.78 และ ส่วน B เท่ากับ 0.67 (Matarazzo et al., 1974) ถ้าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 92 วินาที แปลผลว่ามีความบกพร่องในการทำงานของสมองด้านการจัดการ (Chaisongkram, 1989)

3.4 แบบประเมิน stroop test ใช้วัดการควบคุมยับยั้งชั่งใจ (inhibit control) เป็นหลักโดยการศึกษานี้ใช้ส่วน color word ให้อาสาสมัครพูดชื่อสีที่ใช้เขียนเป็นคำว่า “เหลือง” “แดง” หรือ คำที่เป็นชื่อสีอื่น ๆ ตามแผ่นป้ายที่ให้ค่า Reliability ในส่วน color word เท่ากับ 0.71 (Jensen & Rohwer, 1966) ให้เวลาในการทำ 45 วินาที ถ้าคะแนนน้อยกว่า 31 คะแนน แปลผลว่ามีความบกพร่องการทำงานของสมองด้านการจัดการ (Yamkaew, 1988)

3.5 แบบประเมิน verbal fluency test ประเมินความสามารถในการสร้างและแสดงคำตามเกณฑ์ที่กำหนด อาศัยความคล่องแคล่วทางภาษาเป็นหลัก โดยผู้ทดสอบจะกำหนดหมวดหมู่เป็นชื่อสัตว์ จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาค้นชื่อสัตว์เท่าที่จะนึกได้ แล้วนับคำ

ทั้งหมดที่ได้ ไม่รวมค่าซ้ำจับเวลา 1 นาที ค่า Specificity เท่ากับ 0.90 (Sugarman & Axelrod, 2015) ถ้าคะแนนน้อยกว่า 17 คะแนน แปลผลว่ามีความบกพร่องการทำงานของสมองด้านการจัดการ (Muangpaisan et al., 2010)

4. แบบประเมิน short physical performance battery test (SPPB) แบบประเมิน SPPB ประเมินสมรรถภาพทางกายสุขภาพ (health related-fitness) ใน 3 หัวข้อ ได้แก่ ความแข็งแรง ความเร็ว และการทรงตัวประกอบด้วย 3 กิจกรรมคือ 1) การทดสอบการทรงตัว ได้แก่ การยืนเท้าชิด (side-by-side) การยืนต่อเท้าแบบเฉียง (semi-tandem) และการยืนต่อเท้า (tandem stance) สถานการณ์ละ 10 วินาที 2) การทดสอบความเร็วในการเดิน 3 เมตรหรือ 4 เมตร และ 3) การทดสอบการลุกนั่ง 5 ครั้ง โดยแต่ละการทดสอบจะมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นระดับคะแนน 0-4 คะแนน มีคะแนนรวมสูงสุด 12 คะแนนและคะแนนรวมต่ำสุด 0 คะแนนซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีคะแนนสูงสะท้อนถึงมีระดับความสามารถทางกายที่สูง ส่วนผู้สูงอายุที่มีคะแนนต่ำนั้นจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดความทุพพลภาพในอนาคต (Gawel et al., 2012) ถ้าคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน ถือว่ามีความบกพร่องในการเคลื่อนไหว จากการศึกษาในผู้สูงอายุพบว่าความน่าเชื่อถือถึงความเที่ยงตรงและการตอบสนองของแบบทดสอบนี้อยู่ในระดับดีเยี่ยม (Treacy & Hassett, 2018)

5. แบบประเมิน Thai falls efficacy scale-international: FES-I ประเมินอาการกลัวการล้ม มีคำถาม 16 ข้อ แปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยโดยลัดดา เกียมวงศ์ มีค่าความเชื่อมั่นชนิดสอดคล้องภายในทั้งฉบับ 0.95 เครื่องมือนี้มีความสอดคล้องภายในและความตรงเชิงโครงสร้างที่ดีและยอมรับได้ (Thiamwong, 2011)

ซึ่งแบ่งข้อคำถามเป็น 3 องค์ประกอบ ตามกลุ่มของกิจกรรมและความยากง่ายของกิจกรรม โดยจะมีกิจกรรมประจำวันที่ยาก ไม่ซับซ้อน เช่น ทำความสะอาดบ้าน สวมหรือถอดเสื้อผ้า หุงข้าว อาบน้ำ เป็นต้น กิจกรรมที่ยากขึ้น ได้แก่ ขึ้นลงบันได เดินบนพื้นไม่เรียบ และกิจกรรมทางสังคมได้แก่ ไปเยี่ยมญาติ ไปที่มีคนแออัด เป็นต้น โดยอาสาสมัครให้คะแนนระดับความกลัวดังนี้ ระดับ 1 คือไม่มีความกลัวใด ๆ และระดับ 4 คือกลัวมากที่สุด ค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 23 ถือว่ามีความกลัวที่จะหกล้ม (Wechsler, 1997)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล งานวิจัยได้รับอนุมัติกระบวนการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เลขที่ REH-60110

ผู้วิจัยคัดกรองผู้เข้าร่วมการศึกษาด้วยเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก หลังจากนั้นอาสาสมัครต้องลงชื่อยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยและทำแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว โดยข้อมูลนั้นถูกเก็บไว้เป็นความลับ ก่อนทำการประเมิน ผู้ประเมินจะอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับแบบประเมินทั้งหมดโดยละเอียด โดยเริ่มจากการทดสอบสมรรถภาพสมอง ความกลัวการล้มแบบประเมินการทำงาน of สมองด้านการจัดการ ประกอบด้วยแบบประเมิน digit span test, clock drawing test, trail making test-B, verbal fluency และ Stroop test ตามลำดับโดยอยู่ภายใต้การให้คำแนะนำของนักจิตวิทยาทางคลินิกที่มีประสบการณ์การใช้แบบประเมินในการทำแบบประเมินสมรรถภาพสมองแต่ละแบบประเมินมีช่วงพัก 30-45 วินาที (Patel et al., 2014) ตามด้วยประเมินสมรรถภาพทางกาย ประกอบด้วยการทดสอบการทรงตัว

ได้แก่ การยืนเท้าชิด (side-by-side) การยืนต่อเท้าแบบเฉียง (semi-tandem) และการยืนต่อเท้า (tandem stance) การทดสอบความเร็วในการเดิน 3 เมตร หรือ 4 เมตร และการทดสอบการลุกนั่ง 5 ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการศึกษาวิเคราะห์โดยใช้ descriptive statistic แสดงผลเป็นความถี่และร้อยละ ส่วนการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่ละตัวแปร (univariate analysis) โดยตัวแปรอิสระที่นำมาวิเคราะห์มี 15 ตัว ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ค่าดัชนีมวลกาย อาชีพ โรคประจำตัว การมองเห็น การได้ยิน การใช้เครื่องช่วยเดิน การดื่มสุรา การออกกำลังกาย ประวัติการเคยหกล้มในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา สมรรถภาพทางกาย และการทำงานของสมองด้านการจัดการ ใช้สถิติ Chi-square test ซึ่งในกรณีที่ค่าคาดหวัง (expected value) ของแต่ละเซลล์น้อยกว่า 5 หรือค่าคาดหวังไม่เกินร้อยละ 20 ใช้สถิติ Fisher's exact test และวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายการกลัวล้มในผู้สูงอายุ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (binary logistic regression analysis) วิธี enter นำเสนอค่าด้วย odds ratio (OR) และความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS version 20

ผลการศึกษา

อาสาสมัครผู้สูงอายุไทย อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในชุมชน อ.เมือง จ.เชียงราย จำนวน 150 คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุที่กลัวการล้ม 81 คน (54%) และไม่กลัวการล้ม 69 คน (46%) จากข้อมูลพื้นฐานพบว่าผู้สูงอายุ อายุอยู่ในช่วง 60-

69 ปี (53.6%) เพศหญิง (54.5%) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (52.1%) สถานภาพหม้าย (51.1%) อาชีพแม่บ้าน (58.3%) ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (54.5%) ไม่ออกกำลังกาย (54.1%) การมองเห็นผิดปกติและได้รับการแก้ไข (70.8%) การได้ยินปกติ (52.6%) ไม่ใช้เครื่องช่วยเดิน (52.1%) มีประวัติการล้มในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (59.5%) มีโรคประจำตัว (52.2%) ดัชนีมวลกายปกติ (59.2%) สมรรถนะสมองบกพร่อง (64.3%)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการล้ม พบว่า การมองเห็นมีความสัมพันธ์เชิงทำนายกับความกลัวการล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 8.126, p < 0.05$) และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มการมองเห็นผิดปกติและได้รับการแก้ไข มีความกลัวการล้มมากกว่ากลุ่มปกติ 1.95 เท่า (95% CI: 1.90-17.45) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ การทดสอบความสัมพันธ์ และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบไบนารีของตัวแปรที่ศึกษากับความกลัวการล้มในอาสาสมัครผู้สูงอายุไทย (n = 150)

ตัวแปร	กลุ่มกลัวการล้ม (n = 81)		กลุ่มไม่กลัวการล้ม (n = 69)		χ^2	p-value	OR (Crude)	95% CI of OR
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
เพศ								
หญิง	66	54.5	55	45.5	0.075	0.78	1.00	
ชาย	15	51.7	14	48.3			0.89	0.39 to 2.01
อายุ (ปี)								
60-69	67	53.6	58	46.4	1.37 ^a	0.51	1.00	
70-79	10	50.0	10	50.0			0.88	0.30 to 2.54
80-89	4	80.0	1	20.0			0.36	0.03 to 4.41
การศึกษา								
ได้รับการศึกษา	73	52.1	67	47.9	3.15 ^a	0.10	1.00	
ไม่ได้รับการศึกษา	8	80.0	2	20.0			3.67	0.75 to 17.90
สถานภาพสมรส								
โสด	1	100	0	0	2.67 ^a	0.67	1.00	
สมรส	7	63.6	4	36.4			2.94	0.23 to 37.76
หม้าย	50	51.5	47	48.5			4.23	0.44 to 40.18
หย่า/แยกกันอยู่	4	80.0	1	20.0			0.39	0.39 to 40.06
อาชีพ								
ไม่ได้ทำงาน	15	50.0	15	50.0	0.86	0.92	1.00	
งานแม่บ้าน	21	58.3	15	41.7			1.39	0.26 to 7.22
เกษตรกร	37	55.2	30	44.8			0.78	0.16 to 3.65
ธุรกิจส่วนตัว	3	50.0	3	50.0			0.84	0.18 to 3.85
ข้าราชการเกษียณ	5	45.5	6	54.5			1.42	0.15 to 13.45
การดื่มแอลกอฮอล์								
ไม่ดื่ม	60	54.5	50	45.5	0.04	0.82	1.00	
ดื่ม	21	52.5	19	47.5			0.92	0.44 to 1.90
การออกกำลังกาย								
ไม่ออกกำลังกาย	73	54.1	62	45.9	0.003	0.95	1.00	
ออกกำลังกาย	8	53.3	7	46.7			0.97	0.33 to 2.82
การมองเห็น								
ปกติ	48	47.1	54	52.9	8.126	0.017*	1.00	
ผิดปกติและได้รับ	34	70.8	14	29.2			1.95 *	1.90 to 17.45
การแก้ไข								
การได้ยิน								
ปกติ	72	52.6	65	47.4	1.32	0.24	1.00	
ผิดปกติและได้รับ	9	69.2	4	30.8			0.49	0.14 to 1.67
การแก้ไข								

ตัวแปร	กลุ่มกลัวการล้ล		กลุ่มไม่กลัวการล้ล		χ^2	p-value	OR (Crude)	95% CI of OR
	(n = 81)		(n = 69)					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
เครื่องช่วยเดิน								
ไม่ใช้	49	52.1	45	47.9	0.35	0.55	1.00	
ใช้	32	57.1	24	42.9			0.81	0.41 to 1.59
ประวัติการหกล้ม (12 เดือนที่ผ่านมา)								
ไม่เคย	59	52.2	54	47.8	0.58	0.44	1.00	
เคย	22	59.5	15	40.5			0.74	0.35 to 1.58
โรคประจำตัว								
ไม่มี	33	56.9	25	43.1	0.31	0.57	1.00	
มี	48	52.2	44	47.8			1.21	0.62 to 2.34
ดัชนีมวลกาย								
สมส่วน	45	59.2	31	40.8	2.77 ^a	0.43	1.00	
ต่ำกว่าเกณฑ์	4	50.0	4	50.0			0.53	0.09 to 3.11
น้ำหนักเกิน	23	45.1	28	54.9			1.04	0.17 to 6.19
โรคอ้วน	9	60.0	6	40.0			0.70	0.10 to 5.00
สมรรถภาพสมอง								
ปกติ	63	51.6	59	48.4	1.46	0.22	1.00	
บกพร่อง	18	64.3	10	35.7			1.68	0.72 to 3.94
สมรรถภาพทางกาย								
ปกติ	38	52.8	34	47.2	0.08	0.77	1.00	
บกพร่อง	43	55.1	35	44.9			1.09	0.57 to 2.09
การควบคุมยั้งชั่งใจ								
ปกติ	9	69.2	4	30.8	1.32	0.24	1.00	
บกพร่อง	72	52.6	65	47.4			0.49	0.14 to 1.67
การวางแผน								
ปกติ	34	50.0	34	50.0	0.80	0.37	1.00	
บกพร่อง	47	57.3	35	42.7			1.34	0.70 to 2.58
ความจำเป็นต้บใช้งาน								
ปกติ	51	49.5	52	50.5	2.66	0.10	1.00	
บกพร่อง	30	63.8	17	36.2			1.79	0.88 to 3.65
ความยืดหยุ่นทางความคิด								
ปกติ	9	64.3	5	35.7	0.65	0.41	1.00	
บกพร่อง	72	52.9	64	47.1			0.62	0.19 to 1.96
ความคล่องแคล่วทางภาษา								
ปกติ	29	48.3	31	51.7	1.29	0.25	1.00	
บกพร่อง	52	57.8	38	42.2			1.46	0.75 to 2.81

*p < 0.05, ^a Fisher's Exact test

การอภิปรายผลการศึกษา

จากข้อมูลพื้นฐานในการศึกษานี้พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนที่กลัวการล้ม (54%) และไม่กลัวการล้ม (46%) โดยผู้สูงอายุที่มองเห็นบกพร่องและได้รับการแก้ไขในกลุ่มกลัวการล้ม (70.2%) มีร้อยละสูงกว่ากลุ่มที่ไม่กลัวการล้ม (29.8%) และความสามารถในการมองเห็นมีความสัมพันธ์เชิงทำนายต่อความกลัวการล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 8.13, p < .05$) โดยผู้สูงอายุในกลุ่มการมองเห็นผิดปกติและได้รับการแก้ไขมีความกลัวการล้มมากกว่าปกติ 1.95 เท่า (95% CI: 1.90-17.45) ซึ่งจากการศึกษาก่อนหน้าพบว่า การมองเห็นที่ลดลงตามอายุ อาจส่งผลต่อการพัฒนาให้เกิดความกลัวการหกล้มและการเคลื่อนไหวที่ลดลง ซึ่งสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการหกล้มที่เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ (Szu et al., 2020) นอกจากนี้มีรายงานการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะต้อหิน (glaucoma) มีความสัมพันธ์กับความกลัวการล้มที่เพิ่มขึ้น (Kenya et al., 2020) แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ผู้สูงอายุในชุมชนที่มองเห็นบกพร่องและได้รับการแก้ไข โดยได้รับการแก้ไข เช่น การสวมแว่นตา หรือได้รับการผ่าตัดต้อกระจก เป็นต้น จะเห็นได้ว่าแม้ว่าผู้สูงอายุจะได้รับการแก้ไขในการมองเห็น แต่ก็ยังมีความไม่มั่นใจหรือความกลัวในการทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างปลอดภัย ดังนั้นการประเมินการมองเห็นด้วยแผ่นป้ายสเนลเลน (snellen chart) หรือการวัดระดับสายตา (visual acuity) ควรประเมินผู้สูงอายุในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ และมีการติดตามแม้ว่าผู้สูงอายุจะได้รับการแก้ไขปัญหาการมองเห็นแล้ว

ความกลัวการล้มเป็นผลสืบเนื่องมาจากการล้ม แต่สามารถเกิดได้กับคนที่ไม่เคยล้มมากกว่า 60% ในผู้สูงอายุช่วงอายุ 60-79 ปี ซึ่ง

จะเห็นได้ว่าการศึกษานี้ผู้สูงอายุที่มีประวัติการล้มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความกลัวการล้ม สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าจำนวนครั้งของการล้มไม่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการล้ม โดยความกลัวการล้มสามารถเกิดได้ในผู้สูงอายุที่ไม่มีประวัติการล้ม (Lee et al., 2017) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าในผู้สูงอายุในชุมชนประเทศไทยพบว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้น และประวัติการล้มเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความกลัวการล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Thiamwong & Suwanno, 2017) นอกจากนี้จากผลการศึกษา นี้อย่างพบว่ามีโรคประจำตัว และการใช้เครื่องช่วยเดิน ไม่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการล้ม ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีแนวโน้มการล้มเป็น 2 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว ภาวะสุขภาพที่แย่งทำให้เกิดความกลัว อ่อนแรง และสูญเสียความมั่นใจ นำไปสู่การทำกิจกรรมลดลง แยกตัวออกจากสังคม และเป็นปัจจัยทำให้กลัวการล้ม (Chang et al., 2016; Birhanie et al., 2021) ส่วนผู้สูงอายุที่มีการใช้เครื่องช่วยเดินขณะเดินพบว่ามีความกลัวการล้ม 13.8 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่ใช้เครื่องช่วยเดิน เป็นผลทำให้ขาดความมั่นใจในสถานการณ์สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ เช่น การก้าวข้ามสิ่งกีดขวาง จึงนำไปสู่การทรงตัวลดลง (Kumar et al., 2014; Saleh et al., 2018) ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมตัวแปรอื่นที่สัมพันธ์กับความกลัวการล้มเพิ่มเติม

ผลการศึกษานี้ผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองและการทำงานของสมองด้านการจัดการ ไม่สัมพันธ์กับความกลัวการล้ม ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มี

ความบกพร่องทางการรู้คิด มีแนวโน้มการล้มสูงขึ้น ซึ่งมีข้อพิจารณาถึงความเป็นไปได้จากการสังเกตพฤติกรรมการทำแบบทดสอบ trail making test และ stroop test ของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าการอธิบายให้ผู้สูงอายุเข้าใจในการทำแบบทดสอบค่อนข้างใช้เวลานาน อาจเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา และอาจจะมีข้อจำกัดทางภาษาในการท่องเที่ยวชุมชน ก-ฅ ในแบบทดสอบ trail making test เข้ามาเกี่ยวข้อง นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่าความจำระดับการใช้งานไม่มีความสัมพันธ์กับความกล้วการล้ม ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวว่าเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น การจดจ่อ (attention) และความจำ (memory) เป็นสองด้านที่ได้รับผลกระทบ และความสามารถทางการรู้คิดที่แยลง การจดจ่อและกระบวนการรับข้อมูล (information processing) สามารถใช้พยากรณ์การเริ่มมีอาการความกล้วการล้มได้ (Uemura et al., 2015) นอกจากนี้ยังมีหลักฐานทางคลินิกที่ชี้ให้เห็นว่าการบกพร่องของทำงานของสมองด้านการจัดการมีความเสี่ยงเฉพาะอย่างยิ่งกับการล้ม เนื่องมาจากความบกพร่องของการวางแผนการตัดสินใจ ความเข้าใจ และอารมณ์หุ่นหันพลันแล่น (Australian Commission on Safety and Quality on Health Care, 2008) การศึกษาของ Peeters และคณะ ปี 2018 พบว่าความกล้วการล้มสามารถใช้เป็นตัวชี้วัดในการดูความสามารถด้านการรู้คิดที่ลดลงในผู้สูงอายุ และสัมพันธ์กับการทำงานของสมองด้านการจัดการด้วย (Peeters et al., 2018) ในส่วนของสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุในการศึกษานี้ไม่มีความสัมพันธ์กับความกล้วการล้ม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าความกล้วการล้มไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถทางกาย อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุมีแนวโน้มเป็นผู้สูงอายุ

สุขภาพดี ไม่ได้มีภาวะเปราะบาง (Tomonori, 2017) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวว่าผู้สูงอายุที่กล้วการล้ม จะมีความไม่มั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ส่งผลให้จำกัดการทำกิจวัตรประจำวันและมีกิจกรรมทางกายลดลง ทำให้สมรรถภาพทางกายลดลงในด้านความเร็วในการเดิน การทรงตัว และความแข็งแรงของขา (Guilherme et al., 2019; Park et al., 2014)

การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างข้อมูลพื้นฐาน สมรรถภาพสมอง การทำงานของสมองด้านการจัดการ สมรรถภาพทางกายกับความกล้วการล้มของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าผู้สูงอายุที่มองเห็นบกพร่องและได้รับการแก้ไขมีความสัมพันธ์เชิงทำนายกับความกล้วการล้ม ดังนั้นความสามารถในการมองเห็นเป็นการประเมินที่สำคัญ ควรประเมินผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ และมีการติดตามแม้ว่าผู้สูงอายุจะได้รับการแก้ไขแล้ว ซึ่งอาจใช้เป็นแนวทางในการป้องกันความกล้วการล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

สรุปผลการศึกษา

ความสามารถในการมองเห็นเป็นการประเมินที่สำคัญ ซึ่งอาจจะนำมาใช้เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันความกล้วการล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งถัดไป

1. แม้การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ อย่างไรก็ตามในบางกลุ่มอายุ และเพศ ยังมีการกระจายของข้อมูลน้อย ซึ่งอาจทำให้ระดับความสัมพันธ์ไม่ชัดเจน ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มการ

กระจายขนาดกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

2. จากการสังเกตพฤติกรรมกรรมการทำแบบทดสอบ trail making test พบว่าการอธิบายให้ผู้สูงอายุเข้าใจในการทำแบบทดสอบค่อนข้างใช้เวลานาน อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุในชุมชนมีข้อจำกัดทางภาษาในการทอ้งพญัญชนะ ก-ฌ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปอาจพิจารณาแบบประเมินความยืดหยุ่นทางความคิดแบบอื่นที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากทุนอุดหนุนโครงการวิจัย มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง และขอขอบพระคุณ อ.กฤษณะ แก้วแก่น และนักศึกษากายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ผู้อำนวยการ เจ้าหน้าที่ รพ.สต.แม่ข้าวต้ม อสม. และผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง (References)

- Aree-Ue, S., & Youngcharoen, P. (2020). The 6-item cognitive function test-Thai version: Psychometric property testing. *Ramathibodi Nursing Journal*, 26, 189-202. (in Thai).
- Australian Commission on Safety and Quality on Health Care (ACSQHC). (2008). *Preventing falls and harm from falls in older people: Best practice guidelines for Australian hospitals and residential aged care facilities*. Commonwealth of Australia.
- Babcock, A. (1990). Brain ageing in the new millennium. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 788-805.
- Birhanie, G., Melese, H., Solomon, G., Fissaha, B., & Tefer, M. (2021). Fear of falling and associated factors among older people living in Bahir Dar City, Amhara, Ethiopia- A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 21 (586), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02534-x>.
- Blackwood, J., Shubert, T., Forgarty, K., & Chase, C. (2016). Relationship between performance on assessment of executive function and fall risk screening measures in community-dwelling older adults. *Journal of GERIATRIC Physical Therapy*, 32(2), 89-96.
- Bureau of Non-Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2016, September 14). *Forecast of falls in the elderly (aged 60 years and over) in Thailand, 2017-2021*. Retrieved December 20, 2021, from <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=12095&tid=39&gid=1-027> (in Thai).
- Cahn, D. A., & Salmon, D. P. (1996). Screening for dementia of the Alzheimer's type in the community: The utility of the clock drawing test. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 11, 529-39.
- Camila, A. F., Heloisa, V. D. S., & Helenice, C. F. (2015). The most frequently used

- tests for assessing executive functions in aging. *Dement Neuropsychol*, 9(2), 149-155.
- Can, S. S., Gencay-Can, A., & Gunendi, Z. (2012). Validity and reliability of the clock drawing test as a screening tool for cognitive impairment in patients with fibromyalgia. *Comprehensive Psychiatry*, 53(1), 81-86.
- Caramelli, P., Carthery, M. T., Porto, S. P., Charchat-Fichman, H., & Nitrini, R. (2007). Category fluency as a screening test for Alzheimer disease in illiterate and literate patients. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 21, 65-67.
- Chang, H. T., Chen, H. C., & Chou, P. (2016). Factors associated with fear of falling among community-dwelling older adults in the Shih-Pai study in Taiwan. *PLoS One*, 11, e0150612. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150612>
- Chaisongkram, J. (1989). *A comparison of test results between brain - lesioned patients and normal subjects using the trail making test and the aphasia screening test* [Unpublished master's thesis]. Mahidol University.
- Espinosa, A., Alegret, M., Boada, M., Vinyes, G., Valero, S., Lage, P. M., Casanova, J. P., Becker, J. T., Wilson, B. A., & Tarraga, L. (2009). Ecological assessment of executive functions in mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15, 751-757.
- Gawel, J., Vengrow, D., Collins, J., Brown, S., Buchanan, A., & Cook, C. (2012). The short physical performance battery as a predictor for long term disability or institutionalization in the community dwelling population aged 65 years old or older. *Physical Therapy Reviews*, 17(1), 37-44.
- Geeske, P., Joanne, F., Daniel, C., Sean, K., & Rose, A. K. (2019). Fear of falling: A manifestation of executive dysfunction?, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(8), 1275-1282.
- Guilherme, A., Santos, B., Flavia, M. G., Darlan, M. R., Anabela, C. M., Thiago, V. L., & Ruth, L. M. (2019). Fear of falling contributing to cautious gait pattern in women exposed to a fictional disturbing factor: a non-randomized clinical trial. *Front Neurol.*, 26(10), 283. <https://doi.org/10.3389/fneur.2019.00283>.
- Hellstrom, K., Vahlberg, B., Urell, C., & Emtner, M. (2009). Fear of falling, fall-related self-efficacy, anxiety, and depression in individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *Clinical Rehabilitation*, 23, 1136-1144.
- Hiroyuki, U., Kazuki U., Taeko M., Takahiro H., Xian, W. C., & Masafumi, K. (2021). Association of fear of falling

- with cognitive function and physical activity in older community-dwelling adults. *European Geriatric Medicine*, 12, 99-106.
- Jensen, A. R., & Rohwer, W. D. (1966). The stroop color-word test: A review. *Acta Psychologica*, 25, 36-93.
- Kaewkaen, K. (2019). Assessment of physical performance in elderly with short physical performance battery test. *J Med Health Sci*, 26(2), 96-111. (in Thai).
- Kenya, Y., Ryo, A., Takeshi, O., Sachiko, A. T., Hiroshi, M., & Kazuo, T. (2020). Evaluation of fear of falling in patients with primary open-angle glaucoma and the importance of inferior visual field damage. *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 61(3), 52. <https://doi.org/10.1167/iops.61.3.52>
- Kumar, A., Carpenter, H., Morris, R, Iliffe, S., & Kendrick, D. (2014). Which factors are associated with fear of falling in community-dwelling older people? *Age Ageing*, 43(1), 76-84.
- Lee, J., Choi, M., & Kim, C. O. (2017). Falls, a fear of falling related factors in older adults with complex chronic disease. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 4964-4972.
- Liu, M., & So, H. (2008). Effects of Tai Chi exercise program on physical fitness, fall related perception and health status in institutionalized elders. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 38(4), 620-628.
- Matarazzo, J., Weins A., & Goldstein, S. (1974). Psychometric and clinical test-retest reliability of the halstead impairment index in a sample of healthy, young, normal men. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 158(1), 37-49.
- Muangpaisan, W., Intalapaporn, S., & Assantachai, P. (2010). Digit span and verbal fluency tests in patients with mild cognitive impairment and normal subjects in Thai-community. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 93(2), 224-230.
- Park, J. H., Cho, H., Shin, J. H., Kim, T., Park, S. B., Choi, B. Y., & Kim, M. J. (2014). Relationship among fear of falling, physical performance, and physical characteristics of the rural elderly. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 93, 379-386.
- Patel, P., Lamar, M., & Bhatt, T. (2014). Effect of type of cognitive task and walking speed on cognitive-motor interference during dual-task walking. *Neuroscience*, 260, 140-148.
- Peeters, G., Leahy, S., Kennelly, S., & Kenny, R. A. (2018). Is fear of falling associated with decline in global cognitive functioning in older adults: Findings from the Irish longitudinal study on ageing. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19, 248-254.

- Ramlall, S., Chipps, J., Bhigjee, A. I., & Pillay, B. J. (2014). Sensitivity and specificity of neuropsychological tests for dementia and mild cognitive impairment in a sample of residential elderly in South Africa. *South African Journal of Psychiatry, 20*(4), 153-159.
- Saleh, N. M. H., Ibrahim, H. S., Mohamed, H. N. A. E., & Gilanyet, A. H. E. (2018). Predictors of fear of falling among community dwelling older adults in Mansoura City, Egypt. *International journal of Nursing Didactics, 8*(08), 63-71.
- Skowronek, J. S., Leichtman, M. D., & Pillemer, D. B. (2008). Long-term episodic memory in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Learning Disabilities Research & Practice, 23*, 25-35.
- Sugarman, M. A., & Axelrod, B. N. (2015). Embedded measure of performance validity using verbal fluency tests in a clinical sample. *Applied Neuropsychology, 22*(2), 141-146.
- Szu, P. L., Ya, W. H., Lauren, A., Talia, D., & Christian, J. (2020). Fear of falling avoidance behavior affects the inter-relationship between vision impairment and diminished mobility in community-dwelling older adults. *Physiotherapy Theory and Practice, 38*(5), 686-694 <https://doi.org/10.1080/09593985.2020.1780656>
- Thaweewannakij, T., Amatachaya, S., Peungsuwan, P., & Mato, L. (2010). Balance, fall and quality of life in active and inactive elderly. *Journal of Medical Technology and Physical Therapy, 22*, 271-279. (in Thai).
- Thiamwong, L. (2011). Psychometric testing of the falls efficacy scale-international (FES-I) in Thai older adults. *Songklanagarind Medical Journal, 29*(6), 277-287. (in Thai).
- Thiamwong, L., & Suwanno, J. (2017). Fear of falling and related factors in a community-based study of people 60 years and older in Thailand. *International Journal of Gerontology, 11*(2), 80-84.
- Tomonori, N. (2017). Relationship between fear of falling, physical activity, and health-related quality of life in elderly daycare service users. *Asian Journal of Occupational Therapy, 13*, 41- 46.
- Treacy, D., & Hassett, L. (2018) The short physical performance battery. *Journal of Physiotherapy, 64*(1), 61. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2017.04.002>.
- Trongsakul, S., Lambert, R., Clark, A., Wongpakaran, N., & Cross, J. (2015). Development of the Thai version of mini-cog, a brief cognitive screening test. *Geriatr Gerontol Int, 15*(5), 594-600.
- Uemura, K., Shimada, H., Makizako, H., Doi, T., Tsutsumimoto, K., Lee, S., Umegaki,

- H., Kuzuya, M., & Suzuki, T. (2015). Effects of mild cognitive impairment on the development of fear of falling in older adults: A prospective cohort study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16, 1104.E9-1104.E13. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.09.014>.
- Wechsler, D. A. (1997). *Wechsler adult intelligence scale*. (3rd ed.). The Psychological Corporation.
- World Health Organization. (2007). *WHO global report on falls prevention in older age*. World Health Organization.
- Yamkaew, V., (1988). *A comparison of test results between organic brain lesion and non-organic brain lesion patients using the stroop color and word test* [Unpublished master's thesis]. Mahidol University.



Thai Journal of Clinical Psychology

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

Original Article

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของ
ผู้ป่วยในโรงพยาบาลตรัง

Factors Influencing Post Stroke Depression of Stroke Patients in Trang Hospital

นุชกร จันทร์เปล่ง^{1*}

¹ นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตรัง

Nucharkorn Janpang^{1*}

¹ Clinical Psychologist, Professional Level. Department of Psychiatry and Drug Dependence, Trang Hospital

* Corresponding author: e-mail. dewnaka@hotmail.com

Received: 23 December 2021 | Revised: 25 January 2022 | Accepted: 9 February 2022

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Post Stroke Depression: PSD) และศึกษาปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ PSD ของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลตรัง **วัสดุและวิธีการ** เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลตรัง จำนวน 162 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสุขภาพแบบวัดความสามารถในการดำเนินชีวิต (Barthel Activities of Daily Livings: ADL) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory II: BDI-II) ฉบับภาษาไทย สถิติที่ใช้ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติก **ผลการศึกษา** กลุ่มตัวอย่างมี PSD อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 21.91$, S.D. = 2.16) มีคะแนน BDI-II อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 47.6 และกลุ่มเสี่ยงต่อ PSD ร้อยละ 52.4 โดยมีปัจจัยเสี่ยงต่อ PSD คือผู้ป่วยอายุ > 50 ปี โสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ รายได้ < 10,000 บาท ADLในระดับกลุ่มติดบ้าน และปัจจัยป้องกัน PSD คือ การศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไป ระยะเวลาเจ็บป่วย ≤ 1 ปี การไม่มีโรคร่วม การมีโรคร่วม 1-2 โรค การได้รับยาทางจิตเวช 1 ตัวขึ้นไป และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยร่วมกันพยากรณ์ PSD ร้อยละ 63.5 **สรุป** ภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง มีปัจจัยเสี่ยงมาจากอายุมากกว่า 50 ปี อยู่เดี่ยว รายได้ต่ำกว่าหนึ่งหมื่น ADL ในระดับกลุ่มติดบ้าน และปัจจัย

ป้องกันคือ การศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไป ระยะเวลาป่วยไม่เกิน 1 ปี ไม่มีโรคร่วม มี 1-2 โรคร่วม ได้รับยาจิตเวช 1 ตัวขึ้นไป และได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง, แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (BDI-II)

Abstract

Objectives: To study post stroke depression of stroke patients in Trang Hospital and study the predictability of post-stroke depression in stroke patients at Trang Hospital based on personal and health factors. **Materials and methods:** This is a descriptive research. The sample was 162 stroke patients in Trang Hospital. The questionnaires were including personal and health factors, Barthel Activities of Daily Livings (ADL) and Beck Depression Inventory II (BDI-II) Thai version. The statistics for analyzed data were including frequency, percentage, mean, standard deviation, chi-square test and logistic regression analysis. **Results:** Samples had Moderate level of PSD ($\bar{X} = 21.91$, S.D. = 2.16), consider by BDI-II criteria found that normal group is 47.6 percent, and PSD risk group is 52.4 percent. PSD risk factors included age > 50, single/widow/divorced/separated, monthly income < 10,000 Baht and some self-sufficient level ADL and PSD prevent factors included diploma and higher of education, ≤ 1 years of illness, non-comorbidity, 1-2 comorbidities, one and more psychiatric medicines, and family support by predictive coefficient 63.5 percentage. **Conclusion:** Post stroke depression was at moderate level, with risk factors were more than 50 years old, being alone, income less than 10,000 baht, and some self-sufficient level ADL, and prevent factors were diploma and higher of education, less than or equal to 1 years of illness, non-comorbidity, 1-2 comorbidities, one and more psychiatric medicines, and family support.

Keywords: Post Stroke Depression-PSD, Beck Depression Inventory II (BDI-II)

บทนำ

ปัจจุบัน โรคที่ไม่ติดต่อ (Non Communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยทั้งในแง่ของจำนวนผู้เสียชีวิตและภาระโรค ซึ่งนับวันยิ่งทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมอง (stroke หรือ cerebrovascular disease: CVD)

เป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงที่สุดเท่ากับ 44.3 รายต่อประชากรแสนคน (Department of Disease Control, 2021) โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง เกิดเป็นสภาวะที่เรียกว่าอัมพฤกษ์หรืออัมพาต ส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ ความสามารถในการ

ดูแลตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และหน้าที่การงาน จากข้อจำกัดของภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ยาวนาน มักก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรัง (van Rijbergen et al., 2018) มีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากที่ไม่สามารถปรับตัวรับมือกับวิกฤตชีวิตนี้ได้ เกิดความทุกข์สะสม จนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด (van Rijbergen et al., 2018; Seesawang & Thongtang, 2016; Manpanit & Chenarom, 2018)

อาการซึมเศร้า เป็นภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทที่พบบ่อยที่สุดของโรคหลอดเลือดสมอง (Chemerinski & Robinson, 2000) ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นหลังโรคหลอดเลือดสมอง (Post Stroke Depression: PSD) เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดหลังโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลต่อการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ก่อให้เกิดความบกพร่องในการทำงาน ทั้งยังเพิ่มอัตราเสียชีวิตอีกด้วย การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองนั้นมักถูกมองข้าม เนื่องจากการแสดงออกของอาการสำคัญทางคลินิกที่ค่อนข้างซับซ้อน การศึกษาของ Whyte et al. (2004) พบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ผู้ป่วยมักมีภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในช่วง 1 ปีแรกสูงกว่าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1-3 ปี (Lokk & Delbali, 2010; Seesawang & Thongtang, 2016) อุบัติการณ์สูงสุดของภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นระหว่าง 3 เดือนถึง 2 ปี (Roth, 1997) จากการศึกษาในประเทศไทย พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกัน ตั้งแต่ร้อยละ 12-72.5 ซึ่ง

เป็นความแตกต่างกันของปัจจัยต่าง ๆ ทางระบาดวิทยาในแต่ละการศึกษา ซึ่งความแตกต่างเหล่านี้เป็นผลมาจากเครื่องมือในการประเมินอาการและสถานที่เก็บข้อมูลวิจัยที่แตกต่างกันด้วย (Aniwattanapong, 2018)

ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายมิติ อาทิความสามารถในการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิต ทั้งกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคม (Chau et al., 2010) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายช้ากว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง (Dong-Heun et al., 2015) เพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษา และเพิ่มระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล (Sugawara et al., 2015) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (Robinson & Spalletta, 2010) อีกทั้งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากภาวะซึมเศร้าอาจมีการตอบสนองต่อการรักษาได้ไม่ดี เมื่อมีการเจ็บป่วยทางจิตเกิดร่วมกับภาวะเจ็บป่วยทางร่างกาย มักมีแนวโน้มทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลลดลง (Carrà et al., 2012; Dossa et al., 2011; Seesawang & Thongtang, 2016)

จากเหตุผลและความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลตรัง เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะการเจ็บป่วยที่มีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 รองจากโรคมะเร็ง ของกลุ่มประชากรจังหวัดตรัง (Trang Provincial Public Health Office, 2021) เพื่อพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพิ่มการเข้าถึงบริการโดยทีมสหวิชาชีพ ตลอดจนปรับปรุง และพัฒนาระบบการดูแลภาวะซึมเศร้า

ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวมใน ส่วนของงานอื่น ๆ ในโรงพยาบาลตั้ง ที่เกี่ยวข้องกับ กระบวนการบริการผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลตั้ง
2. เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพที่สามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลตั้ง

สมมติฐานการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลตั้ง
2. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลตั้ง

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายภาคตัดขวาง (cross sectional descriptive research) โดยมีประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลตั้ง ระหว่างเดือนกรกฎาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3 กำหนดขนาดอิทธิพลระดับกลาง = 0.3, $\alpha = 0.05$, Power = 0.90 ค่า $df = 2$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 141 คน และได้ขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกัน

ความคลาดเคลื่อนจากข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ไว้ที่ร้อยละ 15 คิดเป็น 21 คน เมื่อรวมกันได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 162 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไปที่ได้รับการบำบัดรักษา และ/หรือฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลตั้ง ระหว่างเดือนกรกฎาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2564 2) อายุระหว่าง 18-75 ปี 3) มีการรู้ตัวปกติ ทำตามคำสั่งได้ มีการสื่อสารและการรู้คิดปกติ มีสภาวะทางการแพทย์คงที่อย่างน้อย 48 ชั่วโมง 4) ยินดีให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) อาสาสมัครขอถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา 2) ผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่ ไม่สามารถทำตามคำสั่งที่เป็นคำพูด หรือท่าทางได้ 3) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถประเมินติดตามผลเป็นระยะได้

การพิทักษ์สิทธิ์

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติและรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลตั้ง ที่ ตง. 0032.102/7168 ลงวันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติของแฮลซิงกิและแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานทางคลินิกที่ดี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลตั้ง จากนั้นผู้วิจัยติดต่อผู้ป่วยเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย และขอรับสมัครเพื่อเข้าร่วมวิจัยตาม

ความสมัครใจ ผู้วิจัยดำเนินการนัดหมายผู้ป่วย เพื่อเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ซึ่งใช้เวลา ประมาณ 30-45 นาทีต่อผู้ป่วย 1 ราย ทั้งนี้ ผู้ป่วยทั้งหมด 162 คน ได้สมัครใจเข้าร่วมวิจัย และตอบแบบสอบถามในช่วงเดือนกรกฎาคม- ตุลาคม พ.ศ. 2564 ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตรงตาม เกณฑ์คัดเข้าแต่พบว่ามีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยจะ ทำการส่งต่อไปพบจิตแพทย์เพื่อรับการดูแล รักษาตามแนวทางปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีรายละเอียด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วย ที่มาของ รายได้ และระดับการศึกษา

2. แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพ ประกอบด้วย สิทธิในการรักษาพยาบาล ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคร่วม การได้รับยา ทางจิตเวช ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว การ เข้าถึงระบบบริการทางจิตเวช และการสนับสนุน ทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว

3. แบบวัดความสามารถในการดำเนินชีวิต ของ Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) เพื่อ วัดความเป็นอิสระ (การพึ่งพา/ไม่พึ่งพา) ในการ ดูแลตนเองและการเคลื่อนไหว มีค่าความเชื่อมั่น cronbach alpha = .84 ถึง .85 (Sainsbury et al., 2005; Hseuh et al., 2002; Gosman-Hestrom, & Svennson, 2000) มีค่าความเที่ยงตรงอยู่ ระหว่าง .73 ถึง .77 (Wade & Hower, 1987) การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินฉบับภาษาไทย พัฒนาโดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Department of Medicine Services, 2014) มี ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน ในแต่ละกิจกรรมมีคะแนน ตั้งแต่ 0 ถึง 2 หรือ 3 โดยแบ่งเป็น กลุ่มที่ 1 คือ พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือ

ผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มี คะแนนรวม 12 คะแนนขึ้นไป กลุ่มที่ 2 คือ ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติด บ้าน) มีคะแนนรวม 5-11 คะแนน กลุ่มที่ 3 คือ พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีคะแนนรวม 0-4 คะแนน (Ministry of Public Health, 2020)

4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Beck depression inventory II (BDI-II) มีข้อคำถาม จำนวน 21 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบ ซ้ำ pearson $r = .93$ (Beck et al., 1996a) มีค่า ความสอดคล้องภายในสูง Alpha = .92 (Beck et al., 1996b) การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมิน BDI-II ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดยอัจฉรา มุ่งพานิช มีความตรงทางเนื้อหา = .609 มีค่าความสอดคล้อง ภายใน = .89 มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .28 ถึง .72 (Mungpanich, 2016) มีการให้คะแนน แต่ละข้อ 0-3 คะแนน โดยมีเกณฑ์ คือ ระดับปกติ (Minimal) 0-14 คะแนน ระดับเล็กน้อย (Mild) 15-20 คะแนน ระดับปานกลาง (Moderate) 21-27 คะแนน และระดับรุนแรง (Severe) 28-63 คะแนน (Mungpanich, 2016) พิจารณาจุดตัด ตามเกณฑ์-BDI-II ฉบับภาษาไทย ที่ 21 คะแนน (Mungpanich, 2016) และเกณฑ์การประเมินทาง คลินิกของ Sushila et al. (2019) ที่ระบุจุดตัด ของภาวะซึมเศร้าที่ ≥ 21 คะแนน ในการวิจัย ครั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ 0-20 คะแนน และกลุ่มเสี่ยงต่อ PSD 21-63 คะแนน

5. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จ รูปทางสถิติ SPSS for Windows (statistical package for social science) Version 20 โดย หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน ตรวจสอบภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (multicollinearity) ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

เพียร์สัน คัดเลือกตัวแปรพยากรณ์ด้วยไคสแควร์ และวิเคราะห์อิทธิพลด้วยการถดถอยลอจิสติก (logistic regression analysis) แบบ binary ด้วยวิธี enter กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลตรัง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.0 มีอายุ > 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 68.5 มีอายุเฉลี่ย 58 ปี 6 เดือน อายุต่ำสุด 18 ปี 2 เดือน และอายุมากที่สุด 75 ปี มีสถานภาพสมรส โสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ร้อยละ 51.2 ผู้ป่วยเกือบครึ่งนั้นว่างงาน ร้อยละ 49.4 ส่วนใหญ่มีรายได้ ร้อยละ 71.6 โดยมีรายได้ < 10,000 บาท และ 10,000 บาท ขึ้นไป ร้อยละ 35.8 เท่ากัน มีรายได้เฉลี่ย 11,978 บาท และมีรายได้มากที่สุด 50,000 บาท มากกว่าครึ่งมีที่มาของรายได้จากตนเอง ร้อยละ 49.4 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา-มัธยมศึกษา ร้อยละ 50.6

ข้อมูลด้านสุขภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลตรัง รักษาโดยใช้สิทธิข้าราชการ (รวมสิทธิ์ที่เบิกได้ทั้งจากตนเองและครอบครัว) ร้อยละ 54.3 มีระยะเวลาในการเจ็บป่วย ≤ 1 ปี ร้อยละ 58.0 โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 1 ปี 3 เดือน มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่ำสุด 2 สัปดาห์และมากที่สุด 5 ปี ส่วนใหญ่มีโรคร่วม 1-2 โรค ร้อยละ 53.1 โดยป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาคือไขมันในเลือดสูงและเบาหวาน ซึ่งนับรวมผู้ป่วยทั้งที่ป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งและป่วยด้วยทุกโรค

ร่วมกัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการได้รับยาทางจิตเวช ร้อยละ 58.0 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว ร้อยละ 67.3 มีระดับความสามารถในการดำเนินชีวิต (ADL) ในระดับกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 71.0 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีการเข้าถึงระบบบริการทางจิตเวช ร้อยละ 98.8 โดยผู้ป่วย 66 คน ได้รับยาทางจิตเวชจากแพทย์อายุรศาสตร์ประสาทวิทยา มีเพียง 2 คนที่ได้รับยาทางจิตเวชจากจิตแพทย์ และมีการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 53.1

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลตรัง มีภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจากคะแนน BDI-II ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (moderate) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.91 คะแนน S.D. เท่ากับ 2.16 เมื่อพิจารณาตามจุดตัดคะแนน BDI-II ผู้ที่มีคะแนน 21 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีความเสี่ยงต่อ PSD ตามเกณฑ์ BDI-II ฉบับภาษาไทย ที่ 21 คะแนน (Mungpanich, 2016) โดยพบว่า มีกลุ่มปกติ ร้อยละ 47.6 และกลุ่มเสี่ยงต่อ PSD ร้อยละ 52.4 จากผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งเป็นกลุ่มปกติ และกลุ่มเสี่ยงต่อ PSD เพื่อนำไปวิเคราะห์ logistic ตามตารางที่ 1

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระเพื่อตรวจสอบภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (multicollinearity) พบว่า มีค่าสหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่าง .003-.848 ซึ่งเกณฑ์การพิจารณาค่าภาวะร่วมเส้นตรงพหุ คือตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างกันหรือมีความสัมพันธ์กันไม่เกิน .90 (Hair et al., 2010; Tirakanan, 2012)

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์
ของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ
กับภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วย ที่มาของรายได้ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่

ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคร่วม การได้รับยาทางจิตเวช ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาเข้ารับบริการในโรงพยาบาลจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติกับภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาเข้ารับบริการในโรงพยาบาลจริง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลด้านสุขภาพกับภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 162)

ข้อมูลส่วนบุคคล	คะแนน BDI-II				χ^2	p-value	ข้อมูลด้านสุขภาพ	คะแนน BDI-II				χ^2	p-value
	กลุ่มปกติ		กลุ่มเสี่ยง PSD					กลุ่มปกติ		กลุ่มเสี่ยง PSD			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ							สิทธิในการรักษาพยาบาล						
ชาย	46	59.7	48	56.5	0.18	.674	ข้าราชการ	45	58.4	43	50.6	1.00	.316
หญิง	31	40.3	37	43.5			ปกส./บ.ทอง	32	41.6	42	49.4		
อายุ							ระยะเวลาการเจ็บป่วย						
≤ 50 ปี	33	42.9	18	21.2	8.81	.003**	≤ 1 ปี	25	32.5	69	81.2	39.36	.000**
> 50 ปีขึ้นไป	44	57.1	67	78.8			> 1 ปีขึ้นไป	52	67.5	16	18.8		
สถานภาพสมรส							โรคร่วม						
แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน	57	74.0	22	25.9	37.48	.000**	ไม่มี	20	26.0	5	5.9	20.08	.000**
โสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	20	26.0	63	74.1			1-2 โรค	28	36.4	58	68.2		
อาชีพ							3-4 โรค	29	37.6	22	25.9		
ว่างงาน	33	42.9	47	55.3	12.01	.007**	การได้รับยาทางจิตเวช						
ธุรกิจส่วนตัว	12	15.5	9	10.5			ไม่มี	31	40.3	63	74.1	19.02	.000**
ขรก./ขรก.	19	24.7	6	7.1			1 ตัว ขึ้นไป	46	59.7	22	25.9		
ท้องถิ่น/ขรก.							ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว						
บ้านญาติ							ไม่มี	55	71.4	54	63.5	1.15	.285
เกษตรกร/รับจ้าง/พเนจ.	13	16.9	23	27.1			มี	22	28.6	31	36.5		
บ.เอกชน/นักศึกษา							ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิต						
							ติดบ้าน	43	55.8	72	84.7	16.34	.000**
							ติดสังคม	34	44.2	13	15.3		
							การเข้าถึงระบบบริการทางจิตเวช						
							ไม่มี	76	98.7	84	98.8	0.005	.944
							มี	1	1.3	1	1.2		

ข้อมูลส่วนบุคคล	คะแนน BDI-II				χ^2	p-value	ข้อมูลด้านสุขภาพ	คะแนน BDI-II				χ^2	p-value
	กลุ่มปกติ		กลุ่มเสี่ยง PSD					กลุ่มปกติ		กลุ่มเสี่ยง PSD			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รายได้							การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว						
ไม่มี	12	15.6	34	40.0	11.85	.001**	ไม่มี	13	16.9	63	74.1	53.14	.000**
มี	65	84.4	51	60.0			มี	64	83.1	22	25.9		
รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วย													
ไม่มีรายได้	12	15.6	34	40.0	40.92	.000**							
< 10,000 บาท	18	23.4	40	47.1									
10,000 บาท	47	61.0	11	12.9									
ขึ้นไป													
ที่มาของรายได้													
ไม่มีรายได้	12	15.6	34	40.0	12.07	.002**							
ตนเอง	46	59.7	34	40.0									
พ่อแม่/พี่น้อง/ลูกหลาน	19	24.7	17	20.0									
ระดับการศึกษา													
ประถม-มัธยมศึกษา	16	20.8	66	77.6	52.07	.000**							
อนุปริญญาขึ้นไป	61	79.2	19	22.4									

** นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตอนที่ 5 การวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้า
 หลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลด้านสุขภาพเป็นตัวพยากรณ์ พบว่า ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาเข้ารับบริการในโรงพยาบาลตราบัง คือ ผู้ป่วยอายุ > 50 ปี ขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยงต่อ PSD 5.31 เท่า (ORadj. = 5.31, 95% CI = 1.06-26.55) การเป็นโสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่มีโอกาสเสี่ยงต่อ PSD 7.03 เท่า (ORadj. = 7.03, 95% CI = 1.58-31.19) การมีรายได้ < 10,000 บาท มีโอกาสเสี่ยงต่อ PSD 8.66 เท่า (ORadj. = 8.66, 95% CI = 1.41-53.12) การมีความสามารถในการดำเนินชีวิต (ADL) ในระดับกลุ่มติดบ้านมีโอกาสเสี่ยงต่อ PSD 6.86 เท่า (ORadj. = 6.86,

95% CI = 1.28-36.83) และปัจจัยป้องกัน PSD คือ การศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไปมีโอกาสป้องกันการเกิด PSD ร้อยละ 94 (ORadj. = .06, 95% CI = .01-.35) การมีระยะเวลาการเจ็บป่วย ≤ 1 ปีมีโอกาสป้องกันการเกิด PSD ร้อยละ 87 (ORadj. = .13, 95% CI = .03-.55) การไม่มีโรคร่วมมีโอกาสป้องกันการเกิด PSD ร้อยละ 98 (ORadj. = .02, 95% CI = .00-.35) การมีโรคร่วม 1-2 โรคมีโอกาสป้องกันการเกิด PSD ร้อยละ 84 (ORadj. = .16, 95% CI = .03-.84) การได้รับยาทางจิตเวช 1 ตัวขึ้นไปมีโอกาสป้องกันการเกิด PSD ร้อยละ 88 (ORadj. = .12, 95% CI = .02-.63) การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมีโอกาสป้องกันการเกิด PSD ร้อยละ 95 (ORadj. = .05, 95% CI = .01-.29) โดยมีอิทธิพลร่วมกันพยากรณ์ PSD ร้อยละ 63.5 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลด้านสุขภาพเป็นตัวพยากรณ์ (n = 162)

ตัวแปร	B	Adjusted OR	95% CI of OR		p-value
			Lower	Upper	
ข้อมูลส่วนบุคคล					
อายุที่มากกว่า 50 ปี ขึ้นไป	1.67	5.31	1.06	26.55	.042*
การเป็นโรค/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	1.95	7.03	1.58	31.19	.010*
การว่างงาน	2.22	9.21	.46	183.00	.146
อาชีพธุรกิจส่วนตัว	1.45	4.26	.24	76.37	.325
การเป็นข้าราชการ/ชรก.ท้องถิ่น/ชรก.บ้านนาญ	1.65	5.21	.29	95.17	.266
การมีรายได้	-.63	.53	.05	5.25	.589
การมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท	2.16	8.66	1.41	53.12	.020*
การมีที่มาของรายได้จากตนเอง	-2.58	.08	.00	1.88	.115
การศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไป	-2.76	.06	.01	.35	.001**
ข้อมูลด้านสุขภาพ					
การมีระยะเวลาการเจ็บป่วย ≤1 ปี	-2.07	.13	.03	.55	.006**
การไม่มีโรคร่วม	-3.92	.02	.00	.35	.007**
การมีโรคร่วม 1-2 โรค	-1.85	.16	.03	.84	.030*
การได้รับยาทางจิตเวช 1 ตัวขึ้นไป	-2.12	.12	.02	.63	.012*
การมีความสามารถในการดำเนินชีวิต ในระดับ "ติดบ้าน"	1.93	6.86	1.28	36.83	.025*
การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว	-3.09	.05	.01	.29	.001**

Constant = 3.023, R² = .635 (Cox & Snell R Square)

** นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, * นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิจารณ์

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลตรัง พบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (PSD) ร้อยละ 52.4 สอดคล้องกับ Aniwattanapong (2018) ที่ได้รวบรวมจากงานวิจัย 61 ชิ้น พบความชุกตั้งแต่ร้อยละ 5-84 แต่อัตราจากข้อค้นพบนี้สูงกว่าการศึกษาของ Aniwattanapong (2018) ที่พบว่า PSD มีความชุกโดยประมาณร้อยละ 31 และ Sy et al. (2019) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลของ Fann (Dakar-Senegal) พบว่าในผู้ป่วยร้อยละ 33.7 มีภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการใช้เครื่องมือในการวัดภาวะซึมเศร้าที่แตกต่าง

กันไป รวมถึงมีระยะเวลาที่แตกต่างกัน รวมทั้งปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ตัวแปรด้านผู้ป่วยอายุ > 50 ปี ขึ้นไป การเป็นโรค/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ การมีรายได้ < 10,000 บาท และการมีความสามารถในการดำเนินชีวิต (ADL) ในระดับกลุ่มติดบ้าน มีโอกาสเสี่ยงต่อ PSD สูงดังนี้

การมีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อ PSD 5.31 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ayerbe et al. (2013) ที่พบว่าอายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยที่พยากรณ์ PSD ได้ และงานวิจัยของ Hörnsten et al. (2016) ที่พบว่าความชุก PSD ในผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นอย่าง

มีนัยสำคัญ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการมีอายุที่มากขึ้นมักมีสภาวะร่างกายที่เสื่อมถอยลง การเปลี่ยนแปลงทางสังคม จิตใจ สภาวะอารมณ์ และพยาธิสภาพทางสมอง โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ขึ้นไป จะพบความชุกของโรคหลอดเลือดสมองบ่อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (World Health Organization, 2015)

การเป็นโสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ มีโอกาสเสี่ยงต่อ PSD 7.03 เท่า ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Johnson et al. (2006) ที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่พบความสัมพันธ์กับ PSD อาจเนื่องมาจากความแตกต่างในเกณฑ์ตัดเข้าคัดออก วิธีการทางสถิติ และกลุ่มตัวอย่าง แต่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ha and Gantioque (2020) ที่พบว่า สถานภาพโสดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อ PSD ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากภาวะโสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ทำให้ผู้ป่วยตกอยู่ในสภาวะเหงา โดดเดี่ยว ขาดคนคอยสนับสนุนทางจิตใจในลักษณะคู่รัก ขาดกำลังใจ ต้องแบกรับภาระเพียงลำพัง ซึ่งการได้รับความเกื้อหนุนจากคู่สมรส ได้รับความช่วยเหลือ กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยมีที่พึ่ง ไม่โดดเดี่ยว (Singhad, 2014)

การมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท มีโอกาสเสี่ยงต่อ PSD 8.66 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Shi et al. (2017) ที่พบว่ารายได้ของครอบครัวเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงของ PSD และงานวิจัยของ Duangnate (2021) ที่พบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรายได้เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตที่ดี การมีรายได้น้อยอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกวิตกกังวลในการจัดสรรค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน และค่าใช้จ่ายขณะอยู่โรงพยาบาล รายได้ที่หายไปเนื่องจากไม่ได้ทำงาน หรือการประกอบอาชีพภายหลังออกจากโรงพยาบาล จึงทำให้เกิดภาวะ

ซึมเศร้าได้ง่าย (Patcharawiwatpong, 2012; Kapaedee & Srithornwannakul, 2013)

การมีความสามารถในการดำเนินชีวิต (Activity of daily living: ADL) ในระดับกลุ่มติดบ้าน มีโอกาสเสี่ยงต่อ PSD 6.86 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Aniwattanapong (2018) ที่พบว่า กิจกรรมประจำวัน (ADL) เป็นผลกระทบที่เกิดจาก PSD และงานวิจัยของ Hömsten et al. (2016) ที่พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับการพึ่งพาอาศัยในกิจกรรมส่วนตัวในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วย (ระดับกลุ่มติดบ้าน) ต้องพึ่งพาคนรอบข้างในบางกิจกรรม บางรายต้องอยู่บ้านเพื่อรักษาตัว ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมทางสังคมได้อย่างที่เคย ไม่สามารถช่วยตัวเองได้เหมือนเดิม วิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป จึงมีความรู้สึกท้อแท้ ถดถอย คิดว่าตนเองไม่มีความหมายทางสังคมอีก จนเกิดอาการซึมเศร้าได้ (Hemtasilapa, 2005)

ปัจจัยป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง
ตัวแปรด้านการศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไป การมีระยะเวลาการเจ็บป่วย ≤ 1 ปี การไม่มีโรคร่วม การมีโรคร่วม 1-2 โรค การได้รับยาทางจิตเวช 1 ตัวขึ้นไป การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อ PSD น้อยมาก ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าน่าจะเป็นปัจจัยป้องกันไม่ให้เกิด PSD ได้ ดังนี้

การศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไป มีโอกาสป้องกันไม่ให้เกิด PSD ได้ร้อยละ 94 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Tantibhaedhyangkul et al. (1997) ที่พบว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาต่ำกว่า และงานวิจัยของ Tuyen et al. (2017) ที่พบว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับ

ปริญญาตรีหรือสูงกว่า มี PSD น้อยกว่ากลุ่มอื่น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาเป็นสิ่งที่ช่วยพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ กระบวนการคิด ทักษะที่ดีในการดำเนินชีวิต ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีทักษะแสวงข้อมูล ชักถามปัญหา ตลอดจนใช้แหล่งความรู้ที่มีประโยชน์ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ (Muhenkamp & Sayles, 1986)

การมีระยะเวลาการเจ็บป่วย ≤ 1 ปี มีโอกาสป้องกันไม่ให้เกิด PSD ได้ร้อยละ 87 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Lokk and Delbali (2010) และการศึกษาของ Seesawang and Thongtang (2016) ที่พบว่าช่วง 1 ปีแรกผู้ป่วยมี PSD สูงกว่าช่วง 1-3 ปี อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่า PSD สามารถเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละรายได้ (Lokk & Delbali, 2010) จากงานวิจัย 61 ชิ้น พบความชุกของ PSD ได้ตั้งแต่ร้อยละ 5-84 ผลการศึกษาจึงอาจแตกต่างกันได้ ขึ้นอยู่กับเครื่องมือในการวินิจฉัย ระยะเวลาหลังโรคหลอดเลือดสมองและกลุ่มประชากรที่ศึกษา (Aniwattanapong, 2018) จากงานวิจัยของ Sathirapanya and Sathirapanya (2005) ที่พบว่า อัตราชุกของ PSD อยู่ที่ร้อยละ 92 แต่เป็นระดับเล็กน้อยและปานกลางใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 43 และพบ PSD ระดับสูงเพียงร้อยละ 6 และงานวิจัยของ De Ryck et al. (2014) ที่พบว่า มี PSD ร้อยละ 28.1 ของผู้ป่วย 135 คน แสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยอีกร้อยละ 71.9 ที่ไม่พบ PSD ในระยะแรกของการป่วย ซึ่งการมีระยะเวลาการเจ็บป่วย ≤ 1 ปี มีโอกาสป้องกันความเสี่ยงจาก PSD นั้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและวินิจฉัย PSD ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วย ทำให้สามารถวางแผนการดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็ว ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจ และสามารถรับมือกับสภาวะเจ็บป่วยตนเองได้

แต่เนิ่น ๆ นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย (Sy et al., 2019)

การไม่มีโรคร่วม มีโอกาสป้องกันไม่ให้เกิด PSD ได้ร้อยละ 98 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hackett et al. (2014) ที่นำเสนอไว้ว่า อาการของ PSD ที่มีอาการทางกายจากโรคร่วมนั้นพบได้น้อย และงานวิจัยของ Kapaedee and Srithornwannakul (2013) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัวอื่น กับ PSD ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการไม่มีโรคร่วมหรือโรคประจำตัวอาจไม่ใช่ปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อการเกิด PSD จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่พบว่ามีกรกล่าวถึงประเด็นของการไม่มีโรคร่วมที่สัมพันธ์กับการป้องกันการเกิด PSD แต่ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่า การไม่มีโรคร่วมช่วยลดความเสี่ยงของการเกิด PSD ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยไม่ต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยอื่นนอกเหนือจากโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นอยู่ อีกทั้งการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพียงอย่างเดียวอาจสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ง่ายขึ้น ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะรักษาและฟื้นฟูการเจ็บป่วยเพื่อไม่ให้เป็นโรคแทรกซ้อนอื่นเพิ่มจนซ้ำเติมความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิด PSD ได้น้อยกว่า อย่างไรก็ตามก็ดี จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาความเข้าใจที่ดีขึ้นเกี่ยวกับตัวทำนายของ PSD ต่อไป

การมีโรคร่วม 1-2 โรค มีโอกาสป้องกันไม่ให้เกิด PSD ได้ร้อยละ 84 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Li et al. (2019) ที่พบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้ามักมีโรคร่วมมากกว่าผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้า อย่างไรก็ตามก็ดี จากงานวิจัยของ Sathirapanya and Sathirapanya (2005) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคร่วม

ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับ PSD เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Kapaedee and Srithornwannakul (2013) ที่ศึกษาพบว่า โรคประจำตัว ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคไต โรคปอด โรคกระดูก/ข้อ ไขมันในเลือดสูง และโรคอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับ PSD ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคร่วมหรือโรคประจำตัวอื่น ๆ ไม่ได้มีอาการแสดงที่ส่งผลกระทบต่อหรือสร้างข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เช่น ไม่ได้ส่งผลให้เกิดความทุพพลภาพหรือเกิดความบกพร่องของระบบประสาทและสมอง และจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่พบว่ามีอาการกล่าวถึงประเด็นของการมีโรคร่วมที่สัมพันธ์กับการป้องกันการเกิด PSD แต่ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การมีโรคร่วม 1-2 โรค เป็นปัจจัยที่ช่วยลดความเสี่ยงการเกิด PSD ได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยมีโรคร่วมอื่น ๆ ทำให้ผู้ป่วยต้องดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น เพื่อรักษาและป้องกันการเจ็บป่วยที่มีอยู่ให้บรรเทาลง มีการลดความเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามคำแนะนำของแพทย์ เช่น ออกกำลังกาย ควบคุมน้ำหนัก ดูแลโภชนาการ ควบคุมเครื่องตีแอลกอฮอล์ งดยาสูบหรือสูบบุหรี่ รวมถึงมีการตรวจสุขภาพหรือพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ (Neurological Institute of Thailand, 2013) ทำให้เป็นผลพลอยได้ที่ผู้ป่วยจะสามารถลดความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองลงได้ ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิด PSD ด้วย

การได้รับยาทางจิตเวช 1 ตัวขึ้นไป มีโอกาสป้องกันไม่ให้เกิด PSD ได้ร้อยละ 88 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Niedermaier et al. (2004) ที่พบว่า ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับยามีการเกิด PSD มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยา และการศึกษาของ

Aniwattanapong (2018) ที่พบว่า การรักษาด้วยยา มีประสิทธิภาพในการรักษาและป้องกัน PSD ได้ ซึ่งการได้รับยาทางจิตเวช 1 ตัวขึ้นไป มีโอกาสป้องกันความเสี่ยงจาก PSD ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากยาทางจิตเวชจะช่วยให้ระบบประสาทและสารเคมีในสมองทำงานเป็นปกติ ยาทางจิตเวชบางชนิดยังช่วยคลายเครียด คลายความกังวล ช่วยลดหรือบรรเทาอาการทางกาย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ดังนั้นการใช้ยาทางจิตเวชจึงช่วยลดความเสี่ยงการเกิด PSD ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีการได้รับยาทางจิตเวชตั้งแต่มีการวินิจฉัยแรกเริ่ม จะมีส่วนช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงในการเกิด PSD ของผู้ป่วยได้ (Salter et al., 2013)

การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว มีโอกาสป้องกันไม่ให้เกิด PSD ได้ร้อยละ 95 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sathirapanya and Sathirapanya (2005) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถอธิบายการผันแปรของภาวะซึมเศร้าได้ และงานวิจัยของ Tuyen et al. (2017) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับ PSD อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว มีโอกาสป้องกันความเสี่ยงจาก PSD ได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยรู้สึกมีพลังใจ รู้สึกถึงการได้รับการสนับสนุน การมีคนคอยอยู่เคียงข้างไม่ได้เผชิญความเจ็บป่วยเพียงลำพัง ทำให้มีขวัญกำลังใจในการต่อสู้กับภาวะการเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีมักจะเกิด PSD เนื่องจากรู้สึกหมดหนทางและโดดเดี่ยว (McCarthy et al., 2015) การสนับสนุนทางสังคมจึงถือเป็นปัจจัยปกป้องไม่ให้เกิดภาวะ PSD ได้ (Aniwattanapong, 2018)

สรุป

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลตรง มีกลุ่มปกติ ร้อยละ 47.6 และมีกลุ่มเสี่ยงต่อ PSD ร้อยละ 52.4 ตัวแปรพยากรณ์ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อ PSD ได้แก่ ผู้ป่วยอายุมากกว่า 50 ปี ขึ้นไป การเป็นโสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ การมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท และการมีความสามารถในการดำเนินชีวิต (ADL) ในระดับกลุ่มติดบ้าน และตัวแปรพยากรณ์ที่เป็นปัจจัยป้องกัน PSD ได้แก่ การศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไป การมีระยะเวลาการเจ็บป่วย ≤ 1 ปี การไม่มีโรคร่วม การมีโรคร่วม 1-2 โรค การได้รับยาทางจิตเวช 1 ตัวขึ้นไป และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว โดยทั้งปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันร่วมกันพยากรณ์ PSD ได้ร้อยละ 63.5

ข้อเสนอแนะ

1. ปัจจัยเสี่ยงต่อ PSD ได้แก่ ผู้ป่วยอายุมากกว่า 50 ปี ขึ้นไป การเป็นโสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ การมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท และการมีความสามารถในการดำเนินชีวิต (ADL) ในระดับกลุ่มติดบ้าน เป็นประโยชน์ต่อจิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก และ/หรือ ทีมสหวิชาชีพ ในการตรวจประเมินวินิจฉัย วางแผนป้องกันและเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อ PSD ตลอดจนวางแผนปฏิบัติการเชิงลึกในการบำบัดรักษา PSD และฟื้นฟูสมรรถภาพให้มีประสิทธิภาพต่อไป

2. ปัจจัยป้องกันการเกิด PSD ได้แก่ การศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไป การมีระยะเวลาการเจ็บป่วย ≤ 1 ปี การไม่มีโรคร่วม การมีโรคร่วม 1-2 โรค การได้รับยาทางจิตเวช 1 ตัวขึ้นไป การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ควรมีการส่งเสริมโดยจัดทำเป็นโครงการ เช่น

การสนับสนุนทางสังคมในชุมชน การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ บทบาทครอบครัว รวมถึงมีการนัดหมายผู้ป่วยให้มารับการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อติดตามการพยากรณ์ PSD อย่างสม่ำเสมอ ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีและไม่มีโรคร่วม ผู้ป่วยที่ได้รับยาจิตเวชบางตัว เพื่อวางแผนการดูแลป้องกันในระยะยาวต่อไป

3. ควรมีการศึกษาตัวแปรเดิมหรือเพิ่มเติมพร้อมกับขยายขนาดกลุ่มตัวอย่าง และอาจเปลี่ยนกลุ่มตัวอย่าง เช่น ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง โดยใช้ BDI-II เพื่อตรวจสอบว่าตัวแปรที่ศึกษามีความแตกต่างกันอย่างไร และเพื่อขยายขอบเขตการวิจัยภาวะซึมเศร้าให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

4. โรคหลอดเลือดสมองแต่ละชนิด อาจส่งผลต่อการเกิดอาการทั่วไปและ PSD ของผู้ป่วยแตกต่างกัน ดังนั้นจึงควรศึกษาเพิ่มเติมและให้ความสำคัญกับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละชนิดรวมทั้งศึกษาการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยทำให้สามารถพยากรณ์ PSD ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

5. การศึกษาด้วยประเภทวิจัยที่ต่างกักัน เช่น วิธีเชิงคุณภาพ หรือวิธีผสมผสาน

เอกสารอ้างอิง (References)

- Aniwattanapong, D. (2018). Post-stroke depression. *J. Psychiatr Assoc. Thailand.* 63(4), 383-418. (in Thai).
- Ayerbe, L., Ayis, S., Wolfe, C. D., & Rudd, A. G. (2013). Natural history, predictors, and outcomes of depression after stroke: Systematic review and metaanalysis. *Br. J. Psychiatry.* 202, 14-21.

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996a). *Manual for the Beck depression inventory-II*. Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. (1996b). Comparison of Beck depression inventories-IA and II in psychiatric outpatients. *Journal of personality assessment*. 67(3), 588-597.
- Carrà, G., Johnson, S., Bebbington, P., Angermeyer, M. C., Heider, D., Brugha, T., & Toumi, M. (2012). The lifetime and past-year prevalence of dual diagnosis in people with schizophrenia across Europe: Findings from the European Schizophrenia Cohort (EuroSC). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 262(7), 607-616.
- Chau, J. P-C., Thompson, D. R., Chang, A. M., Woo, J., Twinn, S., Cheung, S. K., & Kwok, T. (2010). Depression Chinese stroke survivors six months after discharge from a rehabilitation hospital. *Journal of Clinical Nursing*. 19(21-22), 3042- 3050.
- Chemerinski, E., & Robinson, R. G. (2000). The neuropsychiatry of stroke. *Psychosomatics*. 41, 5-14.
- De Ryck, A., Brouns, R., Geurden, M., Elseviers, M., De Deyn, P. P., & Engelborghs, S. (2014). Risk factors for poststroke depression: Identification of inconsistencies based on a systematic review. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 27, 147-158.
- Department of Disease Control. (2021). *Years report 2020, Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health*. Aksorn Graphic and Design Publishing Limited Partnership. (in Thai).
- Department of Medicine Services. (2014). *A handbook of elder screening/estimated*. The War Veterans Organization of Thailand printing. (in Thai).
- Dong-Heun, A., Yung-Jin, L., Ji-Hun J., Yong-Rok, K., & Jong-Bum, P. (2015). The effect of post-stroke depression on rehabilitation outcome and the impact of caregiver type as a factor of post-stroke depression. *Annals of Rehabilitation of Medicine*. 39, 74-80.
- Dossa, A., Glickman, M. E., & Berlowitz, D. (2011). Association between mental health conditions and rehospitalization, mortality, and functional outcomes in patients with stroke following inpatient rehabilitation. *BMC Health Services Research*. 11, 2-10.
- Duangnate, K. (2021). Prevalence and factors associated depression among NCD patients at primary care unit of Phukieo Chalermprakiat Hospital. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospital*. 36(1), 13-24. (in Thai).
- Gosman-Hestrom, G., & Svennson, E. (2000). Parallel reliability of the functional

- independence measure and the barthel ADL index. *Disability Rehab.* 22(16), 702-715.
- Ha, E. H., & Gantioque, R. (2020). Treatment of post-stroke depression in young stroke survivors. *Stroke Res Ther.* 5(1), 1-4.
- Hackett, M. L., Kohler, S., O'Brien, J. T., & Mead, G. E. (2014). Neuropsychiatric outcomes of stroke. *Lancet Neurol.* 13, 525-534.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Babin, B. J., & Black, W. C. (2010). *Multivariate data analysis a global perspective (Vol. 7)*. Pearson Prentice Hall.
- Hemtasilapa, S. (2005). *Stroke rehabilitation treatment and recovery: Emotional and mental*. Ultra-Printing. (in Thai).
- Hörnsten, C., Lövheim, H., Nordström, P., & Gustafson, Y. (2016). The prevalence of stroke and depression and factors associated with depression in elderly people with and without stroke. *BMC Geriatrics.* 16, 174-181.
- Hseuh, I., Lin, J., Jeng, J., & Hsieh, C. (2002). Comparison of the psychometric characteristics of the functional independence measure, 5 item Barthel index, and 10 item Barthel index in patients with stroke. *Journal of Neurological Neurosurgery and Psychiatry.* 73, 188-190.
- Johnson, J. L., Minarik, P. A., Nyström, K. V., Bautista, C., & Gorman, M. J. (2006). Poststroke depression incidence and risk factors: An integrative literature review. *J. Neurosci. Nurs.* 38(suppl), 316-327.
- Kapaedee, P., & Srithornwannakul, I. (2013). *The prevalence and associated factors of post stroke depression, Thammasat University Hospital*. Physical Therapy Center, Thammasat University Hospital, Thammasat University. (in Thai).
- Li, H. J., Kuo, C. C., Li, Y. C., Tsai, K. Y., & Wu, H. C. (2019). Depression may not be a risk factor for mortality in stroke patients with nonsurgical treatment: A retrospective case-controlled study. *Medicine.* 98(22), Article e15753. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000015753>.
- Lokk, J., & Delbali, A. (2010). Management of depressive in elderly stroke patient. *Neuropsychiatric Disease and Treatment.* 6, 539-549.
- Mahoney, F., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal.* 14, 56-61.
- Manpanit, L., & Chenarom, C. (2018). Behavioral activation in post-stroke patients with depression: brain and neuroscience perspectives. *The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima.* 24(2), 130-144. (in Thai).
- McCarthy, M. J., Sucharew, H. J., Alwell, K., Moomaw, C. J., Woo, D., Flaherty, M. L., Khatri, P., Ferioli, S., Adeoye, O., Kleindorfer, D. O., & Kissela, B. M.

- (2015). Age, subjective stress, and depression after ischemic stroke. *Journal of Behavioral Medicine*. 39(1), 55-64.
- Ministry of Public Health. (2020). *The elder promote operation of region health profile R9 in 2018-2020 fiscal year*. The elder promote subdivision of region health profile R9, Ministry of Public Health. (in Thai).
- Muhenkamp, A. F., & Sayles, J. A. (1986). Self-esteem, social support, and positive health practices. *Nursing Research*. 35(6), 334-338.
- Munpanich, A. (2016). *A Study of norms of BDI-II Beck depression inventory-2nd edition in Thai psychiatric patients*. Psychology Division, Khon Kean Rajanagarindra Psychiatric Hospital. (in Thai).
- Neurological Institute of Thailand. (2013). *A handbook of stroke (paralysis-disability) for population*. (3rd ed). Neurological Institute of Thailand, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (in Thai).
- Niedermaier, N., Bohrer, E., Schulte, K., Schlattmann, P., & Heuser, I. (2004). Prevention and treatment of post-stroke depression with mirtazapine in patients with acute stroke. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 65(12), 1619-1623.
- Patcharawiwatpong, P. (2012). *Stroke*. In K. Pajari (Ed.), *Rehabilitation medicine for general practitioners*. (pp. 59-73). N.P. Press. (in Thai).
- Robinson, R. G., & Spalletta, G. (2010). Poststroke depression: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*. 55(6), 341-349.
- Roth, E. J. (1997). *Stroke*. In B. O'Young, M. Young, & A. S. Steven, Physical medicine and rehabilitation secrets. (2nd ed.). (pp. 369-378). Hanley & Belfus. 253-262.
- Sainsbury, A., Seebass, G., Bansal, A., & Young, J. (2005). Reliability of the Barthel Index when used with older people. *Age and Aging*. 34, 228-232.
- Salter, K., Mehta, S., Bhogal, S., Teasell, R., Foley, N., & Speechley, M. (2013). *Chapter 18: Post stroke depression*. Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation.
- Sathirapanya, C., & Sathirapanya, P. (2005). Factors influencing depression among patients with stroke. *Songkla Med. J*. 23(Special 2), 229-236. (in Thai).
- Seesawang, J., & Thongtang, P. (2016). Post-stroke depression among older adult stroke survivors. Boromarajonani college of nursing. *Uttaradit Journal*. 8(2), 73-85. (in Thai).
- Shi, Y., Yang, D., Zeng, Y., & Wu, W. (2017). Risk factors for post-stroke depression: A meta-analysis. *Front Aging Neurosci*. 9, 218.
- Singhad, S. (2014). Nursing of the elderly with depression. *Journal of Science*

- and Technology. 18(3),15-24. https://li01.tci-thaijo.org/index.php/sci_ubu/article/view/84720/67471 (in Thai).
- Sugawara, N., Metoki, N., Hagii, J., Saito, S., Shioto, H., Tomita, T., & Yasui-Furukori, N. (2015). Effects of depressive symptoms on the length of hospital stay among patients hospitalized for acute stroke in Japan. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 11, 2551-2556. (in Thai).
- Sushila, R., Shonima, V., SatyaRaj, S., Priya, M., & Paul, R. (2019). The clinical usefulness of three depression screens for adolescents in India: A need in primary-care settings. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 8(5), 1748-1751.
- Sy, A., Tine, D. A. J., Diallo, A., Diagne, S. N., Toure, K., Seck, I., & Thiam, M. (2019). Study of factor associated with post stroke depression in the teaching Hospital of Fann (Dakar-Senegal). *Health*. 11, 1518-1528.
- Tantibhaedhyangkul, P., Kuptniratsaikul, V., & Tosayanonda, O. (1997). The study of the prevalence and correlation factors of depression in stroke patients. *J. Thai Rehabil*. 7(2), 64-71. (in Thai).
- Tirakanan, S. (2012). *Multicollinearity analysis for social science*. (2nd ed.). Chulalongkom University Printing House. (in Thai).
- Trang Provincial Public Health Office. (2021). *Government action plan of health, Trang province, fiscal year 2021*. Trang Provincial Public Health Office. (in Thai).
- Tuyen, T. T. L., Jullamate, P., & Rosenberg, E. (2017). Factors related to post-stroke depression among older adults in Da Nang, Viet Nam. *Journal of nursing and health sciences*. 11(3), 148-157.
- van Rijnsbergen, M. W. A., Mark, R. E., Kop, W. J. de Kort, P. L. M., & Sitskoom, M. M. (2018). Psychological factors and subjective cognitive complaints after stroke: Beyond depression and anxiety. *Neuropsychological Rehabilitation*. 29(10), 1-14.
- Wade, D., & Hewer, R. (1987). Functional abilities after stroke: Measurement, natural history, and prognosis. *Journal of Neurological Neurosurgery and Psychiatry*. 50, 177-182.
- Whyte, E., Mulsant, B., Vanderbuilt, J., Dodge, H., & Ganguli, M., (2004). Depression after stroke: A prospective epidemiological study. *J Am Soc Geriatr Dent*. 52(5), 774-778.
- World Health Organization. (2015). *Stroke, cerebrovascular accident*. Retrieved July 21, 2021, from http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident.



Thai Journal of Clinical Psychology

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

Original Article

การพัฒนาการเกมกระดานตามแบบจำลองพหุองค์ประกอบของความจำ
ระยะสั้นเชิงปฏิบัติการในเด็กและวัยรุ่น

The Development of The Working Memory Boardgame in Accordance
with The Multi-component Model in Child and Adolescent

นัฐพร โอภาสานนท์¹, สุรเดช ประยูรศักดิ์^{1*}

¹ ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Nattaporn Opananon¹, Suradate Prayoosak^{1*}

¹ Department of Psychology, Faculty of Social Science, Naresuan University

* Corresponding author: e-mail. psy-pop@hotmail.com

Received: 19 November 2021 | Revised: 1 December 2021 | Accepted: 18 February 2022

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ 1) เพื่อนำเกมกระดาน the zoo ที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อวัดความจำระยะสั้นเชิงปฏิบัติการในเด็กและวัยรุ่นตามแบบจำลอง multi-component model ไปทดลองใช้ และ 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนที่ได้ของแบบประเมินมาตรฐาน digit span กับคะแนนการตอบของเกมกระดาน the zoo **วัสดุและวิธีการ** เกมกระดานได้รับการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน และทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กและวัยรุ่นอายุ 7-16 ปีที่กำลังศึกษาในจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 64 คนจับคู่กันเล่นเกมกระดานที่พัฒนาขึ้น ขณะที่แบบทดสอบ digit span ทำการประเมินเป็นรายบุคคล **ผลการศึกษา** พบว่า เกมกระดานที่พัฒนาขึ้นมานั้นมีความสอดคล้องกับแนวคิดหลักที่เลือกใช้ในส่วนของการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเกมกระดาน the zoo และแบบทดสอบ digit span ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับแบบประเมิน digit span test ($r = .076$) รวมทั้งในส่วน of digit span forward ($r = .067$) และ digit span backward ($r = .046$) **สรุป** เกมกระดาน the zoo มีความสอดคล้องกับแนวคิดหลักแต่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับแบบทดสอบ digit span ทั้งนี้ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงคุณลักษณะของเกมกระดานและผลสะท้อนจากการวัดด้วยเกมกระดานนี้ต่อไป

คำสำคัญ: เกมกระดาน, ความจำระยะสั้นเชิงปฏิบัติการ, เด็กและวัยรุ่น

Abstract

Objectives: This research aims 1) to conduct a pilot study for a board game “the zoo,” which has been developed to measure the working memory in children and adolescents following the multi-component model and 2) examine its relationship with a standardized working memory assessment (digit span task). **Materials and methods:** Five experts evaluated the content validity of the boardgame and played by sixty-four primary and secondary school students in the province of Phitsanulok, Thailand, while individually assessing the Digit Span Task. **Results:** The board game conforms to the multi-model component. Moreover, there was an absence of any statistically significant relationship between the board game and the total score of the Digit Span Task ($r = .076$): the digit span forward ($r = .067$) and Digit Span Backward ($r = .046$). **Conclusion:** Although in line with the multi-component model, the board game shows no statistically significant correlation with the digit span task. Further studies should be focused on investigating the boardgame properties and the measurement results which reflect from this boardgame.

Keywords: Boardgame, Working memory, Children and adolescent

บทนำ

ความจำระยะสั้นเชิงปฏิบัติการหรือ working memory คือความสามารถในการจดจำข้อมูลประมวลผลก่อนแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม (Baddeley, 2000) มีความสำคัญต่อความสามารถในการคิดที่ซับซ้อน ทักษะการแก้ปัญหา การให้เหตุผล การเข้าใจภาษา การวางแผน การดำเนินการเกี่ยวกับมิติสัมพันธ์ รวมไปถึงความสามารถในการคำนวณ (Banich, 2009) หลักฐานทางประสาทวิทยาแสดงให้เห็นว่าความสามารถดังกล่าวจะถูกพัฒนาขึ้นในช่วงวัยเด็กต่อเนื่องไปจนถึงวัยรุ่นและพัฒนาการนี้จะสมบูรณ์ที่สุดในช่วงวัยรุ่นตอนปลายคาบเกี่ยวสู่ช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Gathercole et al.,

2004) โดยเป็นผลสืบเนื่องจากการเจริญเติบโตของกลีบสมองส่วนหน้าหรือ prefrontal cortex ในขณะที่ความบกพร่องด้านความจำระยะสั้นประเภทนี้สามารถพบเห็นได้เด่นชัดในผู้ป่วยที่มีปัญหาพัฒนาการบกพร่อง เช่น ผู้ป่วยชนสมาธิสั้นผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยสมองเสื่อม (van Ewijk et al., 2013; Jalbrzikowski et al., 2018)

เพื่อตรวจประเมินความบกพร่องด้านความจำระยะสั้นเชิงปฏิบัติการ จำเป็นต้องเลือกใช้เครื่องมือที่มีความแม่นยำ มีประสิทธิภาพ และมีความเหมาะสมกับกลุ่มประชากร งานวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงได้สร้างเครื่องมือวัดความสามารถดังกล่าวโดยอยู่บนพื้นฐานของแบบจำลอง multi-component model ของ Alan Baddeley

และ Graham Hitch (Baddeley, 2007) ซึ่งแบ่งองค์ประกอบของความจำระยะสั้นเชิงปฏิบัติการเป็น 4 องค์ประกอบได้แก่ phonological loop, visuospatial sketchpad, episodic buffer และ central executive โดย phonological loop มีหน้าที่ในการรับและประมวลผลข้อมูลที่ได้มาจากการได้ยินและมีความเกี่ยวข้องกับเรื่องของภาษา (Abrahamse et al., 2017) ไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่ได้ยินหรือตัวอักษรข้อความที่เห็น (Emch et al., 2019) การจดจำและประมวลผลข้อมูลนี้อาศัย 2 กระบวนการสำคัญได้แก่ การเก็บจำ (a phonological store) ข้อมูลเป็นระยะเวลาสั้น ๆ และการทวนซ้ำของข้อมูล (an articulatory rehearsal) ไม่ว่าจะเป็นการพูดข้อมูลนั้นออกมาหรือทวนข้อมูลในใจ (Baddeley, 1992) ขณะที่ visuospatial sketchpad เป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็น ข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องกับการใช้ภาษารวมไปถึงข้อมูลด้านมิติสัมพันธ์ (RepovS, 2006) ข้อมูลเหล่านี้จะถูกส่งไปยัง central executive ซึ่งมีหน้าที่ในการสร้างความตั้งใจสนใจต่อสิ่งเร้าตรงหน้าและเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ การประสานงานข้อมูลจากทั้งการมองเห็นและการได้ยินรวมถึงข้อมูลจากภายนอกของระบบ ขณะที่องค์ประกอบ episodic buffer มีหน้าที่ในการคงค้างข้อมูลที่ประสานงานแล้วผ่านกระบวนการ buffer stores หรือการจัดการให้ข้อมูลต่าง ๆ ภายในองค์ประกอบของแนวคิดนี้และทำการเชื่อมต่อระหว่างความจำระยะสั้นกับความจำระยะยาวผ่านการทวนซ้ำและนำมาใช้หลาย ๆ ครั้ง (Baddeley, 2000; Baddeley, 2012)

ปัจจุบันเครื่องมือที่สามารถตรวจประเมินความจำระยะสั้นเชิงปฏิบัติการได้ถูกพัฒนาขึ้นมาอย่างแพร่หลาย การวัดองค์ประกอบด้านเสียงและภาษาหรือ phonological loop ซึ่งการทวนซ้ำของสิ่งเร้า (Barrouillet, Portrat & Camos,

2011) ที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นหรือการได้ยิน สิ่งเร้าที่สามารถถอดความออกมาเป็นภาษาที่เข้าใจได้ (Emch et al., 2019) มักทำการวัดผ่านการได้ยินตัวเลขหรือตัวอักษร เช่น ในแบบทดสอบ digit span ซึ่งเป็นแบบทดสอบมาตรฐานที่ใช้วัดความจำระยะสั้นเชิงปฏิบัติการด้านเสียงและภาษา (Meng et al., 2017; Gyselinck et al., 2002) หรือแบบทดสอบ n-back task ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ถูกนำมาใช้วัดความจำระยะสั้นด้านภาษาและการมองเห็นและมีติสัมพันธ์ โดยในการทดสอบความจำด้านภาษา ตัวอักษรจะปรากฏขึ้นบนหน้าจอ ผู้รับการทดสอบมีหน้าที่ในการตอบสนองโดยการกดแป้นพิมพ์ว่าตัวอักษรที่ปรากฏขึ้นถัดมาเหมือนหรือต่างจากตัวอักษรที่ปรากฏขึ้น 2 หรือ 3 ตัวก่อนหน้า (Beauchene et al., 2017) มากไปกว่านั้นการทวนตำแหน่งของตัวเลขแบบกลับหลังมาหน้าหรือ backward digit span มักจะนำมาใช้เพื่อวัดองค์ประกอบ central execution ตามแนวคิด multi-component model (Monaco et al., 2012; Leaffer et al., 2016) เนื่องจากผู้รับการทดสอบต้องจดจำพร้อมจัดเรียงข้อมูลใหม่ (Groeger et al., 1999)

นอกจากนี้รูปแบบของเครื่องมืออีกแบบหนึ่งคือมีลักษณะของเกมกระดานที่ให้ผู้เล่นเป็นผู้ค้นหาตำแหน่งของสิ่งเร้าที่ต้องจดจำหรือที่เรียกว่า self-ordered pointing task เป็นรูปแบบหนึ่งของการประเมินความจำระยะสั้นเชิงปฏิบัติการ โดยผู้รับการทดสอบต้องอาศัยความสามารถในการจดจำสิ่งเร้าด้วยตนเอง (Sacchetti et al., 2008) การทดสอบดังกล่าวมักใช้เพื่อวัดความจำระยะสั้นเชิงปฏิบัติการด้านการมองเห็นและมีติสัมพันธ์ (Cragg & Nation, 2007) เช่น the executive golf task (Feigenbaum et al., 1996) ในรูปแบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยให้ผู้รับการทดสอบตีลูกกอล์ฟ

ลงหลุมให้ถูกหลุมผ่านการกดไปที่ตำแหน่งของหลุมต่าง ๆ บนหน้าจอ ซึ่งคอมพิวเตอร์จะส่งข้อความสะท้อนกลับว่าหลุมที่เลือกนั้นเป็นหลุมที่ถูกหรือผิด ผู้รับการทดสอบต้องพยายามหาหลุมกอล์ฟที่ถูกและไม่กดหลุมเดิมซ้ำ ความยากง่ายของงานจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนของหลุมกอล์ฟ (สิ่งเร้าที่ต้องจดจำ) ภายหลังเครื่องมือดังกล่าวได้ถูกนำมาปรับปรุงอีกหลายครั้ง เช่น the spatial working memory ของแบบวัด CANTAB (Cambridge Cognition Ltd, 2014) หรือ the box task (Kessels & Postma, 2017) สุดท้ายคือเครื่องมือที่ใช้ประเมินองค์ประกอบ episodic buffer ได้แก่ มาตรฐาน paired recall task ของแบบทดสอบ test of memory and learning ซึ่งให้ผู้รับการทดสอบจดจำคำศัพท์เป็นคู่โดยผู้รับการทดสอบจะบอกคำศัพท์คำแรกของคู่คำศัพท์นั้นและให้ผู้รับการทดสอบทวนคำศัพท์ที่คู่กันออกมา การทดสอบลักษณะนี้ผู้รับการทดสอบจำเป็นต้องใช้ข้อมูลจากหลายองค์ประกอบซึ่งรวมถึงองค์ประกอบด้านภาษาและความจำระยะยาว (Henry, 2010) เครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ในการทดสอบองค์ประกอบ episodic buffer นี้มักเป็นการประเมินการประสานงานระหว่างความจำระยะยาวและองค์ประกอบด้านเสียงและภาษาของความจำระยะสั้นเชิงปฏิบัติการ (Nobre et al., 2013)

อย่างไรก็ดีปัญหาสำคัญของเครื่องมือเหล่านี้คือความแตกต่างทางบริบทของภาษาและวัฒนธรรม เช่น มีการใช้ตัวอักษรภาษาอังกฤษหรือมีรูปภาพ เช่น หิมะ ซึ่งเด็กที่เกิดและเติบโตในเมืองไทยมีความเข้าใจบริบทดังกล่าวได้ยาก ทำให้การตรวจประเมินด้วยเครื่องมือเหล่านี้ยังมีความบกพร่อง มีการใช้เวลาในการตรวจประเมินที่นานและการให้คะแนนจำเป็นต้องอาศัยประสบการณ์ในการ

ตรวจที่สูง ด้วยตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาเครื่องมือการตรวจวัดความจำระยะสั้นเชิงปฏิบัติการ โดยเกมกระดานที่ถูกพัฒนาขึ้นนี้ผู้วิจัยมีจุดประสงค์เพื่อให้สามารถวัดความจำระยะสั้นเชิงปฏิบัติการสำหรับเด็กและวัยรุ่นอายุระหว่าง 7-16 ปี เนื่องจากโรคที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการในเด็กและวัยรุ่น เช่น ซนสมาธิสั้นหรืออาการออทิสติกซึ่งมักพบในช่วงวัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความบกพร่องของความจำระยะสั้นเชิงปฏิบัติการ การตรวจพบความบกพร่องดังกล่าวได้อย่างรวดเร็วจะนำไปสู่การวางแผนการรักษาที่มีประสิทธิภาพต่อไป โดยเกมกระดานดังกล่าวใช้เวลาในการเล่นที่สั้นประมาณ 30 นาทีเพื่อให้สะดวกต่อการใช้งานในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่มีช่วงของสมาธิไม่ยาวนาน รูปแบบของกระดานได้นำมาจากสิ่งเร้าที่ผู้วิจัยคาดว่าเด็กจะมีความคุ้นเคยคือสัตว์และสวนสัตว์ โดยมีกติกาคือให้กลุ่มตัวอย่างจับคู่กันและผลัดกันนำสัตว์จากการ์ดชื่อสัตว์ของตนเองใส่ลงในกรงบนกระดานเกม ทั้งนี้ชื่อของสัตว์และตำแหน่งของกรงต้องไม่ซ้ำกับที่เคยได้พูดหรือผู้เล่นอีกฝ่ายได้พูดไปแล้ว ผู้วิจัยคาดว่า การจดจำชื่อสัตว์มีความสอดคล้องกับองค์ประกอบด้านภาษาและการได้ยินหรือ phonological loop ซึ่งการทวนซ้ำของสิ่งเร้า (Barrouillet et al., 2011) ที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นหรือการได้ยินสิ่งเร้าที่สามารถถอดความออกมาเป็นภาษาที่เข้าใจได้ (Emch et al., 2019) ขณะที่ลักษณะของเกมกระดานที่ให้ผู้เล่นเป็นผู้ค้นหาตำแหน่งของสิ่งเร้าที่ต้องจดจำ หรือ self-ordered pointing task ซึ่งเกี่ยวข้องกับการประเมินความจำระยะสั้นเชิงปฏิบัติการด้านมิติสัมพันธ์ การพุ่งความสนใจไปยังสิ่งเร้าที่ตนเองและผู้เล่นฝ่ายตรงข้ามต้องจดจำ การประสานข้อมูลระหว่างการได้ยินและ

การมองเห็นคาดว่ามีความเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบ central executive ประการสุดท้ายเนื่องจากกระดานเกมมีตัวช่วยในการจำ เช่น ประตู สระน้ำ และต้นไม้ผู้รับการทดสอบอาจมีการใช้ข้อมูลจากความจำระยะยาว (เลือกวางสัตว์ที่อยู่บนต้นไม้ไว้ใกล้ต้นไม้) การตอบโดยอาศัยกลยุทธดังกล่าวผู้วิจัยคาดว่ามีความเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบ episodic buffer นอกจากนี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเกมกระดานที่พัฒนาขึ้นและแบบทดสอบ digit span ซึ่งเป็นแบบทดสอบมาตรฐานที่มักใช้ในการวัดความจำระยะสั้นด้านภาษาและการไต่ยีน (Ramsay & Reynolds, 1995) และ central executive (Leaffer et al., 2016) คล้ายคลึงกับเกมกระดานที่พัฒนาขึ้นมานี้ ในส่วนขององค์ประกอบด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์ รวมถึงองค์ประกอบ episodic buffer ผู้วิจัยยังไม่สามารถหาแบบทดสอบมาตรฐานที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้วัดสององค์ประกอบดังกล่าวได้และจะนำประเด็นดังกล่าวไปวิเคราะห์เพิ่มเติมในการศึกษาครั้งต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อนำเกมกระดาน The zoo ที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อวัดความจำระยะสั้นเชิงปฏิบัติทางด้านภาษาและการไต่ยีน รวมถึงด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์ในเด็กและวัยรุ่นตามแบบจำลอง multi-component model ไปทดลองใช้
2. เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของเกมกระดาน “the zoo” โดยการศึกษาคือความสัมพันธ์ระหว่างผลของการใช้เกมกระดาน The zoo กับผลการประเมิน digit span test

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนจากการเล่นเกมกระดาน the zoo กับแบบทดสอบ digit span ซึ่งเป็นแบบทดสอบมาตรฐานที่ใช้ในการวัดความจำระยะสั้นเชิงปฏิบัติการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้รับการทดสอบมี อายุ 7-16 ปีที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 และมัธยมศึกษาปีที่ 1-4 ของโรงเรียนในจังหวัดพิษณุโลก

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power ซึ่งกำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.5 ทำการทดสอบด้วยสถิติ Exact โดยใช้สถิติทดสอบ Correlation: bivariate normal model, ค่า α err prob = 0.55 และค่า power (1 - β err prob) = 0.95 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอย่างน้อย 46 คน โดยการเก็บข้อมูลในครั้งนี้คณะผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลเกินกว่าจำนวนที่คำนวณได้ เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้ขณะทำการเก็บข้อมูล โดยทำการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คนในการเล่นเกมกระดานกลุ่มตัวอย่างจะแบ่งเป็น 2 ฝ่าย ฝ่ายละ 32 คนโดยวิธีการสุ่มจับคู่ของผู้วิจัย ทั้งนี้การสุ่มจับคู่นี้เป็นไปตามอายุและระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบทดสอบความจำระยะสั้น digit span test เป็นแบบทดสอบย่อยของแบบประเมินเชาวน์ปัญญาเด็ก (Wechsler intelligence scale for children-third edition) ประกอบด้วย 2 ชุดย่อยคือ 1) digit span forward จำนวน 16 ข้อ โดยผู้ถูกทดสอบพูดตามชุดตัวเลขที่ตนเองได้ยิน และ 2) digit span backward จำนวน 16 ข้อ

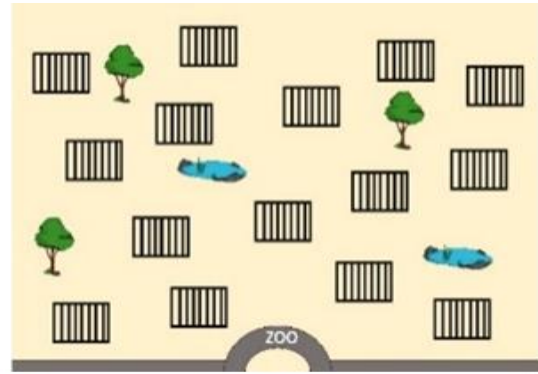
โดยผู้ถูกทดสอบพูดตัวเลขย้อนกลับหลังจากที่ตนเองได้ยินชุดตัวเลข โดยคะแนนจะนับตามจำนวนข้อที่ตอบถูกของทั้ง digit span forward และ digit span backward (Wechsler, 1991)

2. เครื่องมือเกมกระดาน The zoo ที่ใช้วัดความจำระยะสั้นเชิงปฏิบัติการด้านการได้ยิน การมองเห็นและมิติสัมพันธ์ในเด็กและวัยรุ่น ซึ่งเป็นเกมกระดานที่คณะผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยการสร้างเครื่องมือขึ้นจากแนวคิด multi-component model จากนั้นได้นำเครื่องมือดังกล่าวส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านประสาทจิตวิทยาในเด็กและวัยรุ่นประเมินความตรงเชิงเนื้อหา ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิได้ถูกนำมาปรับใช้เพื่อวัดทักษะความจำผ่านการเล่นเกมกระดานต่อไป ซึ่งแบ่งความจำที่วัดออกเป็น 4 ด้าน คือ 1. การจำชื่อสัตว์ซึ่งวัดความจำด้านการมองเห็น ภาษาและการได้ยิน 2. การจำตำแหน่งที่ใช้ในการเล่นซึ่งวัดความจำด้านมิติสัมพันธ์ 3. การประสานข้อมูลระหว่างการได้ยินและการมองเห็นซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบ central executive ถูกสะท้อนออกมาจากคะแนนรวมของการทดสอบและ 4. การใช้กลยุทธ์ในการตอบ เช่นการวางตำแหน่งของสัตว์ใกล้สิ่งของบนกระดานผ่านข้อมูลที่เคยเก็บจำไว้ในความจำระยะยาวหรือการใช้ episodic buffer โดยเกมกระดานประกอบด้วยการ์ดตัวละครและกระดานเกมดังแสดงในรูปที่ 1 ผู้เล่นจะทำการจับคู่กันแบบสุ่มโดยผู้วิจัยโดยจะเริ่มจากการจับการ์ดตัวละครที่มีชื่อสัตว์มา 1 ใบ จากการ์ดตัวละครทั้งหมด 20 ใบ ซึ่งทำให้ผู้เล่นแต่ละคนมีโอกาสในการเล่นได้ 20 รอบ จากนั้นจะผลัดกันนำสัตว์แต่ละตัวที่อยู่บนการ์ดใส่กรงที่ว่างโดยการชี้นิ้วไปที่กรงพร้อมพูดชื่อสัตว์ โดยไม่ทำเครื่องหมายใด ๆ ไว้บน

กระดานหรือในการ์ดตัวละคร ผู้บันทึกคะแนน จะทำการบันทึกตำแหน่งกรงและชื่อสัตว์ ลงในแบบบันทึกคะแนน (ดังแสดงในรูปที่ 2) ภายหลังจากการนำสัตว์ใส่กรงผู้เล่นจะหมุนกระดานประมาณ 45 องศาเพื่อให้การจดจำตำแหน่งของอีกฝ่ายเป็นไปด้วยความยากลำบากมากขึ้น หากผู้เล่นคนใดพูดชื่อสัตว์ซ้ำกับที่ผ่านมาหรือวางสัตว์ลงในกรงที่มีสัตว์ตัวอื่นอยู่แล้ว ผู้บันทึกคะแนนจะขานว่าชื่อหรือตำแหน่งซ้ำ ผู้เล่นต้องพูดชื่อสัตว์หรือวางตำแหน่งลงในกรงใหม่ หากผู้เล่นคนใดนำสัตว์ใส่กรงได้หมดก่อนจะถือว่าเป็นผู้ชนะ คะแนนจะถูกบันทึกเป็นจำนวนของชื่อสัตว์และจำนวนของกรงที่จดจำได้อย่างถูกต้อง คะแนนเต็มจากเกมกระดานนี้คือ 40 คะแนน โดยแบ่งเป็นคะแนนจากการจำชื่อสัตว์และตำแหน่งของกรงอย่างละ 20 คะแนน



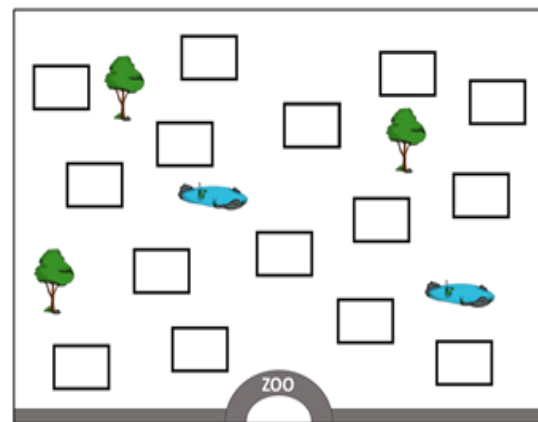
ตัวอย่าง การ์ดตัวละครสัตว์



ตัวอย่าง กระดานเกม The Zoo

รูปที่ 1 ตัวอย่างกระดานเกม the zoo และการ์ดตัวละคร โดยกระดานเกมมีขนาด 12 x 18 นิ้วและกรงมีขนาด 1 x 1.5 นิ้วจำนวน 15 กรง บนกระดานมีรูปวาดต้นไม้ สระน้ำและประตูกรงเพื่อเป็นตัวช่วย (cue) ในการจดจำ ในส่วนของการ์ดตัวละครประกอบด้วยชื่อสัตว์จำนวน 10 ชื่อ

ครั้งที่	ตำแหน่ง	ตัวละครสัตว์
1		
2		
3		
4		
5		
6		



รูปที่ 2 ตัวอย่างแบบบันทึกคะแนนของเกมกระดานโดยผู้บันทึกคะแนนจะเขียนชื่อสัตว์ที่ผู้เล่นขานลงบนช่องสี่เหลี่ยมบนแบบบันทึกด้านซ้ายและทำเครื่องหมายถูกหากผู้เล่นไม่ได้พูดชื่อสัตว์หรือตำแหน่งของกรงซ้ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เกมกระดาน The zoo

เกมกระดาน the zoo ได้ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาผ่านผู้ทรงคุณวุฒิด้านจิตประสาทวิทยาและการตรวจประเมินทางจิตวิทยาในเด็กจำนวน 5 ท่าน โดยความเห็นหลักคือเครื่องมือมีความสอดคล้องกับทฤษฎีที่เลือกใช้แต่อาจมีความยากต่อการทำความเข้าใจในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็ก จากนั้นนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะทาง

ประชากร ได้แก่ อายุและระดับการศึกษาใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการเก็บข้อมูลจริงจำนวน 36 คน ปัญหาที่พบจากการใช้เครื่องมือและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ เช่น คำสั่งที่มีความเข้าใจได้ยาก วิธีการเล่นที่ซับซ้อนหรือขนาดของเครื่องมือที่ใหญ่เกินไป ไม่เหมาะต่อการใช้งานจริง ได้ถูกนำมาตรวจสอบและปรับแก้ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลจริง

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อโรงเรียนประถมและมัธยมศึกษาในจังหวัดพิษณุโลกจำนวน 2 โรงเรียน เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลเอกสารชี้แจงการวิจัยและหนังสือแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยได้ถูกส่งไปยังครูประจำชั้นเพื่อแจกจ่ายให้ผู้ปกครองของนักเรียนที่มีความสามารถในการอ่านเขียนภาษาไทยได้เป็นอย่างดี ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางพัฒนาการหรือโรคทางจิตเวชจากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นไปโดยความสมัครใจ นักเรียนและผู้ปกครองที่เซ็นเอกสารให้ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยจะได้รับการนัดหมายโดยผู้วิจัยผ่านครูประจำชั้นเพื่อหาวันเวลาที่เหมาะสม ในการดำเนินการวิจัยในโรงเรียนของตนต่อไป การเก็บข้อมูลวิจัยดำเนินการโดยผู้ช่วยวิจัยที่ได้รับการฝึกใช้เครื่องมือจากผู้วิจัยก่อนเริ่มเล่นเกมกระดานผู้วิจัยจะสุ่มจับคู่นักเรียนที่มีอายุและระดับการศึกษาใกล้เคียงกัน จากนั้นทำการประเมินความจำโดยใช้เกมกระดานใช้เวลาในการเล่นประมาณ 30 นาที จากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินด้วยแบบทดสอบ digit span เป็นรายบุคคลในวันเดียวกัน นอกเหนือจากผลจากการเล่นเกมกระดาน ขณะเข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดพักการทดสอบและสามารถบอกยกเลิกการเข้าร่วมได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) ใช้สถิติการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของเพียร์สัน (pearson correlation) ทดสอบความสัมพันธ์

ระหว่างคะแนนรวมจากเกมกระดานกับ digit span test

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน โดยพบว่าแบ่งเป็นชายและหญิงจำนวนเท่ากันคือ 32 คน (ร้อยละ 50) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 13-15 ปี ซึ่งกำลังเรียนอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 48 คน (ร้อยละ 75)

ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความจำจากเกมกระดาน The zoo คือ 11.85 ($SD = 3.25$) จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน ขณะที่ในแบบทดสอบ digit span พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้าน digit forward คือ 10.81 ($SD = 2.12$) จากคะแนนเต็ม 16 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยด้าน digit backward คือ 4.14 ($SD = 1.49$) จากคะแนนเต็ม 14 คะแนน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าคะแนนสูงสุดและต่ำสุดของเกมกระดาน The zoo และแบบประเมิน digit span test

	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
คะแนนรวมจากเกมกระดาน	5	19	11.85	3.25
ความจำด้านการใช้ภาษาและการไต่ยีน (ชื่อสัตว์)	3	9	5.82	1.54
ความจำด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์ (ตำแหน่ง)	2	10	6.03	1.82
Digit Span Test	10	22	14.95	2.80
Digit Forward	7	15	10.81	2.12
Digit Backward	2	9	4.14	1.49

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า คะแนนที่ได้จากเกมกระดาน The zoo กับ คะแนนที่ได้จากแบบวัด digit span test ไม่มี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทุกด้าน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการทดสอบหาความสัมพันธ์ของคะแนนที่ได้จากเกมกระดาน The zoo กับคะแนน digit span test

เกมกระดาน The zoo	คะแนนของ digit span test		
	Pearson Correlation	p	ความสัมพันธ์
คะแนนความจำด้านการใช้ภาษาและการไต่ยีน (ชื่อสัตว์)	.099	.435	ไม่มีความสัมพันธ์
คะแนนความจำด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์ (ตำแหน่ง)	.042	.742	ไม่มีความสัมพันธ์
คะแนนรวมจากเกมกระดาน	.076	.552	ไม่มีความสัมพันธ์

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า คะแนนที่ได้จากเกมกระดาน The zoo กับ คะแนนที่ได้จากแบบวัด digit forward ไม่มี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทุกด้าน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการทดสอบหาความสัมพันธ์ของคะแนนที่ได้จากเกมกระดาน the zoo กับคะแนน digit span test (digit forward)

เกมกระดาน The zoo	คะแนน digit forward		
	Pearson Correlation	p	ความสัมพันธ์
คะแนนความจำด้านการใช้ภาษาและการไต่ยีน (ชื่อสัตว์)	.096	.452	ไม่มีความสัมพันธ์
คะแนนความจำด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์ (ตำแหน่ง)	.029	.822	ไม่มีความสัมพันธ์
คะแนนรวมจากเกมกระดาน	.067	.597	ไม่มีความสัมพันธ์

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าคะแนนที่ได้จากเกมกระดาน the zoo กับคะแนนที่ได้จากแบบวัด digit backward ไม่มี

ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทุกด้าน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลการทดสอบหาความสัมพันธ์ของคะแนนที่ได้จากเกมกระดาน the zoo กับคะแนน digit span test (digit backward)

เกมกระดาน The zoo	คะแนน digit backward		
	Pearson Correlation	p	ความสัมพันธ์
คะแนนความจำด้านการใช้ภาษาและการไต่ยีน (ชื่อสัตว์)	.051	.692	ไม่มีความสัมพันธ์
คะแนนความจำด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์ (ตำแหน่ง)	.038	.766	ไม่มีความสัมพันธ์
คะแนนรวมจากเกมกระดาน	.046	.716	ไม่มีความสัมพันธ์

วิจารณ์

งานวิจัยนี้มีจุดประสงค์เพื่อพัฒนาเกมกระดานเพื่อใช้ในการวัดความจำระยะสั้นเชิงปฏิบัติการตามองค์ประกอบจากแนวคิด multi-component model ทั้ง 4 องค์ประกอบโดยการวัดความตรงเชิงเนื้อหาผ่านการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความจำระยะสั้นเชิงปฏิบัติการด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์จากเกมกระดานกับแบบทดสอบ digit span จากการประเมินความตรง โดยผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่าเกมกระดานสามารถวัดความจำระยะสั้นเชิงปฏิบัติการด้านการไต่ยีน การมองเห็น และมิติสัมพันธ์ได้อย่างไรก็ดี อาจมีความเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของภาษาทำให้เป็นการยากที่จะระบุว่าเครื่องมือใช้ความสามารถด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์หรือการไต่ยีนเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ยังเสนอให้ปรับคำสั่งและกติกาเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กเข้าใจได้ง่ายขึ้น ความเห็นเรื่องกติกาและคำสั่งดังกล่าวผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาปรับและทดลองใช้ในในกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มเก็บข้อมูลจริง เมื่อนำเครื่องมือไปทดลองใช้ก่อนเริ่ม

การเก็บข้อมูลจริงผู้วิจัยพบว่าคำสั่งยังคงเป็นปัญหาต่อความเข้าใจ จำนวนรายชื่อสัตว์ที่มีน้อยเกินไปไม่หลากหลายทำให้เกมไม่น่าสนใจและความมั่นคงของตัวเกมที่ยึดกับฐานมีความไม่แน่นอน คือปัญหาหลักที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการให้ปรับแก้ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับแก้เครื่องมืออีกครั้งจากปัญหาดังกล่าวก่อนเริ่มเก็บข้อมูลจริง

ประการต่อมากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความจำระยะสั้นเชิงปฏิบัติการด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์จากเกมกระดาน the zoo กับแบบทดสอบ digit span ผลการวิจัยไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะมาตรวัด digit span backward ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อวัดความจำระยะสั้นเชิงปฏิบัติการด้านการไต่ยีนและภาษา (Ramsay & Reynolds, 1995) กับมาตรวัดการจดจำชื่อสัตว์ของเกมกระดานซึ่งเกี่ยวข้องกับการจดจำและประมวลผลข้อมูลโดยใช้ภาษา โดยมีความเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบย่อยทั้งสององค์ประกอบของการจำด้านการไต่ยีนและภาษา ได้แก่ การเก็บจำชื่อสัตว์ที่ได้ถูกขานออกมา (a phonological store) และการทวนซ้ำชื่อสัตว์ใน

ใจขณะเล่นเกม (an articulatory rehearsal) การไม่พบความสัมพันธ์กันระหว่างเกมกระดาน และแบบทดสอบ digit span มีความเป็นไปได้หลายประการดังนี้

ประการแรกคือการแทรกแซงของกระบวนการรับข้อมูลที่แตกต่างกันระดับความสามารถในการจดจำในแบบทดสอบ digit span ข้อมูลด้านภาษาคือตัวเลขถูกรับมาผ่านการฟังซึ่งแตกต่างจากเกมกระดานในงานวิจัยนี้ ที่การจดจำชื่อสัตว์ผ่านการอ่านพร้อมการจดจำตำแหน่งของกรง การกระทำสิ่งที่ไม่สอดคล้องกันทั้งการอ่านชื่อที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับ การมองเห็นตำแหน่งอาจก่อให้เกิด articulatory suppression effect ซึ่งเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อกระบวนการทวนซ้ำของข้อมูลทางภาษาถูกแทรกแซงด้วยงานหรือข้อมูลอีกชุดหนึ่ง (Gathercole & Hitch, 1993) รูปแบบเกมกระดานนี้มีลักษณะคล้ายคลึงกับงานวิจัยของ Soto and Humphreys (2008) ซึ่งให้กลุ่มตัวอย่างค้นหาและจดจำสิ่งเร้าเป้าหมายที่ปรากฏบนหน้าจอ พร้อมกับพูดทวนตัวเลขที่ปรากฏบนหน้าจอ ก่อนเริ่มการค้นหาสิ่งเร้า การกระทำที่ไม่สอดคล้องกันดังกล่าวส่งผลให้ความเร็วในการค้นหาสิ่งเร้าช้าลงโดยเฉพาะเมื่อจำนวนสิ่งเร้าที่ต้องค้นหาและจดจำมีจำนวนมาก นอกจากนี้ งานวิจัยทางประสาทวิทยาแสดงให้เห็นว่า ความจำที่เกิดจากการมองเห็นและความจำที่เกิดจากการได้ยินอาจมีความเกี่ยวข้องกับสมองส่วนที่แตกต่างกัน โดยสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นจะกระตุ้นสมองส่วน occipital lobe (Rodriguez-Jimenez et al., 2009) ขณะที่สิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับการได้ยินสมองส่วน auditory cortex จะทำงานเพิ่มขึ้น (Arnott et al., 2005) การอ่านและจดจำชื่อสัตว์ซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่เกิดจากการมองเห็นอาจกระตุ้นสมองส่วนที่

ต่างจากการได้ยินตัวเลขในแบบทดสอบ digit span ส่งผลให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง เครื่องมือทั้งสอง งานวิจัยที่ทำการศึกษาองค์ประกอบ phonological loop ผ่านการอ่านพบว่าการศึกษาดังกล่าวมีจำนวนไม่มากนัก และยังไม่เห็นผลจากการศึกษาที่ชัดเจน (Wang et al., 2021) จึงควรจำเป็นต้องได้รับการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ประการต่อมาระดับความยากของเกมกระดานอาจส่งผลต่อกลยุทธ์ทางการคิดหรือ cognitive strategy ซึ่งอาจส่งผลต่อการใช้ความสามารถของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างเต็มที่ โดยบุคคลจะเลือกกลยุทธ์ทางการคิดที่เหมาะสมกับงานตรงหน้าเพื่อช่วยให้จดจำสิ่งเร้าได้ดีที่สุด (Hilbert et al., 2015) เช่น การใช้การจดจำตำแหน่งของสิ่งเร้าตามตำแหน่งของตัวเลขบนนาฬิกาหรือการจินตนาการสิ่งได้เป็นภาพสิ่งเหล่านี้ทำให้การจดจำมีความง่ายมากขึ้น ในกรณีของเกมกระดาน The zoo การใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมอาจเป็นไปได้ง่ายกว่า หากผู้รับการทดสอบต้องการจินตนาการชื่อสัตว์เป็นรูปภาพเพื่อให้จดจำได้อย่างดีขึ้น การจินตนาการนั้นจะถูกขัดขวางด้วยกระบวนการจดจำตำแหน่งของกรง ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่ามีตำแหน่งของการทำงานของระบบประสาทที่ทับซ้อนกัน (Dodd & Shumborski, 2009) ส่งผลให้ระบบประสาทต้องแบ่งการทำงานระหว่างการจดจำชื่อสัตว์และตำแหน่งของกรงทำให้ไม่สามารถใช้ความสามารถได้อย่างเต็มที่ กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้อาจใช้ความสามารถอย่างเต็มศักยภาพในการทำแบบทดสอบ digit span แต่อาจเกิดความยากลำบากในการเล่นเกมกระดานที่มีความซับซ้อนเกินไป โดยการหากลยุทธ์ที่เหมาะสมนี้พัฒนาตั้งแต่วัยเด็กและจะพัฒนาเต็มที่ในช่วง

วัยรุ่น (Hoffnung, 2019) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กและวัยรุ่นตอนต้นในงานวิจัยนี้ก็อาจทำให้มีความยากลำบากในการจดจำสิ่งเร้ามากขึ้น ประเด็นเรื่องความยากง่ายของเกมกระดานและกลยุทธ์ที่ผู้เข้ารับการทดสอบเลือกใช้ รวมไปถึงการปรับปรุงเครื่องมือให้มีความสมบูรณ์ขึ้นและเลือกใช้แบบทดสอบมาตรฐานที่มีความใกล้เคียงกับเกมกระดานที่ถูกพัฒนานี้เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องทำการศึกษาให้ละเอียดยิ่งขึ้นต่อไป

ประเด็นสุดท้ายเมื่องานมีความซับซ้อนการทำงานของระบบประสาทจะมีการเปลี่ยนแปลงโดยพบการทำงานของสมองบริเวณ prefrontal cortex ซึ่งเกี่ยวข้องกับการคิดวิเคราะห์มากขึ้น (Arnott et al., 2005) ในแบบทดสอบ digit span ผู้รับการทดสอบจะพูดทวนสิ่งได้ยินหรือพูดตัวเลขจากหลังมาหน้า ขณะที่ในเกมกระดาน The zoo ผู้รับการทดสอบต้องจดจำสิ่งที่อ่านจดจำตำแหน่งของกรงและต้องคอยปรับปรุงข้อมูลที่จดจำตามชื่อสัตว์และตำแหน่งของผู้เล่นฝ่ายตรงข้ามเลือก แสดงให้เห็นว่าเกมกระดานนี้มีความซับซ้อนมากกว่า โดยผลจากการวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Hilbert และคณะ (2015) ที่พบความสัมพันธ์ในระดับต่ำระหว่างแบบทดสอบ digit span backward และแบบทดสอบ complex span ซึ่งให้ผู้รับการทดสอบจดจำสิ่งเร้าพร้อมกิจกรรมอย่างอื่น เช่น การพูดตัวเลขหรือตัวอักษรซ้ำไปมาซึ่งเป็นการแทรกแซงกระบวนการทวนซ้ำของข้อมูล (Hilbert et al., 2015).

สรุป

เกมกระดานที่ถูกพัฒนาขึ้นในการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับแนวคิด multi-component model ซึ่งเป็นแนวคิดหลักของการสร้างเครื่องมืออย่างไรก็ดีก็กลับไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง

เกมกระดาน The zoo และแบบทดสอบ digit span ทั้งนี้อาจอนุมานได้ว่าลักษณะของสิ่งเร้า (Rodriguez-Jimenez et al., 2009; Arnott et al., 2005) ความยากของเกมกระดานที่ส่งผลต่อกลยุทธ์ในการคิด (Hilbert et al., 2015) รวมถึงการทับซ้อนกันระหว่างการมองเห็นและมิติสัมพันธ์ของเกมกระดาน (Dodd & Shumborski, 2009) อาจมีความเกี่ยวข้องกับผลการวิจัยดังกล่าว ในส่วนของข้อจำกัดของการวิจัย เครื่องมือที่ใช้วัดความสัมพันธ์ระหว่างความจำด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์ในเด็กและวัยรุ่น คือการไม่สามารถหาแบบทดสอบมาตรฐานที่เหมาะสมกับการใช้ทดสอบกลุ่มตัวอย่างในช่วงวัยดังกล่าวได้ การวิจัยครั้งต่อไปควรมุ่งเน้นไปเรื่องการศึกษาคุณสมบัติของเกมกระดานไม่ว่าจะเป็นรูปแบบของการเล่น มาตรฐานที่สามารถวัดได้จากเกมกระดานนี้และผลสะท้อนของการเล่นเกมกระดานในมิติอื่น ๆ เพื่อให้สามารถปรับปรุงเกมกระดานให้มีความเหมาะสมต่อการใช้งานต่อไป

เอกสารอ้างอิง (References)

- Abrahamse, E. L., van Dijck, J. P., & Fias, W. (2017). Grounding verbal working memory: The case of serial order. *Current Directions in Psychological Science*, 26(5), 429-433. <https://doi.org/10.1177/0963721417704404>
- Arnott, S. R., Grady, C. L., Hevenor, S. J., Graham, S., & Alain, C. (2005). The functional organization of auditory working memory as revealed by fMRI. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 17(5), 819-831. <https://doi.org/10.1162/0898929053747612>

- Baddeley, A. (1992). Working memory. *Science*, 255(5044), 556-559. <https://doi.org/10.1126/science.1736359>
- Baddeley, A. (2000). The episodic buffer: A new component of working memory?. *Trends in Cognitive Sciences*, 4(11), 417-423. [https://doi.org/10.1016/s1364-6613\(00\)01538-2](https://doi.org/10.1016/s1364-6613(00)01538-2)
- Baddeley, A. (2007). *Working memory, thought, and action*. (Oxford psychology series, 45) (Illustrated ed.). Oxford University Press.
- Baddeley, A. (2012). Working memory: Theories, models, and controversies. *Annual Review of Psychology*, 63(1), 1-29. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120710-100422>
- Banich, M. T. (2009). Executive function. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 89-94. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01615.x>
- Barrouillet, P., Portrat, S., & Camos, V. (2011). On the law relating processing to storage in working memory. *Psychological Review*, 118(2), 175-192. <https://doi.org/10.1037/a0022324>
- Beauchene, C., Abaid, N., Moran, R., Diana, R. A., & Leonessa, A. (2017). The effect of binaural beats on verbal working memory and cortical connectivity. *Journal of Neural Engineering*, 14(2), 026014. <https://doi.org/10.1088/1741-2552/aa5d67>
- Cambridge Cognition Ltd. (2014). *Cantab computerized cognitive tests*. <http://www.cambridgecognition.com/technology>
- Cragg, L., & Nation, K. (2007). Self-ordered pointing as a test of working memory in typically developing children. *Memory*, 15(5), 526-535. <https://doi.org/10.1080/09658210701390750>
- Dodd, M. D., & Shumborski, S. (2009). Examining the influence of action on spatial working memory: The importance of selection. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 62(6), 1236-1247. <https://doi.org/10.1080/17470210802439869>
- Emch, M., von Bastian, C. C., & Koch, K. (2019). Neural correlates of verbal working memory: An fMRI meta-analysis. *Frontiers in Human Neuroscience*, 13. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2019.00180>
- Feigenbaum, J. D., Polkey, C. E., & Morris, R. G. (1996). Deficits in spatial working memory after unilateral temporal lobectomy in man. *Neuropsychologia*, 34(3), 163-176. [https://doi.org/10.1016/0028-3932\(95\)00107-7](https://doi.org/10.1016/0028-3932(95)00107-7)
- Gathercole, S. E., & Hitch, G. J. (1993). Developmental changes in short-term memory: A revised working memory perspective. In A. F. Collins, S. E. Gathercole, M. A. Conway, & P. E. Morris (Eds.), *Theories of memory* (pp. 189-209). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

- Gathercole, S. E., Pickering, S. J., Ambridge, B., & Wearing, H. (2004). The structure of working memory from 4 to 15 years of age. *Developmental Psychology*, 40(2), 177-190. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.40.2.177>
- Groeger, J. A., Field, D., & Hammond, S. M. (1999). Measuring memory span. *International Journal of Psychology*, 34(5-6), 359-363. <https://doi.org/10.1080/002075999399693>
- Gyselinck, V., Comolli, C., Dubois, V., de Beni, R., & Ehrlich, M. F. (2002). Visuospatial memory and phonological loop in learning from multimedia. *Applied Cognitive Psychology*, 16(6), 665-685. <https://doi.org/10.1002/acp.823>
- Henry, L. A. (2010). The episodic buffer in children with intellectual disabilities: An exploratory study. *Research in Developmental Disabilities*, 31(6), 1609-1614. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.04.025>
- Hilbert, S., Böhner, M., Sarubin, N., Koschutnig, K., Weiss, E., Papousek, I., Reishofer, G., Magg, M., & Fink, A. (2015). The influence of cognitive styles and strategies in the digit span backwards task: Effects on performance and neuronal activity. *Personality and Individual Differences*, 87, 242-247. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.08.012>
- Hoffnung, M. (2019). *Life span development*. (Fourth Australian edition). Wiley.
- Meng, X., Murakami, T., & Hashiya, K. (2017). Phonological loop affects children's interpretations of explicit but not ambiguous questions: Research on links between working memory and referent assignment. *PLOS ONE*, 12(10), e0187368. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187368>
- Jalbrzikowski, M., Murty, V. P., Stan, P. L., Saifullah, J., Simmonds, D., Foran, W., & Luna, B. (2018). Differentiating between clinical and behavioral phenotypes in first-episode psychosis during maintenance of visuospatial working memory. *Schizophrenia Research*, 197, 357-364. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.11.012>
- Kessels, R. P. C., & Postma, A. (2017). The box task: A tool to design experiments for assessing visuospatial working memory. *Behavior Research Methods*, 50(5), 1981-1987. <https://doi.org/10.3758/s13428-017-0966-7>
- Leaffer, E. B., Fee, R. J., & Hinton, V. J. (2016). Digit span performance in children with dystrophinopathy: A verbal span or working memory contribution?. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 22(7), 777-784. <https://doi.org/10.1017/s1355617716000461>
- Monaco, M., Costa, A., Caltagirone, C., & Carlesimo, G. A. (2012). Forward and backward span for verbal and visuo-spatial data: Standardization and

- normative data from an Italian adult population. *Neurological Sciences*, 34(5), 749-754. <https://doi.org/10.1007/s10072-012-1130-x>
- Nobre, A. D. P., Rodrigues, J. D. C., Sbicigo, J. B., Piccolo, L. D. R., Zortea, M., Junior, S. D., & de Salles, J. F. (2013). Tasks for assessment of the episodic buffer: A systematic review. *Psychology & Neuroscience*, 6(3), 331-343. <https://doi.org/10.3922/j.psns.2013.3.10>
- Ramsay, M. C., & Reynolds, C. R. (1995). Separate digits tests: A brief history, a literature review, and a reexamination of the factor structure of the test of memory and learning (TOMAL). *Neuropsychology Review*, 5(3), 151-171. <https://doi.org/10.1007/bf02214760>
- Repovš, G. (2006). The multi-component model of working memory: Explorations in experimental cognitive psychology. *Neuroscience*, 139(1), 5.
- Rodriguez-Jimenez, R., Avila, C., Garcia-Navarro, C., Bagney, A., Aragon, A. M. D., Ventura-Campos, N., Martinez-Gras, I., Forn, C., Ponce, G., Rubio, G., Jimenez-Arriero, M. A., & Palomo, T. (2009). Differential dorsolateral prefrontal cortex activation during a verbal n-back task according to sensory modality. *Behavioural Brain Research*, 205(1), 299-302. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2009.08.022>
- Sacchetti, E., Galluzzo, A., Panariello, A., Parrinello, G., & Cappa, S. F. (2008). Self-ordered pointing and visual conditional associative learning tasks in drug-free schizophrenia spectrum disorder patients. *BMC Psychiatry*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244x-8-6>
- Soto, D., & Humphreys, G. W. (2008). Stressing the mind: The effect of cognitive load and articulatory suppression on attentional guidance from working memory. *Perception & Psychophysics*, 70(5), 924-934. <https://doi.org/10.3758/pp.70.5.924>
- van Ewijk, H., Heslenfeld, D. J., Luman, M., Rommelse, N. N., Hartman, C. A., Hoekstra, P., Franke, B., Buitelaar, J. K., & Oosterlaan, J. (2013). Visuospatial working memory in ADHD patients, unaffected siblings, and healthy controls. *Journal of Attention Disorders*, 18(4), 369-378. <https://doi.org/10.1177/1087054713482582>
- Wang, W., Fan, L., Wang, Z., Liu, X., & Zhang, S. (2021). Effects of phonological loop on inferential processing during Chinese text reading: Evidence from a dual-task paradigm. *PsyCh Journal*, 10(4), 521-533. <https://doi.org/10.1002/pchj.451>
- Wechsler, D. (1991) *Wechsler intelligence scale for children-third edition*. The Psychological Corp.



Thai Journal of Clinical Psychology

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

Original Article

อิทธิพลของการรับรู้ตราบาปและความรอบรู้ทางสุขภาพจิตที่มีต่อเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยา

The Influence of Stigma and Mental Health Literacy on Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help

เอื้ออุนุช ถนอมวงษ์^{1*}

¹ อาจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Uea-anut Tanomwong^{1*}

¹ Lecturer, Department of Psychology, Kasetsart University

* Corresponding author: e-mail. aeuranuch.t@ku.ac.th

Received: 16 November 2021 | Revised: 24 December 2021 | Accepted: 20 February 2022

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ตราบาป ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยา และ 2) เพื่อวิเคราะห์อิทธิพลของการรับรู้ตราบาปและความรอบรู้ทางสุขภาพจิตที่มีต่อเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยาของนิสิตระดับปริญญาตรี **วัสดุและวิธีการ** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างคือ นิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ บางเขน จำนวน 520 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ มาตรการรับรู้ตราบาป มาตรการวัดความรอบรู้ทางสุขภาพจิต และมาตรการวัดเจตคติในการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยา สถิติที่ใช้คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน **ผลการศึกษา** ผลการศึกษาพบว่า 1) นิสิตมีการรับรู้ตราบาปทั้งสามด้านอยู่ในระดับเล็กน้อย มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและเจตคติในการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยาอยู่ในระดับปานกลาง และ 2) การรับรู้ตราบาปจากบุคคลรอบข้าง ($\beta = .14$) การรับรู้ตราบาปจากสังคม ($\beta = .23$) และการรับรู้ตราบาปในตนเอง ($\beta = .33$) สามารถร่วมกันพยากรณ์เจตคติในการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยา ได้ร้อยละ 31.4 ($R^2 = .31$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 **สรุป** หากมีการรับรู้ตราบาปเพิ่มขึ้นทั้งสามด้าน มีแนวโน้มที่นิสิตจะมีการแสวงหาความช่วยเหลือช่วยเหลือทางจิตวิทยาเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต, การแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยา, การรับรู้ตราบาป, นิสิต

Abstract

Objectives: 1) to study the level of stigma, mental health literacy and seeking psychological help; and 2) to analyze the influence of stigma and mental health literacy on undergraduate students' attitudes toward seeking professional psychological help. **Materials and methods:**

This research is a survey research. Participants were 520 undergraduate students from Kasetsart University (Bangkhen campus). The data were collected by a proportional randomization and simple random sampling. The tools of this research were Thai version of Internalized Stigma, Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale, and Mental Health Literacy Scale. Descriptive statistics (e.g., percentage, frequency, mean, standard deviation), Pearson's product-moment correlation and multiple regression were used to analyses all the data.

Results: Findings reveal that the student had a slight perception of stigma while attitudes toward seeking professional psychological help and their mental health literacy were moderate. Moreover, perceived personal stigma ($\beta = .14$), perceived public stigma ($\beta = .23$), and perceived self-stigma ($\beta = .33$) positively predicted 31.4% of students' attitudes toward seeking professional psychological help ($R^2 = .31$) at a statistically significant level of 0.01. **Conclusion:** Perceived self-stigma statistically and positively predicted students' attitudes toward seeking professional psychological help.

Keywords: Mental health literacy, Stigma, Seeking professional psychological help, Undergraduate student

บทนำ

การเรียนในระดับมหาวิทยาลัย คือการเปลี่ยนผ่าน รูปแบบการเรียนและการใช้ชีวิตที่แตกต่างไปจากระดับมัธยมศึกษา ซึ่งต้องอาศัยการปรับตัวเป็นอย่างมาก หากผู้เรียนไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม จะนำไปสู่การเกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมาได้ ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตพบได้บ่อยในนิสิตเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม การเรียน มีภาระหน้าที่และ

ความรับผิดชอบที่มากขึ้น (Ontongtim et al., 2017) นิสิตส่วนหนึ่งต้องใช้ชีวิตห่างไกลจากพ่อแม่ อยู่หอพัก ต้องจัดการบริหารค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ด้วยตนเอง การเปลี่ยนสังคมใหม่ รวมทั้งระบบและวิธีการเรียนที่แตกต่างจากชั้นมัธยมซึ่งต้องอาศัยทักษะการบริหารเวลาที่ดีเหล่านี้ล้วนเป็นจุดวิกฤตที่ผู้เรียนต้องเผชิญ ทำให้มีโอกาสเกิดความไม่สบายใจและมีปัญหาสุขภาพจิตได้สูง (Arin, 2015) รวมทั้งความกังวลเกี่ยวกับเรื่องของอนาคต ซึ่งความเครียดมีความสัมพันธ์อย่าง

มากกับความเสี่ยงด้านพยาธิสภาพทางจิต โดยธรรมชาติของมนุษย์หากรู้สึกไม่สบายใจ มีความเครียดในระดับที่รุนแรงควรจะขอรับความช่วยเหลือทางด้านจิตใจกับนักจิตวิทยา แต่พบว่า มีนิสัยเพียงร้อยละ 33 เท่านั้นที่เข้าสู่บริการรับความช่วยเหลือ (Henriques, 2018) อีกทั้งพบว่า สาเหตุที่นิสัยไม่แสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยา เนื่องจากมีเจตคติว่าการขอรับความช่วยเหลือทางจิตวิทยาเป็นเรื่องที่น่าอาย คิดว่าคนอื่นอาจมองตนเองเป็นคนน่ารังเกียจ ไม่มีคุณค่า และกลัวผู้อื่นคิดว่าตนเองเป็นคนบ้าและน่ากลัว (Ruangdejsiripong, 2016) ซึ่งเกิดผลกระทบทางลบต่อตนเอง ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจไปกับการรักษาหรือแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุ อีกทั้งเกิดความทุกข์ ถูกลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ มองตนเองในทางลบ กลัวเป็นที่น่ารังเกียจ ถูกกีดกันทางสังคม หรือเสียสิทธิ เสียโอกาสต่าง ๆ จึงเป็นเหตุผลในการปฏิเสธการเข้าสู่กระบวนการรักษาที่ถูกต้อง (Winter et al., 2017; Menon et al., 2017) ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการปฏิเสธการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยาคือการรับรู้ตราประทับที่ต่อการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยาแบ่งเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) การรับรู้ตราประทับจากสังคม (public stigma) หมายถึง การถูกตีตรา และการถูกแบ่งแยก ซึ่งเป็นปฏิกิริยาของบุคคลอื่นที่อคติ และการเลือกปฏิบัติจากคนทั่วไปที่มีผลกระทบต่อบุคคล (Corrigan et al., 2012) 2) การรับรู้ตราประทับจากบุคคลรอบข้าง (personal stigma) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าของตนเอง มีปฏิกิริยาและมีเจตคติต่อบุคคลที่แสวงหาความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยาไปในทางลบ (Ruangdejsiripong, 2016) 3) การรับรู้ตราประทับในตนเอง (self-stigma) กล่าวคือ ความเชื่อของ

บุคคลมองตนเองว่าจะถูกสังคมมองว่าด้อยค่า และถูกลดทอนโอกาสในอนาคตหากยอมรับการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา (Menon et al., 2017) ส่งผลให้มีเจตคติเชิงลบต่อการแสวงหาความช่วยเหลือ มองว่าหากตนเข้ารับการศึกษาจากนักจิตวิทยาแล้วนั้น ตนจะมีความรู้สึกว่าเป็นคนไม่ดี มองตนเองในทางลบ เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ และมองว่าเป็นคนมีตราประทับ ส่งผลกระทบให้บุคคลไม่ยอมแสวงหาความช่วยเหลือในอนาคต (Ludwikowski et al., 2009; Vogel et al., 2007) อย่างไรก็ตามบุคคลมีแนวโน้มที่จะแสวงหาความช่วยเหลือมากขึ้น หากได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน ครอบครัว และคนรอบข้าง

นอกจากนี้ มีงานวิจัยที่พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพจิต หมายถึง ความรู้ ความเชื่อ และเจตคติของบุคคลต่อสุขภาพจิต ซึ่งช่วยในการจำแนก จัดการและป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตในการศึกษาครั้งนี้แบ่งความรอบรู้ทางสุขภาพจิตออกเป็น 6 ประการ (Sittironnarit et al., 2021) ดังนี้ 1) ความสามารถในการจำแนกโรค (recognition of disorders) 2) ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ (knowledge of risk factors and causes) 3) ความรู้เกี่ยวกับการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต (knowledge of how to seek mental health information) 4) ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดรักษาตนเอง (knowledge of self-treatments) 5) ความรู้เกี่ยวกับแหล่งบริการของผู้เชี่ยวชาญ (knowledge of professional help available) 6) เจตคติที่ช่วยในการจำแนกความผิดปกติทางจิตและนำไปสู่การแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม (attitude that promote recognition and appropriate help-seeking) นักวิจัยยังพบว่าบุคคลที่มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตสูง มีแนวโน้มที่จะแสวงหา

ความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยาสูง (Cheng et al., 2018)

จากหลักการและเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาเพื่อวิเคราะห์อิทธิพลของการรับรู้ตราใบและความรอบรู้ทางสุขภาพจิตที่มีต่อเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยา เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพในการดูแลนิสิตที่ความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต เพื่อส่งเสริม สนับสนุน ให้นิสิตเข้ารับความช่วยเหลือทางจิตวิทยามากขึ้น โดยปรับการรับรู้ที่มีต่อตนเองจากปัญหาที่นิสิตได้รับ ให้สามารถดำเนินชีวิตในรั้วมหาวิทยาลัยได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ตราใบ ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต และเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยา
2. เพื่อวิเคราะห์อิทธิพลของการรับรู้ตราใบและความรอบรู้ทางสุขภาพจิตที่มีต่อเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยา

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ตราใบ และความรอบรู้ทางสุขภาพจิต อย่างน้อย 1 ปัจจัย สามารถพยากรณ์เจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยา

นิยามศัพท์เฉพาะ

การรับรู้ตราใบ หมายถึง การที่บุคคลรับรู้หรือมีความเชื่อว่าสังคมมองว่าบุคคลที่ขอรับการช่วยเหลือจากนักจิตวิทยาเป็นบุคคลที่มีความแปลกแยก รวมถึงรับรู้ว่าคนรอบข้างมองตนเองในทางลบและมีปฏิกิริยาทางลบหาก

ตนทำการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยาซึ่งมีเจตคติด้านลบในการขอรับการช่วยเหลือจากนักจิตวิทยามาเป็นของตนเองและปฏิเสธการเข้ารับการปรึกษาจากนักจิตวิทยา เพราะหากตนเข้ารับการปรึกษาจากนักจิตวิทยาก็จะทำให้รู้สึกว่าเป็นคนไม่ดีมองตนเองในทางลบ เห็นคุณค่าตนเองต่ำ และมองว่าตนเป็นคนมีตราใบ

ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต หมายถึง ความรู้ ความเชื่อ และเจตคติของบุคคลต่อสุขภาพจิต ซึ่งช่วยในการจำแนก จัดการและป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิต

เจตคติในการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยา หมายถึง ปริมาณความรู้สึก ความเชื่อเกี่ยวกับคุณค่าและโทษของการขอความช่วยเหลือด้านจิตใจจากนักวิชาชีพด้านสุขภาพจิตของบุคคลที่จะตอบสนองไปในทิศทางลบหรือบวก อันส่งผลต่อพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยาในลำดับต่อไป

วัสดุและวิธีการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้

ประชากรคือ นิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ บางเขน จำนวน 29,145 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 5 เมษายน 2563) (Kasetsart University, 2020)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ นิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ บางเขน จำนวน 520 คน การพิจารณาจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงขนาดอิทธิพล (effect size หรือ f^2) พบว่า ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอสำหรับขนาดอิทธิพลระดับกลาง ($f^2 = .05$) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอต่อการวิจัย คือ 481 คน ทำให้มีค่าอำนาจการทดสอบ (power)

ที่ร้อยละ 95 ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างประมาณ 520 คน โดยประมาณจำนวนที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของการเก็บข้อมูลให้เหลือน้อยที่สุด จากนั้นผู้วิจัยได้เลือกใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิอย่างเป็นสัดส่วน (proportional stratified random sampling) โดยแบ่งประชากรตามกลุ่มคณะทั้งหมด 15 คณะ และ 1 วิทยาลัย แล้วหาสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากรแต่ละคณะ เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนประชากรที่มีการกระจายกันอย่างเป็นสัดส่วนในทุกคณะของมหาวิทยาลัย จากนั้นจึงใช้การสุ่มอย่างง่าย และเมื่อเก็บข้อมูลจริงได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 564 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าอาสาสมัคร (inclusion criteria) ได้แก่ 1) มีอายุตั้งแต่ 18-25 ปี 2) เป็นนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ บางเขน 3) สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกอาสาสมัคร (exclusion criteria) ได้แก่ 1) ตอบแบบสอบถามไม่ครบตามที่กำหนดไว้ และ 2) ไม่อยู่ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล

เกณฑ์การถอนตัวอาสาสมัคร (withdrawal criteria for individual participants) ได้แก่ 1) อาสาสมัครตัดสินใจออกจากโครงการ และ 2) เกิดผลข้างเคียงในระหว่างตอบแบบสอบถาม จนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถาม ซึ่งแบ่งเป็น 4 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ชั้นปี คณะ และประสบการณ์การขอรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพรทางจิตวิทยา โดย

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจรายการ (check list) และแบบเติมคำตอบ

ตอนที่ 2 มาตรการวัดการรับรู้ตราบาป ประกอบด้วย 1) มาตรการวัดการรับรู้ตราบาปจากบุคคลรอบข้าง (personal stigma) โดย perceptions of stigmatization by others for seeking help ของ Vogel et al. (2006) จำนวน 12 ข้อ 2) มาตรการวัดการรับรู้ตราบาปจากสังคม (public stigma) โดย stigma scale for receiving psychological help ของ Komiya et al. (2000) จำนวน 12 ข้อ และ 3) มาตรการวัดการรับรู้ตราบาปในตนเอง (self-stigma) โดย self-stigma of seeking help scale ของ Vogel et al. (2006) จำนวน 12 ข้อ ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบพัฒนาโดย ธนวัต ปุณยกันก (Poonyakanok, 2010) มีลักษณะแบบสอบถามของมาตรเป็นแบบมาตราประเมินค่า (rating scale) โดยใช้มาตราวัดลิเคิร์ต (likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับน้อยที่สุด (1) จนถึงมากที่สุด (5) ได้ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน และมีค่าความเชื่อมั่นของมาตรการรับรู้ตราบาปจากบุคคลรอบข้าง จากสังคม และในตนเอง เท่ากับ .87 .86 และ .96 ตามลำดับ ในการวิจัยครั้งนี้ค่าความเชื่อมั่นฉบับรวม เท่ากับ .90

ตอนที่ 3 มาตรการวัดความรู้ทางสุขภาพจิต (the mental health literacy scale-MHLS) โดย O'Connor and Casey (2015) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์ และคณะ (Sittironnarit et al., 2021) จำนวน 35 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามของมาตรวัดเป็นแบบมาตราประเมินค่า (rating scale) โดยใช้มาตราวัดลิเคิร์ต (likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับน้อยที่สุด (1) จนถึงมากที่สุด (5) ได้ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน และ

มีค่าความเชื่อมั่นของมาตรวัดความรอบรู้ทางสุขภาพจิตทั้งฉบับเท่ากับ .72

ตอนที่ 4 มาตรวัดเจตคติในการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยา (attitude toward seeking professional psychological help scale: ATSPPH) ของ Fisher and Turner (1970) ฉบับภาษาไทย ซึ่งพัฒนาโดย ญัฐภูมิ อรินทร์ (Arin, 2015) จำนวน 16 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามของมาตรวัดเป็นแบบมาตราประเมินค่า (rating scale) โดยใช้มาตรวัดลิเคิร์ต (likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับน้อยที่สุด (1) จนถึงมากที่สุด (5) ได้ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน และมีค่าความเชื่อมั่นของมาตรวัดเจตคติในการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยาทั้งฉบับเท่ากับ .72

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ รหัส KUREC-SS63/005 เพื่อประสานงานกับอาจารย์ผู้รับผิดชอบของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ บางเขน เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีการประชาสัมพันธ์ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยชี้แจงอาสาสมัครผู้รับการวิจัยด้วยตนเอง จากนั้นให้อาสาสมัครที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ลงนามตอบรับหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และหลังจากนั้นจึงเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage)

ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (pearson's product moment correlation coefficient)

3. วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) ด้วยวิธีเพิ่มตัวแปรอิสระแบบขั้นตอน (stepwise)

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Ethical consideration)

ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทั้ง 3 ข้อ ได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล (respect for person) โดยการให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนจนผู้ที่ได้รับเชิญให้เข้าร่วมในการวิจัยเข้าใจเป็นอย่างดี และตัดสินใจอย่างอิสระในการให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะเคารพความเป็นส่วนตัวและการเก็บรักษาความลับของอาสาสมัครผู้รับการวิจัย โดยในแบบบันทึกข้อมูลจะไม่มีข้อมูลที่บ่งชี้ (identifiers) ถึงอาสาสมัครผู้รับการวิจัย หลักการให้ประโยชน์ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (beneficence/ non-maleficence) อาสาสมัครผู้รับการวิจัยจะไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ อาจเกิดความเสียหายต่ออาสาสมัครผู้รับการวิจัยเพียงเล็กน้อย คือ ความลับของอาสาสมัครผู้รับการวิจัยอาจถูกเปิดเผย ผู้วิจัยจะเก็บรักษาความลับของอาสาสมัครผู้รับการวิจัยเป็นอย่างดี และหลักความยุติธรรม (justice) คือ มีเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกชัดเจน มีการกระจายประโยชน์และความเสี่ยงอย่างเท่าเทียมกัน ไม่มีอคติ

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

นิสิตกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 520 คน จากการเก็บข้อมูลทั้งหมด 564 คน คิดเป็นร้อยละ 92.20 จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 67.20 เพศชายร้อยละ 31.40 และเพศทางเลือก ร้อยละ 1.40 อายุของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีอายุ 19 ปี ร้อยละ 48.00 รองลงมา คือ อายุ 18 ปี ร้อยละ 25.40 และอายุ 20 ปี ร้อยละ 16.70 ตามลำดับ ชั้นปีของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในชั้นปี 1 ร้อยละ 80.90 รองลงมา ชั้นปี 2 ร้อยละ 10.80 และชั้นปี 4 ร้อยละ 3.70 คณะของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในคณะเศรษฐศาสตร์ ร้อยละ 14.70 รองลงมา คณะวิศวกรรมศาสตร์ ร้อยละ 14.40 และคณะเกษตร ร้อยละ 12.40

เมื่อพิจารณาด้านประสบการณ์การขอรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการขอรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยา ร้อยละ 94.10 และมีประสบการณ์ในการขอรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยา ร้อยละ 5.90

และระดับความพึงพอใจจากการเข้ารับความช่วยเหลือ ส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจต่อการเข้ารับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยาอยู่ในระดับ 7 ร้อยละ 21.20 รองลงมา ระดับ 6 ร้อยละ 18.20 และระดับ 3 ร้อยละ 9.10 ตามลำดับ

เมื่อเกิดปัญหาเกี่ยวกับบุคคลที่ขอความช่วยเหลือ จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า บุคคลที่ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกที่จะปรึกษาเป็นลำดับที่ 1 ส่วนใหญ่ ได้แก่ พ่อแม่ร้อยละ 46.50 ลำดับถัดมาคือ เพื่อนร้อยละ 38.20 และแฟนร้อยละ 15.60 บุคคลที่ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกที่จะปรึกษาในลำดับที่ 2 ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกปรึกษาพี่น้องร้อยละ 38.10 ลำดับถัดมาคือเพื่อนร้อยละ 27.70 และแฟนร้อยละ 22.30 จากข้อมูลจะเห็นได้ว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เลือกปรึกษาพ่อแม่มากที่สุด ต่อมาคือเพื่อนและแฟนตามลำดับ ตามรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละของบุคคลที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปรึกษาเมื่อมีปัญหา

	พ่อแม่		ญาติ		พี่น้อง		แฟน		เพื่อน	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
ลำดับที่ 1	246	46.50	1	0.30	47	10.50	54	15.60	198	38.20
ลำดับที่ 2	107	20.20	14	4.10	171	38.10	77	22.30	144	27.70
ลำดับที่ 3	127	24.00	43	12.50	141	31.40	66	19.10	107	20.60
ลำดับที่ 4	45	8.50	92	26.70	82	18.30	65	18.80	58	11.20
ลำดับที่ 5	3	0.60	186	54.10	8	1.80	83	24.00	12	2.30
ลำดับที่ 6	1	0.20	8	2.30	0	0	1	0.30	0	0

2. ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา

นิสิตผู้ตอบแบบสอบถามมีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ตราบาปจากบุคคลรอบข้าง ($\bar{X} = 1.81$) การรับรู้ตราบาปจากสังคม ($\bar{X} = 1.43$) และการรับรู้ตราบาปในตนเอง ($\bar{X} = 1.10$) อยู่ในระดับเล็กน้อย มีค่าเฉลี่ยเจตคติในการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยา ($\bar{X} = 2.90$) และความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ($\bar{X} = 2.77$) อยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า ส่วนใหญ่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีจำนวน 9 คู่ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีจำนวน 1 คู่ คู่ที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากที่สุด คือ การรับรู้ตราบาปในตนเองกับเจตคติในการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยา ($r = -.493$)

ส่วนคู่ที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์น้อยที่สุด คือ การรับรู้ตราบาปจากสังคมกับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ($r = .104$)

เมื่อพิจารณาค่าความเบ้ (skewness) และค่าความโด่ง (kurtosis) โดยใช้เกณฑ์ในการแปลผลของ บุญใจ ศรีสถิตนรากร (Srisatidnarakul, 2020) เมื่อพิจารณาค่าความเบ้ (skewness) พบว่า คะแนนการรับรู้ตราบาปจากสังคม ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต และเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยา มีการแจกแจงใกล้เคียงแบบสมมาตร (approximately symmetric) ส่วนคะแนนการรับรู้ตราบาปจากบุคคลรอบข้างและการรับรู้ตราบาปในตนเองมีการแจกแจงแบบเบ้ปานกลาง (moderately skewed) และเมื่อพิจารณาค่าความโด่ง (kurtosis) พบว่าคะแนนทุกตัวแปรมีการแจกแจงแบบปาน (platykurtic kurtosis) โดยรายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร	\bar{X}	S.D.	SK	KU	ระดับ	1	2	3	4	5
1. การรับรู้ตราบาปจากสังคม	1.43	0.62	-.18	-.35	เล็กน้อย	1				
2. การรับรู้ตราบาปจากบุคคลรอบข้าง	1.81	0.81	1.37	1.46	เล็กน้อย	.36**	1			
3. การรับรู้ตราบาปในตนเอง	1.10	0.49	.57	1.85	เล็กน้อย	.43**	.47**	1		
4. ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต	2.77	0.35	.45	1.52	ปานกลาง	.10*	.15**	.19**	1	
5. เจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางจิตวิทยา	2.90	0.48	.23	2.15	ปานกลาง	.42**	.38**	.49**	.17**	1

3. ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

การทดสอบสมมติฐานที่ว่า การรับรู้ตราบาป และความรอบรู้ทางสุขภาพจิต อย่างน้อย

1 ปัจจัย สามารถพยากรณ์เจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยา ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุ

(multiple regression analysis) โดยใช้วิธีเพิ่มตัวแปรอิสระแบบขั้นตอน (stepwise regression) โดยก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอย ได้แก่ ตัวแปรทุกตัวจะต้องอยู่ในระดับตัวแปรระดับอันตรภาค (interval scale) ขึ้นไป และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระเพื่อไม่ให้เกิดปัญหา “multicollinearity problem” โดยตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเกิน 0.8 (Prasitratasin, 1995) จากนั้นจึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานและได้ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า

การรับรู้ตราภาพจากบุคคลรอบข้าง การรับรู้ตราภาพจากสังคม และการรับรู้ตราภาพในตนเอง สามารถร่วมกันพยากรณ์เจตคติในการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยา ได้ร้อยละ 31.4 ($R^2 = .31$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 โดยเมื่อพิจารณาสามารถเรียงตามลำดับตัวแปรต้นที่มีอิทธิพลมากที่สุดไปหาตัวแปรต้นที่มีอิทธิพลน้อยที่สุด ดังนี้

การรับรู้ตราภาพในตนเอง ($\beta = .33$) มีผลในทิศทางบวกต่อเจตคติในการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สามารถแปลความหมายได้ว่า หากนิสิตมีการรับรู้ตราภาพในตนเองเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้มีเจตคติในการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยา เพิ่มขึ้น .33 หน่วย ($b = .33$)

การรับรู้ตราภาพจากสังคม ($\beta = .23$) มีผลในทิศทางบวกต่อเจตคติในการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สามารถแปลความหมายได้ว่า หากนิสิตมีการรับรู้ตราภาพจากสังคม เพิ่มขึ้น 1 หน่วยจะทำให้มีเจตคติใน

การแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยา เพิ่มขึ้น .18 หน่วย ($b = .18$)

การรับรู้ตราภาพจากบุคคลรอบข้าง ($\beta = .14$) มีผลในทิศทางบวกต่อเจตคติในการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สามารถแปลความหมายได้ว่า หากนิสิตมีการรับรู้ตราภาพจากบุคคลรอบข้างเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้มีเจตคติในการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยาเพิ่มขึ้น .08 หน่วย ($b = .08$)

สมการพยากรณ์จากคะแนนดิบคือ เจตคติในการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยา = $2.13 + .18$ (การรับรู้ตราภาพจากสังคม) + $.08$ (การรับรู้ตราภาพจากบุคคลรอบข้าง) + $.33$ (การรับรู้ตราภาพในตนเอง)

สมการพยากรณ์จากคะแนนมาตรฐานคือ เจตคติในการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยา = $.23$ (การรับรู้ตราภาพจากสังคม) + $.14$ (การรับรู้ตราภาพจากบุคคลรอบข้าง) + $.33$ (การรับรู้ตราภาพในตนเอง) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณโดยนำตัวแปรเข้าสมการด้วยวิธีเพิ่มตัวแปรอิสระแบบขั้นตอน

ตัวแปรอิสระ	Unstandardized		Standardized	t	Sig
	Coefficients		Coefficients		
	b	SEb	β		
การรับรู้ตราบาปจากสังคม	.18	.03	.23	5.90**	<.001
การรับรู้ตราบาปจากบุคคลรอบข้าง	.08	.02	.14	3.50**	<.001
การรับรู้ตราบาปในตนเอง	.33	.04	.33	7.88**	<.001
ค่าความคงที่	2.13	.05		40.94	

* $p < .05$, ** $p < .01$, $R^2 = .31$ และ Adjusted $R^2 = .31$

วิจารณ์

จากผลการทดสอบสมมติฐานที่พบว่า การรับรู้ตราบาปจากบุคคลรอบข้าง การรับรู้ตราบาปจากสังคม การรับรู้ตราบาปในตนเอง สามารถร่วมกันพยากรณ์เจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยาได้ สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

การรับรู้ตราบาปในตนเองกล่าวได้เป็นการรับรู้ตนเองของบุคคลในทางลบ มองตนเองไม่มีคุณค่า ไม่ควรได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ซึ่งก่อให้เกิดความเครียด รู้สึกหมดหนทาง นำไปสู่การพยายามหาทางออกจากสถานการณ์ดังกล่าว เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ Tuliao and Holyoak (2020) ที่ศึกษาการรับรู้ตราบาปของผู้ใช้สารเสพติด พบว่า การรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา นอกจากนี้การรับรู้ตราบาปจากบุคคลรอบข้าง หมายถึงการได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากบุคคลที่มีความสำคัญกับตนเอง สามารถช่วยให้บุคคลเกิดการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยาเพิ่มขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Cheng et al. (2018) ได้กล่าวถึงการศึกษาการรับรู้ตราบาปเกี่ยวกับตนเองสัมพันธ์กับการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา และได้กล่าวถึงการลด

ตราบาปเกี่ยวกับตนเองโดยการให้สถาบันการศึกษาได้จัดสรรงบคโดยการให้บุคคลที่มีชื่อเสียงที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตมาถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ ก็จะสามารถช่วยลดความรู้สึกมีตราบาปในตนเองได้ สรุปได้ว่าการรับรู้ตราบาปมีโอกาสในการช่วยให้บุคคลมีการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยาที่เพิ่มขึ้นได้

ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป รวมถึงปัญหาด้านการเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตในประเทศไทย รวมถึงปัญหาด้านการเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตในประเทศไทย ที่มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตได้น้อย (Suksompong et al., 2016; Polnarat et al., 2021) ซึ่งอาจแสดงถึงอุปสรรคในการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ ที่แม้จะมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ซึ่งข้อมูลด้านสุขภาพจิตในปัจจุบันค่อนข้างที่จะหาได้ง่ายตามสื่อออนไลน์ทั่วไป แต่ก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงความยากลำบากในการเข้ารับบริการได้ และความยากลำบากนี้อาจเป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อเจตคติในการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยา โดยเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นนิสิตที่มีข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการ นอกจากนี้ในรายงานการศึกษาเรื่องความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับชาติวิทยา

สุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี 2556 ของกรมสุขภาพจิต (Department of Mental Health, 2016) พบว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยจิตเวชไม่เข้ารับบริการสุขภาพจิต อันดับ 1 เป็นเพราะคิดว่าตัวเองไม่มีปัญหา รองลงมายอมรับว่ามีปัญหาแต่คิดว่าจัดการเองได้ หากมีการให้ความรู้โรคทางจิตเวชเป็นโรคที่รักษาหายได้ และทำให้กลุ่มเป้าหมายมีเจตคติที่ดีขึ้นต่อการรักษา อาจจะเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตได้

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. บุคคลใกล้ชิดมีความสำคัญในการช่วยให้บุคคลแสวงหาการช่วยเหลือทางจิตวิทยา จึงควรมีการจัดโครงการหรือให้ข้อมูลกับเพื่อน เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลในการสังเกต แนะนำช่วยเหลือเพื่อนนิสิตได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงการให้มีบุคคลตัวอย่างที่นิสิตชื่นชอบหรือมีวัยใกล้เคียงกันที่เคยประสบปัญหาด้านสุขภาพจิตถ่ายทอดประสบการณ์การรับการรักษาและการก้าวข้ามความรู้สึกเป็นตราบาป

2. สร้างเจตคติ มุมมองให้กับนิสิตเข้าใจบุคคลที่เข้ารับบริการทางจิตวิทยาที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันการตีตราและเกิดตราบาปทางสังคม ที่อาจนำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้

3. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเรื่องการเข้าถึงสื่อออนไลน์เพื่อให้ทราบว่ามีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและการนำไปสู่การแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยาหรือไม่

สรุป

นิสิตมีการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับเล็กน้อย มีเจตคติในการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยาและความรอบรู้ทางสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง และการรับรู้ตราบาปจากบุคคลรอบข้าง ($\beta = .14$) การ

รับรู้ตราบาปจากสังคม ($\beta = .23$) การรับรู้ตราบาปในตนเอง ($\beta = .33$) สามารถร่วมกันพยากรณ์เจตคติในการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยา ได้ร้อยละ 31.4 ($R^2 = .31$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 และการรับรู้ตราบาปในตนเองสามารถร่วมกันพยากรณ์การแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยาของนิสิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทางบวก

เอกสารอ้างอิง (References)

- Arin, N. (2015). Factors affecting the intention for seeking professional psychological help among university students. *Journal of Behavioral Science*, 16(1), 82-101.
- Cheng, H. L., Wang, C., McDermott, R. C., Kridel, M., & Rislin, J. L. (2018). Self-stigma, mental health literacy, and attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling & Development*, 96(1), 64-74.
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsck, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, 63(10), 963-973.
- Department of Mental Health. (2016). *Prevalence of mental disorders and mental health problems: Results from Thai national mental health survey 2013 Thailand*. Bureau of Mental Health Service Administration, Department of Mental Health, Ministry of Health.

- <https://dmh.moph.go.th/ebook/dl.asp?id=382> (in Thai).
- Henriques, G. (2018). *The college student mental health crisis (update) What's behind the rise in reported problems?*. Psychology Today. Retrieved April 29, 2019, <https://www.psychologytoday.com/us/blog/theory-knowledge/201811/the-college-student-mental-health-crisis-update>.
- Kasetsart University. (2020, November 19). *Kasetsart University: Number of students academic*. Kasetsart University. <https://www.ku.ac.th/en/statistical-data/view/Kasetsart-University-Number-of-Students-Academic>.
- Komiya, N., Good, G. E., & Sherrod, N. B. (2000). Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 47(1), 138-143. Retrieved November 15, 2021, from <https://doi.org/10.1037/0022-0167.47.1.138>
- Ludwikowski, W., Vogel, D., & Armstrong, P. I. (2009). Attitudes toward career counseling: The role of public and self-stigma. *Journal of Counseling Psychology*, 56(3), 408.
- Menon, V., Sarkar, S., & Kumar, S. (2017). A cross-sectional analysis of barriers to health-care seeking among medical students across training period. *Journal of Mental Health and Human Behaviour*, 22(2), 97.
- Ontongtim, S., Laojeerunkun, P., Pojpanitpong, S., & Dongtib, C. (2017). The adjustment of the first year undergraduate students of higher education in statutes within Muang district in Chiang Rai province. *Apheit journal*, 23(1), 18-25.
- Polnarat, S., Kamkaew, P., Danboonchant, D., Pukhamsuk, T., & Suriyakhup, W. (2021). A guideline for the community mental health clinic development using folk wisdom under Lanna medical context. *Journal of MCU Nakhondhat*, 8(5), 162-176.
- Poonyakanok, T. (2010). *A model of professional help seeking intentions; The mediating role of perceived stigma and attitudes toward help seeking*. [Unpublished master's thesis]. Chulalongkorn University.
- Prasitratasin, S. (1995). *Research methodology of social sciences*. National Institute of Development Administration.
- Ruangdejsiripong, N. (2016). *Relationships Among stress, stigma, attitudes toward psychological help seeking and midlife crisis in working age persons*. [Unpublished master's thesis]. Chulalongkorn University.
- Sittironnarit, G., Sripen, R., & Phattharayuttawat, S. (2021). Psychometric properties of the Thai mental health literacy scale in sixth-year medical students. *Siriraj Medical Journal*, 74(2), 100-107. <https://doi.org/10.33192/Smj.2022.13>

- Srisatidnarakul, B. (2020). *Effect size, power analysis, optimal sample size calculations using G*Power software*. Chulalongkorn University Press. (in Thai).
- Suksompong, S., Losatiankij, P., Kaewyot, K., Chutha, W., & Udomittipong, D. (2016). The Thai national mental health survey 2013: Access to mental health services of people in Bangkok. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, 10*(1), 40-51.
- Tuliao, A. P., & Holyoak, D. (2020). Psychometric properties of the perceived stigma towards substance users scale: Factor structure, internal consistency, and associations with help-seeking variables. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 46*(2), 158-166.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Haake, S. (2006). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of counseling psychology, 53*(3), 325.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology, 54*(1), 40.
- Winter, R. I., Patel, R., & Norman, R. I. (2017). A qualitative exploration of the help-seeking behaviors of students who experience psychological distress around assessment at medical school. *Academic psychiatry, 41*(4), 477-485.



Original Article

**รูปแบบความผูกพันระหว่างเพื่อนร่วมวัยและกลวิธีเผชิญปัญหาภาวะหมดไฟ
ในการเรียน: กรณีศึกษานักศึกษาจิตวิทยาคลินิก**

**Peer Attachment Styles and Strategies for Coping with Academic Burnout:
Case Study of Clinical Psychology Undergraduate Students**

ววรรษชล ไชยมงคล^{1*}, อารยา ผลธัญญา²

¹ นักศึกษาระดับปริญญาตรี, ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Watsachon Chaimongkol^{1*}, Araya Pontanya²

¹ Bachelor of Science (psychology), Department of psychology, Faculty of Humanities, Chiang Mai University

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

* Corresponding author: watsachon.chm@gmail.com

Received: 6 February 2022 | Revised: 8 March 2022 | Accepted: 14 April 2022

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับกระบวนการของรูปแบบความผูกพันระหว่างเพื่อนร่วมวัยต่อกลวิธีเผชิญปัญหาภาวะหมดไฟในการเรียนของนักศึกษาจิตวิทยาคลินิกชั้นปีที่ 4 **วัสดุและวิธีการ** การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา ผู้ให้ข้อมูลหลัก 4 รายได้จากการเลือกแบบเจาะจงคือ นักศึกษาจิตวิทยาคลินิกชั้นปีที่ 4 ที่ศึกษาในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2564 โดยเป็นผู้ที่เคยประสบกับภาวะหมดไฟในการเรียนและสามารถจัดการกับภาวะหมดไฟที่เคยเกิดขึ้นได้แล้ว เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างผ่านโปรแกรม Zoom วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์สาระแก่นสารแบบใช้ทฤษฎีในการสังเคราะห์ประเด็นและแนวคิด **ผลการศึกษา** ผู้ให้ข้อมูลหลัก 3 รายมีรูปแบบความผูกพันระหว่างเพื่อนร่วมวัยแบบมั่นคง ผู้ให้ข้อมูลหลัก 1 รายมีรูปแบบความผูกพันระหว่างเพื่อนร่วมวัยแบบไม่มั่นคง โดยการแสวงหาการสนับสนุนทางอารมณ์จากเพื่อนร่วมวัยเป็นกลวิธีเผชิญปัญหาที่ไม่ขึ้นอยู่กับรูปแบบความผูกพันทางอารมณ์ และเพื่อนร่วมวัยเป็นปัจจัยหลักที่ช่วยให้ก้าวผ่านภาวะหมดไฟในการเรียนไปได้เนื่องจากการสามารถบอกเล่าเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างกัน และยังเป็นบุคคลที่ประสบภาวะเดียวกันจึงเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นร่วมกัน ไป

จนถึงช่วยเหลือกันในการก้าวผ่านภาวะหมดไฟในการเรียนไปได้ **สรุป** เพื่อนร่วมวัยเป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ในการก้าวผ่านปัญหาภาวะหมดไฟของนักศึกษาจิตวิทยาคลินิกชั้นปีที่ 4 ดังนั้นการส่งเสริมความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมวัยจึงอาจเป็นวิธีการที่ช่วยให้นักศึกษาสามารถปรับตัวในช่วงปีสุดท้ายของการเรียนในระดับมหาวิทยาลัยได้

คำสำคัญ: รูปแบบความผูกพัน, เพื่อนร่วมวัย, กลวิธีเผชิญปัญหา, ภาวะหมดไฟในการเรียน, นักศึกษา

Abstract

Objectives: To study the preliminary process of peer attachment styles towards strategies for coping with academic burnout among fourth-year clinical psychology undergraduate students.

Materials and methods: This study is qualitative research using case study design. The research used purposive sampling method. The key informants are fourth-year clinical psychology students who studying in the first semester of 2021 academic year. All participants were experienced academic burnout and being able to cope with it. The researcher collected data by using semi-structured interview via Zoom and data were analyzed by thematic-analysis method. **Results:** The result revealed that three participants had a secure peer attachment style. One participant had an insecure peer attachment style; seeking for emotional support from peers is a coping strategy that does not depends on peer attachment styles. Peers are still key factor that help participants to overcome academic burnout because they can talk about their ongoing situation with their peers and peers are also experiencing the same situation. So, they can share their experience and feelings between each other that can help key informants to overcome the academic burnout. **Conclusion:** This study suggests that peers are the source of emotional support to overcome the academic burnout of fourth-year students. Therefore, promoting the relationship between peers may help students adapt with the final year of study.

Keywords: Attachment style, Peers, Coping strategies, Academic burnout, College students

บทนำ

ในสภาพการณ์ปัจจุบัน การศึกษาเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับบุคคลในทุกระดับและทุกช่วงวัย โดยการเข้าศึกษาในสถาบันการศึกษาถือเป็นแหล่งการเรียนรู้ที่สำคัญในการเพิ่มพูนความรู้และพัฒนาศักยภาพของบุคคล แต่

เนื่องจากการศึกษาในปัจจุบันที่เน้นการให้คุณค่าของความสำเร็จเชิงวิชาการ ส่งผลให้นักเรียนและนักศึกษาจำนวนมากเกิดความเครียด กัดดัน และไม่มีความสุขในการเรียน (Sriphetdee, 2019)

โดยความเครียดจากการเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับชั้นปีที่สูงขึ้นเนื่องจากนักศึกษาชั้นปีที่ 4 จะมีความเครียดในด้านอื่นที่

สัมพันธ์กับเรื่องการเรียนเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น ความเครียดกับการฝึกงาน การสอบใบประกอบวิชาชีพ และการเตรียมตัวทำงานทำเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ (Sathirapanya & Hemaphandha, 2013) อีกทั้งการศึกษาของ Rodcharoen (2016) ยังพบว่า นิสิตชั้นปีที่ 4 มีความเครียดในระดับสูง เนื่องจากเป็นชั้นปีสุดท้ายของการเรียน โดยการเรียนส่วนใหญ่จะเป็นการทำรายงานที่ต้องศึกษาค้นคว้าข้อมูลจำนวนมาก รวมถึงความกังวลในการเลือกเส้นทางการประกอบอาชีพ หลังจากจบหลักสูตรการศึกษาจึงอาจทำให้นิสิตเกิดความกดดันในการเรียน และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ นิสิตชั้นปีที่ 4 มีความเครียดในระดับสูงได้ และความเครียดในมหาวิทยาลัยจะเชื่อมโยงกับผลกระทบด้านลบต่อการใช้ชีวิตของผู้เรียนในมหาวิทยาลัยอีกด้วย (Pongpisanrat, 2021) ซึ่งถ้าหากความเครียดในการเรียนอยู่ในระดับสูงและรุนแรงจนร่างกายไม่สามารถตอบสนองหรือแสดงออกต่อความเครียดนั้นได้ ก็จะสะสมเป็นความเครียดเรื้อรัง (Piyayodilokchai et al., 2015) และส่งผลให้เกิดภาวะหมดไฟในการเรียนได้ (Taikerd et al., 2019)

ภาวะหมดไฟ (burnout syndrome) เป็นผลมาจากความเครียดเรื้อรังจากการทำงานที่ไม่ได้รับการจัดการที่ดีพอ โดยองค์การอนามัยโลกได้จัดภาวะหมดไฟให้อยู่ในบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับทบทวนครั้งที่ 11 (11th Revision of the International Classification of Diseases ; ICD-11) (World Health Organization, 2019) โดยภาวะหมดไฟสามารถนำมาใช้อธิบายในบริบทของการเรียนได้เช่นกัน ซึ่งจะสะท้อนออกมาผ่านความไม่กระตือรือร้นในการเรียน การตอบสนองทางด้านลบต่อการเรียน ทั้งนี้ภาวะหมดไฟทางการเรียนเกิดขึ้นได้จากทั้งพฤติกรรมของผู้เรียนเอง รายวิชาต่าง ๆ ใน

ปัจจุบัน ระดับภาระงานที่มากเกินไป ความคาดหวังของผู้เรียน การได้รับภาระงานที่มีความยากเกินระดับความสามารถของผู้เรียน การได้รับรางวัลที่ไม่เหมาะสมกับความพยายามในงานนั้น ค่านิยมที่ไม่สอดคล้องกับเพื่อนหรือค่านิยมของสถานศึกษา และสัมพันธภาพของผู้เรียนในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นสัมพันธภาพกับผู้สอนหรือเพื่อนร่วมชั้น ถ้าหากเป็นความสัมพันธ์ทางด้านลบอาจส่งผลให้ผู้เรียนเกิดภาวะหมดไฟในการเรียนได้ (Pongpisanrat, 2021) และเมื่อบุคคลประสบกับภาวะหมดไฟแล้วจะก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ และการทำงาน เช่น อาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง ปวดศีรษะ สูญเสียแรงจูงใจ หมดหวัง มีภาวะซึมเศร้า นอนไม่หลับ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง หรือลาออก เป็นต้น (Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, 2019)

ทั้งนี้ในช่วงวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่เพื่อนร่วมวัยมีความสำคัญต่อพัฒนาการทางสังคม โดยกลุ่มเพื่อนร่วมวัยจะมีความสำคัญต่อชีวิตจิตใจมากที่สุด อีกทั้งยังมีการสร้างความผูกพันระหว่างสมาชิกในกลุ่มแบบผู้ใหญ่ (Kaewkangwan, 2006) โดยความผูกพันระหว่างเพื่อนร่วมวัย (peer attachment) นี้จะเป็นรากฐานสำคัญสำหรับความผูกพันในวัยผู้ใหญ่ และเพื่อนเป็นบุคคลที่สำคัญในการสร้างความสนิทสนมและความไว้วางใจ รวมถึงเป็นปัจจัยสำคัญของวัยรุ่นในเรื่องของการสนับสนุนทางอารมณ์และสังคม (Wilkinson, 2004 as cited in Gorrese & Ruggieri, 2012) จากการศึกษางานวิจัยของ Mota and Matos (2013) พบว่า ความผูกพันระหว่างเพื่อนร่วมวัยมีอิทธิพลต่อการจัดการภาวะหมดไฟ โดยความผูกพันระหว่างเพื่อนร่วมวัยมีอิทธิพลต่อกลวิธีเผชิญปัญหาแบบเผชิญหน้า (active coping) เนื่องจากบุคคลที่มีความผูกพันกับ

เพื่อนร่วมวัยแบบมั่นคงจะสามารถแสดงอารมณ์ความรู้สึก ความคิดได้อย่างอิสระ รวมถึงยังมีมุมมองทางบวกต่อความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมวัยซึ่งสิ่งนี้เป็นพื้นฐานของบุคคลในการกล้าที่จะขอความช่วยเหลือและเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไข และในทางกลับกันจากการศึกษาของ Pascuzzo et al. (2013) พบว่า บุคคลที่มีความผูกพันระหว่างผู้เลี้ยงดูและเพื่อนร่วมวัยแบบไม่มั่นคงในช่วงวัยรุ่นจะใช้การจัดการอารมณ์แบบมุ่งอารมณ์ (emotion-oriented regulation) มากกว่าการจัดการอารมณ์แบบมุ่งแก้ไขปัญหา (task-oriented regulation) ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น นอกจากนี้รูปแบบความผูกพันแบบไม่มั่นคงยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะหมดไฟในการเรียน กล่าวคือ ภาวะหมดไฟในการเรียนเกิดจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของบุคคล เช่น ลักษณะบุคลิกภาพ วิธีการแก้ไขปัญห การปรับตัวของบุคคล และความกดดันทางการเรียน ซึ่งปัจจัยด้านบุคลิกภาพและการปรับตัว เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากความผูกพัน ดังนั้นความผูกพันระหว่างเพื่อนร่วมวัยจึงมีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการเรียนของบุคคลได้ (Chen et al., 2021) สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า รูปแบบความผูกพันแบบมั่นคงสามารถช่วยให้บุคคลจัดการกับความเครียดได้ดีกว่า รวมถึงรูปแบบความผูกพันแบบมั่นคงมีความสัมพันธ์กับการมีภาวะหมดไฟในระดับต่ำ ในขณะที่บุคคลที่มีรูปแบบความผูกพันแบบวิตกกังวลจะมีภาวะหมดไฟในระดับสูง (Mikulincer, 1997 as cited in Pines, 2004; West, 2015)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ภาวะหมดไฟด้านการเรียนส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยปัจจัยที่อาจช่วยให้นักศึกษาสามารถจัดการกับภาวะหมดไฟในการเรียนได้คือรูปแบบความผูกพัน

ระหว่างเพื่อนร่วมวัย เนื่องจากรูปแบบความผูกพันมีความสัมพันธ์กับวิธีการจัดการเมื่อบุคคลเผชิญกับภาวะหมดไฟ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีงานวิจัยไม่มากนักที่ศึกษารูปแบบความผูกพันเฉพาะเจาะจงไปที่รูปแบบความผูกพันระหว่างเพื่อนร่วมวัย ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาว่ารูปแบบความผูกพันระหว่างเพื่อนร่วมวัยมีผลต่อกลวิธีเผชิญปัญหาภาวะหมดไฟในการเรียนของนักศึกษาหรือไม่ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา เนื่องจากผู้วิจัยต้องการข้อมูลเชิงลึกของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรอบด้านทั้งในแง่เนื้อหาและตัวบุคคล และแม้จะมีการศึกษาภาวะหมดไฟในการเรียน (academic burnout) ในนักศึกษาสายวิทยาศาสตร์สุขภาพอยู่บ้าง แต่ทว่ายังไม่มีการศึกษาถึงภาวะหมดไฟในการเรียนในนักศึกษาจิตวิทยาคลินิกซึ่งเป็นสาขาหนึ่งในการศึกษาสายวิทยาศาสตร์สุขภาพเช่นกัน รวมถึงการศึกษาในชั้นปีที่ 4 ของนักศึกษาจิตวิทยาคลินิกที่ต้องมีการประยุกต์ใช้ความรู้เชิงทฤษฎีในการปฏิบัติงานจริงมากขึ้น และการเตรียมความพร้อมเข้าสู่การฝึกปฏิบัติทางคลินิกในสถานพยาบาล อาจทำให้นักศึกษาเกิดภาวะหมดไฟในการเรียนได้ โดยผลการวิจัยครั้งนี้จะช่วยให้ทราบถึงรูปแบบความผูกพันระหว่างเพื่อนร่วมวัยที่มีต่อกลวิธีในการเผชิญปัญหาภาวะหมดไฟในการเรียนของนักศึกษาจิตวิทยาคลินิกชั้นปีที่ 4 ได้อย่างลึกซึ้งมากขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับกระบวนการของรูปแบบความผูกพันระหว่างเพื่อนร่วมวัยต่อกลวิธีเผชิญปัญหาภาวะหมดไฟในการเรียนของนักศึกษาจิตวิทยาคลินิกชั้นปีที่ 4

วัสดุและวิธีการ

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) แบบรายกรณี (case study) ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักด้วยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ เป็นนักศึกษาจิตวิทยาคลินิกชั้นปีที่ 4 ที่มีคะแนนภาวะหมดไฟในการเรียนอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูงที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย โดยใช้คะแนนจากแบบสอบถามภาวะหมดไฟในการเรียนของ Srisongmueang (2016) สำหรับการคัดกรอง และเป็นผู้ที่จัดการกับสภาวะหมดไฟที่เคยเกิดขึ้นได้แล้ว และมีเกณฑ์คัดออกคือ เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช โดยผู้วิจัยประสานสัมพันธ์โครงการวิจัยและชี้แจงเกี่ยวกับจุดประสงค์ของการวิจัยให้นักศึกษาจิตวิทยาคลินิกทุกคนได้ทราบและเปิดรับสมัครผู้ให้ข้อมูลหลักตามความสมัครใจ โดยมีผู้สมัครใจทำแบบสอบถามภาวะหมดไฟในการเรียนในขั้นตอนการคัดกรองผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 27 คน และในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกที่ผู้วิจัยกำหนดจำนวน 4 คน โดย Schoch (2020) ระบุว่า การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยแบบรายกรณีจำนวน 3-4 ราย เป็นจำนวนที่เพียงพอต่อการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ในเชิงลึกของกรณีศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะหมดไฟในการเรียนจำนวน 15 ข้อ 2) ข้อคำถามประเมินตนเองตามการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการจัดการกับภาวะหมดไฟในการ

เรียนของตนเองในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (จัดการได้หรือไม่) โดยในข้อ 1) และ 2) เป็นการประเมินตนเองผ่านทาง google form 3) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview) ที่ผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีแนวคำถามที่ผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นไว้ล่วงหน้าเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการศึกษา ได้แก่ ข้อมูลส่วนตัว ความผูกพันระหว่างเพื่อนร่วมวัย และ กลวิธีเผชิญปัญหาภาวะหมดไฟในการเรียน โดยการถามสามารถยืดหยุ่นตามข้อมูลที่ได้จากกรณีศึกษาแต่ละราย

การเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักผ่านระบบออนไลน์แบบรายบุคคล โดยชี้แจงจุดประสงค์ของการวิจัยพร้อมทั้งขออนุญาตยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลหลักโดยเป็นการยินยอมทางวาจา จากนั้นจึงขออนุญาตบันทึกข้อมูลด้วยการบันทึกภาพและเสียงตลอดการสัมภาษณ์ โดยผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อหากเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กรณีศึกษาจะถูกวิเคราะห์สาระแก่นสารแบบใช้ทฤษฎีในการสังเคราะห์ประเด็นและแนวคิด โดยการนำข้อมูลทั้งหมดมาจัดหมวดหมู่ ตรวจสอบวิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอในรูปแบบของการวิเคราะห์พรรณนา (analysis description)

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยให้อาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงให้ผู้ให้ข้อมูล

หลักตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยตนเอง (member check) (Burnard et al., 2008)

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมด 4 ราย เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุระหว่าง 21-22 ปี ซึ่งเป็นนักศึกษาจิตวิทยาคลินิกชั้นปีที่ 4 คณะมนุษยศาสตร์ ที่กำลังศึกษาในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2564 และเป็นผู้ที่มีการรับรู้ว่าตนเองสามารถจัดการกับภาวะหมดไฟที่เคยเกิดขึ้นได้แล้วด้วยการประเมินตนเองผ่านทาง google form ว่าภายในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาผู้ให้ข้อมูลหลักเห็นด้วยหรือไม่ว่าตนเองสามารถจัดการกับภาวะหมดไฟในการเรียนได้แล้ว

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบความผูกพันระหว่างเพื่อนร่วมวัย

รูปแบบความผูกพันระหว่างเพื่อนร่วมวัย ผู้วิจัยสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์โดยแบ่งรูปแบบความผูกพันจากมุมมองต่อตนเอง และมุมมองต่อผู้อื่นของผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยแต่ละรูปแบบจะสะท้อนพฤติกรรม วิธีคิด รวมถึงลักษณะสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นที่แตกต่างออกไป จากการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลหลัก 3 รายมีรูปแบบความผูกพันแบบมั่นคง เนื่องจากมีมุมมองต่อตนเองและเพื่อนร่วมวัยในเชิงบวก โดยมองว่าตนเองสามารถให้การสนับสนุนทางอารมณ์และพร้อมที่จะอยู่เคียงข้างในยามที่เพื่อนต้องการความช่วยเหลือ ดังข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์นี้

“ถ้าจากมุมมองของเรา เราว่าเราก็เป็นเพื่อนอย่างที่เราบอกไปอะ ว่าเออเราก็เป็น

คน...เราน่าจะเป็นคนที่แบบว่ารับฟังเพื่อนแบบเออในเวลาที่เราเพื่อนแบบว่ามีปัญหาอะไรเงี้ยเราก็พร้อมที่จะเป็นคนรับฟังแล้วก็พร้อมที่จะซัพพอร์ตเขาไม่ว่าจะแบบเกิดปัญหาอะไรขึ้นอะไรเงี้ย” (มุมมองต่อตนเองและผู้อื่นบวก รูปแบบความผูกพันแบบมั่นคง: การวิเคราะห์ของผู้วิจัย)

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“มันก็มีเพื่อนหลายกลุ่มอะเนอะ แล้วก็คือแบบว่าทุกกลุ่มอะมันก็เป็นไปในทางบวกเหมือนกันหมดเลยนะ แบบบางคนเราก็จะสนิทมากก็คือแบบไปไหนมาไหนด้วยกัน กินข้าวด้วยกันอะไรอย่างเงี้ย มีอะไรก็คุยกันตลอดเรื่องงานเรื่องอะไรเงี้ย ก็จะแชร์กัน คอยช่วยอะไรหลาย ๆ อย่าง แล้วก็อีกกลุ่มมันก็จะ เป็นกลุ่มที่เพื่อนที่จับจากมัธยม อันนี้จะไม่ค่อยได้เจอกัน แต่แบบเหมือนพอเวลาเรามีอะไรที่อยากจะพูดอยากจะระบายบางทีก็ไปพูดกับเพื่อนมัธยมเขารับฟังแล้วก็ให้กำลังใจเรา อืม” (มุมมองต่อตนเองและผู้อื่นบวก รูปแบบความผูกพันแบบมั่นคง: การวิเคราะห์ของผู้วิจัย)

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“ก็น่าจะเป็นเหมือนแบบฝ่ายซัพพอร์ตรีเบลาเหมือนแบบให้กำลังใจอะไรเงี้ย หรือแบบเมื่อเพื่อนแบบว่า เออเค้าเรียกว่าอะไรอะ อารมณ์ร้อนอะไรอย่างเงี้ยก็จะคอยแบบยับยั้งอะไรเงี้ย น่าจะเป็นฟิลนี้น่าจะเป็นซัพพอร์ตเลย ฝ่ายซัพพอร์ตมากกว่าแล้วก็คอยรับฟังอะไรเงี้ย ไซ้” (มุมมองต่อตนเองและผู้อื่นบวก รูปแบบความผูกพันแบบมั่นคง: การวิเคราะห์ของผู้วิจัย)

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลหลักอีก 1 ราย มีรูปแบบความผูกพันแบบไม่มั่นคง เนื่องจากมีมุมมองต่อตนเองและเพื่อนร่วมวัยในเชิงลบ

ค่อนข้างมีระยะห่างระหว่างเพื่อนร่วมวัย มีความเป็นส่วนตัวค่อนข้างสูงทำให้ไม่เปิดเผยความรู้สึกที่แท้จริงกับเพื่อน โดยมีรายละเอียดดังนี้

“เป็นคนที่มีแบบว่าเวลามีปัญหาอะไรก็ไม่เคยบอกใครเลย คือแบบว่า เวลาเครียดมาก ๆ ก็คือร้องไห้กับตัวเอง แบบไม่เคยมีใครรู้เลยว่าฉันเครียดอยู่ แล้วอีกอย่างหนึ่ง อีกบุคลิกหนึ่งของเราคือแบบว่าชอบหัวเราะแบบชอบทำตัวตลกอะ แต่คือรู้ตัวนะว่าทำตัวตลกกลบเกลื่อนความรู้สึกตัวเอง อืม มันก็เป็นอีกอย่างหนึ่งที่แบบว่า แค่อยากให้เขาแบบอยากให้เพื่อนเห็นแค่ด้านที่สดใสของเราอะ ด้านที่มีดี ๆ เราก็พยายามไม่แสดงออกดีกว่า” (มุมมองต่อตนเองและผู้อื่น
ลป รูปแบบความผูกพันแบบไม่มั่นคง: การวิเคราะห์ของผู้วิจัย)

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

นอกจากนี้ ในส่วนของการจัดการปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล พบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลัก 2 รายที่มีรูปแบบความผูกพันแบบไม่มั่นคง สามารถจัดการความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมวัยที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ มองตามความเป็นจริง เข้าใจและยอมรับความต้องการของเพื่อนและของตนเอง ดังข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์นี้

“สมมติว่าเราทะเลาะกับเพื่อนสักคนหนึ่ง แล้วมันเป็นความเข้าใจผิดหรือมันเป็นสิ่งที่เราเองผิดอะไรเงี้ย เราพร้อมที่จะจัดการตรงนั้นทันที เราก็พร้อมที่จะแก้ไขทันที แต่ว่าถ้าในขณะที่เดียวกันก็คือ เค้าไม่พร้อมที่จะปรับเปลี่ยนที่จะได้รับการแก้ไขจากเราแล้วอะ เออ แบบว่า อย่างเช่นเขาอาจจะแบบว่า เค้าไม่อยากจะพูดถึงมันแล้ว แล้วก็เค้าก็ไม่ได้รู้สึกว่าการแก้ไขจะมีประโยชน์อะไร ไรเงี้ย เค้ารู้สึกว่าการออกไปน่าจะดีกว่า เราก็โอเคนะแล้วเราก็ยอมรับการ

ตัดสินใจของเค้าอะไรเงี้ย แต่เราก็จะยังคงเป็นเพื่อนแบบเดิม เหมือนก่อนหน้านั้นที่เราพูดไปอะกับเขาอยู่ดีอะไรเงี้ย” (มองความขัดแย้งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง สามารถแก้ไขปัญหาและยอมรับผลที่เกิดขึ้นได้ วิธีการจัดการปัญหาแบบเหมาะสม: การวิเคราะห์ของผู้วิจัย)

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“คือถ้ามันเกิดขึ้นกับเราเองนะแบบว่า ถ้ารู้สึกว่าเป็นเพื่อนคนนี้ใช่ปะ แบบมีปฏิริยาต่อเราที่ เปลี่ยนไปอะไรเงี้ย ก็จะคิดสักแป๊บหนึ่งว่า ที่ผ่านมาไรเงี้ย เราทำอะไรให้เขาหรือเปล่า... ถ้าเกิดคิดไปเรื่อย ๆ แล้วคิดไม่ออกก็จะแบบหาช่วงเวลาสักหนึ่งคุยกับเค้าเลยอะ ส่วนใหญ่จะเป็นการถามเลย แต่ถ้าคิดออกว่ามันเออน่าจะอันนี้หรือเปล่านั้นก็จะพูดไปเลยว่าแบบ วันนี้เห็นเงี้ยบ ๆ ไปอะเพราะว่าที่เราพูดอย่างงี้ใส่หรือเปล่านั้นรู้สึกไม่ดีหรือเปล่านั้นรู้สึกอย่างไรเงี้ย ก็แบบขอโทษไปแล้วก็เคลียร์กันตรงนั้นเลย ถ้าเกิดว่ามันเป็นเรื่องอะไรเงี้ย แล้วเราก็จะโอเคกับคำตอบที่เพื่อนตอบ ถ้าเพื่อนบอกว่าไม่มีก็โอเคก็คือไม่มีอะไรอย่างเงี้ย อืม” (มองความขัดแย้งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง สามารถแก้ไขปัญหาและยอมรับผลที่เกิดขึ้นได้ วิธีการจัดการปัญหาแบบเหมาะสม: การวิเคราะห์ของผู้วิจัย)

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลอีกสองราย เมื่อมีความขัดแย้งในความสัมพันธ์เกิดขึ้นแล้วไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม หลีกเลี่ยงการแก้ไขปัญหาโดยตรง ดังข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์นี้

“ถ้าที่แรกจะไม่กล้าคุยเลยนะ ก็คือแบบเงี้ยบไว้ก่อนอะจะไม่บอกเขาไปตรง ๆ อะ จะแบบ หยุตคุยกันไปเลย แบบไม่คุยเลยถ้ามันเกิดทะเลาะขึ้นมาจริง ๆ นะ แล้วแบบพยายาม

ให้เวลามันผ่านไปก่อนพยายามให้ความรู้สึกนั้นผ่านไปก่อนแบบ เหมือนพยายามที่จะใช้เวลาซะมากกว่า ให้เวลามันผ่านไปซะมากกว่าที่จะไปเทคโนโลยีแล้วค่อยไปบอกกับเขาว่าสิ่งที่ผ่านมานั้นเป็นแบบนี้ละ อิม ประมาณนั้นแหละ” (เก็บอารมณ์ความรู้สึกทางลบเอาไว้ ไม่แสดงออกภายนอก แยกตัว วิธีการจัดการปัญหาแบบไม่เหมาะสม โดยเก็บกดไว้ภายใน: การวิเคราะห์ของผู้วิจัย) (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

“ถ้ามันเป็นเรื่องที่ไม่ใหญ่มากอะไรอย่างเงี้ยก็ เขาเรียกว่าไง ก็แบบว่า เออเนียนไปขอโทษไปง้อไปคุยอะไรเงี้ย จะไม่ได้แบบเข้าไปขอโทษตรง ๆ นะแต่ก็จะเน้นเนียนแบบทักไปเรื่องอื่นเรื่องใหม่อะไรเงี้ย คือแบบว่าทำเหมือนปกติอะ อิม แต่ว่าก็จะแบบว่าเว้นระยะนิดหนึ่งอะไรเงี้ย แต่ถ้ามันเป็นอะไรที่แบบเรื่องใหญ่หน่อยอย่างเงี้ย บางทีก็จะแบบ เออตัดไปเถอะอะไรอย่างเงี้ย อิม” (พยายามหลีกเลี่ยงอารมณ์ทางลบหรือความรู้สึกไม่สบายใจโดยการไม่นึกถึง

วิธีการจัดการปัญหาแบบไม่เหมาะสมโดยการหลีกเลี่ยง: การวิเคราะห์ของผู้วิจัย) (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

จากข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 4 รายที่ทำให้เห็นถึงมุมมองต่อตนเองและผู้อื่นที่สอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบความผูกพันของ Bartholomew and Horowitz (1991, as cited in Pinijvicha et al., 2015) ซึ่งแบ่งรูปแบบความผูกพันตามองค์ประกอบเรื่องมุมมองต่อตนเองและมุมมองต่อผู้อื่น รวมทั้งวิธีการจัดการปัญหาเมื่อเกิดความขัดแย้งตามแนวคิดเรื่องแบบแผนความคิด (schema mode) ของ Alford and Beck (1997, as cited in Boonyingsathit, 2019) ที่เชื่อว่าแบบแผนความคิดเป็นสิ่งที่สั่งสมมาจากประสบการณ์ในวัยเด็ก ทำให้บุคคลมีอคติทางการรู้คิด (cognitive bias) ซึ่งส่งผลไปยังความเชื่อ อารมณ์และพฤติกรรม รวมถึงความเชื่อที่มีต่อตนเอง (self-reference bias) และ Sakulsriprasert (2018) ที่จัดกลุ่มสภาวะแบบแผนความคิดออกเป็น 5 กลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยสามารถสรุปได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปรูปแบบความผูกพันจากมุมมองต่อตนเองและผู้อื่น และวิธีการจัดการปัญหาของผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละราย

ผู้ให้ข้อมูล	มุมมองต่อตนเอง		มุมมองต่อผู้อื่น		วิธีการจัดการปัญหา	รูปแบบความผูกพัน
	บวก	ลบ	บวก	ลบ		
รายที่ 1	✓		✓		เหมาะสม	มั่นคง
รายที่ 2		✓		✓	ไม่เหมาะสม (เก็บกดไว้ภายใน)	ไม่มั่นคง
รายที่ 3	✓		✓		ไม่เหมาะสม (หลีกเลี่ยง)	มั่นคง
รายที่ 4	✓		✓		เหมาะสม	มั่นคง

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาเกี่ยวกับภาวะหมดไฟในการเรียน

3.1 สาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะหมดไฟในการเรียน

เป้าหมายที่เลือกราง ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าการงานที่หนักหนา ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าภาระงานนั้นเป็นสิ่งที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถสิ้นสุดลงในวัน จนเกิดเป็น

ความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายที่จะทำ จนเกิดภาวะหมดไฟในการเรียนในที่สุด

“เรารู้สึกว่ามัน...มันแบบมันไม่พ้นไปสักทีอะ พอมันเสร็จเป้าหมายย่อย ๆ ที่เราตั้งเอาไว้แล้วอะ มันก็ยังมีเป้าหมายต่อไปที่มันแบบ...ที่มันก็ไม่ได้ลดความยากของงานหรือว่าไม่ได้ลดความยากลำบากในการที่เราจะต้องเผชิญหน้ากับสิ่ง ๆ นั้นลงไปได้เลยไรเงี้ย มันก็เลยเหมือนแบบครั้งนี้ก็ยาก ครั้งนี้ก็ยากไรเงี้ยกว่าจะไปถึงเป้าหมายแต่ละครั้งยากไปหมดเลยไรเงี้ย ก็เลยแบบ เออ คำเรียกว่าไรอะ รู้สึกว่ามันจัดการไม่ได้ซักรึด้วย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

นอกจากนี้การเลือกเรียนในสาขาวิชาที่ไม่ตรงกับความต้องการของผู้ให้ข้อมูล ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลขาดแรงจูงใจ มองไม่เห็นประโยชน์ของการเรียนในสาขาวิชานี้ ทำให้ไม่มีความกระตือรือร้น รู้สึกไม่อยากเรียน

“เราก็ไม่รู้ว่าจะเรียนไปเพื่ออะไร เราจะไปทำงานอะไร แล้วในอนาคตไม่ได้ว่าดึมันเอาไว้ว่าเราจะมาอาชีพสายนี้เลยด้วยซ้ำ แต่ว่าเหมือนจำเป็นต้องเรียนอะ ก็เลยเรียน ๆ ให้มันจบไปเถอะอะไรเงี้ย เรียนเพื่อให้จบเท่านั้นไม่ได้แบบว่ามีเป้าหมายอะไรเป็นพิเศษสำหรับการมาเรียนในครั้งนี้”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

ความโดดเดี่ยวจากภาวะการณ์ที่เปลี่ยนผ่าน นอกเหนือจากการมองไม่เห็นเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้แล้ว การเปลี่ยนสภาพแวดล้อมจากการพบปะพูดคุยกันแบบปกติมาสู่การพบปะพูดคุยกันผ่านทางหน้าจอในด้านวิชาการที่การเรียนวิชาภาคปฏิบัติจำเป็นต้องเปลี่ยนเป็นการเรียนผ่านทางโลกออนไลน์ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่ไม่ตอบ

โจทย์การเรียนในวิชาที่ต้องมีการปฏิบัติจริง ส่งผลให้ขาดแรงจูงใจในการเรียน ดังนี้

“แล้วก็กับการเรียนออนไลน์ด้วยแหละ เพราะว่าเหมือนเรียนออนไลน์เราก็ไม่ได้ต้องการไรเงี้ยแล้วมันก็เป็นการเรียนกับวิชาที่เราารู้สึกว่า มันไม่สมควรที่จะต้องเรียนออนไลน์อะ เออ เราก็เลยรู้สึกแบบว่ามันไม่ตอบโจทย์ไรเงี้ย เรายังไม่อยากจะเรียน พอมีงานเยอะ ๆ เราก็รู้สึกว่าไม่อยากทำเลย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

ยิ่งไปกว่านั้นในด้านสังคมที่การพบปะพูดคุยกับเพื่อนร่วมวัยเป็นสิ่งที่ทำได้ยากเมื่อเกิดการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ขาดการแบ่งปันเรื่องราวทุกข์สุข ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกโดดเดี่ยว ท้อแท้กับการเรียน จนเกิดภาวะหมดไฟในที่สุด ดังข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“คือมันได้เจอตัวต่อตัวมันก็จะรู้สึกว่แบบมีกำลังใจบ้าง หรือไม่ก็รู้สึกว่แบบเพื่อนก็เจอคล้าย ๆ กับเรานะเพราะเราก็เห็นอะไรเงี้ย แต่พอมันเป็นออนไลน์อะ เราก็นั่งในห้องสี่เหลี่ยมของเราธรรมดาแล้วก็เจอเพื่อนผ่านจออะคือแบบ ถึงจะเจอเพื่อนผ่านจอแต่เรานั่งอยู่คนเดียว มันก็รู้สึกกังวลอะ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“ไม่ได้เจอเพื่อนด้วยไม่มีแรงจูงใจเลยไรเงี้ย เพราะปกติอยู่มอไรเงี้ยเราก็จะแบบนัดเพื่อนไปทำงานนู่นนี่นั่นใช่ปะ เหมือนแบบได้แชร์กับเพื่อนอะ แต่ว่าตอนนี้มันก็เหมือนแบบตรงนั้นมันก็หายไป”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

ความสามารถที่ไม่มากพอ จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีการกล่าวถึงปัจจัย

ด้านตัวบุคคลในเรื่องความวิตกกังวลของผู้ให้ข้อมูล เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่ำจึงกังวลว่าตนเองจะทำงานที่ได้รับมอบหมายได้ไม่ดีพอ ส่งผลให้แรงจูงใจในการทำงานลดน้อยลงจนกลายเป็นความรู้สึกไม่อยากจัดการกับภาระงาน

“พอแบบสามงานนี้มันอยู่ติดกันในอาทิตย์หนึ่งอะ มันก็รู้สึกว่าเป็นแบบเครียดแบบเมื่อไหร่จะผ่านอาทิตย์นี้ไปอะไรเงี้ย เราก็รู้สึกว่าแบบไม่มีแรงจะเรียนอะไรเงี้ย แบบว่าทำไม่รู้สึกว่ามันยากกว่าจะผ่านไปแต่ละที่อะไรเงี้ย ก็ก็จะรู้สึกประมาณนี้...เหมือนแบบ เรากลัวมัน เรากลัวการที่จะต้องเผชิญหน้ากับมันอะ อย่างแบบภาคปฏิบัติอะไรเงี้ยเราต้องลงมือทำ แล้วเราก็รู้สึกว่าเหมือนที่บอกไปว่า เราก็ไม่ได้รู้สึกว่าเราเก่งขนาดนั้น อืม เราก็เลยมีความกลัวที่จะทำไม่กล้าทำแบบ ไม่อยากให้มันถึงวันที่ต้องทำ ก็เลยรู้สึกแบบไม่อยากเรียนไม่อยากเข้า”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

3.2 กลวิธีเผชิญปัญหาภาวะหมดไฟในการเรียน

เผชิญกับภาวะหมดไฟในการเรียน
โดยมุ่งแก้ไขสาเหตุโดยตรง ผู้ให้ข้อมูลหลักได้เข้าไปมีประสบการณ์ตรงในการเรียนรู้วิธีการจัดการอารมณ์ ความคิด รวมถึงการรู้เท่าทันสภาวะของตนเองในขณะนั้นกับผู้เชี่ยวชาญโดยตรง ซึ่งสิ่งนี้ได้กลายเป็นต้นทุน (resource) ที่ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลจัดการกับภาวะหมดไฟที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตต่อไปได้

“อีกเหตุการณ์หนึ่งที่ปีสี่เนี่ยแหละ ใ่อปีสี่อะจริง ๆ ก็จัดการด้วยตัวเองไม่ได้เลยอะไรเงี้ย ก็เลยแบบว่า ก็เลยหันไปขอความช่วยเหลือจาก คือเป็นคนซีโง่ชนิดหนึ่งด้วยก็คืออยากที่จะรู้ด้วยแล้วก็อยากที่จะได้รับความช่วยเหลือด้วยก็เลยไปเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยของทีจุฬาไร

เงี้ย เออซึ่งเค้าอะ บำบัด บำบัดภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากช่วงโควิดด้วย CBT ก็เลยแบบว่าเหมือนแบบเออ ยังไงก็อยากได้อยู่แล้ว เอาไปเป็นผลพลอยได้ไปเลยที่เดียวไรเงี้ย ได้ทั้งรู้วิธีการบำบัดด้วย แล้วก็ได้ทั้งบำบัดตัวเองไปด้วยที่เดียวไรเงี้ย ก็เลยเหมือนแบบไปขอความช่วยเหลือจากทางนั้นไรเงี้ย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

การหาสิ่งบันเทิงใจ ผู้ให้ข้อมูลหลักจัดการอารมณ์และความตึงเครียดที่เกิดขึ้นผ่านการหาสิ่งบันเทิงใจที่ช่วยให้ตนเองรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น

“เหมือนว่าจะจัดการกับตรงนั้นมากกว่าด้วยการเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมอะไรเงี้ยหรือไม่ว่าไปหากิจกรรมอย่างอื่นทำที่ไม่ใช่กับจอคอมอะ ที่มันไม่ใช่แบบดูหนังฟังเพลงอะไรเงี้ยไปทำอย่างอื่นที่มันแบบ activity อย่างอื่นแบบได้เดินเล่นได้ขยับเขยื้อนร่างกาย เหมือนแบบหาสิ่งอื่นทำมากกว่า ไม่รู้ว่ามันจัดการอารมณ์ความรู้สึกโดยตรงรีเปลาแต่มันช่วยทำให้แบบ active ขึ้นแล้วก็เหมือนมีพลังขึ้นแล้วก็ค่อยมาทำงานต่อตอนเย็น ๆ ดึก ๆ อะไรอย่างเงี้ย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

การแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ผู้ให้ข้อมูลหลักได้มีการพูดคุยถึงภาวะหมดไฟที่เกิดขึ้นกับเพื่อนร่วมวัย ทำให้ได้รับกำลังใจและการสนับสนุนจากเพื่อนส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าคุณเองไม่ได้เผชิญกับสภาวะนี้ด้วยตัวคนเดียว

“เหมือนการที่ทักหาเพื่อนอะมันแบบว่าแค่ต้องการให้ใครสักคนรับฟังอย่างเงี้ย แล้วบางทีก็แบบอยากได้กำลังใจใช้ใหม่ก็ทักหาเพื่อน ซึ่งพอทักหาเพื่อนอะเพื่อนก็แบบ ถามแบบโอเคมัยอะไรเงี้ย เหมือนแบบเราก็แชร์กันอะแล้วก็ได้

กำลังใจจากเพื่อนอะไรอย่างเงี้ย แล้วแบบบางที่เนี้ยเพื่อนบางคนก็จะแบบเจออะไรคล้าย ๆ เราอะ แล้วเหมือนบางที่คุยกันไปคุยกันมาเหมือนเค้าหนักกว่าเราด้วยซ้ำ เออ เราก็เลยรู้สึกแบบ เออเราเองแค่นี้เองเพราะฉะนั้นมันก็ไม่เป็นอะไรมากหรอกอะไรเงี้ยต้องสู้หน้าอะไรเงี้ย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2 ที่ถึงแม้จะไม่ได้มีการพูดคุยกับเพื่อนร่วมวัยแต่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากอาจารย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญผ่านการเรียนการสอนของวิชาหนึ่ง ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง ส่งผลให้ภาวะหมดไฟในการเรียนลดลง มีแรงจูงใจในการเรียนมากขึ้น

“เหมือนมันทำให้เราเห็นแบบคุณค่าของการเรียนจิตวิทยามากขึ้น มันก็เลยทำให้แพชชั่นเพิ่มขึ้นหลังจากเรียนวิชานี้”

“มันทำให้เราอยากแบบว่าอยากเป็นนักจิตวิทยาที่ดี สมมติเราจบออกมาแล้วเราจะเป็นนักจิตวิทยานะ มันก็อยากแบบ เออช่วงนั้นเรียนอะไร เรียนทำเทสไซ์ใหม่ ก็พยายามทำเทสออกมาแล้วแบบรู้สึกว่าจะอยากทำเทสมากเลย อยากเจอเคสจริง ๆ อยากไปคุยกับเคสประมาณนี้คือมันเป็นความรู้สึกแบบนี้เลยนะ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

ส่วนที่ 4 ผลการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบความผูกพันระหว่างเพื่อนร่วมวัยกับกลวิธีเผชิญปัญหาภาวะหมดไฟในการเรียนของนักศึกษาจิตวิทยาคลินิกชั้นปีที่ 4

แม้รูปแบบความผูกพันระหว่างเพื่อนร่วมวัยที่เกิดขึ้นจะมีลักษณะแตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคล แต่อย่างไรก็ตามการที่ผู้ให้ข้อมูลมีเพื่อนเป็นแหล่งพักพิงจิตใจเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถก้าวผ่านภาวะ

หมดไฟในการเรียนที่เกิดขึ้นได้ เนื่องจากเพื่อนร่วมวัยเป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ที่สามารถพูดคุยและบอกเล่าเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับเพื่อนร่วมวัยได้ ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าตนเองไม่โดดเดี่ยว ดังที่ได้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 4 ราย ดังนี้

“มีความรู้สึกว่าแบบโชคดี โชคดีที่ยังมีคนที่ยังใจเราเยอะขนาดนี้อะไรเงี้ย แล้วก็รู้สึกว่าแบบ คือเวลาที่พอมีเพื่อนที่มาหรือว่าพอได้คุยกับเพื่อนมันก็จะเกิดความรู้สึกแบบ เออเราไม่ได้โดดเดี่ยวขนาดนั้นในการที่จะต้องเจอกับสิ่งที่เรา กำลังเจออยู่อะไรเงี้ย หรือแบบ เราไม่ได้เจอปัญหานี้คนเดียวนะมันยังมีคนอื่นอยู่ แล้วก็สิ่งที่คนอื่นเจออะก็หนักหนาพอ ๆ กันกับเราเลยอะไรเงี้ย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“ตอนนั้นเราแบบคุยกันมากขึ้น แล้วมันก็มีกิจกรรมอันนึงใช้ปะในวิชา self-awareness ที่ให้เพื่อนไปแบบคุยกันแบบเปิดใจคุยกันอะไรเงี้ยว่าเราเคยผ่านอะไรมาบ้าง เราเคยมีปัญหาแบบนั้นแบบนี้มาอะ ที่ผ่านมามันเป็นที่เราเป็นแบบนี้เพราะว่าเราเป็นแบบนี้อะไรเนี้ย เหมือนเพื่อนเข้าใจเรามากขึ้นแล้วก็เลยแบบเออโอเค การเล่าปัญหาให้เพื่อนฟังมันก็เป็นสิ่งที่ดีอย่างหนึ่งนะ มันก็ไม่ได้แยเลย มันก็เลยเป็นอย่างหนึ่งที่มีมันปลดล็อกเราได้ว่าแบบการเปิดใจคุยกันหรือว่าการคุยกับคนอื่นมันไม่ใช่เรื่องที่แย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

“มันก็รู้สึกว่าแบบเออ เรายังมีคนข้าง ๆ อยู่ด้วยนะแบบว่าเราไม่ได้อยู่ตัวคนเดียวขนาดนั้นอะ รู้สึกว่าแบบเออยังมีคนที่คอยช่วยเหลือเราอยู่ รู้สึกสบายใจโล่งใจอะไรเงี้ย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“แบบช่วงนั้นอาจจะเป็นการคุยกับเพื่อนเรื่องเรียนนี้แหละแต่มันทำให้มันแบบเราได้อะฮากับเพื่อนอะ มันไม่ใช่แบบการคุยอยู่กับตัวเองหาคำตอบอยู่กับตัวเองอะไรอย่างเงี้ย มันเหมือนได้แบบผ่อนคลายมากขึ้นอะแล้วก็เหมือนแบบ อาจจะเหมือนแบบตอนที่กลับไปในช่วงที่อยู่มหาลัยด้วยอะที่แบบเราก็ก่อนหน้ากันไปอ่านหนังสือไปห้องสมุดอะไรอย่างเงี้ยปรึกษากันเรื่องนั้นเรื่องนี้มันน่าจะดีพินันกลับมาก็เลยรู้สึกว้า เห้ยมันโอเคอะอะไรเงี้ยเหมือนได้แชร์กับคนที่ประสบการณ์เดียวกันกับเราในตอนนั้นอะไรเงี้ย เค้ารู้เรื่องที่เรากำลังเครียดอยู่อะไรอย่างเงี้ย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

วิจารณ์

จากการศึกษารูปแบบความผูกพันระหว่างเพื่อนร่วมวัยของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักพบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลัก 3 รายมีรูปแบบความผูกพันแบบมั่นคง ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลหลักอีก 1 ราย มีรูปแบบความผูกพันแบบไม่มั่นคง โดยรูปแบบความผูกพันนี้ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลหลักมีแนวทางในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคล โดยผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 และ 4 ที่มีรูปแบบความผูกพันแบบมั่นคง สามารถจัดการความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมวัยที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3 ที่มีรูปแบบความผูกพันแบบไม่มั่นคง แต่ไม่สามารถจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2 ที่มีรูปแบบความผูกพันแบบไม่มั่นคงที่เลือกจัดการกับความขัดแย้งทางด้านสัมพันธภาพด้วยการเก็บกดไว้ภายใน ในส่วนของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3 ที่มีรูปแบบความผูกพันแบบไม่มั่นคงแต่ไม่

สามารถจัดการปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพได้นั้น Simard et al. (2011) อธิบายว่าอาจเกิดขึ้นได้กับบุคคลที่มีการพัฒนารูปแบบความผูกพันแบบไม่มั่นคงขึ้นในวัยเด็ก เนื่องจากสถานะของแบบแผนความคิด (schema mode) ที่ไม่เหมาะสมเป็นสิ่งที่พัฒนามาจากการที่ไม่ได้รับความผูกพันที่มั่นคงปลอดภัยในวัยเด็ก จึงส่งผลต่อการแก้ไขปัญหาที่ไม่เหมาะสมในวัยผู้ใหญ่ ไม่ว่าจะเป็นการหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธเป็นต้น เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลมีรูปแบบความคิด (internal working model) ที่พัฒนามาจากรูปแบบความผูกพันกับผู้เลี้ยงดูในวัยเด็ก โดย Bowlby (1969, as cited in Wongpakaran, 2009) ได้กล่าวว่ารูปแบบความคิดนี้เป็นความคิดเกี่ยวกับตนเองและบุคคลที่มีความรู้สึกผูกพันด้วย อีกทั้งรูปแบบความคิดนี้ยังกลายเป็นต้นแบบในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นผ่านมุมมองภาพจน์ต่อตนเองและผู้อื่น (Salculsriprasert, 2015) สอดคล้องกับ Shomaker and Furman (2009) ที่อธิบายว่าบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กับแม่เป็นไปในเชิงลบจะส่งผลต่อคุณภาพของความสัมพันธ์ในช่วงวัยรุ่นของบุคคลนั้นกับเพื่อนสนิท อย่างไรก็ตามแม้ว่าบุคคลจะมีรูปแบบความผูกพันแบบไม่มั่นคงในวัยเด็ก แต่ในช่วงวัยรุ่นกลับมีการพัฒนารูปแบบความผูกพันที่มั่นคงกับเพื่อนร่วมวัยเพราะรูปแบบความผูกพันในช่วงวัยรุ่นเป็นสิ่งที่ไม่มั่นคงแน่นอนและรูปแบบความคิด (internal working model) เป็นรูปแบบที่มีการเปลี่ยนแปลงไปได้ตามประสบการณ์ที่บุคคลได้รับจากสภาพแวดล้อม โดย Fraley and Brambaugh (2004, as cited in Maichandee & Pontanya, 2020) อธิบายว่าโดยทั่วไปแล้วความผูกพันทางอารมณ์ของบุคคลที่พัฒนามาจากประสบการณ์ในวัยเด็กจะมีแนวโน้มคงเดิม แต่หากมีเหตุการณ์หรือปัจจัย

อื่น ๆ ที่บุคคลประสบในชีวิตก็สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความผูกพันทางอารมณ์ที่พัฒนาในวัยเด็กได้ ดังนั้นหากความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมวัยเป็นไปในทางที่ดีก็จะส่งผลให้บุคคลมีมุมมองต่อตนเองและเพื่อนร่วมวัยไปในเชิงบวก ทำให้พัฒนากลายเป็นรูปแบบความผูกพันระหว่างเพื่อนร่วมวัยแบบมั่นคงต่อไปได้

เมื่อศึกษากลวิธีเผชิญปัญหาภาวะหมดไฟในการเรียนพบว่า การมีเป้าหมายที่เลือกจากความโดดเด่นจากสภาวะการณ์ที่เปลี่ยนผ่านและความสามารถที่ไม่มากพอ ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดภาวะหมดไฟในการเรียน ซึ่งพบว่าปัจจัยเฉพาะที่ทำให้นักศึกษาจิตวิทยาคลินิกเกิดภาวะหมดไฟในการเรียน คือ สถานการณ์ของการเปลี่ยนผ่านในด้านวิชาการที่รูปแบบการเรียนเปลี่ยนจากการเรียนในห้องมาสู่การเรียนแบบออนไลน์ เนื่องจากการศึกษาในชั้นปีที่ 4 ของนักศึกษาจิตวิทยาคลินิกส่วนใหญ่เป็นวิชาที่ต้องมีการลงมือปฏิบัติจริงและหลักสูตรจิตวิทยาคลินิกเป็นหลักสูตรที่มีลักษณะเฉพาะที่เน้นด้านการฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมพร้อมนักศึกษาให้เข้าสู่การปฏิบัติงานในฐานะผู้ปฏิบัติงานในวิชาชีพ ดังนั้นการเรียนการสอนในรูปแบบออนไลน์จึงไม่ตอบสนองความต้องการในการเรียนรู้ของนักศึกษา ทำให้ขาดแรงจูงใจในการเรียนและประสบกับภาวะหมดไฟในการเรียนในที่สุด สอดคล้องกับ Ramírez et al. (2021) ที่ได้ทำการศึกษาในรูปแบบการเรียนการสอนแบบออนไลน์ที่ส่งผลต่อนักศึกษามหาวิทยาลัยในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 พบว่าเมื่อเปลี่ยนผ่านจากการเรียนในรูปแบบปกติมาสู่การเรียนแบบออนไลน์ทำให้นักศึกษามีความรู้สึกเหนื่อยล้า (exhaustion) และการแยกตัวจากสังคม (cynicism) มากขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นองค์ประกอบของภาวะหมดไฟใน

การเรียน โดยภาวะหมดไฟในการเรียนนี้ส่งผลต่อผู้ให้ข้อมูลหลักในเรื่องของความอ่อนล้าทางกายและใจ รวมถึงส่งผลต่อบุคคลรอบข้างทั้งในเชิงสร้างสรรค์และเชิงลบ แต่ด้วยความที่ผู้ให้ข้อมูลมีการตระหนักรู้ถึงสภาวะที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ในระดับที่ค่อนข้างดี เนื่องจากเคยได้รับข้อมูลในเรื่องภาวะหมดไฟทำให้ทราบว่ามีอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นส่วนหนึ่งของภาวะหมดไฟในการเรียน ทำให้มีวิธีการจัดการกับสภาวะที่เกิดขึ้นแตกต่างกันออกไป ไม่ว่าจะเป็นการเผชิญกับภาวะหมดไฟในการเรียนโดยมุ่งแก้ไขสาเหตุโดยตรง การหาสิ่งบันเทิง และการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งวิธีการเหล่านี้ส่งผลให้ภาวะหมดไฟในการเรียนลดลง และมีแรงจูงใจในการเรียนมากขึ้น ซึ่งกลวิธีเผชิญปัญหาภาวะหมดไฟของผู้ให้ข้อมูลหลักนั้นสอดคล้องกับแนวคิดของ Frydenberg and Lewis (1999, as cited in Pengchareon, 2019) เกี่ยวกับกลวิธีเผชิญปัญหาอันได้แก่ การแก้ปัญหา (solving problem) การแสวงหาความเพลิดเพลินเพื่อความผ่อนคลาย (relax) การคบเพื่อน (friend) และการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support)

จากผลการวิจัยทำให้เห็นถึงความสอดคล้องกันระหว่างรูปแบบความผูกพันระหว่างเพื่อนร่วมวัยกับกลวิธีเผชิญปัญหาภาวะหมดไฟในการเรียน เนื่องจากถึงแม้รูปแบบความผูกพันระหว่างเพื่อนร่วมวัยที่เกิดขึ้นจะมีลักษณะแตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคล แต่อย่างไรก็ตามเพื่อนร่วมวัยยังคงเป็นปัจจัยหนึ่งในการช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลจัดการปัญหาภาวะหมดไฟในการเรียนไปได้ เนื่องจากมีเพื่อนเป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ สามารถพูดคุยและบอกเล่าเรื่องราวและความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับเพื่อนร่วมวัยที่กำลังประสบกับ

ภวเวเตยวกันกับตน ทำให้อูให้ข้อมูลรู้สึกวตตนเองไมโดดเตยว มีเพื่อนร่วมทงที่จะเดินเตยงข้งกันเพื่อผนพนสภวเวนี้ไปดวยกัน สอดคล้องกับงนวิจัยของ Visser (2018) ที่พบว การตระหนักรู้วตนเองตองการควมชวยเหลือ การได้พูดคุยกับบุคคลกลัดชิดถึงสภวเวอรมณที่เกดขึ้น และการมีปฏิสัมพันธ์ทงสังคมจะชวยให้อบุคคลสมารถจัดการกับภวเวหมตไฟที่เกดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภพและเป็นปัจจัยป้องกันที่ชวยลดควมเสี่ยงในการเกดภวเวหมตไฟในการเรียนในอนาคต อีกทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้งในทงบวก การพบปะสังสรรค์เมื่อมีโอกาส การเข้าร่วมกลุ่มที่อจจะชวยให้อเกดควมรู้สึกทงบวก การผูกมิตรกับเพื่อนร่วมงน รวมถึงการเปิดใจปรึกษากับคนรอบข้ง เป็นนchwทงที่ชวยให้อควมเครียดของบุคคลลดลง รวมถึงการได้รับการสนับสนุนทงอรมณจะชวยให้อบุคคลก้าวผนชวงเวลาที่ยากล้งบวกของตนเองได้โดยไม่รู้สึกลัดเตยว (Paolo Hospital Phaholyothin, 2021; Rajavithi Hospital, 2021) ซึ่งหกมองในบริบทการเรียนแล้ว การที่อูให้ข้อมูลมีกลุ่มเพื่อนร่วมว้ยที่มีความกลัดชิดสนิทสนม สมารถเปิดใจรับฟังและแลกเปลี่ยจนถึงปัญหาที่เกดขึ้น รับรู้วมีผู้อื่นที่ประสกับสภวเวเตยวกับตน จะทำให้อเกดควมรู้สึกที่เป็นสภก (universality) คือการร่วมแสดงควมรู้สึกควมคิดเห็น เสนอปัญหาเพื่อลดควมรู้สึกโดดเตยว และควมกล้วตอการเผชิญปัญหาเพียงล้งพ้ง ชวยให้อรู้สึกเหมือนมีเพื่อนร่วมเดินทงที่ล้งเรื่อล้งเตยวกัน (Senaboonyarit, 2013) เกดการเรียนรู้ววไมใช่เพียงแค่อตนเองที่มีปัญหา คนอื่นก็มีปัญหาเหมือนกัน รู้สึกวตนเองมีเพื่อนร่วมทุกขร่วมสุข ทำให้อเกดควมไว้วางใจ กล้งเปิดเผยตัวเองมกขึ้น (Marram, 1978 as cited

in Harmlakorn et al., 2009) สงผลให้อมีแรงจูงใจในการเรียนและการทำงานที่ได้อรับมอภมยร่วมถึงชวยบรรเทควมเหนื่อล้งหรือควมกตตันที่ได้อรับจากการเรียนที่เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้อเกดภวเวหมตไฟในการเรียน ดังนั้นจึงสมารถกล้ววได้ว่าควมผูกพันระหว่งเพื่อนร่วมว้ยเป็นปัจจัยด้นการสนับสนุนทงสังคมที่สำคัญที่ชวยให้อนักศึกษสมารถก้าวผนและจัดการกับภวเวหมตไฟในการเรียนได้

สรุป

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพแบบรยกรณในครั้งนี พบว อูให้ข้อมูลหลัก 3 รยมีรูปแบบควมผูกพันระหว่งเพื่อนร่วมว้ยแบบมันคง ในขณะที่อูให้ข้อมูลหลักอีก 1 รยมีรูปแบบควมผูกพันระหว่งเพื่อนร่วมว้ยแบบไมมันคง โดยอูให้ข้อมูลหลักมีกลวิธีเผชิญปัญหาภวเวหมตไฟในการเรียนทั้งหมด 3 รูปแบบ คือ การเผชิญกับภวเวหมตไฟในการเรียนโดยมุงแกไขสาเหตุโดยตรง การหาล้งบ้นเทิงใจ และการแสวงหาล้งสนับสนุนทงสังคม ทั้งนี้ในส่วนของรูปแบบควมผูกพันระหว่งเพื่อนร่วมว้ยที่มีต่อกลวิธีเผชิญปัญหาภวเวหมตไฟในการเรียน พบว การมีรูปแบบควมผูกพันระหว่งเพื่อนร่วมว้ยไม่วจะเป็นแบบมันคงหรือแบบไมมันคงล้งแล้วแต่มีกลวิธีเผชิญปัญหาภวเวหมตไฟในการเรียนโดยใช้เพื่อนร่วมว้ยเป็นล้งสนับสนุนทงอรมณที่สมารถพูดคุยและบอกเล้าเรื่อรยวต่ง ๆ ที่เกดขึ้นกับเพื่อนร่วมว้ยได้ ซึ่งชวยให้อูให้ข้อมูลหลักรู้สึกวตนเองไมโดดเตยวและมีเพื่อนร่วมทงที่จะเดินเตยงข้งกันเพื่อผนพนสภวเวนี้ไปดวยกัน

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยพบว่า รูปแบบความผูกพันที่แตกต่างกันไม่ได้ส่งผลต่อการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน กล่าวคือ เพื่อนร่วมวัยยังคงเป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ให้กับผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 4 รายในการเผชิญกับปัญหาภาวะหมดไฟในการเรียน ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลหลักไม่รู้สึกลดเดี่ยว เกิดการขยายมุมมองจากปัญหาของตนเองว่ายังมีคนที่เผชิญสภาวะเดียวกันกับตนเอง และสามารถแบ่งปันเรื่องราวต่าง ๆ กับเพื่อนร่วมวัยได้เช่นกัน ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในมหาวิทยาลัย อาจพิจารณาแนวทางช่วยเหลืออันเกิดจากการสนับสนุนซึ่งกันและกันระหว่างเพื่อนร่วมวัยเพิ่มเติมนอกเหนือจากแนวทางในการช่วยเหลือหลัก เช่น การจัดระบบการให้คำปรึกษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน

2. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยที่ศึกษาเฉพาะกลุ่ม ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสามารถใช้ในการอธิบายเฉพาะกลุ่มเท่านั้น

3. การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นกลุ่มนักศึกษาที่มีความเฉพาะเจาะจง ซึ่งอาจมีรูปแบบความผูกพันระหว่างเพื่อนร่วมวัยและภาวะหมดไฟในการเรียนในระดับที่แตกต่างจากนักศึกษาสาขา ชั้นปี และคณะอื่น จึงควรทำการศึกษาประเด็นนี้ในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย

4. การศึกษาในครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นเพศหญิงทั้งหมด ซึ่งเป็นข้อจำกัดหนึ่งของการวิจัยนี้ ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปจึงควรศึกษาเพิ่มเติมในผู้ให้ข้อมูลหลักเพศชายร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง (References)

- Boonyingsathit, I. (2019). Cognitive behavioral therapy for patients with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology, 50*(2), 45-66. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy/article/view/251979/168901>. (in Thai).
- Burnard, P., Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Analysing and presenting qualitative data. *British Dental Journal, 204*(8), 429-432. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2008.292>
- Chen, M., Li, R., & Feng, Y. (2021). The effect of attachment style on academic burnout: The mediating role of self-esteem and self-efficacy. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research, 561*, 267-274. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.210617.077>
- Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital. (2019, June 25). *Burnout syndrome*. Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University. Retrieved July 11, 2021, from <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1385>. (in Thai).
- Gorrese, A., & Ruggieri, R. (2012). Peer attachment: A meta-analytic review of gender and age differences and associations with parent attachment. *Journal of Youth and Adolescence, 41*, 650-672. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9759-6>

- Harnlakorn, P., Rattanamanee, S., & Kunthong, P. (2009). Effects of cognitive behavioral group therapy on hope and depression in people living with HIV/AIDS receiving anti-retroviral therapy. *Ramathibodi Nursing Journal*, 15(2), 206-220. https://www.rama.mahidol.ac.th/nursing/sites/default/files/public/journal/2552/issue_02/05.pdf. (in Thai).
- Kaewkangwan, S. (2006). Social Development. In S. Kaewkangwan (Ed.), *Developmental psychology of life at all ages: Adolescents to elderly* (pp. 337-339). Thammasat University Press. (in Thai).
- Maichandee, K., & Pontanya, A. (2020). Dynamic formulation of romantic attachment in people with adverse childhood experiences. *Journal of Mental Health of Thailand*, 28(3), 221-230. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/240373/165885>. (in Thai).
- Mota, P. C., & Matos, M. P. (2013). Peer attachment, coping, and self-esteem in institutionalized adolescents: The mediating role of social skills. *European Journal of Psychology of Education*, 28, 87-100. <https://doi.org/10.1007/s10212-012-0103-z>
- Paolo Hospital Phaholyothin. (2021, January 12). *Too stressful. Beware of BURNOUT SYNDROME*. Retrieved June 27, 2021, from <https://www.paolohospital.com/th-TH/phahol/Article/Details/บทความ-สุขภาพจิต/เครียดเกินไป-ระวัง-BURNOUT-SYNDROME-ภาวะหมดไฟในการทำงาน>. (in Thai).
- Pascuzzo, K., Cyr, C., & Moss, E. (2013). Longitudinal association between adolescent attachment, adult romantic attachment, and emotional regulation strategies. *Attachment & Human Development*, 15(1), 83-103. <https://doi.org/10.1080/14616734.2013.745713>
- Pengchareon, T. (2019). *The effect of psychological distress management on coping of adolescents affected by the unrest situation in southern Thailand* [Master's thesis, Prince of Songkla University]. PSU Knowledge Bank. <http://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2016/12845>. (in Thai).
- Pines, A. M. (2004). Adult attachment styles and their relationship to burnout: A preliminary, cross-cultural investigation. *Work & Stress*, 1(18), 66-80. <https://doi.org/10.1080/02678370310001645025>
- Pinijvicha, I., Phattharayuttawat, S., & Ngamthipwatthana, T. (2015, March, 27). *Relationship between attachment styles and empathy*. [Paper Presentation]. The 34th National Graduate Research Conference, Khon Kaen. (in Thai).
- Piyayodilokchai, H., Kampusiripong, A., Sawatmuang, M., & Chandrapas, T. (2015). *Stress and stress coping of business information technology*

- students of Rajamangala University of Technology Rattanakosin, Bophit Phimuk Chakkrawat. http://110.164.147.155/kmhealth_new/Document/psychiatry/adult/P1.2.10.pdf. (in Thai).
- Pongpisanrat, C. (2021). Learning burnout: An inevitable circumstance. *Journal of Education, Mahasarakham University*, 15(1), 7-16. http://edu.msu.ac.th/journal/home/journal_file/745.pdf. (in Thai).
- Rajavithi Hospital. (2021, January 24). *Burnout syndrome signs, symptoms of people who are bored from work, burn out, and how to manage it*. Retrieved June 27, 2021, from <https://www.rajavithi.go.th/rj/?p=16953>. (in Thai).
- Ramírez, M. G., Mulqueen, K., Zealand, R., Silverstein, S., Reina, C., Bushell, S., & Ladda, S. (2021). Emergency online learning: College students' perceptions during the COVID-19 pandemic. *College Student Journal*, 55, 29-46.
- Rodcharoen, N. (2016). *Stress and associated factors of undergraduate students of faculty of law at a university in Bangkok* [Master's thesis, Chulalongkorn University]. Office of Academic Resource, Chulalongkorn University. <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/55260>. (in Thai).
- Sakulsriprasert, C. (2018). *Early maladaptive schemas, schema modes, and alcohol use among college students: The mediation analysis*. Center for Alcohol Studies. Retrieved from <http://cas.or.th/cas/?p=5748>. (in Thai).
- Salculsriprasert, C. (2015). Measuring attachment styles: Past, present, and future direction. *Journal of Clinical Psychology*, 46(2), 49-65. (in Thai).
- Sathirapanya, C., & Hemaphandha, W. (2013). Stress among students in university. *Journal of Liberal Arts, Maejo University*, 1(1), 42-58. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/liberalartsjournal/article/view/95503/74602>. (in Thai).
- Schoch, K. (2020). Case study research. In G. J. Burkholder, K. A. Cox, L. M. Crawford, & J. H. Hitchcock (Eds.), *Research design and methods: An applied guide for the scholar-practitioner* (pp. 245-258). Sage publishing. https://us.sagepub.com/sites/default/files/upm-assets/105275_book_item_105275.pdf
- Senaboonyarit, B. (2013). Learner's awareness of Yalom's therapeutic factors in group psychotherapy demonstration of the Thai association of psychotherapists. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*, 58(2), 197-206. <http://psychiatry.or.th/JOURNAL/58-2/07-Boonyawee.pdf>. (in Thai).
- Shomaker, L. B., & Furman, W. (2009). Parent-adolescent relationship qualities, internal working models, and styles as predictors of adolescents' observed interactions with friends. *Journal of*

- Social and Personal Relationship*, 26(5), 1-26. <https://doi.org/10.1177/0265407509354441>
- Simard, V., Moss, E., & Pascuzzo, K. (2011). Early maladaptive schemas and child and adult attachment: A 15-year longitudinal study. *Psychology and Psychotherapy*, 84, 349-366. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2010.02009.x>
- Sriphetdee, N. (2019). *When school is a place of stress and unhappiness: Adjust and be responsible for this illness*. The Potential. Retrieved June 30, 2021, from <https://thepotential.org/social-issues/childrens-society-2019-news/> (in Thai).
- Srisongmueang, K. (2016). *Influence of academic stress on academic burnout of clinical medical students, Faculty of Medicine, Chiang Mai University: Moderating role of perceived social support* [Master's thesis, Chiang Mai University]. Chiang Mai University Digital Collection. <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:124538>. (in Thai).
- Taikerd, K., Ruaman, K., Preecharlerdsin, N., Nuallaong, W., & Rojpiulstit, P. (2019). Prevalence and association factors of burnout syndrome in preclinical medical students, Thammasat University. *Thammasat Medical Journal*, 19, 127-138. <https://asianmedjam.com/index.php/tmj/article/view/408/354>. (in Thai).
- Visser, A. (2018). *How do people make sense of their recovery from academic burnout during their undergraduate studies? An interpretative phenomenological inquiry into the experience of young adults*. Middlesex University Research Repository. Retrieved from <https://eprints.mdx.ac.uk/26499/>
- West, A. L. (2015). Association among attachment style, burnout, and compassion fatigue in health and human service workers: A systematic review. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 25, 571-590. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/10911359.2014.988321>
- Wongpakaran, T. (2009). *Psychotherapy: Theories and techniques*. Klang Wiang Printing Co., Ltd. (in Thai).
- World Health Organization. (2019, May 28). *Burn-out an "occupational phenomenon": International classification of diseases*. Retrieved June 30, 2021, from <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>



