



วารสาร จิตวิทยาคลินิกไทย Thai Journal of Clinical Psychology

ปีที่ 54 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2566

Vol. 54 No. 1 January - April 2023

ISSN 2774-1087 (Online)



วารสาร จิตวิทยาคลินิกไทย

Thai Journal of Clinical Psychology

ปีที่ 54 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2566

ISSN-2774-1087 (Online)

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

นิพนธ์ต้นฉบับ

- ความยากลำบากในการกำกับอารมณ์และปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ของ
นักศึกษาปริญญาตรี: บทบาทของแรงจูงใจในการดื่มในฐานะตัวแปรส่งผ่าน
ภัทรานิษฐ์ สุกใส, ไซยันต์ สกุลศรีประเสริฐ, นันทกา สุปรียาพร, ศจีแพรว โพธิกุล 1
- ประสบการณ์ทางจิตใจภายหลังการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในผู้ประกอบ
วิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข
ศิวพร อุดมสินานนท์, ญัฐสุดา เต็มพันธ์ 12
- การพัฒนาความจำเพาะปฏิบัติงานผ่านกิจกรรมเกมกระดานในเด็กวัยเรียน 25
ปวีธ สิริเกียรติกุล
- การศึกษาเบื้องต้น: ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกายและกระบวนการรู้คิดใน
ผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 39
ณัฐภาค สาม, วรภัทร รัตอาภา, กมลพร วรธนฤทธิ
- ประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดด้วยแนวคิดการยอมรับและพันธสัญญาในด้าน
ความยืดหยุ่นทางใจ การเห็นคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตใจในผู้ป่วยสาร
เสพติด 51
ชัยรัชต์ ก้องเปสลาพันธ์, เพชรา เมรอนันต์กุล, ญัฐภูภัณท์ สัณท์ ศรีวิชัย, นรัญชญา ศรีบุรพา

บทความฟื้นฟูวิชาการ

- แนวทางการให้คำปรึกษาคอบครัวตามแนวชาเทียร์สำหรับครอบครัวที่มีการ
แสดงออกทางอารมณ์สูง 65
ก้องภพ ขันติพงศ์พันธุ์, อัจฉรา นันทะศรี, นฤมล พระใหญ่, สิกธิพร ครามานนท์



วารสาร จิตวิทยาคลินิกไทย

Thai Journal of Clinical Psychology

Vol. 54 No. 1 January–April 2023

ISSN-2774-1087 (Online)

Table of Contents

Editorial statement

Original Articles

- **Difficulties in Emotion Regulation and Alcohol-related Problems Among Undergraduate Students: The Mediating Role of Drinking Motives** 1
Pattranit Suksai, Chaibun Sakulsriprasert, Nanthaka Supreeyaporn, Sajeepraew Potikul
- **Psychological Experiences after Receiving Counseling Service of the Medical and Public Health Professionals** 12
Siwaporn Udomsinanon, Nattasuda Taephant
- **Working Memory Development Through Board Game Activity in School Age Children** 25
Pawit Sirikiattikul
- **A Preliminary Study: The Correlation between The Physical Activity and The Cognitive Function in Patients with Schizophrenia During The Coronavirus Pandemic** 39
Natthapark Lam, Woraphat Ratta-apha, Kamonporn Wannarit
- **Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Flexibility, Self-esteem and Mental Well-Being Among Substance Use Disorder Patients** 51
Chairatch Kongpesalaphun, Phetchara Metaanunkul, Natthaphansan Sriwichai, Naranchaya Sriburapar

Review Article

- **Satir Family Counseling Guideline for High Expressed Emotion Families** 65
Kongphob Khantipongpunthu, Achara Nuntasri, Narulmon Prayai, Sittiporn Kramanon

คณะกรรมการอำนวยการ สมาคมจิตวิทยาคลินิกไทย ปี 2566-2567

คณะที่ปรึกษา

ม.ล.นพ.สมชาย
ผศ.(พิเศษ) สมทรง
วัลลี
วันชัย
ภัทระ

จักรพันธุ์
สุวรรณเลิศ
ธรรมโกสิทธิ์
ไชยสิทธิ์
แจ้งศิริเจริญ

นายกะเบียน

ประเสริฐ
กรทิพย์

จุฑา
วิทยากาญจน์

ปฏิคม

สิริจันทร์

เดชปัญญาวัฒน์

นายกสมาคม

สุภาวดี

นวลมณี

ประชาสัมพันธ์

เอกลักษณ์
สิทธิ์ยา
ธีระ

วงศ์อภัย
อนุสนธิ์
เพชรภา

อุปนายก

วนิดา
ภูมิพงษ์
ว่าที่ ร.ต.ไพรัช

ชนินทุทวงศ์
ขุนฉนมฉ่า
นิภานันท์

กรรมการจัดหาทุน

ศศกร

วิชัย

คณะกรรมการวิชาการ

รศ.ดร.มานิกา
ผศ.ดร.สมบุญ
ดร.จันทน์
ดร.ญาดา
ดร.ภัทรวรรณ
ดร.รัตนศักดิ์
ดร.แสงเดือน
ดร.เอื้ออนุช
กฤษณะ
ชนิดา
ฉัตรมงคล
ดิษยา
นพวรรณ
ปวิธ
พิชุลตม์
โยธิน
วราภา
สุพรรณิ

วิเศษสาธิต
จารุเกษมทวี
มุ่งเขตกลาง
ธงธรรมรัตน์
สุขยิธ
สันติธาดากุล
ยอดอัญมณีวงศ์
ถนอมวงษ์
พวงทอง
วิชัยคำ
ฉ่ำมาก
มีเพียร
บัวทอง
สิริเกียรติกุล
สุนาโท
จารุจุฑารัตน์
สยงกุล
ศิริอาภาวิวัฒน์

เหรียญก

จิตรพรรณ

โพธิ์ไพโรจน์

เลขานุการ

ประภาศรี
วีร์

ปัญญาวชิรชัย
เมฆวิลัย

คณะกรรมการกลาง

ผศ.ดร.กุลยา
นาวาเอก (พิเศษ) หญิงพรทิพย์
ดร.จารุวรรณ
ดร.นริชญา
กมลสิน
กานดา
ชญาณภัส
ดร.ณิ
ธิดารัตน์
นารีรัตน์
ปภาวิน
วิชญา
นาวาโทสมบุรณ์
สมยศ
อมรรัตน์
อุษา

พิสิษฐ์สังฆการ
อินทรวีเชียร
สกุลคู
ศรีบุรพา
อุณจิตติกุล
ผางค์
จิตรัตน์
พัฒนขจร
ศรีสุโข
พงษ์สิทธิถาวร
พินชมภู
โมฬีชาติ
ดอนสนธิ์
วุฒิชิรากรณ์
คงชูป
ลิ้มซิว

กิจการต่างประเทศ

ดร.ปริสุทธิ

สำราญทรัพย์

สารบัญกร

ผศ.วัฒนะ

พรหมเพชร

Executive Committee of The Thai Clinical Psychologist Association 2023-2024

Advisory Board

ML.Somchai	Charkrabhan, MD
Asst.Prof.Somsong	Suwanlert
Wallee	Thammakosit
Wanchai	Chaiyasit
Pattara	Changjarean

President

Supavadee

Vice President

Vanida
Phupong
Acting Sub Lt.Pairat

Scientific Section

Assoc.Prof.Manika	Wisessathorn, PhD
Asst.Prof.Somboon	Jarukasemthawee, PhD
Chantane	Mungketklang, PhD
Yada	Thongthamarat, PhD
Pattarawat	Sukyirun, PhD
Rattanasak	Santitadukul, PhD
Saengduean	Yotanyamaneewong, PhD
Auranuch	Tanomwong, PhD
Krishna	Puangthong
Chanida	Vichaikum
Chatmongkol	Chammak
Disaya	Meepien
Noppawan	Buathong
Pawit	Sirikiattikul
Pitchayut	Sunato
Yothin	Charuchutharat
Warapa	Sayounggoon
Supanee	Siriapawiwat

International Affair

Parisuth	Sumransab, PhD
----------	----------------

Editorial

Asst.Prof.Wattana	Prohmpetch
-------------------	------------

Registrar

Prasert	Chutha
Kornthip	Wittayakarn

House Master

Sirichan	Dechpanyawat
----------	--------------

Public Relation

Akaluck	Wong-apai
Sidhaya	Anuson
Teera	Phetchphar

Financial Manager

Sasakorn	Wichai
----------	--------

Treasurer

Jitrapun	Popairoj
----------	----------

Secretary

Prapasri	Punyavachirachai
Wee	Mekwilai

Affair

Asst.Prof.Kullaya	Pisitsungkagarn, PhD
Capt.Porntip	Intravichien WRTN
Jaruwan	Sakulku, DPsych(Clin)
Narunchaya	Sriburapha, PhD
Kamalin	Aunchittikul
Kanda	Phawong
Chayanapat	Jittarat
Darunee	Phatanakajorn
Thidarat	Srisukho
Nareerat	Phongsittithaworn
Paphawin	Pueanchompoo
Witchayar	Moleechart
Cdr.Somboon	Donson
Somyot	Wuttichiragorn
Amornrat	Khongchub
Usa	Limsiew

วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

เจ้าของวารสาร:

สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย

ที่ปรึกษา:

สุภาวดี

นวลมณี

นายกสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย

บรรณาธิการ:

ผศ. วัฒนะ

พรหมเพชร

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

กองบรรณาธิการ:

ผศ.ดร.เพ็ญประภา

ปริญญาพล

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

ผศ.ดร.ไชยันต์

สกุลศรีประเสริฐ

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผศ.ดร.อารยา

ผลธัญญา

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ดร.ภัทรวรรณ

สุขยิธัญญา

โรงพยาบาลศรีธัญญา

พินภาญจน์

ศรีศรากร

สถาบันประสาทวิทยา

คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบผลงานนิพนธ์ต้นฉบับ:

ศ.ดร.ดวงมณี

จงรักษ์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

รศ.ดร.สุชีรา

ภัทราวุธวรรณ

มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.ภมรพรรณ

ยุระยาตร์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รศ.ดร.มานีกา

วิเศษสาร

มหาวิทยาลัยรามคำแหง

รศ.พวงสร้อย

วรกุล

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

ผศ.ดร.กุลยา

พิสิษฐ์สังฆการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ.ดร.สมบุญ

จารุเกษมทวี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ.พ.ต.หญิง ดร.พนมพร

พุ่มจันทร์

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผศ.ดร.อรพิน

สถิรมน

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผศ.ดร.ณัฐวุฒิ

อรินทร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผศ.ดร.นิรันดร์

เงินแย้ม

มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผศ.ดร.สร้อยสุดา

อัมอรุณรักษ์

มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร.ธนายศ

สุมาลย์โรจน์

มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร.จิระวัฒน์

ตันสกุล

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

อ.ดร.เอื้ออนุช

ณอมวงษ์

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

อ.ดร.แสงเดือน

ยอดอัญมณีวงศ์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อ.ดร.กุลวดี

ทองไพบูลย์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

อ.ดร.นัฐพร

โอภาสานนท์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

อ.ดร.พีร

วงศ์อุปราชา

มหาวิทยาลัยบูรพา

อ.ดร.สุพิท

แสนแจ่มใส

มหาวิทยาลัยมหิดล

อ.ดร.เมธี

วงศ์วีระพันธุ์

มหาวิทยาลัยแม่โจ้

อ.ดร.ปิยาพัทธ์

อารีญาติ

มหาวิทยาลัยแม่โจ้

อ.ดร.พินนภา

หมวกยอด

มหาวิทยาลัยแม่โจ้

อ.ดร.สมชาย

เตียสกุล

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ดร.จันทน์

มั่งเขตกกลาง

สถาบันราชานุกูล

ดร.นพ.นพพร

ตันติรังสี

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้

ดร.รัตนศักดิ์

สันติธาดากุล

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชชนินทร์

ดร.ปรีสุทธิ

สำราญทรัพย์

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ศศกร

วิชัย

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชชนินทร์

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: thaijoclipsy@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:

Asst.Prof.Penprapa

Prinyapol, PhD

Prince of Songkla University, Pattani Campus

Asst.Prof.Chaiyun

Sakulsriprasert, PhD

Chiang Mai University

Asst.Prof.Aranya

Pontanya, PhD

Chiang Mai University

Pattarawat

Sukyirun, PhD

Srithanya Hospital

Pinnakorn

Srisarakorn

Prasat Neurological Institute

Board of Reviewers:

Prof.Doungmani

Chongruksa, PhD

Prince of Songkla University, Pattani Campus

Assoc.Prof.Sucheera

Phattharayuttawat, PhD

Mahidol University

Assoc.Prof.Phamornpun

Yurayat, PhD

Maharakham 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.Somboon

Jarukasemthawee, 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

Auranuch

Tanomwong, PhD

Kasetsart University

SaengDuean

Yotanyamaneewong, PhD

Chiang Mai University

Kulvadee

Thongpibul, PsyD

Thammasat University

Nattaporn

Opasanon, PhD

Narasuan University

Peera

Wongupparaj, PhD

Burapha University

Supat

Sanjamsai, PhD

Mahidol University

Metee

Wongweerapun, PhD

Maejo University

Piyapat

Areeyay, PhD

Maejo University

Pinnapa

Muakyod, PhD

Maejo University

Somchai

Teawkul, PhD

Saint Louis College

Chantaneer

Mungkhetklang, PhD

Rajanukul Institute

Nopporn

Tantirangsee, M.D., PhD

Southern Institute of Child and Adolescent Mental Health

Rattanasak

Santitadukul, PhD

Child and Adolescent Mental Health Rajanakarindra Institute

Parisuth

Sumransab, PhD

Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

Sasakorn

Wichai

Child and Adolescent Mental Health Rajanakarindra Institute

Boby S.

Kappen, PhD

James Cook University, Singapore

Editorial Address:

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

181 Charoenpradit Road, Rusamelae, Maung, Pattani 94000

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

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ (ฉบับย่อ) Guide for Authors

ต้นฉบับที่ผู้นิพนธ์ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารจิตวิทยาคลินิกไทย จะต้องไม่เคยตีพิมพ์และเผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น เรื่องที่ลงตีพิมพ์ในวารสารจิตวิทยาคลินิกไทยแล้วถือเป็นลิขสิทธิ์การเผยแพร่โดยสมาคมจิตวิทยาคลินิกไทยแต่เพียงผู้เดียว การตีพิมพ์หรือเผยแพร่ซ้ำในที่อื่นต้องได้รับอนุญาตจากกองบรรณาธิการวารสารฯ ก่อน

เอกสารต้นฉบับจะได้รับการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความชำนาญในด้านนั้น ๆ จำนวน 3 ท่าน และต้องผ่านการพิจารณาอย่างน้อย 2 ท่าน การพิจารณานี้หมายถึงการพิจารณาเชิงเนื้อหา ระเบียบวิธีวิจัย ความถูกต้องของการใช้สำนวนการเขียน การสะกดคำ รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง ตลอดจนการใช้ไวยากรณ์ทางภาษาทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยกองบรรณาธิการจะนำข้อคิดเห็น ตลอดจนข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิกลับไปแจ้งผู้นิพนธ์เพื่อการปรับปรุงแก้ไข 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 ตัวอักษร Browallia UPC ขนาด 16 และให้พิมพ์ข้อความ 1 สดมภ์ (1 Column) ต่อ 1 หน้ากระดาษ A4 โดยให้พิมพ์ห่างจากขอบกระดาษทุกด้านไม่น้อยกว่า 2.5 ซม. (1 นิ้ว)
- มีเลขหน้ากำกับทุกหน้าที่มีมุลานล่าง
- คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ใช้ในเนื้อเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะซึ่งขึ้นต้นด้วยอักษรตัวใหญ่
- จำนวนหน้าของบทความทั้งหมดไม่ควรเกิน 18 หน้า

การเตรียมต้นฉบับและเอกสารเพื่อส่งกองบรรณาธิการ

- บทความต้นฉบับ** ใช้ตามรูปแบบการเตรียมบทความต้นฉบับ (Template) ตามประเภทที่ส่งเพื่อขอรับการพิจารณาตีพิมพ์ โดยทางวารสารจะทำรูปแบบการเตรียมบทความต้นฉบับของบทความวิจัยไว้เป็นหลัก (Template) สามารถปรับเป็นประเภทอื่น ๆ ตามประเภทบทความที่ต้องการส่ง
 - ชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ขึ้นต้นคำด้วยพิมพ์ใหญ่)
 - บทคัดย่อให้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 300 คำ พร้อมระบุคำสำคัญ (key word) 3-5 คำ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ Keyword ภาษาอังกฤษขึ้นต้นพิมพ์ใหญ่ คั่นระหว่างคำด้วย ,
 - เนื้อเรื่องสำหรับผู้นิพนธ์ต้นฉบับที่เป็นงานวิจัย ประกอบด้วยบทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการ ผล วิเคราะห์ และสรุป สำหรับเนื้อเรื่องบทความฟื้นฟูวิชาการ ประกอบด้วย บทนำ บทปริทัศน์ อาจมีบทวิจารณ์แยกอีกหัวข้อต่างหาก และสรุป

- กิตติกรรมประกาศความยาวไม่เกิน 5 บรรทัด (ถ้ามี)
- เอกสารอ้างอิง (References) ใช้ระบบ APA (the Publication Manual of the American Psychological Association) 7th edition (2020) ทั้งหมด
- **แบบฟอร์มส่งตีพิมพ์** (ใบปะหน้า) โดยระบุ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ คุณวุฒิสูงสุดและสถาบันของผู้พิมพ์ทุกคน โดยเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พร้อมระบุชื่อ ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ของผู้พิมพ์ที่รับผิดชอบในการติดต่อกับกองบรรณาธิการ
- **เอกสารอื่น ๆ** (ถ้ามี) ได้แก่ เอกสารรับรองผ่านคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ ในกรณีที่ทำ การวิจัยหรือทดลองในมนุษย์

การส่งบทความ

1. นิพนธ์สามารถส่งบทความเพื่อเข้ารับการพิจารณาตีพิมพ์ได้ตลอดทั้งปี หรือตามช่วงเวลาที่ยาวสารกำหนด (ติดตามระยะเวลาการส่งบทความได้ที่เมนูข่าวประกาศ) ทางระบบวารสารออนไลน์เท่านั้น เอกสารส่งผ่าน ทางระบบวารสารออนไลน์ (หากเข้าใช้ครั้งแรกให้ลงทะเบียนก่อนที่: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy/login>) ดังรายการต่อไปนี้
 - 1) ไฟล์บทความต้นฉบับ (รูปแบบการเตรียมบทความต้นฉบับ (Template))
 - 2) แบบฟอร์มส่งตีพิมพ์
 - 3) เอกสารอื่น ๆ เช่น เอกสารรับรองผ่านคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์พร้อมทั้งนี้ ผู้นิพนธ์ต้องกรอกรายละเอียดข้อมูลการส่งพิจารณาบทความของผู้นิพนธ์ในระบบวารสารออนไลน์: Publication ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ได้แก่ Title & Abstract, Contributors, Metadata, และ References ให้ครบถ้วนก่อนส่งบทความ
2. เมื่อผู้นิพนธ์ส่งบทความเข้ามาในระบบแล้ว ต้องรอการแจ้งผลการพิจารณาเบื้องต้นจากบรรณาธิการก่อนว่า อยู่ในขอบข่ายของวารสารและรูปแบบของบทความถูกต้องหรือไม่ เป็นต้น จากนั้นจึงเข้าสู่กระบวนการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งใช้เวลาประมาณ 1 เดือน
3. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน หากผลการพิจารณาให้ปรับแก้ไขเพิ่มเติม ผู้นิพนธ์จะต้องดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิตามแบบฟอร์มการปรับแก้ไข โดยการติดต่อกับผู้นิพนธ์จะดำเนินการผ่านทางกระทุ้งของเลขบทความ (ID) ที่ผู้นิพนธ์ส่งเข้ามาในระบบครั้งแรก และให้ผู้นิพนธ์ตอบกลับหรือส่งไฟล์การแก้ไขต่าง ๆ ของบทความ ในกระทุ้งของเลขบทความเดียวกันเท่านั้น
4. เมื่อผู้นิพนธ์ได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ พร้อมส่งผลการปรับแก้ผ่านเรียบร้อยแล้วนั้น บรรณาธิการจะแจ้งตอบรับการตีพิมพ์เผยแพร่ จากนั้นผู้นิพนธ์จะต้องชำระเงินค่าตีพิมพ์เผยแพร่ผ่าน ชื่อบัญชีสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย ธนาคารกรุงไทย สาขากระทรวงสาธารณสุข ตีวานนท์ เลขที่บัญชี 142-0-29451-2 พร้อมทั้งส่งหลักฐานการโอนเงินผ่านระบบวารสารออนไลน์ผ่านในกระทุ้งดังกล่าว

ตัวอย่างการเขียนรายการอ้างอิงวารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

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

1. การเขียนอ้างอิงแบบแทรกในเนื้อหา (In-text citation)

1.1 การอ้างอิงใช้ระบบนาม-ปี ให้เขียนเฉพาะชื่อสกุลของผู้แต่ง ในกรณีที่ชื่อผู้แต่งเป็นภาษาไทยให้แปลงเป็นภาษาอังกฤษ เป็นการเขียนมี 2 ลักษณะ คือ

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

หากผู้แต่งเป็นชาวต่างชาติ ให้เขียนชื่อสกุลทับศัพท์เป็นภาษาไทยก่อนแล้วตามด้วยชื่อสกุลภาษาอังกฤษตามด้วย , และตามด้วยปีพิมพ์ เช่น แบนดูรา (Bandura, 1977)

1.2 การอ้างอิงข้อมูลที่มีมากกว่า 2 แหล่งขึ้นไป ให้เขียนเรียงตามลำดับอักษร A-Z แต่ละแหล่งค้นด้วย ; ดังนี้

..... ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Dvorak et al., 2014; Hosiri et al., 2016; Ottonello et al., 2019)

..... ดังเช่น การวิจัยของ Anchuen et al. (2020) และ Srikosai et al. (2018) พบว่า ลดอาการซึมเศร้า เพิ่มความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว และระดับความเครียดลดลง

1.3 การอ้างอิงข้อมูลจากแหล่งข้อมูลระดับทุติยภูมิ หรืออ้างอิงถึงเอกสารที่ไม่สามารถหาเอกสารหรือต้นฉบับดั้งเดิมได้ เนื่องจากไม่มีการพิมพ์หรือให้บริการตามปกติแล้ว ให้ระบุชื่อเอกสารต้นฉบับแล้วตามด้วยคำว่า “as cited in” ตามด้วยชื่อสกุลผู้แต่งที่ถูกลำข้อมูลมาอ้างและปีพิมพ์

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

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

1.4 การอ้างอิงข้อมูลกรณีที่ไม่มีชื่อผู้เขียน

1.4.1 สารสนเทศที่เป็นส่วนหนึ่งของงานอื่น (บทในหนังสือ/บทความในวารสาร/สารานุกรม)

หน้าข้อความ: "Title of work" (Year)

ท้ายข้อความ: ("Title of work," Year)

1.4.2 สารสนเทศที่ไม่เป็นส่วนหนึ่งของงานอื่น (หนังสือ/รายงาน/เว็บไซต์)

หน้าข้อความ: Title of work (Year)

ท้ายข้อความ: (Title of work, Year)

1.5 การอ้างอิงราชกิจจานุเบกษาในเนื้อหา ให้ใช้ชื่อย่อกฎหมายและตามด้วยปี กรณีที่เป็นกฎหมายไทยให้อ้างอิงท้ายข้อความโดยระบุชื่อย่อกฎหมายไทยก่อนแล้วตามด้วยชื่อย่อกฎหมายที่แปลเป็นภาษาอังกฤษตามที่พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 (Mental Health Act B.E. 2551, 2008) ระบุไว้ว่า.....ในสหราชอาณาจักรมี Employment Rights Act 1996 (1996) ที่กล่าวถึงเรื่อง.....

2. การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ (References)

- ให้เรียงลำดับเอกสารแต่ละรายการตามตัวอักษรภาษาอังกฤษ (A-Z)
- ถ้าเอกสารภาษาไทย ให้แปลรายการอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษและเติมคำว่า (in Thai) ต่อท้ายรายการอ้างอิงนั้น
- เอกสารที่มีชื่อผู้แต่งหรือกลุ่มผู้แต่งหรือหน่วยงานและปีที่พิมพ์ผลงานเหมือนกันแต่มีชื่อเรื่องต่างกันตั้งแต่ 2 ขึ้นขึ้นไป ให้ระบุอักษร a, b, c, ... ตามหลังปี เช่นเดียวกับเอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหานั้น ๆ ด้วย เช่น Judge, T. A., & Kammeyer-Mueller, J. D. (2012a) และ Judge and Kammeyer-Mueller (2012b)
- หาก URL มีความยาวและซับซ้อนมาก ให้นำ URL นั้นมาย่อ URL ผ่านเว็บย่อลิงค์ (URL shortener) ก่อน

2.1 หนังสือ

2.1.1 หนังสือในรูปแบบเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ (Book/eBook)

Author, A. A., Author, B. B., & Author, C. C.* หรือ Organization Name. หรือ Editor, E. E., & Editor, F. F. (Ed. or Eds.). (Year**). Title of book: Subtitle (edition***). Publisher****. URL หรือ <https://doi.org/xxx> (ถ้ามี)

* ถ้าผู้แต่ง 3-20 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน คั่นแต่ละชื่อด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และใส่ "&" ก่อนชื่อคนสุดท้าย หากผู้แต่งมากกว่า 21 คน ขึ้นไป ให้ใส่ชื่อผู้แต่งคนที่ 1-19 คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ตามด้วย ... เว้นวรรคและตามด้วยชื่อผู้แต่งคนสุดท้าย

** กรณีไม่ปรากฏปีที่พิมพ์ ให้ใส่ (n.d.)

*** กรณีพิมพ์ครั้งที่ 1 (1st Edition) ไม่ต้องระบุ

**** กรณีไม่ปรากฏสำนักพิมพ์ (Publisher) ให้ใส่ (n.p.)

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 (Book chapter)

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

* กรณีพิมพ์ครั้งที่ 1 (1st Edition) ไม่ต้องระบุ

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.

2.1.3 หนังสือแปล (Translations)

Author, A. A. (Year). *Title of the original book* [Translation of book title] (A. A. Translator, Trans.). Publisher. (Original work published Year)

Samuel, J. (2020). *Greif works: Stories of life, death and surviving* [คู่มือหัวใจสลาย] (W. Wongchat, Trans.). OMG Books. (Original work published 2017) (in Thai).

Sigmund Freud. (2021). *Dream Psychology* [จิตวิทยาความฝัน] (M. Chaikuna, Trans.). Arrow. (Original work published 1920) (in Thai).

Ylinen, J. (2008). *Stretching therapy: For sport and manual therapies* (J. Nurmenniemi, Trans.). Churchill Livingstone. (Original work published 2007)

2.1.4 หนังสือชุด/หนังสือที่มีหลายเล่มจบ (Several volumes in a multivolume work)

มีเลขที่เล่ม แต่ไม่มีชื่อหนังสือเฉพาะเล่ม

Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of book series* (Edition, Vol. XXX.). Publisher. URL (ถ้ามี)

มีเลขที่เล่มและชื่อหนังสือแต่ละเล่ม

Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of book series: Vol. XXX. Title of book*. Publisher. URL (ถ้ามี)

Fiske, S. T., Gilbert, D. T., & Lindzey, G. (2021). *Handbook of social psychology* (5th ed., Vol. 1). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470561119>

Travis, C. B., & White, J. W. (Eds.). (2018). *APA handbook of the psychology of women: Vol. 1. History, theory, and battlegrounds*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000059-000>

2.2 หนังสือพิมพ์และหนังสือพิมพ์ออนไลน์ (Newspaper)

Author, A. A., & Author, B. B.* (Year, Month Day). Title of article: Subtitle. *Newspaper Name*, pp-pp (ถ้ามี). URL (ถ้ามี)

Carey, B. (2019, March 22). Can we get better at forgetting? *The New York Times*.

<https://www.nytimes.com/2019/03/22/health/memory-forgetting-psychology.html>

Killick, D. (2012, June 25). Housing is a problem beyond politics. *The Press*, 17.

2.3 บทความในวารสารแบบรูปเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ (Journal article/eJournal)

Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article: Subtitle. *Title of Journal*, Volume number(Issue number), pp-pp. URL หรือ <https://doi.org/DOI No.> (ถ้ามี)

มีหมายเลขบทความหรือ eLocator

Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article: Subtitle. *Title of Journal*, Volume number(Issue number), Article number หรือ eLocator. URL หรือ <https://doi.org/DOI No.> (ถ้ามี)

ตอนพิเศษหรือฉบับพิเศษ

Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article: Subtitle [Special section]. *Title of Journal* [Special issue], Volume number(Issue number), pp-pp. URL หรือ <https://doi.org/DOI No.> (ถ้ามี)

ฉบับเพิ่มเติม

Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article: Subtitle. *Title of Journal*, Volume number(Suppl. number), pp-pp. URL หรือ <https://doi.org/DOI No.> (ถ้ามี)

de Boer, M. J., Steinhagen, H. E., Versteegen, G. J., Struys, M. M. R. F., & Sanderma, R. (2014).

Mindfulness, acceptance and catastrophizing in chronic pain. *PloS One*, 9(1), Article e87445.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087445>

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>

Haney, C., & Wiener, R. L. (Eds.). (2004). Capital punishment in the United States [Special issue].

Psychology, Public Policy, and Law, 10(4).

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).

Phattharayuttawat, S., Tuntatead, H., Auampradit, N., Manussirivithaya, V., & Ngamthipwatthana, T.

(2018). The development of the Thai psychological capital inventory: Version 44 items. *J Med*

Assoc Thai, 101(Suppl. 1), S80-4. <http://www.jmatonline.com/index.php/jmat/article/view/9343>

2.4 วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญาโท (Doctoral dissertation or Master's thesis)

ไม่ได้ตีพิมพ์

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

จากเว็บไซต์ (ไม่อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์)

Author, A. A. (Year). *Thesis title* [Doctoral dissertation หรือ Master's thesis, Name of Institution]. Name of Website. URL

จากฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์

Author, A. A. (Year). *Thesis title* (Publication No.*) [Doctoral dissertation หรือ Master's thesis, Name of Institution]. Name of Database.

* หากไม่มี ไม่ต้องระบุ

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.

2.5 รายงาน (Report)

Author, A. A., & Author, B. B. หรือ Organization Name. (Year). *Title of report: Subtitle*. Publisher. URL (ถ้ามี)

* ถ้าชื่อสำนักพิมพ์ (Publisher) เป็นชื่อเดียวกับชื่อหน่วยงานหรือองค์กร (Organization Name) ให้ตัดออก

Lipsey, M. W., Farran, D. C., & Hofer, K. G. (2015). *A randomized control trial of a statewide voluntary prekindergarten program on children's skills and behaviors through third grade*. Vanderbilt University, Peabody Research Institute.

Ministry of Health. (2019). *Progress on gambling harm reduction 2010 to 2017: Outcomes report- New Zealand strategy to prevent and minimise gambling harm*.

National Cancer Institute. (2019). *Taking time: Support for people with cancer* (NIH Publication No. 18-2059). U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <https://www.cancer.gov/publications/patient-education/takingtime.pdf>

2.6 การประชุมวิชาการ (Conference)

2.6.1 เอกสารประกอบการประชุม/การประชุมวิชาการที่ไม่มี Proceeding (Symposium)

Contributor, A. A., & Contributor, B. B. (Year, Month Date). *Title of Contribution*. In C. C. Chairperson (Chair), *Title of the Symposium* [Symposium]. Conference Name, Location.

Sathienluckana, T., & Paholpak, P. (2023, March 12). *Memantine, efficacy and safety in moderate to severe Alzheimer's disease*. In S. Chulakadabba (Chair), *Positive Psychotherapy* [Symposium]. Siriraj Psychiatric Practice 2023, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Thailand.

2.6.2 การนำเสนองานวิจัยหรือการนำเสนอโปสเตอร์ (Paper/Poster Presentation)

Presenter, A. A. & Presenter, B. B. (Year, Month Date). *Title of conference paper or poster* [Paper หรือ Poster presentation]. Conference Name, Location. URL (ถ้ามี)

Khayankij, S. (2016, July). *Mandalas as a tool to enhance self-awareness for early childhood student teachers* [Paper presentation]. Pacific Early Childhood Education Research Association, Bangkok, Thailand.

McDonald, E., Manassis, R., & Blanksby, T. (2019, July 7-10). *Peer mentoring in nursing - improving retention, enhancing education* [Poster presentation]. STARS 2019 Conference, Melbourne, Australia. <https://unistars.org/papers/STARS2019/P30-POSTER.pdf>

2.6.3 รายงานการประชุมเชิงวิชาการที่มี Proceeding

รูปเล่มหนังสือ

Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of paper: Subtitle. In A. Editor & B. Editor (Eds.), *Title of proceedings* (pp. xxx-xxx). Publisher. URL หรือ <https://doi.org/DOI No.> (ถ้ามี)

วารสาร

Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article: Subtitle. *Title of Journal*, Volume number(issue number), pp-pp. URL หรือ <https://doi.org/DOI No.> (ถ้ามี)

Bowles, T., Musgrove, E., & Hornsby, Z. (2009). The consistency of attachment styles: An experiment eliciting a response to acceptance or rejection. In Z. J. Hazelwood (Ed.), *Connecting research and practice in relationships: Conference proceedings* (pp. 9-14). Australian Psychological Society.

Duckworth, A. L., Quirk, A., Gallop, R., Hoyle, R. H., Kelly, D. R., & Matthews, M. D. (2019). Cognitive and noncognitive predictors of success. *Proceedings of the National Academy of Sciences, USA*, 116(47), 23499-23504. <https://doi.org/10.1073/pnas.1910510116>

2.7 เว็บไซต์ (Website) และเอกสารที่ดาวน์โหลดจาก Website เป็น pdf files

ปรากฏวันเดือนปีที่เผยแพร่

Author, A. A., & Author, B. B. **หรือ** Organization Name. (Year, Month Date). *Title of web page*. Website Name*. URL

ไม่ปรากฏวันเดือนปีหรือปีที่เผยแพร่

Author, A. A., & Author, B. B. **หรือ** Organization Name. (n.d.). *Title of web page*. Website Name*. Retrieved Month Day, Year, from URL

* 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/\(in Thai\)](https://thestandard.co/who-have-severe-risk-with-covid-19/(in%20Thai)).

Australian Psychological Society. (n.d.). *Anxiety disorders*. Retrieved September 25, 2022, from <https://www.psychology.org.au/for-the-public/Psychology-Topics/Anxiety>

2.8 สารสนเทศที่ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง (No author)

2.8.1 สารสนเทศที่เป็นส่วนหนึ่งของงานอื่น เช่น บทในหนังสือ หนังสือพิมพ์ บทความในวารสาร นิตยสาร และสารานุกรม ให้นำชื่อเรื่องมาแทนที่ชื่อผู้แต่ง กลุ่มผู้แต่ง หรือหน่วยงาน ตามด้วยปีและองค์ประกอบอื่น ๆ ตามชนิดของเอกสารนั้น ๆ

บทในหนังสือ

Title of chapter or entry: Subtitle. (Year). In A. Editor, B. Editor, & C. Editor (Ed. or Eds.), *Title of book: Subtitle* (edition, pp. xxx-xxx). Publisher. URL **หรือ** [https://doi.org/DOI No.](https://doi.org/DOI%20No) (ถ้ามี)

หนังสือพิมพ์

Title of article: Subtitle. (Year, Month Day). *Newspaper Name*, pp-pp (ถ้ามี). URL (ถ้ามี)

บทความในวารสาร

Title of article: Subtitle. (Year). *Title of Journal, Volume number*(Issue number), pp-pp. URL **หรือ** [https://doi.org/DOI No.](https://doi.org/DOI%20No) (ถ้ามี)

สารานุกรม

Title of entry. (Year). A. Editor, B. Editor, & C. Editor (Ed. or Eds.), *Name of encyclopedia or dictionary* (edition). URL **หรือ** [https://doi.org/DOI No.](https://doi.org/DOI%20No) (ถ้ามี)

Does class size affect student achievement? (2020). In G. L. Koonce (Ed.), *Taking Sides: Clashing views on educational issues* (20th ed., pp. 229-231). McGraw Hill Education.

Meeting the needs of counsellors. (2001, May 5). *The Courier Mail*, 22.

Vitamin K for newborns. (2016). *Journal of Midwifery & Women's Health*, 61(5), 675-676. <http://doi.org/10.1111/jmwh.12550>

2.8.2 สารสนเทศที่ไม่เป็นส่วนหนึ่งของงานอื่น เช่น หนังสือ เว็บไซต์ ให้นำชื่อหนังสือ ชื่อบทความเว็บไซต์ มาแทนที่ชื่อผู้แต่ง กลุ่มผู้แต่ง หรือหน่วยงานโดยพิมพ์ด้วยตัวเอน (*Italic*) ตามด้วยปีและองค์ประกอบอื่น ๆ ตามชนิดของเอกสารนั้น ๆ

หนังสือ

Title of book: Subtitle (edition). (Year). Publisher. URL หรือ <https://doi.org/xxx> (ถ้ามี)

เว็บไซต์

Title of web page/article. (Year, Month Day). Website Name. URL

** กรณีที่ไม่ปรากฏวันหรือเดือนที่เผยแพร่หรือทั้ง 2 อย่าง ให้ระบุปี ค.ศ. เท่านั้น

*** กรณีชื่อผู้เขียนและชื่อเว็บไซต์เป็นชื่อเดียวกัน ให้ตัดชื่อเว็บไซต์ออก

Merriam-Webster's collegiate dictionary (11th ed.). (2003). Merriam-Webster.

Coronavirus: Tesla donates hundreds of ventilators to New York. (2020, March 27). BBC News.

<https://www.bbc.com/news/technology-52071314>

2.9 ราชกิจจานุเบกษา (Thai Government Gazette)

Name of Law. (Year, Month Day). *Thai Government Gazette*. Vol. XXX, Part XXX. pp. xxx-xxx. URL (ถ้ามี)

Mental Health Act (No. 2), B.E. 2562 (2019). (2019, April 15). *Thai Government Gazette*. Vol. 136, Part 50 gor. pp. 210-219. <https://www.pph.go.th/uploads/pdfFile/พรบใหม่.pdf>

3. การระบุที่มาของภาพหรือตารางที่นำมาจากแหล่งข้อมูลอื่น

กรณีที่น่าภาพหรือตารางจากแหล่งข้อมูลหรือเอกสารอื่นมาใช้ แพล หรือดัดแปลง ให้เขียนอ้างอิงในเนื้อหา โดยระบุแหล่งที่มาไว้ในส่วนท้ายของหมายเหตุใต้ภาพ/ตาราง และนำไปใส่ไว้ในรายการอ้างอิงท้ายบทความตามรูปแบบของแหล่งข้อมูล

การระบุรายละเอียดแหล่งที่มาของภาพหรือตาราง มีวิธีการเขียนที่แตกต่างจากการเขียนรายการอ้างอิงในแต่ละประเภทของสารสนเทศ และจะต้องระบุข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับลิขสิทธิ์และการอนุญาตตามรายละเอียดดังนี้

- ลักษณะการนำภาพหรือตารางมาใช้ หากเป็นการพิมพ์ภาพหรือตารางซ้ำให้ระบุ “จาก” แต่ถ้ามีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงภาพหรือตารางใด ๆ ให้ระบุ “ดัดแปลงจาก”
- ข้อมูลของแหล่งที่มาตามประเภทของสารสนเทศ
- สถานะลิขสิทธิ์ของผลงานที่นำมา โดยระบุ “สงวนลิขสิทธิ์/ปี/โดย/ชื่อเจ้าของผลงาน.” หรือ “CC BY-NC-ND” สำหรับการสงวนลิขสิทธิ์บางประการ (Creative Commons) หรือ “สาธารณสมบัติ” สำหรับงานสร้างสรรค์ที่หมดความคุ้มครองด้านทรัพย์สินทางปัญญาแล้ว
- ข้อความการอนุญาต ให้ระบุเฉพาะกรณีที่ได้รับอนุญาตเท่านั้น
- การระบุที่มานี้ ใช้แทนการอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) จึงไม่จำเป็นต้องระบุซ้ำ

3.1 ตาราง (Table)

3.1.1 การระบุที่มาของตาราง ให้พิจารณาว่าตารางนั้นมาจากแหล่งใด ลักษณะการนำตารางนั้นมาใช้เป็นการพิมพ์ซ้ำหรือดัดแปลง จากนั้นให้ระบุรายละเอียดแหล่งที่มา ลิขสิทธิ์ และการขออนุญาตตามตารางด้านล่างนี้ ซึ่งในที่นี่จะใช้ตารางดังกล่าวเป็นตัวอย่างในการระบุที่มาของตารางด้วย

ตัวอย่าง การระบุที่มาของตาราง

ตาราง 1

รูปแบบการระบุที่มาของภาพหรือตาราง

แหล่งที่มา*	การนำมาใช้	รายละเอียดแหล่งที่มา	ลิขสิทธิ์	ข้อความการขออนุญาต
หนังสือ	ไทย จาก หรือ ปรับปรุงจาก	ดูข้อ 3.1.2.1	ไทย สงวนลิขสิทธิ์/ปี/ชื่อเจ้าของผลงาน. หรือ	ไทย พิมพ์ซ้ำโดยได้รับอนุญาต หรือ
บทในหนังสือ		ดูข้อ 3.1.2.2	สาธารณสมบัติ. หรือ CC BY-NC**	ดัดแปลงโดยได้รับอนุญาต
วารสาร	อังกฤษ From หรือ Adapted from	ดูข้อ 3.1.2.3	ไทย Copyright/year/by/ ชื่อเจ้าของผลงาน. หรือ	อังกฤษ Reprinted with permission. หรือ
เว็บไซต์		ดูข้อ 3.1.2.4	In the public domain. หรือ CC BY-NC**	Adapted with permission.

* สำหรับสารสนเทศอื่นที่ไม่อยู่ในตารางนี้ให้ระบุรายละเอียดของแหล่งที่มา คือ ชื่อเรื่อง ผู้แต่ง ปีที่เผยแพร่ และแหล่งข้อมูลตามความเหมาะสม

** ขึ้นกับประเภทของ Creative Commons licenses เช่น CC BY 4.0, CC BY-NC, CC BY-NC-ND

หมายเหตุ. จาก *Information Citations According to the “Publication Manual of the American Psychological Association” (7th Edition)* (p. 21), โดย Centre for Educational Innovation, Print and Online Media, 2021. Faculty of Education Chulalongkorn University (<https://so02.tci-thaijo.org/index.php/EDUCU/article/view/153329/111738>). สงวนลิขสิทธิ์ 2021 โดย Faculty of Education Chulalongkorn University.

รายการอ้างอิง (References)

Centre for Educational Innovation, Print and Online Media. (2021). *Information Citations According to the “Publication Manual of the American Psychological Association” (7th Edition)*. Faculty of Education Chulalongkorn University (<https://so02.tci-thaijo.org/index.php/EDUCU/article/view/153329/111738>) (in Thai).

3.1.2 รายละเอียดแหล่งที่มา

3.1.2.1 หนังสือ

จาก **หรือ** ดัดแปลงจาก *Title of book: Subtitle* (p. XXX), by A. A. Author and B. B. Author **หรือ** Organization Name, Year, Publisher (URL **หรือ** <https://doi.org/xxx>). Copyright Year by Permission text (ถ้ามี).

จาก *The handbook of clinical neuropsychology* (2nd ed., p. 38), โดย J. M. Gurd, U. Kischka, and J. C. Marshall, 2010, Oxford University Press. Copyright 2010 by Oxford University Press.

รายการอ้างอิง (References)

Gurd, J. M., Kischka, U., & Marshall, J. C. (2010). *The handbook of clinical neuropsychology* (2nd ed.). Oxford University Press.

3.1.2.2 บทในหนังสือ

จาก **หรือ** ดัดแปลงจาก “Title of chapter: Subtitle,” by A. A. Author and B. B. Author, In C. C. Editor and D. D. Editor (Ed. **หรือ** Eds.), *Title of book* (edition, p. XXX), Year, Publisher (URL (ถ้ามี)). Copyright Year by Permission text (ถ้ามี).

จาก “Behavior supports in Nonclassroom settings,” by L. Newcomer, G. Colvin and T. J. Lewis, In W. Sailor, G. Dunlop, G. Sugai and R. Horner (Eds.), *Handbook of Positive Behavior Support* (p. 513), 2009, Springer. Copyright 2009 by Springer Science + Business Media, LLC.

รายการอ้างอิง (References)

Newcomer, L., Colvin, G., & Lewis, T. J. (2009). Behavior supports in Nonclassroom settings. In W. Sailor, G. Dunlop, G. Sugai and R. Horner (Eds.), *Handbook of Positive Behavior Support* (pp. 513). Springer.

3.1.2.3 วารสาร

จาก **หรือ** ดัดแปลงจาก “Title of article: Subtitle,” by A. A. Author and B. B. Author, Year, *Title of Journal*, Volume number(Issue number), p. XXX (URL (ถ้ามี)). Copyright Year by Permission text (ถ้ามี).

ดัดแปลงจาก “Trauma: Screening and trauma-informed assessment for clinical psychologists,” by A. Pontanya and K. Thongpibul, 2021, *Thai Journal of Clinical Psychology*, 52(1), p. 51-54 (<https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy/article/view/252921/169332>).

รายการอ้างอิง (References)

Pontanya, A. & Thongpibul, K. (2021). Trauma: Screening and trauma-informed assessment for clinical psychologists. *Thai Journal of Clinical Psychology*, 52(1), 41-61. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy/article/view/252921/169332> (in Thai).

3.1.2.4 เว็บไซต์

จาก **หรือ** ดัดแปลงจาก *Title of web page*, by A. A. Author and B. B. Author **หรือ** Organization Name, Year **หรือ** n.d., Website Name (URL (ถ้ามี)). Copyright Year by Permission text.

จาก *What Parents Can Expect in Behavior Therapy*, by Centers for Disease Control and Prevention, 2017 (<http://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/infographics/what-parents-expect.html>). In the public domain

รายการอ้างอิง (References)

Centers for Disease Control and Prevention. (2017). What parents can expect in behavior therapy. <http://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/infographics/what-parents-expect.html>

3.2 รูปภาพ (Figure)

3.2.1 การระบุที่มาของรูปภาพ ใช้หลักเกณฑ์เดียวกับการระบุที่มาของตาราง

ตัวอย่าง การระบุที่มาของรูปภาพ

รูปภาพ 1

Shuttle-box apparatus for dogs



หมายเหตุ. จาก “On the solution of the traumatic avoidance learning model approached by the Banach fixed point theorem,” by A. Turab and W. Sintunavarat, 2020, *Journal of Fixed Point Theory and Applications*, 22, Article number: 50. (<https://doi.org/10.1007/s11784-020-00788-3>).

รายการอ้างอิง (References)

Turab, A. & Sintunavarat, Wutiphol. (2020). On the solution of the traumatic avoidance learning model approached by the Banach fixed point theorem. *Journal of Fixed Point Theory and Applications*. 22, 50. <https://doi.org/10.1007/s11784-020-00788-3>

*** ผู้นิพนธ์สามารถศึกษาการอ้างอิงและการเขียนรายการเอกสารอ้างอิงโดยใช้ระบบ APA 7th edition เพิ่มเติมที่



การอ้างอิงสารสนเทศตามแบบ APA (7th edition) (ศูนย์นวัตกรรมทางการศึกษา สื่อสิ่งพิมพ์และสื่อออนไลน์, 2564)

<http://bit.ly/3ZjRk9t>



Citing and referencing: APA 7th (Monash University Library, n.d.)

<http://bit.ly/40l1oQM>

จริยธรรมการเผยแพร่ผลงาน (Publication Ethics)

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

บทบาทของบรรณาธิการ

- บรรณาธิการของวารสารมีหน้าที่พิจารณาคุณภาพของบทความที่ขอรับการตีพิมพ์ที่วารสารในยอมรับตีพิมพ์ การพิจารณาต้องปราศจากการเลือกปฏิบัติ (discriminate) กับผู้นิพนธ์ไม่ว่าจะเป็นเชื้อชาติ ศาสนา ชาติพันธุ์ เพศ การตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธบทความขึ้นอยู่กับคุณภาพของบทความ ได้แก่ ความสำคัญ ความริเริ่ม ความชัดเจน รวมถึงความสอดคล้องกับนโยบายของวารสาร
- ในระหว่างการทบทวนบทความ กองบรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับบทความที่ส่งเข้ามาขอรับการตีพิมพ์ให้แก่บุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นเนื้อหาบทความ ข้อมูลของผู้เขียน ผู้ทบทวน และกองบรรณาธิการที่ให้คำแนะนำ
- ในประเด็นการเปิดเผยและหลีกเลี่ยงผลประโยชน์ทับซ้อน (conflicts of interest) บรรณาธิการพยายามไม่นำข้อมูลจากบทความที่ยังไม่ได้ตีพิมพ์ไปใช้ประโยชน์ในงานวิจัยส่วนตัวนอกเหนือจากจะได้รับคำอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้นิพนธ์ รวมถึงไม่นำข้อเสนอจากผู้ทบทวนไปใช้เป็นประโยชน์ส่วนตัว นอกจากนี้การคัดเลือกผู้ทบทวนบทความนั้น กองบรรณาธิการหลีกเลี่ยงผู้ทบทวนที่มีส่วนได้เสียกับบทความไม่ว่าจะเป็นในแง่ของการเป็นคู่แข่ง การเป็นเพื่อนร่วมงาน หรือการมีความสัมพันธ์อื่น ๆ กับผู้นิพนธ์หรือหน่วยงานของผู้นิพนธ์
- บรรณาธิการมีหน้าที่ในการจัดการกับข้อร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในการเผยแพร่ผลงาน

บทบาทหน้าที่ของผู้นิพนธ์

- การมีชื่อการเป็นผู้นิพนธ์ (authorship of the paper) ควรจำกัดเพียงบุคคลที่มีส่วนร่วมในบทความอย่างมีนัยสำคัญในแง่การวางกรอบบทความ การออกแบบระเบียบวิธีวิจัย การบริหารโครงการวิจัย การวิเคราะห์ และอภิปรายผลการวิจัย นอกจากนี้ทุกคนที่มีส่วนร่วมในบทความอย่างมีนัยสำคัญควรมีรายชื่อเป็นผู้นิพนธ์ร่วม
- ความริเริ่มและการคัดลอกผลงาน (originality and plagiarism) ผู้นิพนธ์มีหน้าที่รับผิดชอบในเนื้อหา ภาษา และความริเริ่มของบทความ ผู้นิพนธ์ต้องไม่นำการค้นคว้าหรือผลงานของผู้อื่นมาใช้โดยปราศจากการอ้างอิงที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ การคัดลอกผลงานไม่ว่าจะจากบุคคลอื่นหรือของผู้นิพนธ์ถือว่าเป็นการผิดจรรยาบรรณในการเผยแพร่ผลงานและยอมรับไม่ได้ในวงวิชาการ
- หากบทความได้รับทุนสนับสนุน ผู้เขียนต้องระบุแหล่งทุนที่สนับสนุนเอาไว้เหมาะสม
- ผู้นิพนธ์มีหน้าที่เปิดเผยผลประโยชน์ทับซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการศึกษา แหล่งทุนสนับสนุนโครงการทั้งหมด ควรได้รับการเปิดเผย ผลประโยชน์ทับซ้อนอื่น ๆ ที่มีความเป็นไปได้ (potential conflicts of interest) ที่ควรได้รับการเปิดเผย เช่น การเป็นผู้จ้างงาน การเป็นที่ปรึกษา การเป็นเจ้าของกิจการ การได้รับเงินค่าธรรมเนียมวิชาชีพ การเป็นเจ้าของสิทธิบัตร ซึ่งการเปิดเผยนั้นควรทำให้เร็วที่สุดที่เป็นไปได้
- ในการนำเสนอผลการวิจัย ผู้นิพนธ์ควรนำเสนอข้อมูลตามความจริง ข้อมูลในงานวิจัยควรมีรายละเอียดที่เพียงพอต่อการทดลองซ้ำ (replicate) การบิดเบือน ปกปิดหรือรายงานข้อมูลที่เป็นเท็จเป็นการผิดจรรยาบรรณ
- ผู้นิพนธ์อาจถูกร้องขอให้ส่งข้อมูลดิบที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยให้กองบรรณาธิการทบทวน ดังนั้น ผู้นิพนธ์ควรเก็บรักษาข้อมูลดิบไว้ภายหลังที่บทความได้รับการตีพิมพ์แล้วตามสมควรแก่ลักษณะงานวิจัย

- ผู้นิพนธ์ไม่ควรส่งบทความที่อยู่ระหว่างการทบทวนกับวารสารอื่นมายังวารสารจิตวิทยาคลินิกไทย การตีพิมพ์บทความฉบับกับวารสารมากกว่า 1 ฉบับถือว่าผิดจรรยาบรรณทางการเผยแพร่ผลงาน
- เมื่อผู้นิพนธ์พบข้อผิดพลาดที่สำคัญในบทความที่ตีพิมพ์ ผู้นิพนธ์มีหน้าที่แจ้งและทำงานร่วมกับกองบรรณาธิการเพื่อแก้ไขหรือเพิกถอนบทความ

บทบาทหน้าที่ของผู้ทบทวน

- หากพบว่าบทความอยู่นอกเหนือจากความถนัดหรือความสนใจของผู้ทบทวน หรือตระหนักถึงผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์ควรแจ้งให้บรรณาธิการทราบและปฏิเสธการทบทวนบทความฉบับนั้นโดยเร็ว
- ในระหว่างการทบทวนบทความ ผู้ทบทวนต้องรักษาความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลบางส่วนหรือทุกส่วนของบทความ
- ผู้ทบทวนควรประเมินบทความที่ตนเองเชี่ยวชาญ และวางหลักการประเมินอยู่บนคุณภาพของบทความ ควรหลีกเลี่ยงการวิจารณ์ไปยังตัวบุคคลและการใช้ความคิดเห็นส่วนตัวที่ไม่มีข้อมูลรองรับ
- หากผู้ทบทวนพบว่ามีการวิจัยที่ผู้นิพนธ์นำมาใช้แล้วไม่ได้อ้างอิงหรือพบการคัดลอกผลงาน รวมถึงพบว่าบทความที่ขอตีพิมพ์มีความซ้อนทับกับบทความอื่น ๆ ที่ตีพิมพ์ไปแล้ว โปรดแจ้งกองบรรณาธิการให้ทราบด้วย

สมาชิกของสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย

“สมาชิกของสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย มีหน้าที่สร้างความเข้าใจในวัตถุประสงค์ กฎ ระเบียบ ของสมาคมฯ 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 บุคคลที่ทำงานติดต่อเกี่ยวข้องกับงานด้านจิตวิทยาคลินิกและสุขภาพจิต
3. สมาชิกสมทบ นักศึกษาที่กำลังศึกษาจิตวิทยาในสถานศึกษาต่าง ๆ ตลอดจนผู้ที่สนใจ
4. สมาชิกกิตติมศักดิ์ บุคคลที่มีความรู้ความสามารถทำประโยชน์ทางด้านจิตวิทยาคลินิกและสุขภาพจิต ซึ่งคณะกรรมการบริหารมีมติเชิญเข้าเป็นสมาชิก

สิทธิและหน้าที่ของสมาชิก

1. มีสิทธิสมัครและได้รับเลือกเป็นกรรมการบริหาร (เฉพาะสมาชิกสามัญ)
2. มีสิทธิออกเสียง 1 เสียง ในที่ประชุมใหญ่ (เฉพาะสมาชิกสามัญ)
3. มีสิทธิวิจารณ์และเสนอแนะใด ๆ ต่อคณะกรรมการบริหารหรือต่อที่ประชุมใหญ่
4. ได้รับความช่วยเหลือจากสมาคมทางด้านการวิชาการอื่น ๆ เท่าที่คณะกรรมการเห็นสมควร
5. ได้รับเอกสารหนังสือของสมาคม และประดับเครื่องหมายของสมาคมในโอกาสอันสมควรตลอดอายุการเป็นสมาชิก
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 แล้วส่งกลับมายัง

อีเมลของนายทะเบียน E-mail: registrar.tcpa@gmail.com หรือ Line ID:

tcpa.regis



2. ช่องทางรอง

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

2.2 สมัครผ่านทางไปรษณีย์ โดยการ download ใบสมัครและกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ส่งไปที่

คุณจิตรพรรณ โพธิ์ไพโรจน์
กลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
คลองสาน กรุงเทพฯ 10600
เบอร์โทร 086 9909385

หลักฐานประกอบการสมัคร มีดังนี้

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

รอทราบผลตอบรับ ทางจดหมาย หรือ e-mail หลังจากผ่านการตรวจสอบคุณสมบัติและผ่านความเห็นชอบจากอนุกรรมการพิจารณาคุณสมบัติสมาชิก ภายใน 1 สัปดาห์ นับตั้งแต่วันยื่นใบสมัคร

รายละเอียดวิธีการชำระเงิน (หลังจากผ่านความเห็นชอบ)

ชำระโดยวิธีโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขากระทรวงสาธารณสุข-ติวานนท์

เลขที่บัญชี 142-0-29451-2 ชื่อบัญชี **สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย**

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

สมาชิกวិสามัญ แพทย์ สมาชิกในประเทศ ค่าธรรมเนียมแรกเข้า 300 บาท

สมาชิกสมทบ นักศึกษา สมาชิกในประเทศ ค่าธรรมเนียมแรกเข้า 200 บาท

พร้อมส่งหลักฐานการโอนเงินไปที่ Email: jitrapun.popairoj@gmail.com

อดีตประธานชมรมนักจิตวิทยาคลินิก และนายกสมาคมจิตวิทยาคลินิกไทย

สมทรง	สุวรรณเลิศ	2512 – 2514		ณรงค์ศักดิ์	ตะละภัก	2515 – 2516
ละเอียด	ชูประยูร	2517 – 2518		อุ้นเรือน	อำไพพัสดร์	2519 – 2520
วัลลภ	ปิยะมโนธรรม	2521 – 2522		สมทรง	สุวรรณเลิศ	2523 – 2524
ละเอียด	ชูประยูร	2525 – 2526		วันชัย	ไชยสิทธิ์	2527 – 2528
ศิริวรรณ	สังข์สุวรรณ	2529 – 2530		กิตติกร	มีทรัพย์	2531 – 2532
จรรยา	วัฒนโสภณ	2533 – 2535		อัมพร	รัตนวิทย์	2536 – 2539
วัลลี	ธรรมโกสิทธิ์	2540 – 2543		นคร	ศรีสุโข	2544 – 2547
ศศิธร	ภะระศิลป์	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 – ปัจจุบัน

นายกสมาคมจิตวิทยาคลินิกไทยคนปัจจุบัน

ประวัติบรรณาธิการวารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

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

บรรณาธิการแถลง

วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย (Online) ฉบับนี้เป็นปีที่ 54 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2566) เป็นฉบับแรกของที่มคณะกรรมการบริหารสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย ปี พ.ศ. 2566-2567 และชุดกองบรรณาธิการและคณะกรรมการผู้ทบทวนบทนิพนธ์ ปี พ.ศ. 2566-2567 ซึ่งยังคงเนื้อหาสาระทางวิชาการที่มีความเข้มข้นทางด้านจิตวิทยาคลินิกและศาสตร์สาขาที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะฉบับปัจจุบันนี้บทความได้มุ่งเน้นไปด้านนวัตกรรมการบำบัดและฟื้นฟูที่หลากหลายและครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายอย่างกว้างขวาง

โดยมีนิพนธ์ต้นฉบับ 5 เรื่อง ได้แก่ เรื่องความยากลำบากในการกำกับอารมณ์และปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาปริญญาตรี: บทบาทของแรงจูงใจในการดื่มในสถานะตัวแปรส่งผ่าน โดย ภัทธนาธิษฐ์ สุกใส และคณะ เรื่องประสบการณ์ทางจิตใจภายหลังการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข โดย ศิวพร อุดมสินานนท์ และคณะ เรื่องการพัฒนาความจำขณะปฏิบัติงานผ่านกิจกรรมเกมกระดานในเด็กวัยเรียน โดย ปวิธ สิริเกียรติกุล เรื่องการศึกษาเบื้องต้น: ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกายและกระบวนการรู้คิดในผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา โดย ณัฐภาค ลามและคณะ และเรื่องประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดด้วยแนวคิดการยอมรับและพันธสัญญาในด้านความยืดหยุ่นทางใจ การเห็นคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตใจในผู้ป่วยสารเสพติด โดย ชัยรัชต์ ก้องเปสลาพันธ์ และคณะ และมีบทความฟื้นฟู 1 เรื่องคือ เรื่องแนวทางการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวทางเทียร์สำหรับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง โดย ก้องภพ ขันติพงศ์พันธ์ และคณะ

กองบรรณาธิการ ขอขอบพระคุณคณะกรรมการผู้ทบทวนบทนิพนธ์ทุกท่านที่ช่วยพิจารณาบทความรวมทั้งท่านนายกสมาคมและคณะกรรมการสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทยทุกท่านที่ให้การสนับสนุนงานวารสารมาตลอด จนได้มีการเผยแพร่ความรู้และนวัตกรรมใหม่ ๆ ทางจิตวิทยาคลินิกที่เป็นประโยชน์ในวงการทางวิชาชีพสืบต่อกันมาจนถึงฉบับปัจจุบันนี้ และที่สำคัญสมาชิกนักจิตวิทยาคลินิกไทย ผู้อ่าน ผู้นิพนธ์ และผู้สนใจทุก ๆ ท่านที่ติดตามงานวารสารจิตวิทยาคลินิกไทย รวมทั้งได้ส่งบทความเข้ารับการพิจารณาเพื่อการตีพิมพ์ด้วยนั้น และกองบรรณาธิการยังคงมีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่เชิญชวนทุก ๆ ท่านได้ส่งบทความเพื่อเข้ารับการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ลงวารสารจิตวิทยาคลินิกไทยฉบับออนไลน์นี้เข้ามาเยอะ ๆ และได้ติดตามอ่านองค์ความรู้และนวัตกรรมทางจิตวิทยาคลินิกจากวารสารจิตวิทยาคลินิกไทยฉบับต่อ ๆ ไป

วัฒน์ะ พรหมเพชร

บรรณาธิการ

ข้อเขียนที่ปรากฏในวารสารนี้ ย่อมเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเรื่องนั้นโดยเฉพาะ มิใช่เป็นทัศนะของกองบรรณาธิการหรือบรรณาธิการเสมอไป



วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

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

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความยากลำบากในการกำกับอารมณ์และปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาปริญญาตรี: บทบาทของแรงจูงใจในการดื่มในฐานะตัวแปรส่งผ่าน

ภัทรานิษฐ์ สุกใส¹, ไชยันต์ สกุลศรีประเสริฐ^{2*}, นันทกา สุปรียาพร³, ศจีแพรว โปธิกุล²

¹ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

² ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

³ สาขาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* ผู้นิพนธ์ประสานงาน, e-mail: chaiyun.sakul@cmu.ac.th

รับบทความ: 21 กันยายน 2565 | แก้ไขบทความ: 5 ตุลาคม 2565 | ต่อบรรณาการ: 23 ตุลาคม 2565

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและตรวจสอบความตรงของแบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างความยากลำบากในการกำกับอารมณ์และปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาที่มีแรงจูงใจในการดื่มเป็นตัวแปรส่งผ่าน **วัสดุและวิธีการ** การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามความยากลำบากในการกำกับอารมณ์ 3) แบบสอบถามแรงจูงใจในการดื่ม และ 4) แบบสอบถามปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา จากนักศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 385 คน ที่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และเคยดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา **ผลการศึกษา** แบบจำลองสมมุติฐานมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี ($\chi^2 = .028, df = 1, p = .867, \chi^2/df = .028, RMSEA < .001, CFI = 1.000, TLI = 1.000, SRMR = .001$) การวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพลพบว่า 1) ความยากลำบากในการกำกับอารมณ์มีอิทธิพลทางตรงกับแรงจูงใจในการดื่มทั้ง 4 ด้านได้แก่ แรงจูงใจในการดื่มเพื่อเพิ่มอารมณ์เชิงบวก แรงจูงใจในการดื่มเพื่อลืมนปัญหา แรงจูงใจในการดื่มเพื่อเข้าสังคม และแรงจูงใจในการดื่มแบบคล้อยตาม 2) แรงจูงใจในการดื่มเพื่อลืมนปัญหาและแรงจูงใจในการดื่มเพื่อเพิ่มอารมณ์เชิงบวกมีอิทธิพลทางตรงกับปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์และ 3) ความยากลำบากในการกำกับอารมณ์กับปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ผ่านแรงจูงใจในการดื่มเพื่อลืมนปัญหา ($TE = .122$) และแรงจูงใจในการดื่มเพื่อเพิ่มอารมณ์ทางบวก ($TE = .029$) **สรุป** แรงจูงใจในการดื่มเพื่อเพิ่มอารมณ์ทางบวกและแรงจูงใจในการดื่มเพื่อลืมนปัญหาเป็นตัวแปรส่งผ่านที่เชื่อมโยงความยากลำบากในการกำกับอารมณ์กับปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ในนักศึกษา

คำสำคัญ: ความยากลำบากในการกำกับอารมณ์, แรงจูงใจในการดื่ม, ปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์, นักศึกษามหาวิทยาลัย, การวิเคราะห์ตัวแปรส่งผ่าน



Thai Journal of Clinical Psychology

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

Original Article

Difficulties in Emotion Regulation and Alcohol-related Problems Among Undergraduate Students: The Mediating Role of Drinking Motives

Pattranit Suksai¹, Chaibun Sakulsriprasert^{2*}, Nanthaka Supreeyaporn³, Sajeepraew Potikul²

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

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

³ Educational Psychology and Guidance, Faculty of Education, Chiang Mai University

* Corresponding author, e-mail. chaibun.sakul@cmu.ac.th

Received: 21 September 2022 | Revised: 5 October 2022 | Accepted: 23 October 2022

Abstract

Objectives: To develop and validate a structural relationship between difficulties in emotion regulation and alcohol-related problems, having drinking motives as mediating factors in university students.

Materials and methods: The study was a correlation study. The data were collected through self-report questionnaires, including the demographic questionnaire, the Drinking Behavior Questionnaire, the Difficulties in Emotion Regulation Scale, the Drinking Motives Questionnaire-Revised (DMQ-R), and the Drinking-Related Problems Scale for College Students (DPS-C). The participants were 385 undergraduates aged 18 years and older, who had drunk alcohol in the previous 12 months.

Results: The results indicated that the hypothesized model had a good fit with empirical data ($\chi^2 = .028$, $df = 1$, $p = .867$, $\chi^2/df = .028$, RMSEA < .001, CFI = 1.000, TLI = 1.000, SRMR = .001). Additionally, the path analysis demonstrated that 1) the four types of drinking motives; including enhancement motive, coping motive, social motive, and conformity motive, were directly influenced by difficulties in emotion regulation, 2) coping motive and enhancement motive have direct effects on alcohol-related problems among university students, and 3) the relationship between difficulties in emotion regulation on alcohol-related problems was mediated by coping motive (TE = .122) and enhancement motive (TE = .029).

Conclusion: The findings supported that enhancement motive and coping motive are the mediating factor in the relationship between difficulties in emotion regulation and alcohol-related problems in university students.

Keywords: Difficulties in emotion regulation, Drinking motives, Alcohol-related problems, University students, Mediation analysis

บทนำ

ปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ถือเป็นปัญหาที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปี พ.ศ. 2564 พบว่าเป็นนักดื่มปัจจุบันร้อยละ 28 และนักดื่มเหล่านี้มีค่าใช้จ่ายในการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายในปี 2560 (Center for Alcohol Studies, 2022) นอกจากนี้ผลการสำรวจยังพบว่าในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนนักดื่มหน้าใหม่ที่เพิ่งเริ่มดื่มแอลกอฮอล์เป็นครั้งแรกภายใน 3 ปีก่อนการสำรวจคิดเป็นร้อยละ 5.9 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จากสถิติของผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์หน้าใหม่ที่นำเป็นห่วงที่สุดคือกลุ่มเยาวชนอายุ 20-24 ปี คือร้อยละ 53.32 และร้อยละ 30.79 เป็นกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี

นักศึกษาที่มีอายุระหว่าง 18-25 ปีเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสถานการณ์โลกทั้งด้านสังคม เทคโนโลยีและเศรษฐกิจทำให้นักศึกษาต้องปรับตัวกับการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน ปรับตัวกับรูปแบบการเรียนรู้ที่มีความหลากหลาย และการเตรียมตัวเองเข้าสู่สังคมของการทำงาน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ และความรู้สึก นักศึกษาหลายคนขาดวิธีการในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น และอาจเลือกใช้ชีวิตจัดการอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมนำไปสู่พฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ากลุ่มนักศึกษาดื่มสุราสูงกว่ากลุ่มวัยเดียวกันที่ไม่ได้เรียนมหาวิทยาลัย (Center for Behavioral Health Statistics and Quality, 2015; Phukao, et al., 2022)

งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อโดยตรงในทุกด้านที่เกี่ยวกับตัวนักศึกษา อาทิ ปัญหาการเรียน สัมพันธภาพ ปัญหาสุขภาพ (Sakulsriprasert, 2014) ปัญหาสุขภาพจิตส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล (McHugh & Weiss, 2019) และการฆ่าตัวตาย (Rizk et al. 2021) นอกจากนี้ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ยังรวมถึงปัญหาต่อบุคคลรอบข้างและสังคม เช่น การเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน การทะเลาะวิวาทและการทำร้ายร่างกาย ทำลายทรัพย์สินผู้อื่น เป็นต้น (Bureau of Health Promotion, 2019; Sakulsriprasert, 2014) การศึกษา

ของ Sakulsriprasert (2014) พบว่าการดื่มสุราในนักศึกษามีความแตกต่างจากการดื่มของผู้ใหญ่ทั้งในแง่ของแบบแผนการดื่ม เช่น พฤติกรรมการดื่มปริมาณมากในระยะเวลาสั้น ๆ (binge drinking) และประเภทของปัญหาที่พบ ตัวอย่างเช่น ปัญหาการเรียน ปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหาสุขภาพระยะสั้น ดังนั้นการทำความเข้าใจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาโดยเฉพาะ จึงเป็นสิ่งสำคัญในการออกแบบมาตรการการป้องกันเพื่อลดปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ในนักศึกษาได้

การศึกษาการวิจัยในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่าการกำกับอารมณ์ (emotional regulation) เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Dvorak et al., 2014; Hosiri et al., 2016; Ottonello et al., 2019) การกำกับอารมณ์เป็นความสามารถในการระบุ เข้าใจ และยอมรับในอารมณ์ สามารถควบคุมอารมณ์และตอบสนองทางอารมณ์เพื่อรับมือกับสถานการณ์ที่ยากลำบากได้อย่างเหมาะสม (Ottonello et al., 2019) บุคคลที่มีความสามารถในการกำกับอารมณ์ได้ดีจะสามารถตรวจสอบ ประเมิน และปรับเปลี่ยนวิธีการในการจัดการและการแสดงออกทางอารมณ์ ส่วนบุคคลที่มีความยากลำบากในการกำกับอารมณ์ (difficulties in emotion regulation) มีแนวโน้มที่จะไม่สามารถตระหนักรู้ เข้าใจและยอมรับอารมณ์ของตนเอง เมื่อเผชิญกับปัญหาที่ก่อให้เกิดอารมณ์ทางลบจะไม่สามารถจัดการหรือควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ มักมีวิธีการตอบสนองต่ออารมณ์ทางลบอย่างไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ รวมถึงการดื่มแอลกอฮอล์ (Dvorak et al., 2014; Gratz & Roemer, 2004)

การพยายามทำความเข้าใจกลไกของความยากลำบากในการกำกับอารมณ์กับการดื่มแอลกอฮอล์นั้น แนวคิดที่ถูกนำมาใช้คือ แรงจูงใจในการดื่ม (drinking motive) ซึ่งพัฒนาโดย Cooper (1994) โดยได้อธิบายว่าบุคคลดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติดเพื่อให้ได้มาซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ (affective change) อันประกอบไปด้วย 4 รูปแบบ ได้แก่ 1. แรงจูงใจในการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อเพิ่มอารมณ์เชิงบวก (enhancement motive) 2. แรงจูงใจในการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลืมนปัญหา (coping motive) 3. แรงจูงใจในการดื่ม

แอลกอฮอล์เพื่อเข้าสังคม (social motive) และ 4. แรงจูงใจในการดื่มแอลกอฮอล์แบบคล้อยตาม (conformity motive) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าแรงจูงใจที่ต่างกันนำไปสู่แบบแผนการดื่มแอลกอฮอล์ที่ต่างกัน ตลอดจนระดับของปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกัน (Aurora & Klanecky, 2016; Sakulsriprasert & Sakulsriprasert, 2018; Vernig & Orsillo, 2015) ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ว่าแรงจูงใจในการดื่มน่าจะมีบทบาทเป็นตัวแปรส่งผ่าน (mediating factor) ที่เชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างความยากลำบากในการกำกับอารมณ์กับปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ จากงานวิจัยในต่างประเทศพบว่านักศึกษาดื่มแอลกอฮอล์เพื่อกำกับอารมณ์ของตนเอง โดยนักศึกษาที่มีความยากลำบากในการกำกับอารมณ์มีแนวโน้มที่จะมีแรงจูงใจในการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาเพื่อลดอารมณ์ทางลบและเพิ่มอารมณ์ทางบวก นำไปสู่ปริมาณการดื่มและปัญหาจากการดื่มที่มากขึ้น (Aurora & Klanecky, 2016; Messman-Moore & Ward, 2014; Simons et al., 2017) อย่างไรก็ตามในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความยากลำบากในการกำกับอารมณ์ แรงจูงใจในการดื่ม และปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์

เหตุผลที่กล่าวมาส่งผลให้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความ

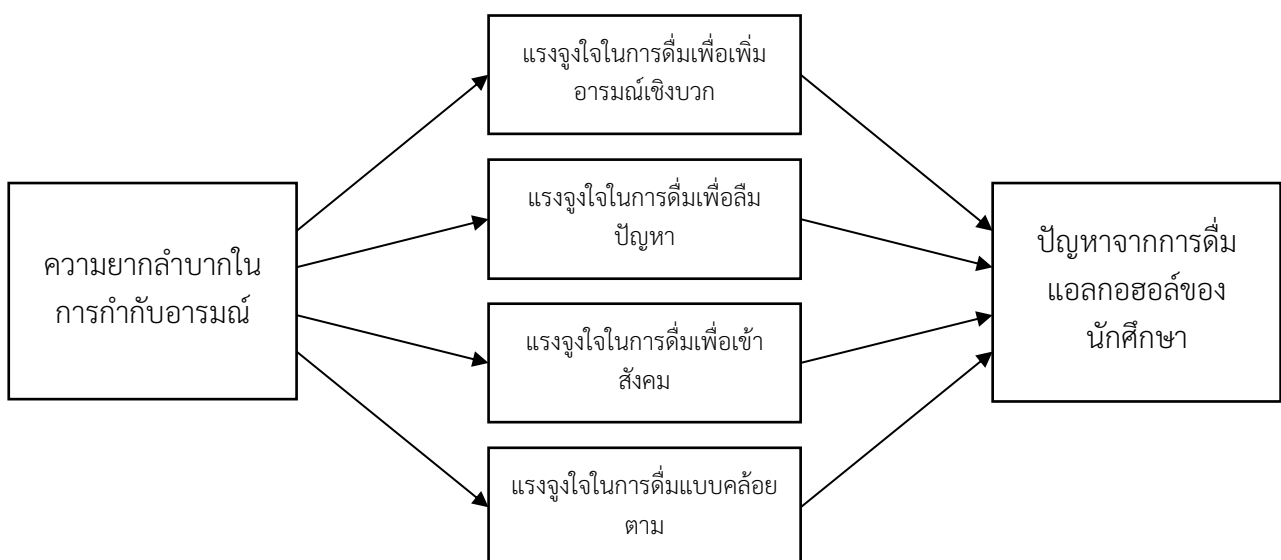
ยากลำบากในการกำกับอารมณ์ และปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีแรงจูงใจในการดื่มแอลกอฮอล์เป็นตัวแปรส่งผ่าน โดยจะทำการศึกษาริบทของประเทศไทยในนักศึกษาในระดับปริญญาตรี ด้วยมุ่งหวังว่าผลจากการศึกษาดังกล่าวจะสามารถนำไปเป็นองค์ความรู้พื้นฐานในการออกแบบโปรแกรม มาตรการ รวมถึงนโยบายเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและตรวจสอบความตรงของแบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างความยากลำบากในการกำกับอารมณ์และปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาที่มีแรงจูงใจในการดื่มแอลกอฮอล์เป็นตัวแปรส่งผ่าน

สมมติฐานการวิจัย

แบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างความยากลำบากในการกำกับอารมณ์และปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์โดยมีแรงจูงใจในการดื่มแอลกอฮอล์เป็นตัวแปรส่งผ่าน (ดังภาพที่ 1) มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์



ภาพที่ 1 แบบจำลองสมมุติฐาน

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีจากสถาบันอุดมศึกษาในกำกับของรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ การเลือกหน่วยตัวอย่างใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ อายุมากกว่า 18 ปี เคยดื่มแอลกอฮอล์ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็ก ($f^2 = .04$) ค่านี้สำคัญเท่ากับ .05 ค่าอำนาจเท่ากับ .80 และจำนวนตัวแปรต้นเท่ากับ 5 ตัว ได้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 324 คน จากการเก็บข้อมูลและดำเนินการคัดกรองผู้ที่ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ยุติการเข้าร่วมวิจัย กลางคัน ตอบแบบสุ่มและ outlier ออกไป ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 385 คน จำนวนตัวอย่างมีความเหมาะสมกับการประมาณค่าแบบความน่าจะเป็นสูงสุด (maximum likelihood estimation: MLE) ที่ Hair (2006) ได้เสนอไว้ว่าควรจะมีจำนวนระหว่าง 100 ถึง 400 สำหรับแบบจำลองที่ไม่ซับซ้อน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อันได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปีที่กำลังศึกษาอยู่ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา อันได้แก่ สถานที่ดื่ม บุคคลที่ดื่มด้วย เครื่องดื่มที่ชอบ

2. แบบสอบถามความยากลำบากในการกำกับอารมณ์ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยอิงจากแนวคิดเกี่ยวกับความยากลำบากในการกำกับอารมณ์ของ Gratz and Roemer (2004) มีจำนวน 29 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 6 ระดับจากไม่ตรงเลย ถึง ตรงมากที่สุด ผ่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิรวม 3 ท่าน ประกอบไปด้วยผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตวิทยา 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญทางด้านระเบียบวิธีการวัดและการวิจัย 1 ท่าน และทำการตรวจสอบความเที่ยง (reliability) แบบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's

alpha coefficient) ทั้งฉบับของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 0.929

3. แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการดื่มแอลกอฮอล์ฉบับภาษาไทย เป็นแบบสอบถามที่แปลจาก the drinking motives questionnaire revised (DMQ-R) (Cooper, 1994) โดย Sakulsriprasert et al. (2017) เป็นแบบประเมินตนเองจำนวน 20 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 6 ระดับ ประกอบด้วยแรงจูงใจในการดื่มแอลกอฮอล์ 4 ด้าน ได้แก่ 1. แรงจูงใจในการดื่มเพื่อเพิ่มอารมณ์เชิงบวก (enhancement) 2. แรงจูงใจในการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลืมนปัญหา (coping) 3. แรงจูงใจในการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อเข้าสังคม (social) และ 4. แรงจูงใจในการดื่มแอลกอฮอล์แบบคล้อยตาม (conformity) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทั้ง 4 ด้านมีค่าอยู่ระหว่าง .794 ถึง .874

4. มาตรวัดปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราสำหรับนักศึกษา พัฒนาขึ้นโดย Sakulsriprasert (2014) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 38 ข้อ วัดปัญหาจากการดื่มสุราที่พบในกลุ่มประชากรนักศึกษาทั้งสิ้น 8 ด้าน ได้แก่ ปัญหาด้านการเรียนและการทำงาน พฤติกรรมเสี่ยง ปัญหาด้านสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง ปัญหาด้านการจำและการรู้การคิด ปัญหาด้านสุขภาพ ปัญหาด้านอารมณ์ ปัญหาต่อสังคม และอาการติดสุรา การตอบมีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า (rating scale) มีความเที่ยงทั้งฉบับของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ แบบความสอดคล้องภายในเท่ากับ .958

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รหัสโครงการ CMUREC No.63/033 การเก็บข้อมูลเป็นการเก็บข้อมูลในชั้นเรียนร่วมกับการเก็บข้อมูล online เนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดของ Covid-19

การเก็บข้อมูลในชั้นเรียนนั้น ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยเมื่อได้รับอนุญาตจากอาจารย์ผู้สอนแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการประชาสัมพันธ์โครงการทั้งในแง่รายละเอียด เกณฑ์คัดเข้าและสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นจึงเปิดโอกาสให้ตัดสินใจที่จะให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมวิจัยหรือไม่ ส่วนการเก็บ

ข้อมูล online ผู้วิจัยดำเนินการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยผ่านสื่อสังคมออนไลน์ (Facebook) ทั้งหน้าโปรไฟล์ส่วนตัวและกลุ่มสังคมออนไลน์ของมหาวิทยาลัยที่เก็บข้อมูล หากผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมที่จะเข้าร่วมวิจัยก็จะคอยต้อนรับและยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการเข้าร่วมการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

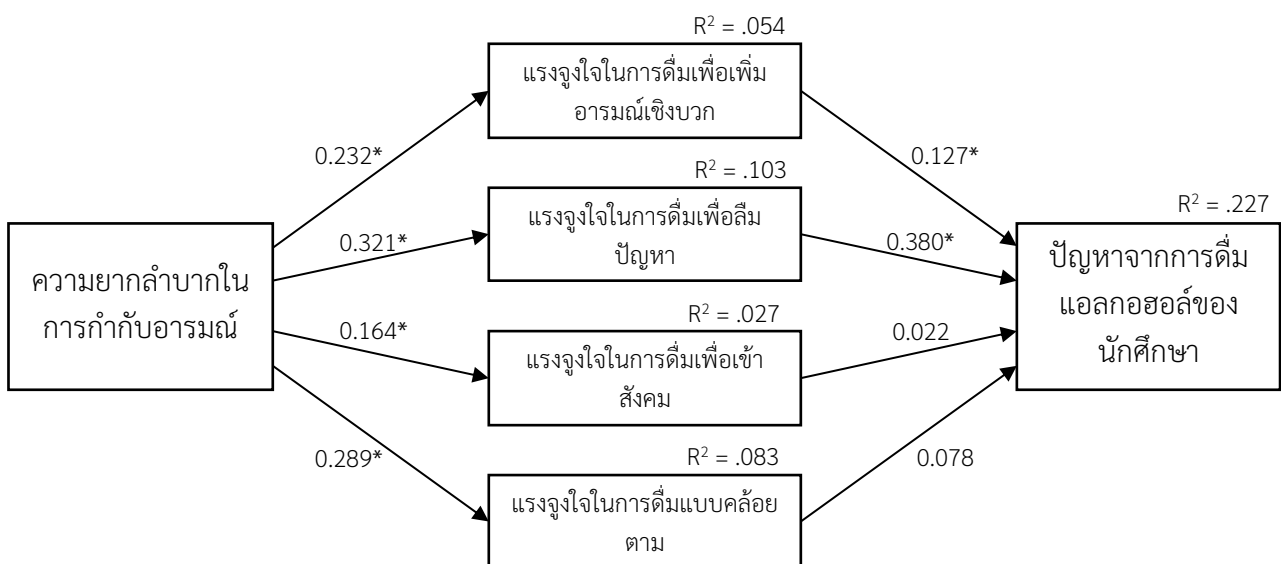
1. สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

2. สถิติอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพลวิเคราะห์ (path analysis) และพิจารณาความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลโดยพิจารณาค่าไคสแควร์ค่าไคสแควร์สัมพันธ์ (χ^2/df) ค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนโดยประมาณ (RMSEA) ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ (CFI) ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบของ Tucker-Lewis (TLI) และค่ารากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของเศษเหลือในรูปคะแนนมาตรฐาน (SRMR) การวิจัยครั้งนี้ใช้เกณฑ์ในการพิจารณาความสอดคล้องกลมกลืนของแบบจำลองตามแนวทางของ Schumacker & Lomax (2010)

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้เป็นเพศหญิงมากที่สุด รองลงมาเป็นเพศชาย และกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ (ร้อยละ 64.4 ร้อยละ 33.2 และร้อยละ 2.3 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 (ร้อยละ 38.4) ที่กำลังศึกษาอยู่เป็นกลุ่มคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ (ร้อยละ 46.5) รองลงมาคือกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (ร้อยละ 42.9) และกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ (ร้อยละ 9.6) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.1 ระบุว่าร้านเหล้า/ผับ/บาร์เป็นสถานที่ ๆ ตนเองดื่มบ่อยที่สุด ร้อยละ 94.5 และรายงานว่ากลุ่มคนที่ดื่มด้วยมากที่สุดคือเพื่อน ร้อยละ 70.1 เปียร์เป็นเครื่องดื่มที่ดื่มบ่อยที่สุด

เมื่อดำเนินการทดสอบสมมติฐานเบื้องต้นพบว่าข้อมูลมีลักษณะไม่เป็น multivariate normality อย่างไรก็ตาม การประมาณค่าด้วยวิธีการ maximum likelihood มีความแข็งแกร่งต่อการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นดังกล่าว (Hair, 2006; Schumacker & Lomax, 2010) ผู้วิจัยจึงดำเนินการทดสอบแบบจำลองสมมติฐานด้วยการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล พบว่าแบบจำลองสมมติฐานมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี โดยมีรายละเอียดดังภาพที่ 2



* $p < 0.05$, $\chi^2 = 0.028$, $df = 1$, $p = 0.867$, $\chi^2/df = 0.028$, RMSEA < 0.001 , SRMR = 0.001 CFI = 1.000, TLI = 1.000

ภาพที่ 2 ผลการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างความยากลำบากในการกำกับอารมณ์และปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาโดยมีแรงจูงใจในการดื่มเป็นตัวแปรส่งผ่าน

ผลจากการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพลพบว่า ความยากลำบากในการกำกับอารมณ์ (DERS) มีอิทธิพลทางตรงกับแรงจูงใจในการดื่มทั้ง 4 ด้านอัน ได้แก่ แรงจูงใจในการดื่มเพื่อเข้าสังคม (SOCIAL) แรงจูงใจในการดื่มเพื่อลืมหิว (COPE) แรงจูงใจในการดื่มเพื่อเพิ่มอารมณ์เชิงบวก (ENHANCE) และแรงจูงใจในการดื่มแบบคล้อยตาม (CONFORM) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($DE = 0.164, 0.321, 0.232$ และ 0.289 ตามลำดับ) อย่างไรก็ตาม มีเพียงแรงจูงใจ 2

รูปแบบที่มีอิทธิพลทางตรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ แรงจูงใจในการดื่มเพื่อลืมหิวและแรงจูงใจในการดื่มเพื่อเพิ่มอารมณ์เชิงบวก ($IE = 0.380$ และ $.127$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ความยากลำบากในการกำกับอารมณ์ต่อปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์เท่ากับ 0.177 โดยมีอิทธิพลทางอ้อมผ่านทางแรงจูงใจในการดื่มเพื่อลืมหิวมากที่สุด ($TE = 0.122$) โดยทั้งหมดรวมทำนายปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ได้ร้อยละ 22.7 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐาน (standardized coefficient) ของค่าอิทธิพลทางตรง (DE) ค่าอิทธิพลทางอ้อม (IE) และอิทธิพลรวม (TE) ที่ได้จากการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล

เส้นทางอิทธิพล				DE	IE	TE	
DERS	→	SOCIAL		0.164*	-	0.164*	
DERS	→	COPE		0.321*	-	0.321*	
DERS	→	ENHANCE		0.232*	-	0.232*	
DERS	→	CONFORM		0.289*	-	0.289*	
SOCIAL	→	PROBLEM		0.022	-	0.022	
COPE	→	PROBLEM		0.380*	-	0.380*	
ENHANCE	→	PROBLEM		0.127*	-	0.127*	
CONFORM	→	PROBLEM		0.078	-	0.078	
DERS	→	SOCIAL	→	PROBLEM	-	0.004	0.004
DERS	→	COPE	→	PROBLEM	-	0.122*	0.122*
DERS	→	ENHANCE	→	PROBLEM	-	0.029*	0.029*
DERS	→	CONFORM	→	PROBLEM	-	0.022	0.022
Total (DERS	→	PROBLEM)		-	0.177*	0.177*	
$\chi^2 = 0.028, df = 1, p = 0.867, \chi^2/df = 0.028, RMSEA < 0.001, CFI = 1.000, TLI = 1.000, SRMR = 0.001$							

$\chi^2 = 0.028, df = 1, p = 0.867, \chi^2/df = 0.028, RMSEA < 0.001, CFI = 1.000, TLI = 1.000, SRMR = 0.001$

* $p < 0.05$; DERS = ความยากลำบากในการกำกับอารมณ์, SOCIAL = แรงจูงใจในการดื่มเพื่อเข้าสังคม, COPE = แรงจูงใจในการดื่มเพื่อลืมหิว, ENHANCE = แรงจูงใจในการดื่มเพื่อเพิ่มอารมณ์เชิงบวก และ CONFORM = แรงจูงใจในการดื่มแบบคล้อยตาม

วิจารณ์

หากพิจารณาดัชนีความสอดคล้องกลมกลืน (fit index) พบว่าแบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างความยากลำบากในการกำกับอารมณ์กับปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ในนักศึกษาโดยมีแรงจูงใจในการดื่มเป็นตัวแปรส่งผ่านที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี ($\chi^2 = 0.028, df = 1, p = 0.867, \chi^2/df = 0.028, RMSEA < 0.001, CFI = 1.000, TLI = 1.000, SRMR = 0.001$) ตามเกณฑ์ของ Schumacker & Lomax (2010) แบบจำลองที่ไม่ซับซ้อนที่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ควรมีค่า χ^2 ที่ไม่มี

นัยสำคัญ, ค่า χ^2/df ที่น้อยกว่า 2.0, ค่า RMSEA และ SRMR ที่น้อยกว่า .05, ค่า CFI และ TLI ที่มากกว่า .95

ผลการศึกษาพบว่าความยากลำบากในการกำกับอารมณ์นำไปสู่ปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์โดยผ่านแรงจูงใจในการดื่ม 2 รูปแบบ คือ แรงจูงใจในการดื่มเพื่อเพิ่มอารมณ์เชิงบวก และแรงจูงใจในการดื่มเพื่อลืมหิว ทั้งนี้เป็นเพราะนักศึกษาที่มีความยากลำบากในการกำกับอารมณ์สูงมีแนวโน้มที่จะไม่สามารถตระหนักรู้ เข้าใจ รวมถึงควบคุมอารมณ์ตนเอง ส่งผลให้มีแนวโน้มที่จะใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้ามาช่วยในการจัดการอารมณ์ ซึ่งอาจจะเป็นการใช้เพื่อลดอารมณ์ทางลบไม่ว่าจะเป็นความเศร้าเสียใจ ความ

กังวลหรือความเครียดที่เกิดขึ้น (แรงจูงใจในการดื่มเพื่อลืมนปัญหา) หรือใช้ในการสร้างความสนุก ความเพลิดเพลิน (แรงจูงใจในการดื่มเพื่อเพิ่มอารมณ์ทางบวก) (Cooper, 1994; Gratz & Roemer, 2004; Simons et al., 2017) ข้อค้นพบในครั้งนี้สอดคล้องกับจากงานวิจัยที่ผ่านมา (เช่น Messman-Moore and Ward, 2014; Simons et al., 2017; Woods-Jaeger et al., 2016) พบว่าในกลุ่มวัยรุ่นที่ขาดวิธีในการจัดการอารมณ์หรือมีวิธีการจัดการอารมณ์ที่จำกัดมีแนวโน้มที่จะมีใช้แอลกอฮอล์เพื่อเป็นเครื่องมือในการจัดการกับอารมณ์และส่งผลให้เผชิญกับปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า ส่วน Buckner et al., (2021) พบว่าในสถานการณ์โรคระบาดโควิด นักศึกษาที่มีความยากลำบากในการกำกับอารมณ์จะมีความกังวลอย่างมากจนอาจนำไปสู่การดื่มที่มากขึ้นเพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นและต้องเผชิญกับปัญหาจากการดื่มมากขึ้นตามไปด้วย

ผลการศึกษานี้ แรงจูงใจในการดื่มเพื่อเข้าสังคม และแรงจูงใจในการดื่มแบบคล้อยตาม ไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้แรงจูงใจทั้ง 2 รูปแบบมีลักษณะเป็นแรงจูงใจภายนอก (external motive) ในขณะที่แรงจูงใจในการดื่มเพื่อเพิ่มอารมณ์เชิงบวก และแรงจูงใจในการดื่มเพื่อลืมนปัญหาที่มีลักษณะเป็นแรงจูงใจภายใน (internal motive) ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับ Bresin and Makawi (2021) ที่ทำการศึกษาแบบการวิเคราะห์ทอิกมาน (meta-analysis) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการดื่มกับผลลัพธ์จากการดื่มแอลกอฮอล์ (drinking outcomes) จากงานวิจัยจำนวน 229 เรื่อง ผลจากการวิเคราะห์พบว่า แรงจูงใจในการดื่มเพื่อเพิ่มอารมณ์เชิงบวกและแรงจูงใจในการดื่มเพื่อลืมนปัญหาเป็นตัวทำนายที่แข็งแกร่ง (the strongest predictor) ในขณะที่แรงจูงใจภายนอกก็มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์จากการดื่มน้อยกว่า และผลการศึกษาที่มีแนวโน้มที่ไม่สอดคล้องกันในแต่ละวัฒนธรรม มีงานศึกษาจำนวนหนึ่งที่พบว่าในกลุ่มนักศึกษาเอเชียแรงจูงใจในการดื่มเพื่อเข้าสังคมและคล้อยตามมีความสัมพันธ์กับความถี่ในระดับต่ำ (Sjodin et al., 2021; Schick et al., 2022) เนื่องจากการดื่มลักษณะดังกล่าวมีจุดมุ่งหมายเพื่อหลีกเลี่ยงการ

ถูกปฏิเสธจากสังคม ไม่ได้มุ่งหวังให้เกิดความสนุกสนานหรือเพื่อหลีกเลี่ยงหนีปัญหา ผู้ที่ดื่มเพื่อคล้อยตามจึงดื่มในปริมาณที่น้อยกว่าและประสบกับปัญหาจากการดื่มน้อยกว่าแบบอื่น ๆ (Gmel et al., 2012; Kuntsche et al., 2006)

ข้อจำกัดในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีจากสถาบันอุดมศึกษาในกำกับของรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่อาจส่งผลให้การอ้างอิง (generalizability) มีข้อจำกัด หากต้องการการอ้างอิงไปสู่ประชากรนักศึกษาโดยทั่วไป การดำเนินการวิจัยซ้ำ (replication) ในประชากรนักศึกษากลุ่มอื่นน่าจะช่วยให้สามารถตรวจสอบความถูกต้องทางทฤษฎีได้มากขึ้น

สรุป

ผลการศึกษานับสนับสนุนบทบาทตัวแปรส่งผ่านของแรงจูงใจในการดื่มที่เป็นกลไกเชื่อมโยงความยากลำบากในการกำกับอารมณ์กับปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ในนักศึกษา โดยพบว่าแรงจูงใจในการดื่มเพื่อลืมนปัญหา (coping motive) และแรงจูงใจในการดื่มเพื่อเพิ่มอารมณ์เชิงบวก (enhancement motive) ที่มีลักษณะเป็นแรงจูงใจภายในมีอิทธิพลต่อปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญ ส่วนแรงจูงใจในการดื่มเพื่อเข้าสังคม (social motive) และการดื่มเพื่อคล้อยตาม (conformity motive) ที่มีลักษณะเป็นตัวแปรภายนอกแม้จะได้รับอิทธิพลทางบวกจากการความยากลำบากในการกำกับอารมณ์แต่พบว่าไม่มีอิทธิพลต่อปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การกำกับอารมณ์มีความเกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ โดยนักศึกษาที่มีความยากลำบากในการกำกับอารมณ์มีแนวโน้มจะใช้แอลกอฮอล์เป็นเครื่องมือในการปรับอารมณ์ ทั้งในแง่ของการเพิ่มอารมณ์ทางบวกและลดอารมณ์ทางลบ ดังนั้นบุคลากรทางการศึกษาหรือบุคลากรทางสุขภาพจิตที่ทำงานด้านการ

ส่งเสริมป้องกันปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ สามารถออกแบบโปรแกรมเพื่อลดการดื่มแอลกอฮอล์โดยการเพิ่มเพิ่มทักษะในการกำกับอารมณ์ หรือที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับอารมณ์ เพื่อให้ นักศึกษาสามารถใช้กลวิธีในการกำกับอารมณ์อื่น ๆ แทนการดื่มแอลกอฮอล์

นอกจากนี้สำหรับนักจิตวิทยาที่ให้บริการจิตบำบัดหรือการปรึกษาทางจิตวิทยา ข้อค้นพบในครั้งนี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนการทำงาน (evident-based practice) ว่ามีความเป็นไปได้ที่นักจิตวิทยาสามารถนำเทคนิคการจัดการอารมณ์มาใช้ในการช่วยเหลือกลุ่มนักศึกษาที่ประสบปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ เช่นเดียวกับที่พบในการศึกษาต่างประเทศ ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Brister (2012) ที่ทำการศึกษาเชิงทดลองโดยใช้ทักษะการกำกับอารมณ์ตามแนวคิดพฤติกรรมบำบัดวิภาววิธี (DBT-based emotion regulation skills training) กับนักศึกษาเพื่อทดสอบการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ ผลพบว่า ทักษะดังกล่าวช่วยลดพฤติกรรมการดื่มหนักและปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ได้

เอกสารอ้างอิง (References)

- Aurora, P. & Klanecky, A. K. (2016). Drinking motives mediate emotion regulation difficulties and problem drinking in college students. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 42(3), 341-350. <https://doi.org/10.3109/00952990.2015.1133633>.
- Bresin. K., & Mekawi, Y. (2021). The "Why" of drinking matters: A meta-analysis of the association between drinking motives and drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 45(1), 38-50. <https://doi.org/10.1111/acer.14518>.
- Brister, H. A. (2012). *Increasing emotion regulation skills for the reduction of heavy drinking* [Doctoral dissertation, The University of Texas at Austin]. The University of Texas at Austin Repository. <http://hdl.handle.net/2152/19476>
- Buckner, J. D., Lewis, E. M., Abarno, C. N., Morris, P. E., Glover, N. I. & Zvolensky, M. J. (2021). Difficulties with emotion regulation and drinking during the COVID-19 pandemic among undergraduates: The serial mediation of COVID-related distress and drinking to cope with the pandemic. *Cognitive Behavioural Therapy*, 50(4), 261-275. <https://doi.org/10.1080/16506073.2020.1861084>
- Bureau of Health Promotion. (2019). *Negative effects of alcohol and health consequences toward self and others*. Bureau of Health Promotion, Department of Health. (in Thai).
- Center for Alcohol Studies. (2022). *Patterns and trends of drinking behaviors among Thai population*: Center for Alcohol Studies. (in Thai).
- Center for Behavioral Health Statistics and Quality. (2015). *Behavioral health trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health* (No. SMA15-4927). Department of Health & Human Services. <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FRR1-2014/NSDUH-FRR1-2014.pdf>
- Cooper, M. L. (1994). Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four-factor model. *Psychological Assessment*, 6(2), 117-128.
- Dvorak, R. D., Sargent, E. M., Kilwein T. M., Stevenson, B. L., Kuvaas, N. J. & Williams, T. J. (2014). Alcohol use and alcohol-related consequences: Associations with emotion regulation difficulties. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 40(2), 125-130. <https://doi.org/10.3109/00952990.2013.877920>.
- Gmel, G., Labhart, F. & Fallu, J. S. & Kuntsche, E. (2012). The association between drinking motives and alcohol-related consequences-room for biases and measurement issues?.

- Addiction*, 107, 1580-1589. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03892.x>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Hair, J. F. (2006). *Multivariate data analysis* (6th ed.). Pearson Prentice Hall.
- Hosiri, T., Sittisun, C., & Limsricharoen, K. (2016). Drinking behavior and its prevalence in grade 10th Students. *Journal of the Psychiatry Association of Thailand*, 61(1), 3-14. (in Thai).
- Kuntsche, E., Knibbe, R., Gmel, G. & Engels, R. (2006). Who drinks and why? A review of socio-demographic, personality, and contextual issues behind the drinking motives in young people. *Addictive Behaviors*, 31(10), 1844-1857. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.12.028>
- Mchugh, R. K. & Weiss, D. R. (2019). Alcohol use disorder and depressive disorders. *Alcohol Research*, 40(1). <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.1.01>
- Messman-Moore, T. L., & Ward, R. M. (2014). Emotion dysregulation and coping drinking motives in college women. *American journal of health behavior*, 38(4), 553-559. <https://doi.org/10.5993/AJHB.38.4.8>.
- Ottonello, M., Fiabane, E., Pistarini, C., Spigno, P. & Torseeli, E. (2019). Difficulties in emotion regulation during rehabilitation for alcohol addiction: Correlations with metacognitive beliefs about alcohol use and relapse risk. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15, 2917-2925. <https://doi.org/10.2147/NDT.S214268>
- Phukao, D., Sakulsriprasert, C., Thawornwutichat, R., Kruahiran, P., Sa-ngasri, S., Kitcharoen, P., Chatsuphange, P., & Marohabutr, T. (2022). *A surveillance of drinking behavior and implicit cognition among university students in Bangkok and vicinity, Thailand*. Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University. (in Thai).
- Rizk, M. M., Herzog, S., Dugad, S., & Stanley, B. (2021). Suicide risk and addiction: The impact of alcohol and opioid use disorders. *Current Addiction Reports*, 8, 194-207. <https://doi.org/10.1007/s40429-021-00361-z>
- Sakulsriprasert, C. (2014). Development and psychometric properties of Drinking Problems Scale for College Students. *Journal of the Psychiatry Association of Thailand*, 59(4), 355-369. (in Thai).
- Sakulsriprasert, C., Pontanya, A., Homkiln, T. , Thongpaibul, K., Tapanya, P. & Thawornwutichat, R. (2017). Validity and reliability of drinking motive questionnaire-revised (DMQ-R) among university students. *Journal of the Psychiatry Association of Thailand*, 63(2), 223-232. (in Thai).
- Sakulsriprasert, S, & Sakulsriprasert, C. (2018). Drinking motives and alcohol-related problem in university students: Modeling and testing model invariance across gender. *Journal of Educational, Faculty of Education, Srinakharinwirot University*, 19(2), 156-169. (in Thai).
- Simons, R., Hahn, A. M., Simons, J., & Murase, H. (2017). Emotion dysregulation and peer drinking norms uniquely predict alcohol-related problems via motives. *Drug and Alcohol Dependence*, 177, 54-58. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.03.019>
- Sjödin, L., Larm, P., Karlsson, P., Livingston, M., & Raninen, J. (2021). Drinking motives and their associations with alcohol use among adolescents

in Sweden. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 38(3), 256-269. <https://doi.org/10.1177/1455072520985974>.

Schick, M. R., Nalven, T., & Spillane, N. S. (2022). Drinking to fit in: The effects of drinking motives and self-esteem on alcohol use among female college students. *Substance Use & Misuse*, 57(1), 76-85. <https://doi.org/10.1080/10826084.2021.1990334>

Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2010). *A beginner's guide to structural equation modeling*. Routledge.

Woods-Jaeger, B. A., Nobles, R. H., Warren, L., & Larimer, M. E. (2016). The Relationship between emotion regulation, social support, and alcohol-related problems among racially diverse adolescents. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 25(3), 245-251. <https://doi.org/10.1080/1067828X.2015.1012611>

Vernig, P. M. & Orsillo, S. M. (2015). Drinking motives and college alcohol problems: A prospective study. *Journal of Substance Use*, 20(5), 340-346. <https://doi.org/10.3109/14659891.2014.923053>.



วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

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

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสบการณ์ทางจิตใจภายหลังการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข

ศิวพร อุดมสินานนท์^{1*}, ณัฐสุดา เต้พันธ์²

¹ นิสิตปริญญาโท แขนงวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แขนงวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

* ผู้นิพนธ์ประสานงาน, e-mail. geesiwaprn@gmail.com

รับบทความ: 21 พฤศจิกายน 2565 | แก้ไขบทความ: 27 ธันวาคม 2565 | ตอรับบทความ: 6 มกราคม 2566

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ทางจิตใจของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขภายหลังการได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา **วัสดุและวิธีการ** ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ รูปแบบปรากฏการณ์วิทยาตามแนวทางของจือจิ เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง โดยคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยแบบเจาะจงจำนวน 6 คน มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข มีประสบการณ์การรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาโดยสมัครใจตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไปและสิ้นสุดการรับบริการไปแล้ว **ผลการศึกษา** พบ 3 ประเด็นหลักคือ (1) การตระหนักรู้ต่อปัญหาที่เผชิญ ประกอบด้วย การรับรู้ปัญหา ความรู้สึกต่อปัญหาที่เผชิญ ความพยายามออกจากปัญหาและความต้องการหลุดพ้นจากวงจรของปัญหา (2) การเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือแบบเป็นทางการ ประกอบด้วย ช่องทางการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือแบบเป็นทางการ การรับรู้ที่มีต่อการปรึกษาเชิงจิตวิทยา การรับรู้ที่มีต่อแหล่งช่วยเหลือช่องทางอื่นและสิ่งสกัดกั้นในการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือ (3) การเติบโตและงอกงามภายหลังก้าวข้ามผ่านปัญหา ประกอบด้วย ความเข้าใจที่เกิดขึ้นในตนเองในการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อการเติบโตและงอกงามทางจิตใจและความงอกงามภายหลังการก้าวข้ามผ่านปัญหา **สรุป** ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงแนวทางในการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตใจของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนอุปสรรคในการแสวงหาความช่วยเหลือและสิ่งที่มีผลต่อปัญหาทางจิตใจในการตระหนักรู้ตนเอง ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปประยุกต์ในการส่งเสริมดูแลสุขภาพทางจิตใจของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อไป

คำสำคัญ: การปรึกษาเชิงจิตวิทยา, การแสวงหาความช่วยเหลือ, วิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข



Thai Journal of Clinical Psychology

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

Original Article

Psychological Experiences after Receiving Counseling Service of the Medical and Public Health Professionals

Siwaporn Udomsinanon^{1*}, Nattasuda Taephant²

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

² Assistant professor, Faculty of Psychology, Chulalongkorn University

* Corresponding author, e-mail. geesiwaprn@gmail.com

Received: 21 November 2022 | Revised: 27 December 2022 | Accepted: 6 January 2023

Abstract

Objectives: The purpose of this research was to study the psychological experiences of the medical and public health professionals after receiving psychological counseling services. **Materials and methods:** The research utilized Giorgi's phenomenological method. The data were collected via semi-structured in-depth interviews. Six participants were recruited through purposive sampling method. The inclusion criteria were being medical and health professionals who voluntarily received counseling services at least 1 session as well as completely finished all sessions. **Results:** The results revealed 3 main themes: (1) An awareness towards arising problems which consists of problem recognition, feelings towards arising problems, the perseverance and determination to liberate from the cycle of the problems. (2) An access to formal help which consists of a channel to sources of formal support, perception towards counseling, perception towards other sources of support and barriers of access to formal help. (3) A growth and flourishing after overcoming problems which includes the self-understanding of appropriately facing problems, the external factors affecting mental growth and flourishing, thriving through adversity. **Conclusion:** The findings suggested the way for public health and medical professional to seek the psychological assistance as well as obstacles and effects on psychological problem to self-awareness. Hence, the research findings can apply to support the psychological care of public health and medical professionals in the future.

Keywords: Psychological counseling, Seeking professional help, Medical health professionals

บทนำ

วิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นหนึ่งในวิชาชีพที่ได้รับความนิยมและความกดดันสูงจากความคาดหวังทางสังคมและการทำงาน ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธาณสุขมักประสบกับภาวะเครียดในการทำงานที่สูงกว่าบุคคลในช่วงอายุเดียวกัน (Halder & Mahato, 2013) นอกจากนี้ธรรมชาติของการทำงานที่มีชั่วโมงการทำงานที่มากส่งผลให้ระยะเวลาในการพักผ่อนน้อยลง การทำงานของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธาณสุขจึงสามารถเกิดความเครียดและความกดดันได้บ่อยครั้ง จึงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะหมดไฟในการทำงานได้ (Costa et al., 2016) มีงานวิจัยที่ศึกษาพบว่าผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธาณสุขมีแนวโน้มที่จะใช้วิธีการจัดการความเครียดและภาวะหมดไฟที่มีผลกระทบต่อตนเองโดยการลดความคาดหวังในการทำงานของตนเองลง ส่งผลให้ตนเองรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตอย่างที่ตั้งเป้าหมายไว้ (Dwyer et al., 2020) ซึ่งเห็นได้ว่าแนวทางการจัดการความเครียดดังกล่าวอาจส่งผลทางลบในระยะยาว นอกจากนี้การศึกษาถึงวิธีรับมือกับความเครียดและความทุกข์ใจของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธาณสุข พบว่าส่วนใหญ่จะไม่ขอความช่วยเหลือเนื่องจากกังวลถึงความผิดหวังจากคนรอบข้าง (Henderson et al., 2012) กล่าวคือจะมีผลต่อความก้าวหน้าในการทำงาน ตลอดจนกังวลถึงการถูกบันทึกข้อมูลและความลับอาจถูกเปิดเผยที่มองว่าเป็นการถูกประทุษร้ายว่าด้อยค่า อาจจะเป็นภัยคุกคามต่อผู้ป่วยและเสียโอกาสทางอนาคต (Brooks et al., 2011) จึงเลือกจัดการปัญหาด้วยตนเองหรือแสวงหาความช่วยเหลือแบบไม่เป็นทางการจากเพื่อน ครอบครัว หรือเพื่อนร่วมงานมากกว่าการแสวงหาความช่วยเหลือแบบเป็นทางการจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตใจ (Staiger et al., 2017)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นหนึ่งในแหล่งความช่วยเหลือแบบเป็นทางการที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหา ตัวอย่างเช่น ในประเทศนอร์เวย์ได้มีแนวทางในการช่วยเหลือจัดการปัญหาทางจิตใจแก่วิชาชีพทาง

การแพทย์และสาธาณสุข โดยได้มีการจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธาณสุข ซึ่งศูนย์ดังกล่าวมีบทบาททั้งในการศึกษาทำความเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นในวิชาชีพทางการแพทย์และสาธาณสุข ตลอดจนการให้ความช่วยเหลือทางจิตใจเพื่อส่งเสริมให้มีการจัดการปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ พบว่าผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์เมื่อได้รับความช่วยเหลือทางจิตใจจากนักวิชาชีพแบบเป็นทางการจะสามารถจัดการความเครียดได้ดีขึ้น มีความยืดหยุ่นในตนเอง เข้าใจในความไม่สมบูรณ์แบบของชีวิต ลดความเข้มงวดต่อตัวเองลงและเมตตาต่อตัวเองมากขึ้น ส่งผลให้มีการจัดการวิถีชีวิตของตนเองได้ดีขึ้น (Ro et al., 2007; Ro et al., 2010) แม้ตัวอย่างดังกล่าวอาจเป็นตัวอย่างจากในประเทศแถบยุโรปซึ่งมีวัฒนธรรมที่แตกต่างจากประเทศไทย แต่ในขณะเดียวกันประเทศไทยก็มีความพยายามในการส่งเสริมการดูแลจิตใจของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธาณสุขมากขึ้น เช่น โครงการให้คำปรึกษาด้านจิตใจทางโทรศัพท์แก่นุคลากรทางการแพทย์ของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (The Psychiatric Association of Thailand, 2020) เป็นต้น

การดูแลจิตใจของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธาณสุขเป็นสิ่งที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธาณสุขได้รับการดูแลจิตใจจากนักวิชาชีพ ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งที่จะส่งเสริมให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธาณสุขได้ทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธาณสุขที่เคยรับบริการ จะช่วยให้เข้าใจทัศนคติสภาพปัญหา การก้าวข้ามผ่านการประทุษร้ายว่าด้อยค่าและเกิดการตระหนักถึงประโยชน์และประสบการณ์ทางบวกที่ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธาณสุขได้รับจากการเข้ารับบริการช่วยเหลือทางด้านจิตใจจากนักวิชาชีพ โดยข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธาณสุขเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสบการณ์ทางจิตใจของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขภายหลังจากได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์ทางจิตใจของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เข้ารับการศึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นอย่างไร

วัสดุและวิธีการ

ผู้วิจัยมุ่งเน้นในการศึกษาประสบการณ์ทางจิตใจที่เป็นประสบการณ์ส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล จึงเลือกใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) โดยยึดแนวของ Giorgi (1997) เพื่อค้นหาแก่นแท้ของประสบการณ์ทางจิตใจของบุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขภายหลังจากได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อให้ได้มาซึ่งประสบการณ์เชิงลึกของผู้ให้ข้อมูล โดยดำเนินการประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางเพจ Facebook การให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาต่าง ๆ และมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลดังนี้ 1) เป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์ และยังคงปฏิบัติหน้าที่ตามใบอนุญาตประกอบวิชาชีพตามพระราชบัญญัติประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 2) มีประสบการณ์ในการเข้ารับบริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไปและสิ้นสุดการรับบริการแล้ว 3) ไม่อยู่ระหว่างการบำบัดรักษาอาการทางจิต

หรือรับยาทางจิตเวชในขณะที่ให้สัมภาษณ์ 4) สามารถนึกย้อนรวมถึงถ่ายทอดประสบการณ์ในการเข้ารับการศึกษาได้ 5) มีความสนใจเข้าร่วมงานวิจัยและยินดีที่จะถ่ายทอดประสบการณ์ของการได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในการสัมภาษณ์ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ไม่ยินดีที่จะให้ทำการบันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวผู้วิจัย ในงานวิจัยเชิงคุณภาพเครื่องมือที่สำคัญในงานวิจัยคือตัวผู้วิจัย โดยผู้วิจัยคนที่หนึ่งเป็นนิสิตปริญญาโทด้านจิตวิทยาการปรึกษา ได้ทำการทบทวนและรู้เท่าทันอคติก่อนทำการวิจัยโดยการมีการฝึกฝนเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเอง การสะท้อนประสบการณ์ต่าง ๆ เพื่อให้มีความไวต่อความรู้สึก เพื่อให้อคติส่วนบุคคลไม่มาเป็นที่ขึ้นการทำวิจัยครั้งนี้ และได้เตรียมความพร้อมในการดำเนินงานวิจัย โดยได้ลงทะเบียนศึกษาในรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพด้านจิตวิทยา (qualitative methods in psychology) และได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยในการแสวงหาความช่วยเหลือ การบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและปัญหาที่พบบ่อยในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข ผ่านงานวิจัยและบทความต่าง ๆ ผ่านฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ เช่น Google Scholar, PubMed เป็นต้น อีกทั้งได้นำความรู้จากทักษะการฝึกประสบการณ์เป็นนักจิตวิทยาการปรึกษาเป็นเวลา 1 ปี ซึ่งอาศัยทักษะการฟัง การจับใจความ เข้าใจความรู้สึก การตั้งคำถาม ในส่วนความสามารถในการมองจากมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งผู้วิจัยเคยปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการเป็นระยะเวลา 5 ปี และผู้วิจัยคนที่สองเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการทำงานวิจัยเชิงจิตวิทยา

2. แนวคำถามในการสัมภาษณ์ งานวิจัยครั้งนี้ใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง โดยแบ่งคำถามออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกริ่นนำเพื่อเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลและเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่คุ้นเคยก่อนจะนำไปสู่คำถามหลักในการสัมภาษณ์ และส่วนที่ 2 คำถามหลัก เป็นคำถามที่เจาะลึกถึงประสบการณ์ทางจิตใจภายหลังจากได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ตัวอย่างเช่น อะไรที่ทำให้ท่าน

ตัดสินใจเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ท่านมีมุมมองต่อการเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาอย่างไร ปัญหาที่ท่านเผชิญอยู่ในขณะนั้นแก้ไขได้อย่างไร สิ่งที่ได้รับการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นอย่างไร ภายหลังได้รับประสบการณ์ในการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแล้วท่านมีมุมมองต่อตนเองเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่อย่างไร เป็นต้น และคำถามปิดท้ายเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้เพิ่มเติมในสิ่งที่ยังไม่ได้เอ่ยถึงในการสัมภาษณ์

3. เครื่องอัดเสียง 1 เครื่อง และได้บันทึกไฟล์ไว้ในคอมพิวเตอร์ส่วนตัวของผู้วิจัยโดยมีการตั้งรหัสป้องกันการเข้าถึง (password) เพื่อรักษาความลับและได้ทำลายทิ้งหลังงานวิจัยได้สิ้นสุดลง

4. บันทึกภาคสนามจากการสังเกตทางอวัจนภาษาของผู้ให้ข้อมูลและคำพูดที่โดดเด่นหรือประเด็นที่สำคัญที่เกิดขึ้นในขณะสัมภาษณ์ เพื่อนำมาประกอบในการวิเคราะห์ข้อมูล

การเก็บข้อมูล

เมื่องานวิจัยนี้ได้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 หมายเลขรับรอง COA No. 067/2564 ผู้วิจัยได้ประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางออนไลน์และสถานที่ให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อให้ผู้สนใจสามารถสมัครเข้าคัดกรองเบื้องต้นผ่านทางกรลงทะเบียนออนไลน์ และผู้วิจัยได้สอบถามความสมัครใจ ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงานวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมงานวิจัย ประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัย รายละเอียดการนำเสนอข้อมูลโดยใช้นามสมมติเพื่อป้องกันการเข้าถึงข้อมูลผู้ให้ข้อมูล และได้ลงนามแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยและขออนุญาตบันทึกเสียงก่อนทำการสัมภาษณ์ทุกครั้ง มีผู้ผ่านการคัดกรองตลอดจนเข้าสู่งานวิจัยจนกระทั่งงานวิจัยอิมตัวจำนวน 6 คน

ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาเก็บข้อมูล 10 เดือน ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 โดยสัมภาษณ์ทีละคนผ่านวิดีโอคอลผ่านโปรแกรม zoom line และ facetime ตามแต่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก เนื่องจากสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย โดยใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ 57-106 นาที ตั้งแต่เริ่มสร้างสัมพันธภาพจนสิ้นสุดการ

สัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและถึงแก่นประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลจนข้อมูลอิมตัว และได้เก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ (audit trail) ในระหว่างเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกันอย่างต่อเนื่องและนำบทถอดคำสนทนากลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล (member checking) เพื่อความน่าเชื่อถือของข้อมูลและถูกต้องชัดเจน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยาของจีโอจี (Giorgi, 1997) โดยการถอดบทสนทนาแบบคำต่อคำ (verbatim) และได้ฟังเสียงสนทนาอีกครั้งเพื่อเปรียบเทียบว่าบทสนทนาถอดความออกมาตรงกันหรือไม่ จากนั้นผู้วิจัยได้อ่านบทสนทนาทั้งหมดเพื่อทำความเข้าใจภาพรวมและได้ทำการถอดความ (coding) แยกข้อมูลโดยละเอียดและนำข้อมูลมาแบ่งเป็นส่วน ๆ จับประเด็นหลัก (theme) เพื่อพิจารณาถึงแก่นของข้อมูลและนำข้อมูลที่มึเนื้อหา ความหมาย ความรู้สึก ความสัมพันธ์ที่สอดคล้องกันมาไว้ด้วยกัน (categories) โดยสรุปจากประเด็นผู้ให้ข้อมูลที่แต่ละคนจนกระทั่งข้อมูลอิมตัวและไม่พบการเปลี่ยนแปลงหรือข้อมูลใหม่เพิ่มเติมแล้ว ภายหลังนำหมวดหมู่ที่ได้มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในประเด็นต่างๆ เพื่อเชื่อมโยงประเด็นเหล่านั้นอย่างสมเหตุสมผล นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัย โดยผู้วิจัยคนที่ 2 ซึ่งมีประสบการณ์ด้านงานวิจัยเชิงคุณภาพอีกครั้ง ทั้งในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล และผลวิจัยประเด็นหลักและประเด็นย่อยครั้งนี้ได้ผ่านความคิดเห็นของคณะกรรมการผู้มีความเชี่ยวชาญทางด้านงานวิจัยเชิงคุณภาพและด้านจิตวิทยาการปรึกษาจำนวน 3 คน

ผลการศึกษา

ในการวิจัยนี้สามารถสรุปข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูลได้ดังตารางที่ 1 ต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล	เพศ	อายุ	วิชาชีพ	ปัญหำนำเข้ารับ การปรึกษาเชิงจิตวิทยา	จำนวนครั้งในการ รับบริการปรึกษา เชิงจิตวิทยา	ระยะเวลา สิ้นสุดการรับ บริการ	ระยะเวลา ในการ สัมภาษณ์
คนที่ 1	หญิง	25	กายภาพบำบัด	วิชาชีพและการทำงาน	3 sessions	6 เดือน	76 นาที
คนที่ 2	หญิง	29	เภสัชกร	ความสัมพันธ์ วิชาชีพและการทำงาน	3 sessions	1 ปี	69 นาที
คนที่ 3	ชาย	28	ทันตแพทย์	บาดแผลจากการเรียน ทันตแพทย์	6 sessions	10 เดือน	57 นาที
คนที่ 4	หญิง	35	ทันตแพทย์	การเรียนในระดับเชี่ยวชาญ	มากกว่า 10 sessions	4 ปี	69 นาที
คนที่ 5	หญิง	40	เภสัชกร	ความสัมพันธ์ และการดำเนินตนเอง	3 sessions	1 ปี 8 เดือน	106 นาที
คนที่ 6	ชาย	48	แพทย์แผนไทย ประยุกต์	การสูญเสียบุคคลสำคัญ	4 sessions	2 ปี 4 เดือน	72 นาที

ผลการศึกษาประสบการณ์ทางจิตใจของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เข้ารับบริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยา สามารถวิเคราะห์ผลออกมาได้ 3 ประเด็นหลัก มีรายละเอียดดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 การตระหนักรู้ต่อปัญหาที่เผชิญ

ผู้ให้ข้อมูลระบุว่าตนเองกำลังประสบกับสภาวะบีบคั้น ไม่นั่นคงและเกิดความทุกข์ในจิตใจ จึงพยายามจัดการกับความรู้สึกเหล่านั้นที่ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา แต่ยังไม่สามารถจัดการได้หรือสามารถจัดการปัญหาได้เพียงแค่ชั่วคราวเท่านั้น ประกอบด้วยประเด็นย่อยได้ 4 ประเด็น ดังนี้

1.1 การรับรู้ปัญหา คือ จุดเริ่มต้นในความพยายามจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในตนเองเมื่อผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตนเองในทิศทางลบทั้งความรู้สึกและการแสดงออกทางร่างกาย เช่น การนอนไม่หลับ ฝันร้าย ร้องไห้ รู้สึกแย่อ่อนเอง ความสงสัยในตนเอง เมื่อวิเคราะห์ลงลึกถึงรากฐานของมูลเหตุพบว่าส่วนใหญ่จะประสบกับภาวะการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“เหมือนสมัยเรียน ... อาจารย์ก็จะกดดันมาก เขาก็จะตำเราค่อนข้างแรงอะไรอย่างนี้ ... พอเราโดนกดดันมาก ๆ ก็ารู้สึกว่า เอ๊ะ เรามั่นใจจริง ๆ ไหมอะไรอย่างนี้ หรือเปล่า นาน ๆ มันก็ติดตัว มันหลอนเลยเหมือนช่วงแรก ๆ ที่ผมจบใหม่เหมือนเรายังเรียนไม่จบ

อะไรอย่างนี้ แล้วเราก็ตื่นมาเหงื่อท่วมเลย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“คือแบบมันรู้สึกแย่มาก มันรู้สึกว่แบบไม่มีค่าอะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“เหมือนคนไข้จะไปเจอคนที่ดีกว่าเราเนอะ ถ้าเขาได้ไปเจอคนอื่น เขาน่าจะหายแล้ว อะไรอย่างนี้ เพราะเขามาเจอเราหรือเปล่าก็เลยไม่หาย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ในใจของเราอะ เรารู้ว่ามีอะไรมากดทับชีวิตเราอยู่แบบมันไม่ปกติ เรารู้สึกว่าเรียดอัด เราอยู่ไม่ได้ชีวิตเราอยู่แบบไม่ปกติ เรารู้สึกว่าเรียดอัด” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

1.2 ความรู้สึกต่อปัญหา คือ การเปลี่ยนแปลงความรู้สึกในจิตใจเพื่อตอบสนองต่อปัญหาหรือสถานการณ์ที่รู้สึกว่าคุณค่าความรู้สึกหรือชีวิตที่เกิดขึ้น โดยผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะรู้สึกอัดอัด ท่วมท้นในใจ มีความสับสน ความทุกข์ หาทาทางออกไม่ได้ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“รู้สึกว่ามันไม่ชัดเจน มันไม่สามารถที่จะ define ได้ว่าเรายุ่งตรงนี้เพราะอะไร หลาย ๆ อย่างมันผสมปนกัน ไม่รู้ว่าอะไรเป็นหลักกันแน่ที่ทำให้เราเจ็บปวด หรือว่ามันพร้อม ๆ กัน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“เรานอนไม่ได้ เรากินไม่ได้ เราทำอะไรไม่ได้ คือชีวิตมัน เป็นความทุกข์ในใจที่มัน มันอัดอัดอะ บอกไม่ถูก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“ก็คือว่าความรู้สึกมันท่วมท้นจนจะระเบิดออกมาค่ะ คือ มันเหมือนประมาณว่า มันร้องไห้ทุกวัน มันแบบเศร้าจนมองอะไรรอบ ๆ ตัวไม่ดี” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

1.3 ความพยายามออกจากปัญหา คือ ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงทิศทางลบในชีวิต จึงพยายามจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้น เพื่อบรรเทาหรือหลุดออกจากปัญหาที่เกิดขึ้น โดยพยายามจัดการกับปัญหาด้วยตนเองหรือแสวงหาความช่วยเหลืออย่างไม่เป็นทางการจากบุคคลใกล้ชิด แต่ยังไม่สามารถหลุดพ้นหรือออกจากปัญหาได้อย่างแท้จริง ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“เราเครียดเราก็นั่งจม จม จมอยู่อะไรแบบนี้... เราค่อนข้างฝังใจว่าเราไม่อยาก จบมาแล้วเราไม่อยาก เป็นหมอฟันแล้ว เราเลยหาอะไรทำอย่างอื่น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“คือจริงๆ เราปรึกษาหลายคนนะค่ะ เราปรึกษาแฟน ปรึกษารุ่นพี่ ปรึกษาคนที่น่าจะมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ มันก็ไม่ใช้หนะ อย่างที่บอกมันก็ไม่ใช้จริง ๆ มัน base on แต่ละคน มันไม่ได้ base on เรา แล้วจะมาใช้อีกที่มันก็เหมือนขัดกับชีวิตเรา” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“แต่ว่าตอนที่รู้สึกไม่สบายใจจริง ๆ อะ คือก็รู้สึกว้าแบบ ไม่รู้จะปรึกษาใคร ปรึกษาพ่อแม่ก็ไม่ได้ ปรึกษาเพื่อนก็ไม่เข้าใจอะไรอย่างนี้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

1.4 ความต้องการหลุดพ้นจากวงจรของปัญหา คือ ผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้เท่าทันสิ่งที่เกิดขึ้นในจิตใจ และตระหนักว่าปัญหาที่เผชิญอยู่นั้นมีความสำคัญและกระทบต่อชีวิตของตนเอง จึงเกิดความต้องการหลุดพ้นหรือออกจากวงจรของปัญหาอย่างแท้จริง จึงหาหนทางในการจัดการปัญหารูปแบบใหม่เป็นจุดเริ่มต้นในการแสวงหาความช่วยเหลืออย่างเป็นทางการจากผู้เชี่ยวชาญการให้ความช่วยเหลือทางจิตใจ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“เหมือนเราเห็นวงจรของปัญหามั้งคะ ถ้าเราไม่แก้จุด ๆ นี้มันก็จะวนกลับมาที่จุดเดิมตลอดเลย ขนาดว่าเราว่าเราหายแล้ว มันก็วนกลับมาว่าเราไม่เก่ง แล้วก็วนกลับมาว่าเราไม่เก่ง มันไม่จบสักทีอะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“จะทำยังไงให้เรามีความมั่นใจมากขึ้น อย่างนี้อะ นั่นแหละ ... ผมก็รู้สึกว้าคนข้างนอกไม่เข้าใจผม

หรือก ซึ่งเราก็ต้องหาคนที่มัน professional อะใช้อย่างนี้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“มันคือความทุกข์ที่มันสะสมอยู่ในใจ ถ้าเกิดเราไม่มีที่ได้ปลดปล่อย ไม่มีที่ได้แก้ไขปัญหานี้ เราอาจจะตายได้เรารู้สึกอย่างนั้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

ประเด็นหลักที่ 2 การเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลืออย่างเป็นทางการ

เมื่อผู้ให้ข้อมูลยังไม่ประสบความสำเร็จในการข้ามผ่านปัญหาที่ผ่านมา จึงเปลี่ยนรูปแบบการจัดการปัญหาในรูปแบบอื่น ๆ เพื่อหลุดพ้นหรือข้ามผ่านปัญหาที่กำลังเผชิญหรือเป็นวิกฤตของชีวิตในขณะนั้น จึงทำการค้นหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อได้รับความช่วยเหลือเป็นผลให้นามาสู่การเข้าถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือทางจิตใจอย่างเป็นทางการ อันได้แก่ นักจิตวิทยาการปรึกษา นักบำบัด จิตแพทย์ จนกระทั่งผู้ให้ข้อมูลสามารถก้าวข้ามผ่านปัญหาได้อย่างแท้จริงภายใต้การได้รับความช่วยเหลือทางจิตใจอย่างเป็นทางการ สามารถแบ่งประเด็นย่อยได้ 4 ประเด็น ดังนี้

2.1 ช่องทางการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลืออย่างเป็นทางการ คือ ช่องทางที่เป็นสื่อกลางที่ผู้ให้ข้อมูลเข้าถึงแหล่งให้ความช่วยเหลืออย่างเป็นทางการและนามาสู่การได้รับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญในการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีช่องทางการเข้าถึงที่หลากหลายโดยอินเทอร์เน็ตเป็นช่องทางหลักช่องทางหนึ่งในการเข้าถึงการรับบริการช่วยเหลือทางด้านจิตใจจากนักจิตวิทยา ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“เราอยากหาคนที่แบบรับฟังเราอย่าง professional ก็เลย search ดู ก็เลย ... ศูนย์ให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา มันขึ้นมาก็เลยลองเข้าไป” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“เหมือนที่ดูในพันทิปเมื่อก่อนนี้ ... ก็เลยไหน ๆ ก็ลองปรึกษาคนที่ไม่รู้จักดู เพราะว่าเขาจะสะท้อนอะไรบางอย่างให้เราเห็นได้ค่ะ ก็เลยลองปรึกษาคูค่ะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ตอนนั้นคือมีปัญหาเรื่องการเรียน แล้วก็มีปัญหาเรื่องวิจัย ก็เลยโทรเข้าไปในศูนย์ (ศูนย์ให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาในมหาวิทยาลัย) เขาก็เลย

แนะนำให้พบกับนักจิตวิทยาการปรึกษา” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

2.2 การรับรู้ที่มีต่อการปรึกษาเชิงจิตวิทยา คือ ความเข้าใจที่ผู้ให้ข้อมูลมีต่อการปรึกษาเชิงจิตวิทยา โดยมีทั้งการรับรู้เดิมก่อนได้รับการบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงความเข้าใจที่มีต่อการบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ทำให้ผู้ให้ข้อมูลค้นพบรูปแบบการจัดการปัญหาอีกรูปแบบหนึ่งในชีวิตภายหลังประสบความสำเร็จในการก้าวข้ามผ่านปัญหาดังตัวอย่างต่อไปนี้

“ก็คือรู้ว่า คือในโลกยังมีศาสตร์นี้อยู่ มีอะไรแบบนี้ อยู่ อะไรอย่างนี้คะ คือเราอยู่ในมุมมองของแพทย์ ซึ่งถ้าพูดถึงจิต จิตใจอะไรอย่างนี้ ถ้าป่วยก็คือไปหาหมอ on ยาอย่างเดียว” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“นักจิตเนี่ยแหละคะเป็นคนที่ย่อยกลั่นกรองเหมือนสะท้อนสิ่งที่เราเป็น แล้วก็ คือเขาจะไม่ได้เหมือนแนะนำเป็นหนึ่งในสองสามสี่ แต่เขาจะดูเรื่องราวของเราต่าง ๆ ด้วยความเข้าใจ ประมาณนั้น ก็คือไม่ได้ใช้ยาในการรักษาประกอบ แต่เน้นในการให้คำปรึกษา มากกว่า” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“การไปหานักจิตวิทยาเขาจะรู้ว่าเราจะเป็นแบบไหน เหมาะกับการแก้ไขปัญหแบบไหน ที่มันอิงตัวเราอะ ซึ่งเราเอาไปแก้ไขปัญหาก็ได้มากกว่า ก็ควรจะไปปรึกษา เราไม่ได้เป็นคนบ้า เราแค่ยังผ่านปัญหาช่วงนั้นไปไม่ได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

2.3 การรับรู้ที่มีต่อแหล่งช่วยเหลือช่องทางอื่น คือ ประสบการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับความช่วยเหลือทางจิตใจอย่างเป็นทางการในรูปแบบอื่นๆ เช่น การพบจิตแพทย์ นักบำบัด เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมทรายบำบัด (Sand tray therapy) การเข้าร่วมกิจกรรมวิปัสสนาทางศาสนา (Meditation) ซึ่งล้วนเป็นการส่งเสริมให้เกิดการพิจารณา ทบทวน จนเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“Course ปฏิบัติมั้งคะ มันส่งเสริมให้เกิดสติ ก็คือทำให้ไวกับอะไรที่เข้ามามากขึ้น ว่ามันเป็นความรู้สึกยังงี้ คือก็ไม่ใช่เชิงที่นั่งสมาธิสิ ะ ไป ... แต่เหมือนก็จะ เป็นในแนวของสติที่ช่วยให้ทันมากขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“ครูโดม (นักบำบัด) ก็แนะนำให้ลองนิยามชื่อให้กับความรู้สึกตัวเองได้ไหม ก็เลยย้อนกลับไปมอง อ้อ

ที่เราทำที่เขียน diary ก็คือถามความรู้สึกตัวเองนั่นแหละ ตอนนั้นก็ลองถามแต่ทำให้ละเอียดยิ่งขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“หมอเขาเป็นผู้ชาย หมอก็จะแบบว่า เหมือนเรามีปัญหานี้เขาก็จะแบบว่า เออ ก็แก้ไปดิ ซึ่งมันก็ถูกของเขานะ แต่มันก็อะไรไม่รู้ ไม่รู้เหมือนกัน แต่ว่า คือแบบว่ารู้สึกว๊าสไต้ล้เขา ไม่ใช่เชิงสไต้ล้เรา รู้สึกว่าต้องเป็นนักจิตวิทยาคนนั้น จะเป็นสไต้ล้เรามากกว่า” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

2.4 สิ่งสกัดกั้นในการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือ คือ สิ่งที่เป็นข้อจำกัดหรือสิ่งขวางกั้นจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ที่ทำให้ยังไม่ตัดสินใจเข้าถึงแหล่งให้ความช่วยเหลืออย่างเป็นทางการ ส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลเอ่ยถึงการถูกตัดสินจากคนรอบข้างหรือการถูกตีตราว่าด้อยค่า (stigma) ความลับในการรับบริการ ค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพจิตใจ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“เพราะบางทีคนเราพอพูดจิตแพทย์ใช้ไหม เขาก็ไม่อยากจะไป โดยนิสัยคนไทยถูก record ใน HN (hospital number) ปึบ เหมือนจะเสียประวัติ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“หนูก็คิดว่าค่าการปรึกษามันก็ไม่ใช่อะไร ะ อะ ค่ะ หนูก็ต้องทำอะไร work on กับตัวเองในระดับหนึ่ง หนูจะปรึกษาต่อเมื่อหนูรู้สึก seek จริงๆ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“รักษาในโรง'บาล มันจะดูไม่ค่อยปลอดภัยในข้อมูลของเรา ... เพราะว่าขนาดตอนเราอยู่โรงพยาบาล เรายังเคยเห็นประวัติของคนอื่นเลย ก็เลยเหมือนกับว่า น่ากลัวจริง อาจจะเป็นเรื่องค่าใช้จ่ายด้วยมั้งคะ คือถ้าไม่ได้ไปรักษาในโรง'บาลเราอาจจะต้องเสียค่าใช้จ่ายที่แพงขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

ประเด็นหลักที่ 3 การเติบโตและองกาม
ภายหลังก้าวข้ามผ่านปัญหา

เป็นสภาวะจิตใจที่ผู้ให้ข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น มีความเข้มแข็งทางจิตใจ เกิดการขยายขยายทางมุมมองทัศนคติที่กว้างขึ้น เกิดความรู้สึกทางบวกที่เป็นส่วนช่วยในการเผชิญปัญหาในชีวิต ซึ่งการเปลี่ยนแปลงการรับรู้นี้ได้ส่งผลให้มีการปรับตัวในชีวิตรูปแบบใหม่ จัดลำดับความสำคัญในชีวิตใหม่และค้นพบศักยภาพในตนเองภายหลังการ

ก้าวข้ามผ่านปัญหาได้อย่างแท้จริง สามารถแบ่งประเด็นย่อยได้ 3 ประเด็น ดังนี้

3.1 ความเข้าใจที่เกิดขึ้นในตนเองในการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม คือ เมื่อผู้ให้ข้อมูลเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง เข้าใจในสถานการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้นในมุมมองต่าง ๆ โดยเกิดความเข้าใจความรู้สึกนึกคิดในใจ ความต้องการของตนเอง เห็นภาพของตนเองอย่างถูกต้องชัดเจน เกิดการยอมรับในตนเองอย่างแท้จริง และมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่อปัญหาในรูปแบบใหม่ต่างจากเดิม จึงมีรูปแบบการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่อย่างเหมาะสมจนเกิดความสำเร็จ คลายลงของปัญหาและสามารถข้ามผ่านปัญหาได้ในที่สุด ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“เหมือนกับว่า ได้ ได้รู้ตัวตนมาก คือได้รู้จักตัวเองมากขึ้น ทั้ง ๆ ที่เราใช้ชีวิตอยู่บนนี้มาตั้งเยอะ เรากลับไม่รู้จักตัวเองเลย แล้วก็คิดว่าตัวเรา เอ้อ ไม่ค่อยอยู่กับความเป็นจริง อยู่กับความคิดที่ไปข้างหน้าตลอด พอมันไม่อยู่กับความเป็นจริง เราก็จะกังวลไปก่อน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“จริง ๆ เราเปราะบาง ภายใต้อาการแค้น อดทน แต่จริง ๆ เราเปราะบางมาก เพราะฉะนั้นเราต้องมีความเกรงไว้ป้องกันตัว” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“ถ้าคน ๆ นั้นบอกเราในส่วนที่ไม่ดีของเรา ให้ความรู้สึกแย่นั้นของเรา เขาเรียกว่าอะไร มัน มันมีแฉและเงาไม่เท่ากัน เหมือนประมาณว่า เราไม่เคยแบบจัดแจงแยกแยะเลยว่าทำไมถึงรู้สึกแย่ ให้ความรู้สึกแย่นั้นมันคืออะไร เอ้อ แล้วพอแยกออกมาทำให้เรายอมรับตัวเองได้มากขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ผมโล่งมากเลย ก็คือแบบมันพลิก ปูบ ที่จริงไปครั้งแรก (รับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา) มันก็พลิกหน้ามือเป็นหลังมือ จากที่เรากลายเป็นคนแบบไม่ค่อยโอ แบบไม่ค่อยมั่นใจ เครียดนู่น เครียดนี่ อะไรอย่างนี้ ปัญหาทุกอย่าง มันแบบ เหมือนเรามีแรงแบบลุกขึ้นยืนอีกครั้งหนึ่ง อะไรอย่างนี้ ที่จะเดินต่อไปข้างหน้า” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

3.2 ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อการเติบโตทางจิตใจ คือ ในการก้าวข้ามผ่านปัญหาของผู้ให้ข้อมูล นอกจากการได้รับความช่วยเหลือทางจิตใจอย่างเป็นทางการแล้ว ยังอาศัยทรัพยากรภายนอกอื่น ๆ ในการส่งเสริมให้เกิดการเติบโตในตนเอง ได้แก่ ทรัพยากร

แวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นกำลังใจ คำชื่นชม การเรียน การเข้าร่วมกิจกรรมที่ส่งเสริมความแข็งแรงทางจิตใจ และที่สำคัญคือ ระยะเวลาในการใคร่ครวญพิจารณา ทบทวนตนเองของผู้ให้ข้อมูล ทำให้ค่อย ๆ เกิดความเข้าใจในตนเองชัดเจนขึ้น ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“บางทีไปเจอคนนู้น คนนี้ บางทีเราก็ได้เหมือนศึกษาประสบการณ์ แล้วก็การสะท้อนของเขามา ก็คือถึงเรา เขา ก็มองเราได้ในระดับหนึ่ง แต่เราต้องหยิบกระแหลหลาย ๆ บานอะ มาสะท้อนตัวเรา” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“คนไข้บางคนก็ชมเราว่า เอ้อ เราทำงานได้ดี หรือคนไข้เขาก็กลับมาหาเราใหม่ เขาก็จะสว่าอยากเจอเรามากกว่าอะไรอย่างนี้ เอ้อ เราก็ไม่ได้แย่นะ ไม่นั่นคนไข้เขาอาจจะหนีเราไปหมดแล้ว อะไรอย่างนี้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“ที่เรียนก็จะมีการบ้านให้เขียนบันทึกชุมชนที่เขียนว่า ให้เล่าเหตุการณ์ที่เจอแล้วจากเหตุการณ์นั้นเรามีความหวังว่าเราอยากให้เกิดอะไรขึ้นหรือ สุดท้ายสิ่งที่เกิดขึ้นจริงมันคืออะไร ... คือสุดท้ายมีแต่ความคาดหวังในตัวเองเต็มไปหมดเลย มันเหมือนของเรา 11 ข้อ ของเขา 4 เหมือนมันหลุดโฟกัสตรงนั้นเลย มันเห็นที่มาของความขุ่นอะไรอย่างนี้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“(หลังจากพบนักจิตวิทยาการปรึกษา) มองเห็นตัวเองในระดับหนึ่งแล้ว แต่มันก็ต้องใช้เวลา และก็ประสบการณ์ สติปัญญาจากการเติบโตของเรา” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“คือมันจะบึงขึ้นมาก่อน แต่ว่ารายละเอียดเนี่ยคือมันจะยังไม่หายไปหมด แต่เราเห็นภาพเหมือนเราเห็นแสงสว่างอะไรอย่างนี้ แวบหนึ่ง ๆ แต่ว่าก็มีขมุกขมัวอยู่นิดหน่อย ต้องคอยเก็บรายละเอียดไปเรื่อย ๆ คือมันเป็นจุดเริ่มต้นอะครับ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

3.3 ความองกามภายหลังก้าวข้ามผ่านปัญหา คือ ผู้ให้ข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางบวก ภายหลังจากเข้าใจในตนเองและเรียนรู้ในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม โดยมีการเติบโตทางจิตใจ เข้าใจธรรมชาติและสัจธรรมในการดำเนินชีวิต สามารถอยู่กับชีวิตปัจจุบันด้วยความเข้าใจ คลายความบีบคั้นในตนเอง เกิดความยืดหยุ่นทางจิตใจเพื่อรองรับต่อปัญหาที่จะเข้ามาในอนาคต รวมถึงการจัดลำดับ

ความสำคัญในชีวิตใหม่ เป็นผลให้มีรูปแบบวิธีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ผาสุกในใจ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“ออฟเกรดซอฟต์แวร์ในการตีความ ซึ่งการตีความได้ออฟเกรดหลายรอบ ก็แรก ๆ ความคิดช่วยเยอะหน่อย ... มันก็ค่อย ๆ ออฟเกรดขึ้นมาเรื่อย ๆ จนมันดูแลเสียงความคิดได้ดีขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“แต่ก่อนว่าทำงาน 11 โมง เราก็จะตั้น 10 โมงอะไรอย่างนี้อะ แบบ โอ้ย ฉันไม่อยากจะต้องไปคลินิกเลย อย่างนั้น อย่างนี้ แต่พอมันเปลี่ยนไปเราก็บีบ ตื่นเข้ามาขึ้นเราพร้อมจะทำงาน เราก็บีบไป fitness ตอนเช้าอะไรอย่างนี้นะ ก็แบบเออมานั่งตรงที่ระเบียงคอนโดสุดอากาศที่มันสดชื่นอะไรอย่างนี้ เราก็บีบไปทำงานไม่สาย แบบไม่เฉียดเวลามากอะไรอย่างนี้ คือเหมือนว่าเราพร้อมจะไปทำงาน ไม่ใช่แบบ เฮ้อ เราต้องไปทำงานอีกแล้ว นาฬิกาปลุกแล้วก็คลุมโปงอะไรอย่างนี้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“ได้รู้จักเหมือนธรรมชาติของคนอะไรอย่างนี้ มันไม่ใช่จะเป็นแบบที่เราคิดนะ ว่าทุกคนต้องเป็นคนดีอะไรอย่างนี้ หรือทุกคนต้องเป็นแบบนี้สิ เพราะเราจะมีเหมือนมาตรฐานของแต่ละคนต้องเป็นประมาณนี้นะ ทุกคนต้องเป็นคนดีนะ ต้องขยันทำงานนะ แต่ว่าจริง ๆ แล้วแต่ละคน passion มันก็ไม่เหมือนกัน เป้าหมายมันก็ไม่เหมือนกัน ... เหมือนตอนแรกที่เรายู่ในกล่องกล่องมันขนาดนี้ แต่จริงๆ แล้วกล่องมันกว้างกว่านั้นอีก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“จากที่เคยให้ความสำคัญกับความสำเร็จข้างนอก เงินทอง ตำแหน่ง หน้าที่ ก็เริ่มกลับเข้ามาเรียนรู้เรื่องการทำงานของจิตใจมากขึ้น ... แล้วก็เข้าใจมากขึ้นด้วยว่าที่เราต้องการเงินทอง ความสำเร็จ ชื่อเสียง แท้ที่จริงแล้วความต้องการที่แท้จริงของเราคืออะไร คือความมั่นคง คือความปลอดภัย ความรัก การได้รับการยอมรับ เราไม่ได้ต้องการเงินเยอะๆ แต่ว่าเราต้องการตรงนี้ความมั่นคง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

วิจารณ์

การรับรู้ปัญหาเป็นจุดเริ่มต้นในการพยายามจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในตนเอง ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขจะรับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับ

ตนเองเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจหรือการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในเชิงลบ เป็นจุดเริ่มต้นที่นำไปสู่การรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา เมื่อพิจารณาถึงรากฐานของปัญหาที่เกิดขึ้น จะเห็นว่าปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นส่วนใหญ่มีพื้นฐานมาจากการนับถือในตนเองต่ำ (low self-esteem) มีความวิตกกังวลและเศร้าโศก คล้ายกับ Perez-Rojas et al. (2017) ที่กล่าวว่าปัญหาส่วนใหญ่ที่ทำให้บุคคลแสวงหาความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยาการปรึกษา ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ปัญหาความสัมพันธ์ มีบางปัญหาที่อาจจะพบปานกลาง ได้แก่ การนับถือในตนเอง ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย การบาดเจ็บทางจิตใจ แตกต่างจาก Ro et al. (2007) ที่พบว่าปัญหาที่ทำให้วิชาชีพแพทย์ตัดสินใจเข้ามารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยามากที่สุด ได้แก่ ปัญหาคุณภาพชีวิต ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์หรือภาวะหมดไฟ ปัญหาส่วนตัว ความสัมพันธ์ในที่ทำงาน อัตลักษณ์และความเชี่ยวชาญในวิชาชีพแพทย์ ตามลำดับ ซึ่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาในวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขที่หลากหลายสาขาวิชาชีพแตกต่างจากงานวิจัยของ Ro et al. (2007) ที่ศึกษาในวิชาชีพทางการแพทย์ ทำให้ผลวิจัยในปัญหาที่นำมาสู่การรับบริการจากนักวิชาชีพที่ให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจแตกต่างกัน

อีกทั้งในงานวิจัยนี้ยังพบว่า วิธีการที่ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขใช้ในการเผชิญปัญหาส่วนใหญ่เป็นการหลีกเลี่ยง ละเลย หรือเพิกเฉยต่อปัญหา บางคนมีการคิดหมกมุ่นทำให้จมอยู่กับปัญหา ซึ่งวิธีการดังกล่าวเป็นวิธีการปกป้องตนเองทางจิตใจเมื่อกำลังเผชิญกับภาวะที่รู้สึกถูกคุกคาม ในขณะที่บางคนได้พยายามจัดการปัญหาโดยการพูดคุย ปรึกษากับบุคคลใกล้ชิดที่ไว้วางใจ ได้แก่ เพื่อน รุ่นพี่ หรือคนรัก แต่ไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างแท้จริง สอดคล้องกับ Garelick (2012) อธิบายว่าวิชาชีพเฉพาะทางการแพทย์เป็นกลุ่มที่ประสบความสำเร็จสูง ความรับผิดชอบสูง มีมโนธรรม มีแรงผลักดัน วิจารณ์ตนเองและสงสัยในตนเองสูง หากมีความทุกข์ทางใจเกิดขึ้นจะพยายามจัดการปัญหาด้วยตนเองหรือแสวงหาความช่วยเหลือแบบไม่เป็นทางการ

ในงานวิจัยครั้งนี้พบว่า หากผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขยังไม่สามารถจัดการ

ปัญหาได้ด้วยตนเองหรือไม่ประสบความสำเร็จจากการได้รับความช่วยเหลืออย่างไม่เป็นทางการจากบุคคลใกล้ชิด จึงตัดสินใจแสวงหาความช่วยเหลือรูปแบบอื่นๆ แทน โดยอาศัยแหล่งทรัพยากรทางอินเทอร์เน็ตในการสืบค้นเพื่อเข้าถึงวิธีการได้รับความช่วยเหลือ ซึ่งการบริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นตัวเลือกหนึ่งในการได้รับความช่วยเหลือทางจิตใจที่ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขเลือกใช้ เนื่องจากคำนึงถึงการรักษาความลับ ความเป็นส่วนตัว การเข้าถึงข้อมูลของตนเองจากผู้อื่นหรือคนรู้จักในสถานที่ทำงานเดียวกัน มีระยะเวลาที่ชัดเจน ทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขเกิดความรู้สึกปลอดภัยและสบายใจในการเลือกรับบริการ ในงานวิจัยนี้ยังพบอีกว่า สิ่งที่ขัดขวางไม่ให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขแสวงหาความช่วยเหลือแบบเป็นทางการจากผู้เชี่ยวชาญด้านการช่วยเหลือทางจิตใจ ได้แก่ ความกังวลในการถูกบันทึกข้อมูลและการเข้าถึงข้อมูล ความปลอดภัยในการรักษาความลับ การถูกตีตราว่าด้อยค่าและสุดท้ายคือค่าใช้จ่ายในการรับบริการ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการตัดสินใจเลือกรับความช่วยเหลือทางจิตใจแบบเป็นทางการจากผู้เชี่ยวชาญ สอดคล้องกับ Spiers et al. (2017) พบว่าอุปสรรคที่ทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขไม่สามารถเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือแบบเป็นทางการได้แก่ การไม่มีเวลาจากภาระงานที่มาก การถูกตีตราว่าด้อยค่า การรักษาความลับ และความเป็นส่วนตัวในการรับบริการ ในการแสวงหาความช่วยเหลือแบบเป็นทางการจากวิชาชีพอื่นจึงเป็นเรื่องท้าทายต่อวิถีชีวิตของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างมาก เช่นเดียวกับ Garelick (2012) กล่าวว่าในอดีตเมื่อผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ประสบปัญหาและต้องการความช่วยเหลือทางจิตใจ มักจะได้รับการดูแลจากเพื่อนร่วมงานนอกพื้นที่ โดยจะไม่ถูกบันทึกข้อมูลการดูแลรักษาในระบบเพื่อรักษาความลับ

ในกระบวนการก้าวข้ามผ่านปัญหาหรือวิกฤตทางจิตใจที่เกิดขึ้น ต้องอาศัยการตระหนักรู้ในตนเองและปัญหาที่เผชิญ โดยอาศัยการทบทวนไตร่ตรองถึงเรื่องราวและตนเอง ทั้งในอดีตและปัญหาที่ผ่านมาอย่างลึกซึ้ง ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่นักจิตวิทยาการปรึกษาได้ส่งเสริมให้เกิดขึ้นในกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

โดย Hill (2014) อธิบายว่าเป้าหมายของผู้ให้ความช่วยเหลือทางจิตใจ คือ การส่งเสริมให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง โดยมีการสำรวจตัวเองอย่างต่อเนื่องในประสบการณ์และความเจ็บปวดของตนเอง เพื่อช่วยเหลือให้บุคคลมีศักยภาพในการจัดการปัญหา จนนำไปสู่การแก้ปัญหาได้อย่างแท้จริง

นอกจากนี้ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รับความช่วยเหลือทางด้านจิตใจแบบเป็นทางการจากนักจิตวิทยาการปรึกษาจนสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้แล้ว ยังเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง เกิดความเข้าใจตนเองในหลายมิติทั้งในอดีตและปัจจุบัน อีกทั้งยังเกิดการขยายทางทัศนคติในการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงมุมมองการมองโลก เข้าใจถึงสัจธรรมแห่งชีวิต รวมถึงมีการจัดลำดับคุณค่าและความสำคัญในชีวิตใหม่ นำมาสู่การเติบโตและพัฒนาตนเองในอนาคต สอดคล้องกับ Joseph et al. (2012) ได้กล่าวว่าบุคคลจะเรียนรู้วิธีการจัดการปัญหารูปแบบใหม่หลังจากเรียนรู้และเข้าใจบทบาทใหม่ในตนเองแล้ว โดยกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยานั้นสามารถส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในตัวบุคคล ซึ่งนักจิตวิทยาการปรึกษาได้สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทบทวนตนเองอย่างต่อเนื่อง เช่น การรับฟังอย่างตั้งใจ การส่งเสริมให้มีการเผชิญหน้ากับความเจ็บปวดในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและสนับสนุนในการเผชิญกับปัญหาในรูปแบบใหม่ ทำให้บุคคลมีความพยายามหาสมดุลให้ตนเองใหม่ โดยการเปลี่ยนการรับรู้ เช่น รับรู้ว่ามีสิ่งที่เกิดขึ้นไม่จำเป็นต้องเป็นทิศทางลบและตีความหมายของสิ่งที่เผชิญใหม่ในทิศทางบวกแทน

นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่ายังมีปัจจัยอื่นร่วมส่งเสริมให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขสามารถก้าวข้ามผ่านปัญหาได้ อันได้แก่สภาพแวดล้อมรอบตัวของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขในขณะนั้น เช่น การมีเวลาว่างในการทบทวนตนเอง การเขียนบันทึก กำลังใจจากบุคคลรอบข้าง การเข้าสัมมนาอบรมเชิงบวก เป็นต้น สอดคล้องกับ Calhoun et al. (2014) ได้อธิบายว่ากระบวนการเติบโตทางจิตใจเป็นกระบวนการที่ตอบสนองต่อภาวะวิกฤตในชีวิต โดยการประเมินทบทวนต่อเหตุการณ์อาจจะไม่ได้เกิดในทันทีหรือ

ในช่วงขณะที่เผชิญกับปัญหาเท่านั้น ในการเติบโตทางจิตใจจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลประสบความสำเร็จในการรับมือต่อช่วงวิกฤตหรือช่วงยากลำบากในชีวิตแล้ว และภายหลังจะเกิดความแข็งแกร่งทางจิตใจเพื่อตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้มีมุมมองที่เปลี่ยนแปลงไป มีลำดับความสำคัญในชีวิตใหม่ และมีการสร้างความยืดหยุ่นในชีวิตเพื่อรองรับเหตุการณ์ในอนาคตที่อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจอีกครั้ง เช่นเดียวกับ Scholl et al. (2014) ที่พบว่าภายหลังการได้รับความช่วยเหลือทางจิตใจจนก้าวข้ามผ่านปัญหาแล้ว ทำให้บุคคลมีการพัฒนาตนเอง มีความพอใจและสมบูรณ์ในชีวิต มีการปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างดีขึ้น โดยมีการเคารพความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้อื่นมากขึ้น ทำให้เกิดความผาสุกทางจิตใจในการดำรงชีวิตภายหลังก้าวข้ามผ่านปัญหา

สรุป

ผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขเลือกได้รับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญให้ความช่วยเหลือทางจิตใจในขณะที่รับรู้ถึงวิกฤตของจิตใจ หรือหลังจากที่ไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในจิตใจด้วยตนเองและปัญหานั้นยังส่งผลกระทบต่อชีวิตอยู่ โดยสิ่งที่ขัดขวางการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตใจที่สำคัญคือ ความวิตกกังวลต่อสายตาผู้อื่น ความปลอดภัยของข้อมูล การรักษาความลับ รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรับบริการ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นผลมาจากการตีตราทางสังคมและต่อตนเอง อาจส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงานและถูกมองว่าเป็นภัยคุกคามต่อผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตาม การได้รับความช่วยเหลือทางจิตใจจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตใจช่วยส่งเสริมให้สามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม จนกระทั่งสามารถก้าวข้ามผ่านปัญหาไปได้ในที่สุด และยังส่งผลให้เกิดการเติบโตของงานทางจิตใจและสามารถจัดการกับปัญหาได้มากขึ้น แตกต่างกันไปแต่ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยเอื้ออำนวยในชีวิตของแต่ละคน อีกทั้งยังเกิดการเปลี่ยนแปลงในทิศทางบวกในการดำเนินชีวิต มีการขยายมุมมองในการมองโลก เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณค่าและสิ่งสำคัญที่ให้ความหมายในชีวิต เป็นผลให้

เกิดความแข็งแกร่งทางจิตใจเพิ่มขึ้นเมื่อ มีการเติบโตทางจิตวิญญาณ มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง เกิดประสบการณ์ทางบวกในการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา และเกิดการตระหนักถึงความสำคัญทางจิตใจของตนเองในการดำเนินชีวิตมากขึ้น ดังนั้นการบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาจึงเป็นตัวเลือกหนึ่งในวิธีการเผชิญกับปัญหาที่เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง ประสบการณ์ทางจิตใจในการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยได้รับการสนับสนุนทุนการศึกษาจาก คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารอ้างอิง (References)

- Brooks, S. K., Gerada, C., & Chalder, T. (2011). Review of literature on the mental health of doctors: Are specialist services needed?. *Journal of Mental Health*, 20(2), 146-156. <https://doi.org/10.3109/09638237.2010.541300>
- Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., & Amir, M. (2014). *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. Psychology Press.
- Costa, J., Marôco, J., Pinto-Gouveia, J., & Ferreira, C. (2016). Shame, self-criticism, perfectionistic self-presentation and depression in eating disorders. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(3), 315-328.
- Dwyer Kaluzna, S., Benken, S. T., Petzel Gimbar, R., & DiDomenico, R. J. (2020). Combating pharmacist burnout: A model for critical care clinical pharmacy faculty. *JACCP: Journal of the American College of Clinical Pharmacy*, 3(3), 655-662. <https://doi.org/10.1002/jac5.1221>
- Garelick, A. I. (2012). Doctors' health: Stigma and the professional discomfort in seeking help.

- The Psychiatrist*, 36(3), 81-84. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.111.037903>
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28(2), 235-260. <https://doi.org/10.1163/156916297x00103>
- Halder, S., & Mahato, A. K. (2013). Stress and psychological well being status among health care professionals. *International Journal of Occupational Safety and Health*, 3(1), 32-35. <https://doi.org/10.3126/ijosh.v3i1.9099>
- Henderson, M., Brooks, S. K., del Busso, L., Chalder, T., Harvey, S. B., Hotopf, M., Madan, I., & Hatch, S. (2012). SHAME! self-stigmatisation as an obstacle to sick doctors returning to work: A qualitative study: Table 1. *BMJ Open*, 2, e001776. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-01776>
- Hill, C. E. (2014). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action* (4th ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14345-000>
- Joseph, S., Murphy, D., & Regel, S. (2012). An affective-cognitive processing model of post-traumatic growth. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(4), 316-325. <https://doi.org/10.1002/cpp.1798>
- Perez-Rojas, A. E., Lockard, A. J., Bartholomew, T. T., Janis, R. A., Carney, D. M., Xiao, H., Youn, S. J., Scofield, B. E., Locke, B. D., Castonguay, L. G., & Hayes, J. A. (2017). Presenting concerns in counseling centers: The view from clinicians on the ground. *Psychological Services*, 14(4), 416-427. <https://doi.org/10.1037/ser0000122>
- Ro, K. E., Gude, T., & Aasland, O. G. (2007). Does a self-referral counselling program reach doctors in need of help? A comparison with the general Norwegian doctor workforce. *BMC Public Health*, 7(1), 36. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-36>
- Ro, K. E., Tyssen, R., Hoffart, A., Sexton, H., Aasland, O. G., & Gude, T. (2010). A three-year cohort study of the relationships between coping, job stress and burnout after a counselling intervention for help-seeking physicians. *BMC Public Health*, 10(1), 213. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-213>
- Scholl, M. B., Ray, D. C., & Brady-Amoon, P. (2014). Humanistic counseling process, outcomes, and research. *The Journal of Humanistic Counseling*, 53(3), 218-239. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1939.2014.00058.x>
- Spiers, J., Buszewicz, M., Chew-Graham, C. A., Gerada, C., Kessler, D., Leggett, N., Manning, C., Taylor, A. K., Thornton, G., & Riley, R. (2017). Barriers, facilitators, and survival strategies for GPs seeking treatment for distress: A qualitative study. *British Journal of General Practice*, 67(663), e700-e708. <https://doi.org/10.3399/bjgp17x692573>
- Staiger, T., Waldmann, T., Rüsche, N., & Krumm, S. (2017). Barriers and facilitators of help-seeking among unemployed persons with mental health problems: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 17, 39. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-1997-6>
- The Psychiatric Association of Thailand. (2020). *Telephone psychological counseling program for healthcare professionals*. <https://www.thaidmh-library.org/album/5326/โครงการให้คำปรึกษาด้านจิตใจทางโทรศัพท์แก่บุคลากรทางการแพทย์> (in Thai).



วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

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

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาความจำขณะปฏิบัติงานผ่านกิจกรรมเกมกระดานในเด็กวัยเรียน

ปวิธ สิริเกียรติกุล^{1*}

¹ อาจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

* ผู้นิพนธ์ประสานงาน, e-mail. Pawit@rumail.ru.ac.th

รับบทความ: 5 ตุลาคม 2565 | แก้ไขบทความ: 2 พฤศจิกายน 2565 | ตอรับบทความ: 10 มกราคม 2566

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาเกมกระดานที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาความจำขณะปฏิบัติงานด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์และด้านภาษาของเด็กวัยเรียน โดยเปรียบเทียบความจำขณะปฏิบัติงานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม และระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง **วัสดุและวิธีการ** กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยเรียนจำนวน 30 คนที่กำลังศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2564 โรงเรียนชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนนทบุรี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมเกมกระดานที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 8 ครั้ง ขณะที่กลุ่มควบคุมดำเนินกิจกรรมประจำวันของโรงเรียนตามปกติ เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป กิจกรรมสมมาตร (symmetry span) เพื่อประเมินความจำขณะปฏิบัติงานด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์ และโปรแกรมคอมพิวเตอร์ประเมินสมรรถนะความจำขณะคิดด้านภาษาเพื่อประเมินความจำขณะปฏิบัติงานด้านภาษา โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ และการทดสอบที่ **ผลการศึกษา** พบว่า กลุ่มทดลองเกมกระดานมีคะแนนเฉลี่ยความจำขณะปฏิบัติงาน ด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์ ด้านภาษา และด้านผลรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขณะเดียวกันในกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความจำขณะปฏิบัติงานด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์ ด้านภาษา และด้านผลรวมสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 **สรุป** เกมกระดานที่ถูกพัฒนาขึ้นครั้งนี้มีประสิทธิภาพในการพัฒนาความจำขณะปฏิบัติงานด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์ และภาษาในเด็กวัยเรียนได้ ควรทำความเข้าใจเกมกระดานก่อนนำไปใช้และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความจำขณะปฏิบัติงาน

คำสำคัญ: ความจำขณะปฏิบัติงาน, เกมกระดาน, เด็กวัยเรียน



Thai Journal of Clinical Psychology

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

Original Article

Working Memory Development Through Board Game Activity in School Age Children

Pawit Sirikiattikul^{1*}

¹ Lecturer, Department of Psychology, Faculty of Education, Ramkhamhaeng University

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

Received: 5 October 2022 | Revised: 2 November 2022 | Accepted: 10 January 2023

Abstract

Objectives: The study aimed to develop a board game that was effective in improving the verbal and visuo-spatial working memory of school age children by comparing working memory in the experimental and control groups, as well as comparing working memory in the experimental group before and after the activity was completed. **Materials and methods:** The sample population consisted of 30 school age children who were educated elementary school in grade 5 and 6 during the first semester of the academic year 2021 at a community school in the province of Nonthaburi. The research participants were divided into two groups each of fifteen: experimental and control group. The experimental group participated in a board game activity developed by the researcher for 4 weeks, twice a week for 1 hour, for a total of 8 sessions, while the control group went about their daily school activities. The research instruments employed to collect data were a questionnaire that elicited demographical information, Symmetry Span, which assessed visuo-spatial working memory, and the Computer Program for Phonological Working Memory Capacity Assessment, which assessed verbal working memory. The statistics used to analyze the data were frequency, percentage, and *t*-test. **Results:** The subject of experimental group mean (*M*) scores, which included visuo-spatial working memory, verbal working memory and total working memory were significantly higher at the .05 level than the control group. Simultaneously, the experimental group the showed *M* scores which included visuo-spatial working memory, verbal working memory, and total working memory were significantly higher at the .05 level than period prior to activity. **Conclusion:** The researcher's board game was effective in improving working memory in school age children. Prior to use, should be understood, and additional research on the individual factors influencing working memory should be done.

Keywords: Working memory, Boardgame, School age children

บทนำ

ความจำขณะปฏิบัติงาน (working memory) เป็นองค์ประกอบด้านการรู้คิดพื้นฐานที่สำคัญ โดยเฉพาะเด็กวัยเรียน (ระหว่าง 7-12 ปี) เป็นช่วงวัยที่ต้องการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะการคิดและสติปัญญา เด็กต้องอาศัยทักษะด้านความจำเพื่อจดจำข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้ในการดำเนินชีวิตและการแก้ปัญหา ซึ่งหากความจำบกพร่องย่อมส่งผลเสียต่อการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ (Alloway & Gathercole, 2007) เมื่อพิจารณาความจำพบว่ามียังองค์ประกอบและระบบการทำงานหลากหลาย (multicomponent system) และเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน ทั้งองค์ประกอบทางภาษา (phonological loop) ในส่วนของ phonological short-term store ที่รับและเก็บข้อมูลด้านภาษาทั้งจากการอ่านและการฟัง รวมถึง phonological loop ที่จดจำผ่านการทวนซ้ำ ข้อมูลทั้งภายนอกและภายในใจ องค์ประกอบด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์ (visuo-spatial sketchpad) ซึ่งรับและจดจำข้อมูลเกี่ยวกับสัญลักษณ์และภาพที่ปรากฏ ทั้งการสร้างภาพไว้ในใจ รวมถึงการจินตนาการภาพที่เชื่อมโยงผ่านการได้ยิน และองค์ประกอบการบริหารจัดการกลาง (central executive) ทำหน้าที่บริหารจัดการและเชื่อมโยงข้อมูลจากทุกส่วนให้สามารถนำไปใช้งานได้อย่างเหมาะสมตามเป้าหมายที่วางไว้ให้เกิดประสิทธิภาพซึ่งสัมพันธ์กับความจำระยะยาว ตลอดจนหน่วยพักข้อมูลร่วมชั่วคราว (episodic buffer) ที่ทำหน้าที่จัดเก็บข้อมูลชั่วคราวที่ได้รับจากองค์ประกอบอื่นให้มีความจุรองรับข้อมูลนานยิ่งขึ้น ซึ่งระบบทั้งหมดจะเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกัน เพื่อดึงหรือจัดเก็บข้อมูลให้เหมาะสมกับการใช้งานเป้าหมาย (Baddeley et al., 2015) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตและทักษะที่ต้องใช้ความสามารถทางสติปัญญา (Chooi, 2012; Fukuda et al., 2010; Salthouse & Pink, 2008) โดยเกมกระดาน (boardgame) เป็นกิจกรรมการเล่นรูปแบบหนึ่งที่สามารถประยุกต์องค์ความรู้ข้างต้นมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้เล่นสลับบทบาทและทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เรียกว่า “action” ตามกฎกติกาของเกมด้วยตนเอง ต้องเชื่อมโยงและเลือกข้อมูลไปใช้ในสถานการณ์ให้เกิดประโยชน์สูงสุด (Gobet et al., 2004) อีกทั้งเกมกระดานมีรูปแบบการ

เล่นที่เข้าถึงง่ายและสนุกสนานสำหรับเด็ก ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นว่าเกมกระดานสามารถพัฒนาเป็นเครื่องมือหนึ่งที่ช่วยพัฒนาทักษะทางการรู้คิดของเด็กวัยเรียน โดยเฉพาะความจำขณะปฏิบัติงานซึ่งจำเป็นต่อการเรียนรู้ได้ โดยอาศัยคุณสมบัติของเกมที่มีลักษณะเป็นกิจกรรมเสมือนจริงจำลองสถานการณ์ผ่านการเล่นมาบูรณาการแนวคิดด้านทฤษฎี ซึ่งปัจจุบันเกมกระดานมีหลายรูปแบบ และนำมาใช้เพื่อพัฒนาการเรียนรู้ และทักษะต่าง ๆ มากขึ้น (Preedakorn, 2014; Puttarangsi, 2019; Taspinar et al., 2016)

ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของความจำซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานสำคัญเพื่อต่อยอดสู่ทักษะการเรียนรู้สำคัญอื่น ๆ แม้ประเด็นการพัฒนาการรู้คิดของเด็กวัยเรียนจะได้รับความสนใจมากขึ้น แต่การพัฒนาเครื่องมือเพื่อพัฒนาทักษะความสามารถดังกล่าวของเด็กโดยตรงยังค่อนข้างน้อย ซึ่งส่วนใหญ่เน้นไปที่การพัฒนาเครื่องมือเพื่อประเมินหรือคัดกรอง รวมถึงเครื่องมือในการพัฒนาเด็กวัยเรียนที่มีอยู่โดยส่วนใหญ่มักมีรูปแบบเป็นโปรแกรมหรือเครื่องมือเฉพาะที่ดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญ หรือเจ้าของโปรแกรมโดยตรง จึงอาจมีข้อจำกัดในการใช้ประโยชน์ ผู้วิจัยเห็นว่าเกมกระดานเป็นทางเลือกหนึ่งที่น่าสนใจในการประยุกต์ใช้ในการพัฒนาความสามารถ โดยเฉพาะความจำขณะปฏิบัติงานในเด็กวัยเรียน ซึ่งเกมเป็นกิจกรรมที่เด็กสามารถเข้าถึงง่าย เล่นซ้ำและฝึกฝนได้ด้วยตนเอง หรือเล่นร่วมกับเพื่อน ครูและผู้ปกครอง สอดคล้องกับกิจกรรมตามพัฒนาการที่เรียนรู้ผ่านการเล่นและสนุกสนานร่วมกับเพื่อนหรือคนในครอบครัว ขณะเดียวกันยังได้รับประโยชน์ตรงตามวัตถุประสงค์ของเครื่องมือที่มีผลการศึกษาเชิงประจักษ์ถึงประสิทธิภาพอีกด้วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาเกมกระดานที่มีประสิทธิภาพเพื่อพัฒนาความจำขณะปฏิบัติงานของเด็กวัยเรียน
2. เพื่อเปรียบเทียบความจำขณะปฏิบัติงานระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมเกมกระดานและกลุ่มควบคุม

3. เพื่อเปรียบเทียบความจำขณะปฏิบัติงานระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมเกมกระดานของกลุ่มทดลอง

สมมติฐาน

1. ความจำขณะปฏิบัติงานด้านภาษาของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรมเกมกระดานมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ความจำขณะปฏิบัติงานด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์ของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรมเกมกระดาน มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. ความจำขณะปฏิบัติงานรวมของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรมเกมกระดาน มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม
4. ความจำขณะปฏิบัติงานด้านภาษาของกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมกิจกรรมเกมกระดานมีคะแนนด้านภาษาสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม
5. ความจำขณะปฏิบัติงานด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมกิจกรรมเกมกระดานมีคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม
6. ความจำขณะปฏิบัติงานรวมในกลุ่มทดลอง หลังการเข้าร่วมกิจกรรมเกมกระดานมีคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experiment) โดยมีรูปแบบการทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบผลก่อน-หลังการทดลอง (pretest-posttest control group design) เพื่อพัฒนาและตรวจสอบประสิทธิภาพของเกมกระดานที่มีต่อการพัฒนาความจำขณะปฏิบัติงานในเด็กวัยเรียน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ เด็กวัยเรียนที่มีอายุระหว่าง 10-12 ปี ที่ศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาภาคปกติชั้นปีที่ 5 และ 6 ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2564 โรงเรียนชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนนทบุรี ซึ่งเป็นสถานศึกษาที่กระทรวงศึกษาธิการรับรอง จำนวนทั้งสิ้น 87 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่

สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้ในการทดลองทั้งสิ้น 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน โดยกลุ่มสำหรับร่วมกิจกรรมไม่ควรเกิน 15 คนและปรับให้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมาย สถานการณ์ และลักษณะกิจกรรม (Chatsupakul, 2003) ใช้วิธีจับคู่คะแนนความจำขณะปฏิบัติงานของผู้ที่สมัครใจ (matched pairs of participant) เพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเลือกโดยวิธีการสัมภาษณ์ ดังนี้ 1) กำลังศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา 2) สามารถอ่านออกเขียนได้ 3) ไม่มีประวัติการถูกวินิจฉัยหรือได้รับการรักษาที่เกี่ยวข้องกับโรคทางจิตเวช หรือโรคทางพัฒนาการผิดปกติจากจิตแพทย์ 4) ไม่มีความบกพร่องทางร่างกายที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม และ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ส่วนเกณฑ์คัดออก มีรายละเอียด ได้แก่ 1) ผู้เข้าร่วมวิจัยขาดกิจกรรมเกิน 2 ครั้งโดยไม่แจ้งล่วงหน้าหรือไม่สามารถติดต่อได้ และ 2) เด็กหรือผู้ปกครองที่ประสงค์ให้เด็กออกจากการศึกษา ซึ่งสามารถทำได้โดยอิสระโดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลใด ๆ แก่ผู้วิจัย และไม่เสียประโยชน์อื่นใดที่พึงได้รับตามสิทธิทั้งสิ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

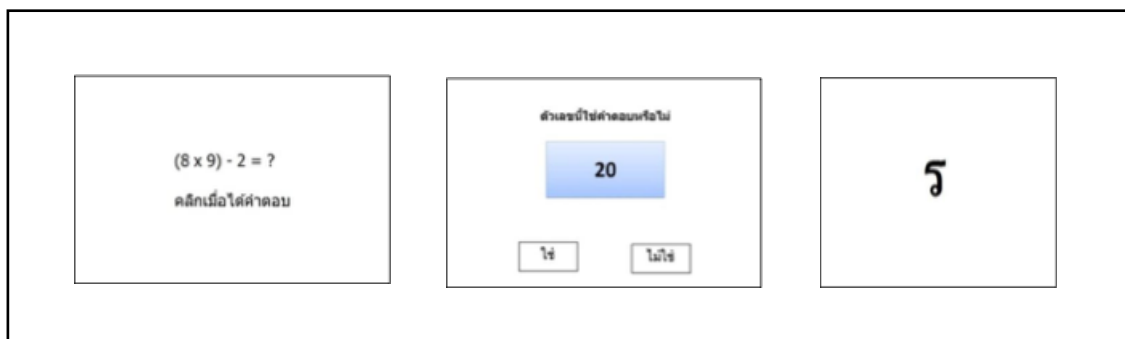
1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นเรียน วิชาที่ถนัด เกรดเฉลี่ย (GPA) ความถนัดการเรียนรู้ ลำดับการเกิด และข้อมูลเกี่ยวกับเล่นเกมกระดาน ได้แก่ ประสบการณ์การเล่น เกมกระดาน และความสนใจในการเล่น เกมกระดาน

2. แบบประเมินความจำขณะปฏิบัติงาน ที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย

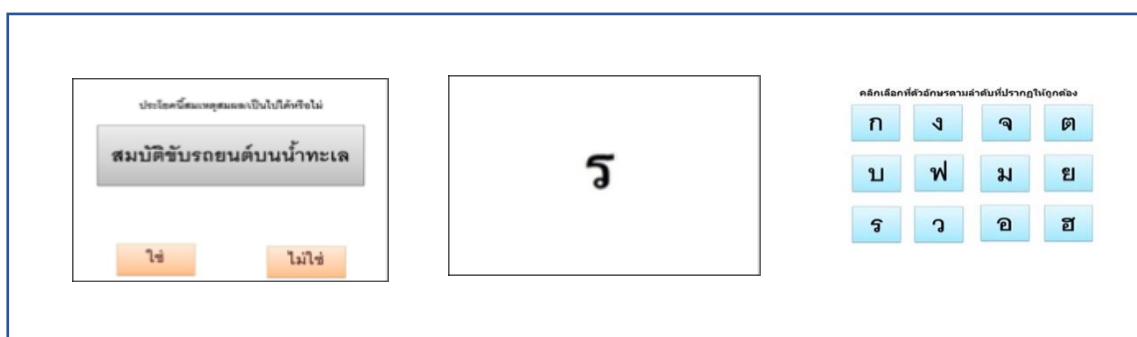
2.1 แบบประเมินความจำขณะปฏิบัติงานด้านภาษา ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ประเมินสมรรถนะความจำขณะคิดด้านภาษา พัฒนาโดย สุรเชษฐ์ พินิจกิจ และคณะ (Phinitkit et al., 2015) เทียบจากแบบทดสอบมาตรฐาน the automated complex span tasks (CSTs) ประกอบด้วยแบบประเมิน 2 ส่วน ได้แก่ 1) กิจกรรมขณะคำนวณ (the operation span task) ซึ่งมีโจทย์สมการคณิตศาสตร์บวกลบคูณหารเลขอย่างง่าย เช่น

“(2 × 1) + 1 = ?” โดยแต่ละโจทย์จะกำหนดคำตอบเป็นตัวเลขสูงสุดไม่เกิน 2 หลัก เช่น 6, 12 เป็นต้น จากนั้นจะกำหนดตัวเลขที่เป็นคำตอบขึ้นมาและถามว่าใช่คำตอบที่ถูกต้องหรือไม่ เมื่อตอบเรียบร้อยแล้วจะปรากฏพยัญชนะไทยให้จำ เมื่อทำเสร็จสิ้นในแต่ละชุดจะปรากฏพยัญชนะจำนวนหนึ่งอีกครั้ง โดยให้เลือกพยัญชนะให้ถูกต้องตามลำดับ สมการมีทั้งหมด 75 ข้อ (ภาพที่ 1) และ 2) กิจกรรมขณะอ่าน (the reading span task) โดยกำหนดโจทย์ที่เป็นประโยคที่ให้ตีความสองแบบ ได้แก่ ประโยคที่สมเหตุสมผล เช่น “นายเอ นอนหลับอยู่บนเตียง” และประโยคที่ไม่สมเหตุสมผล เช่น “นาย ก กำลังบินบนท้องฟ้า” ทั้งหมด 75 ประโยค ผู้ตอบต้องอ่านและเลือกตีความประโยคว่าสมเหตุสมผลหรือไม่ โดยตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” จากนั้นจะมีพยัญชนะไทยปรากฏขึ้นให้จำ เมื่อทำเสร็จสิ้นแต่ละชุด

จะปรากฏตัวพยัญชนะจำนวนหนึ่งให้เลือกพยัญชนะตามลำดับให้ถูกต้อง (ภาพที่ 2) กิจกรรมทั้งคู่อ่านคะแนนและประเมินผลด้วยระบบ partial storage score คือรวมคะแนนในแต่ละการทดสอบที่ 75 คะแนน จากนั้นนำคะแนนทั้งหมดมารวมกัน เมื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ พบว่าค่าความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์ของกิจกรรมเมื่อเทียบกับแบบประเมิน CSTs มีความสัมพันธ์กันสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันทั้งในกิจกรรมขณะคำนวณและขณะอ่าน เท่ากับ .68 และ .83 รวมถึงเมื่อพิจารณารายข้อเทียบเป็นคู่กับแบบประเมินพบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ .40 ถึง .56 ในกิจกรรมขณะคำนวณ และตั้งแต่ .46 ถึง .77 ในกิจกรรมขณะอ่าน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสามารถนำไปใช้ได้เช่นเดียวกับโปรแกรม CSTs (Phinitkit et al., 2015)



ภาพที่ 1 ตัวอย่างกิจกรรมขณะคำนวณ (the operation span task)



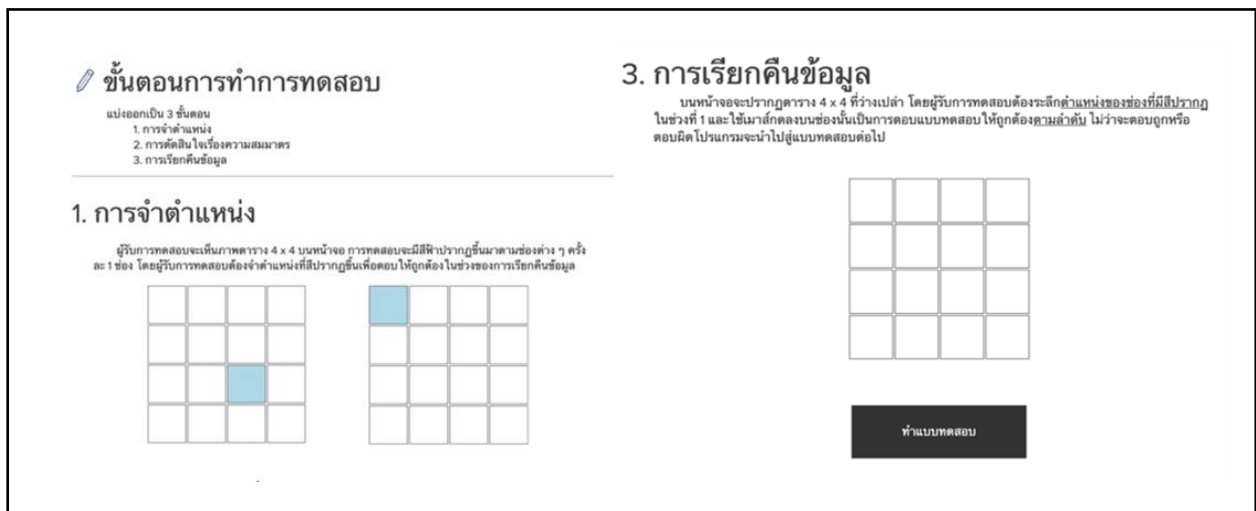
ภาพที่ 2 ตัวอย่างกิจกรรมขณะอ่าน (the reading span task)

2.2 กิจกรรมสมมาตร (symmetry span) ประเมินความจำขณะปฏิบัติงานด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์ ซึ่งผู้วิจัยนำชุดโปรแกรมประเมินความจำขณะปฏิบัติงาน (a working memory test battery: Java-based collection of seven working memory)

พัฒนาโดย Stone & Towse (2015) ที่อนุญาตให้ใช้ฟรีในอินเทอร์เน็ต โดยผู้รับการทดสอบต้องจดจำตำแหน่งสีเหลี่ยมสีฟ้าที่ปรากฏในภาพสีเหลี่ยมขนาด 4 x 4 จากนั้นภาพดังกล่าวจะหายไปและจะปรากฏภาพสองภาพซ้ายและขวาที่มีรูปร่างและสีไม่เหมือนกัน ให้

ผู้รับการทดสอบตอบคำถามว่าภาพทั้งสองสมมาตรกันหรือไม่ จากนั้นจะปรากฏสี่เหลี่ยมสีขาวขนาด 4 x 4 โดยให้ระบุว่าสี่เหลี่ยมสีฟ้าที่เคยปรากฏในช่วงแรกอยู่ช่องใดบ้าง การทดสอบจะซับซ้อนโดยเพิ่มจำนวนของสี่เหลี่ยมสีฟ้าให้จำเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ 2 ถึง 6 ตำแหน่ง (ดังภาพที่ 3) การคิดคะแนนจะนับผลรวมการตอบที่ถูกต้อง

ในแต่ละชุด โดยการศึกษาพบว่ามีความสอดคล้องภายในของแบบทดสอบอยู่ระหว่าง .78 ถึง .88 (Engle et al., 1999; Kane et al., 2004) และความเชื่อมั่นของเครื่องมือต้นฉบับ (reliability) อยู่ในระดับ .83 (Foster et al., 2015) รวมถึงมีความตรงที่ดีในการใช้งาน (Klinwichit, 2019)



ภาพที่ 3 ตัวอย่างกิจกรรมสมมาตร (symmetry span)

3. เกมกระดานเพื่อพัฒนาความจำขณะปฏิบัติงาน ในเด็กวัยเรียน ชื่อเกมนักล่าสมบัติ “Treasure hunter” อาศัยแนวคิดความจำขณะปฏิบัติงานของ Baddeley (1999) และ Baddeley et al. (2015) และการออกแบบการเล่นเกมกระดานของ Tinsman (2008) โดยใช้ theme แฟนตาซีเกี่ยวกับการผจญภัยหาสมบัติในป่าปริศนาซึ่งผู้เล่นจะสวมบทบาทเป็นนักผจญภัยที่ออกค้นหาสมบัติ (ภาพที่ 4) ผู้เล่นที่สะสมสมบัติมูลค่าสูงสุดถือว่าเป็นผู้ชนะ โดยนำเครื่องมือดังกล่าวให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยการวิเคราะห์รูปแบบการเล่น ประกอบด้วย 1) การเริ่มกิจกรรม เมื่อผู้เล่นเข้าใจกฎกติกาของเกมแล้ว ให้ผู้เล่นเริ่มโดยการหยิบโทเคนนักผจญภัยไปวางตามช่องที่กำหนดไว้บนกระดานกลางเพื่อสำรวจป่าปริศนา หลังเดินเสร็จต้องจั่วการ์ดเหตุการณ์ขึ้นมือหนึ่งใบเพื่ออ่านข้อความเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจมีสัญลักษณ์ ประโยค หรือภาพปรากฏตรงกลางให้ผู้เล่นจดจำสั้น ๆ ในรูปแบบของการอ่าน การฟัง หรือการมองเห็น จากนั้นให้ผู้เล่นกล่าวการ์ดเหตุการณ์และทวนข้อมูลดังกล่าว

ตามเงื่อนไข ซึ่งเกี่ยวข้องกับระบบของความจำทั้ง phonological loop ทั้งส่วนของ phonological short-term store ที่มาจากการอ่านและฟัง รวมถึง articulatory loop ที่จดจำข้อมูลผ่านการทวนซ้ำของผู้เล่น และ visuo-spatial sketchpad ซึ่งจดจำข้อมูลในรูปแบบสัญลักษณ์และภาพ หากทวนถูกต้องให้หงายการ์ดขึ้นอีกครั้งหนึ่งและต้องจดจำสัญลักษณ์ หรือตัวอักษรที่ปรากฏด้านล่างซ้ายของการ์ด และจดจำไว้ระยะหนึ่งจนกว่าจะเข้าสู่ระยะทวนความจำ 2) ในระยะทวนความจำ ผู้เล่นต้องทวนข้อมูลด้านล่างซ้ายตามการ์ดเหตุการณ์ก่อนหน้านี้ให้ครบตามการ์ดเหตุการณ์ที่สะสมไว้ เพื่อเก็บข้อมูลที่จดจำในระยะแรกมาใช้ ระยะนี้ต้องอาศัยกระบวนการทำของ executive buffer ในการเก็บข้อมูลชั่วคราวมาใช้เฉพาะด้าน หากกระบุญถูกต้องจะได้ทอยลูกเต๋าที่ปรากฏบริเวณด้านขวาของการ์ด เมื่อทอยแล้วผู้เล่นจะได้ไพล์สัญลักษณ์ดวงดาวหรือตัวเลขเก็บไว้ ดูและจดจำไว้ไพล์ที่ได้มาอีกครั้ง จากนั้นคว่ำไพล์ไว้และห้ามเปิดดูอีกจนกว่าจะเดินนักผจญภัยเข้าสู่วิหาร เมื่อเข้าวิหารผู้เล่นจึงเริ่มทวนไพล์ที่คว่ำไว้

ตามลำดับจากซ้ายไปขวาและบนลงล่าง ซึ่งส่วนนี้นอกเหนือจากการใช้ระบบความจำทั่วไป ยังต้องใช้ระบบ central executive system ในการบูรณาการข้อมูลให้เป็นข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น (unitary multi-dimension representation) กรณีนี้คือการจัดกระทำข้อมูลที่หลากหลายให้เป็นชุดข้อมูลเดียวที่เชื่อมโยงกันเพื่อใช้ในการไขสมบัติในวิหาร ซึ่งหากผู้เล่นระบุได้ถูกต้องจะได้รับรางวัลตามกติกา ซึ่งเกมจะดำเนินในลักษณะนี้ไปจนกว่าจะมีผู้เล่นคนใดคนหนึ่งเดินถึงสุดทางของป่าที่กำหนด เกมจะจบลงทันที ซึ่ง 3) การจบเกม ผู้เล่นทุกคนนับคะแนน โดยพิจารณาจากมูลค่าของสิ่งของที่ได้มารวมกัน ผู้เล่นใดที่มีสิ่งของ

มูลค่ารวมกันมูลค่าสูงสุดถือเป็นผู้ชนะ โดยเกมอาศัยกลไกและการใช้กลยุทธ์ในกระทำการต่าง ๆ ตามเงื่อนไข ซึ่งผู้เล่นต้องใช้วิจารณญาณและหาวิธีการที่หลากหลายในการเล่นกิจกรรมเพื่อผลลัพธ์ที่ดีตามกรอบแนวคิดของความจำขณะปฏิบัติงานในการรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยได้นำเกมกระดานให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้อง (item-objective congruence: IOC) จากนั้นนำไปทดลองกับเด็กวัยเรียนที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย เพื่อประเมินและปรับให้เหมาะสมกับผู้เล่น ซึ่งพบว่ามีคุณสมบัติที่ดีเพียงพอในการใช้งาน



ภาพที่ 4 ภาพตัวอย่างเกมกระดานเพื่อพัฒนาความจำขณะปฏิบัติงาน ประกอบด้วย (จากซ้ายไปขวา) กระดานกลางผู้เล่น ตัวอย่างการ์ดเหตุการณ์ การ์ดเล่นกิจกรรม ตัวอย่างไทม์สล็อตลักษณะที่ให้จำ

การรวบรวมข้อมูล

ก่อนเก็บและรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจะดำเนินการขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยงานวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยรามคำแหง หมายเลขใบรับรอง RU-HER 64/0158 จากนั้นผู้วิจัยเตรียมกลุ่มผู้ช่วยวิจัย โดยผู้วิจัยชี้แจงผู้ช่วยเกี่ยวกับรายละเอียดการดำเนินกิจกรรม การเล่นเกมกระดาน กฎ กติกา บทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยในการเตรียมอุปกรณ์ที่จะต้องใช้ในกิจกรรม รวมทั้งแนะนำและสอนวิธีการเล่นเกมแก่ผู้ร่วมกิจกรรม รวมทั้งจัดบันทึก และรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ระหว่างการทำกิจกรรมเพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการอภิปรายผลการวิจัย ต่อมาจึงเตรียมกลุ่มเป้าหมาย โดยผู้วิจัยติดต่อผู้บริหารสถานศึกษาและผู้เกี่ยวข้องเพื่อขอความอนุเคราะห์ดำเนินกิจกรรม

และเก็บรวบรวมข้อมูลกับเด็กนักเรียนในสถานศึกษา จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงข้อมูลการวิจัยตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัยให้กลุ่มเป้าหมายทั้งเด็กและผู้ปกครองรับทราบข้อมูลอย่างละเอียด พร้อมเปิดโอกาสให้สอบถามข้อมูลและตัดสินใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยอิสระ และลงนามในเอกสารเป็นหลักฐานทั้งจากผู้ปกครองและเด็ก จึงถือว่าการเข้าร่วมวิจัยครบถ้วนสมบูรณ์ จากนั้นให้กลุ่มเป้าหมายที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยทำแบบประเมินความจำขณะปฏิบัติงาน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน ก่อนดำเนินกิจกรรม 2-3 วัน จัดเตรียมสถานที่และเกมให้ผู้เข้าร่วมเล่น โดยใช้เวลาวันอังคารและวันศุกร์ช่วงบ่ายหลังคาบเรียนหลักประมาณหนึ่งชั่วโมง โดยเมื่อผู้เล่นคนใดคนหนึ่งไปสุดทางของป่าตามกติกาเกม ถือว่าเกมจบลงทันที โดยเมื่อ

ดำเนินการเล่นเกมกระดานเสร็จเรียบร้อย ผู้วิจัยนัดหมายผู้เข้าร่วมการวิจัยประเมินผล 2-3 วันหลังเสร็จกิจกรรมเป็นอันเสร็จสิ้น ใช้เวลาทั้งสิ้น 1 เดือน เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยผู้เข้าร่วมทุกคนจะมีสิทธิเล่นเกมกระดานที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นอย่างอิสระ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กวัยเรียน ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นเรียน วิชาที่ถนัดทางการเรียน จำนวนพี่น้อง และลำดับการเกิด รวมถึงหาค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ของคะแนนที่ประเมินจากเครื่องมือ การวิเคราะห์ผลโดยเปรียบเทียบคะแนนความจำขณะปฏิบัติงานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย independent *t*-test และคะแนนก่อนและหลังการทดลองในแต่ละกลุ่ม ด้วย dependent *t*-test ซึ่งข้อมูลของทั้ง 2 กลุ่มกิจกรรมและระยะของการทดลอง ได้ตรวจสอบการกระจายข้อมูลก่อนใช้สถิติ *t*-test ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบการกระจายข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ ($p > .05$)

ผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มทดลอง มีจำนวน 15 คน ประกอบด้วย เพศชาย 7 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67 เพศหญิง 8 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 อายุเฉลี่ย 11.20 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 80 นอกจากนั้นเป็นระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 3 คน ร้อยละ 20 ส่วนใหญ่ถนัดเรียนในวิชาคณิตศาสตร์ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาเป็นพลศึกษา 5 คน ร้อยละ 33.33 นอกจากนั้นเป็นวิชาภาษาอังกฤษ ศิลปศึกษา วิทยาศาสตร์ และภาษาไทย อย่างละ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 มีเกรดเฉลี่ย (GPA) เท่ากับ 3.58 ส่วนใหญ่มีพี่น้องโดยเป็นบุตรลำดับแรก 6 คน คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคือบุตรคนที่สอง 5 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 เป็นบุตรคนเดียวในครอบครัว 3 คน คิดเป็นร้อยละ 20 และเป็นบุตรคนที่สาม 1 คน คิดเป็น

ร้อยละ 6.67 โดยเกือบทั้งหมดมีประสบการณ์เล่นเกมกระดาน จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 และส่วนใหญ่มีความสนใจในการเล่นเกมกระดาน จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 86.67 มีจำนวน 2 คนที่ไม่สนใจ คิดเป็น 13.33 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์จากกิจกรรมสมมาตร พบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง เท่ากับ 7.71 ($SD = 0.14$) ส่วนหลังการทดลองเท่ากับ 10.08 ($SD = 0.31$) ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยจากแบบประเมินความจำขณะปฏิบัติงานด้านภาษาด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ประเมินสมรรถนะความจำขณะคิดด้านภาษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง เท่ากับ 78.80 ($SD = 5.55$) ส่วนหลังการทดลอง เท่ากับ 85.00 ($SD = 5.51$) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าเพศชาย มีจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67 เพศหญิง จำนวน 8 คน ร้อยละ 53.33 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 11 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 86.67 นอกจากนั้นเป็นระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 ส่วนใหญ่ถนัดเรียนในวิชาภาษาไทย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมาเป็นพลศึกษา จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 20 วิชาวิทยาศาสตร์และคณิตศาสตร์ อย่างละ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 นอกจากนั้นเป็นวิชาภาษาอังกฤษ ศิลปศึกษา และคอมพิวเตอร์อย่างละ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 มีเกรดเฉลี่ย (GPA) เท่ากับ 3.63 ส่วนใหญ่มีพี่น้องโดยเป็นบุตรลำดับที่สอง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67 รองลงมาคือบุตรคนเดียวของครอบครัว จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 เป็นบุตรลำดับแรก จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 และเป็นบุตรลำดับสาม จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 โดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์เล่นเกมกระดาน จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 และส่วนใหญ่มีความสนใจในการเล่นเกมกระดาน จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 โดยมีจำนวน 5 คนที่ไม่สนใจ คิดเป็นร้อยละ 33.33 และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์จากกิจกรรมสมมาตร พบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง เท่ากับ 7.77 ($SD = 0.16$) ส่วนหลังการทดลองเท่ากับ 7.77 ($SD = 0.15$) ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยจากแบบประเมินความจำขณะปฏิบัติงานด้านภาษาด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ประเมินสมรรถนะความจำขณะคิดด้านภาษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการ

ทดลอง เท่ากับ 78.73 ($SD = 5.39$) ส่วนหลังการทดลอง เท่ากับ 79.00 ($SD = 5.12$) ดังตารางที่ 1

การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความจำขณะปฏิบัติงานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยก่อนการทดลอง พบว่า ความจำขณะปฏิบัติงานด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 0.98, p > .05$) เช่นเดียวกันกับความจำขณะปฏิบัติงานด้านภาษาที่ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -0.03, p > .05$) รวมทั้งไม่พบความแตกต่างกันของคะแนนเฉลี่ยของความจำขณะปฏิบัติงานรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -0.05, p > .05$) ด้วย ในขณะที่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความจำขณะปฏิบัติงานในระยหลังการทดลองพบว่า ความจำขณะปฏิบัติงานระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่ำกว่าระดับ .05 ทุกด้าน ทั้งด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์ ($t = -25.27, p < .01$) ด้านภาษา ($t = -3.08, p < .05$) และคะแนนเฉลี่ยรวม ($t = -4.22, p < .01$) ดังตารางที่ 2

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบภายในกลุ่มในระยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความจำขณะปฏิบัติงานหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงขึ้นกว่าช่วงก่อนการทดลองทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่ำกว่าระดับ .05 ทั้งด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์ ($t = -34.06, p < .01$) ด้านภาษา ($t = -8.55, p < .01$) และคะแนนเฉลี่ยรวม ($t = -12.46, p < .01$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างกันของคะแนนความจำขณะปฏิบัติงานระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ทั้งด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์ ($t = .27, p > .05$) ด้านภาษา ($t = 1.74, p < .05$) และคะแนนเฉลี่ยรวม ($t = 1.55, p > .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 15)		กลุ่มควบคุม (n = 15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	7	46.67	7	46.67
หญิง	8	53.33	8	53.33
อายุเฉลี่ย	$\bar{x} = 11.20 (SD = 0.67)$		$\bar{x} = 11.00 (SD = 0.53)$	
ระดับชั้นเรียน				
ป.5	12	80.00	13	86.67
ป.6	3	20.00	2	13.33
วิชาที่ถนัด				
คณิตศาสตร์	6	40.00	2	13.33
ภาษาอังกฤษ	1	6.67	1	6.67
พลศึกษา	5	33.33	3	20.00
ศิลปศึกษา	1	6.67	1	6.67
วิทยาศาสตร์	1	6.67	2	13.33
ภาษาไทย	1	6.67	5	33.33
คอมพิวเตอร์	-	0.00	1	6.67
เกรดเฉลี่ย (GPA)	$\bar{x} = 3.58 (SD = 0.39)$		$\bar{x} = 3.63 (SD = 0.36)$	
ลำดับการเกิด				
บุตรคนเดียว	3	20.00	5	33.33
บุตรคนที่ 1	6	40.00	2	13.33
บุตรคนที่ 2	5	33.33	7	46.67
บุตรคนที่ 3	1	6.67	1	6.67
ประสบการณ์การเล่นเกมกระดาน				
เคย	14	93.33	10	66.67
ไม่เคย	1	6.67	5	33.33

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 15)		กลุ่มควบคุม (n = 15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความสนใจในการเล่นเกมกระดาน				
มี	13	86.67	9	60.00
ไม่มี	2	13.33	6	40.00

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความจำขณะปฏิบัติงานของเด็กวัยเรียนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งระยะก่อนและหลังการทดลอง

ระยะเวลา/ด้านของความจำ/กลุ่ม	$\bar{x}$	SD	df	t	p-values
1. ระยะก่อนทดลอง					
ด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์					
กลุ่มทดลอง	7.71	0.14	28	0.98	0.16
กลุ่มควบคุม	7.77	0.16			
ด้านภาษา					
กลุ่มทดลอง	78.80	5.55	28	-0.03	0.48
กลุ่มควบคุม	78.73	5.39			
ความจำขณะปฏิบัติงานรวม					
กลุ่มทดลอง	86.52	5.57	28	-0.05	0.49
กลุ่มควบคุม	86.51	5.49			
2. ระยะหลังทดลอง					
ด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์					
กลุ่มทดลอง	10.08	0.31	20.53	-25.27	0.00**
กลุ่มควบคุม	7.77	0.15			
ด้านภาษา					
กลุ่มทดลอง	85.00	5.51	28	-3.08	0.02*
กลุ่มควบคุม	79.00	5.12			
ความจำขณะปฏิบัติงานรวม					
กลุ่มทดลอง	95.09	5.56	28	-4.22	0.00**
กลุ่มควบคุม	86.77	5.20			

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

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความจำขณะปฏิบัติงานของเด็กวัยเรียนของกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ด้านของความจำ/ระยะเวลา	$\bar{x}$	SD	df	t	p-values
ด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์					
ระยะก่อน	7.72	0.14	14	-34.06	0.00**
ระยะหลัง	10.08	0.31			
ด้านภาษา					
ระยะก่อน	78.80	5.55	14	-8.55	0.00**
ระยะหลัง	85.00	5.51			
ความจำขณะปฏิบัติงานรวม					
ระยะก่อน	86.52	5.56	14	-12.46	0.00**
ระยะหลัง	95.08	5.56			

** $p < .01$

วิจารณ์

1. เกมกระดานที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการพัฒนาความจำขณะปฏิบัติงานทั้งด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์และด้านภาษา ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด (item-objective congruence: IOC) อยู่ในระดับดีเพียงพอในการใช้งาน และนำไปทดลองใช้การปรับปรุงให้เหมาะสมกับเด็กวัยเรียน ซึ่งจากการศึกษาของ Opasanon and Prayoonsak (2022) ที่ศึกษาการพัฒนาเกมกระดานตามแบบจำลองพหุองค์ประกอบของความจำระยะสั้นเชิงปฏิบัติการในเด็กและวัยรุ่น พบว่าเกมกระดานสามารถวัดความจำระยะสั้นเชิงปฏิบัติการด้านการได้ยิน การมองเห็นและมิติสัมพันธ์ได้ แสดงให้เห็นว่าการศึกษาด้านการรู้คิดในปัจจุบันมีการนำเกมกระดานเข้ามาประยุกต์ใช้เพื่อศึกษาเด็กวัยนี้มากขึ้น

2. ผลของเกมกระดานเพื่อพัฒนาความจำขณะปฏิบัติงานในเด็กวัยเรียน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ทั้งความจำด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์ ($t = .98, p > .05$) ด้านภาษา ($t = -.03, p > .05$) และความจำรวม ($t = -.05, p > .05$) ส่วนหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีความจำขณะปฏิบัติงานสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์ ($t = -25.27, p < .01$) ภาษา ($t = -3.08, p < .05$) และความจำรวม ($t = -4.22, p < .01$) แสดงให้เห็นว่าเกมกระดานมีประสิทธิภาพในการพัฒนาความจำขณะปฏิบัติงานสูงกว่ากลุ่มเด็กวัยเรียนที่ไม่ได้เล่นเกมกระดาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dahlin (2011) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการฝึกความจำขณะปฏิบัติที่มีต่อการอ่านของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น โดยทดลองใช้โปรแกรม RoboMemo ที่ประกอบด้วยกิจกรรมสำหรับความจำขณะปฏิบัติงานในรูปแบบเกมคอมพิวเตอร์เพื่อพัฒนาความจำขณะปฏิบัติงานด้านภาษาและด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์พบว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกมีความจำขณะปฏิบัติงานดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งด้านภาษาที่ประเมินจาก digit forward ($p < .01$) และ digit backward ($p < .01$)

และด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์ที่ประเมินจาก span board forward ($p < .001$) และ span board backward ($p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Dachachote and Sukun (2018) เกี่ยวกับใช้เกมการศึกษาเพื่อพัฒนาความจำด้านคำศัพท์ภาษาจีนสำหรับงานบริการในธุรกิจโรงแรม พบว่าการใช้เกมกระดานทางการศึกษา เช่น bingo, hangman หรือ crossword กับกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบคะแนนด้วยเครื่องมือประเมินความจำที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นกับกลุ่มควบคุม พบผลว่าเกมการศึกษาสามารถช่วยให้ผู้เรียนจดจำคำศัพท์ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความจำด้านภาษาได้ยาวนานยิ่งขึ้น และผลการศึกษาของ Lin et al. (2014) ที่พัฒนาความจำด้านมิติสัมพันธ์โดยใช้เกมล่าสมบัติที่มีแนวคิดคล้ายเกมกระดานวิจัยครั้งนี้ แต่มีการใช้ในรูปแบบของเกมคอมพิวเตอร์ ซึ่งพบว่าในกลุ่มทดลองที่ได้เล่นเกม มีความสามารถด้านความจำทางด้านมิติสัมพันธ์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า .05

ผลของเกมกระดานเพื่อพัฒนาความจำขณะปฏิบัติงานในเด็กวัยเรียน เมื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการร่วมกิจกรรมเกมกระดานในกลุ่มทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์ ($t = -34.06, p < .01$) ด้านภาษา ($t = -8.55, p < .05$) และความจำรวม ($t = -12.46, p < .05$) จะเห็นได้ว่าเด็กวัยเรียนที่ได้เล่นเกมกระดานมีความจำขณะปฏิบัติงานสูงกว่าก่อนการเล่นเกมกระดาน จึงแสดงให้เห็นว่าเกมกระดานมีประสิทธิภาพในการพัฒนาความจำขณะปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Skelton and Atkinson (2017) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเพิ่มความจำของงานจำขณะปฏิบัติงานในเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษา โดยใช้โปรแกรมพัฒนาความจำขณะปฏิบัติงานที่มีรูปแบบคล้ายเกม (meemo) ตามแนวคิดของ Baddeley พบว่าคะแนนความจำขณะปฏิบัติงานหลังการทดลองสูงขึ้นสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า .01 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความสามารถทางภาษา ได้แก่ ความจำระยะสั้นทางภาษา (verbal short-term memory) และความจำขณะปฏิบัติงานด้านภาษา (verbal working memory) รวมทั้งการศึกษาของ Holmes et al. (2014) เรื่องการฝึกความจำขณะปฏิบัติงานในห้อง

ปฏิบัติงานในโรงเรียนกับเด็กวัยเรียนปกติ อายุระหว่าง 8-11 ปี พบว่าเด็กวัยเรียนที่ผ่านการฝึกความจำขณะปฏิบัติงาน มีความจำเพิ่มสูงขึ้นจากการประเมินก่อนการฝึกทั้งความจำระยะสั้นและความจำขณะปฏิบัติงานด้านภาษา (verbal short-term memory และ verbal working memory) และด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์ (visuo-spatial short-term memory และ visuo-spatial working memory) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมถึงสอดคล้องกับ Dahlin (2011) ที่พบว่าการใช้โปรแกรม RoboMemo ในเด็กที่มีความต้องการพิเศษเมื่อประเมินผลก่อนและหลัง (ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2) พบว่า ในกลุ่มทดลองมีคะแนนความจำขณะปฏิบัติงานด้านภาษา ทั้ง span board forward ($p < .001$), span board backward, ($p < .05$ และ digit backward ($p < .01$) และด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์ทั้ง span board forward ($p < .001$) และ span board backward ($p < .05$) สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าเด็กวัยเรียนกลุ่มทดลองเล่นเกมกระดานพบว่ามีความจำขณะปฏิบัติงานด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์ ด้านภาษาและด้านรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เล่นเกมกระดาน ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานข้อที่ 1-3 และเด็กวัยเรียนกลุ่มทดลองหลังเล่นเกมกระดาน พบว่า มีความจำขณะปฏิบัติงานด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์ ด้านภาษาและด้านรวมสูงกว่าก่อนเล่นเกมกระดาน สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4-6 ซึ่งผลการศึกษาค้างนี้สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของเกมกระดานเพื่อพัฒนาความจำปฏิบัติงาน โดยประยุกต์เกมกระดานพร้อมอาศัยกลยุทธ์ในการจดจำข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงไปใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ ในเกมให้เหมาะสม ไม่ใช่เพียงจดจำและทวนข้อมูลเท่านั้น (Klingberg, 2010; Morrison & Chein, 2011) รวมถึงมีรูปแบบเกมที่เฉพาะเจาะจงที่เน้นในการจดจำข้อมูลอย่างตั้งใจเพื่อการใช้งาน มีเป้าหมาย และใช้เวลาในการเรียบเรียงข้อมูลเพื่อใช้ในจังหวะที่เหมาะสม อีกทั้งมีการใช้เวลาฝึกฝนอย่างเพียงพอและเกมมีรายละเอียดของกิจกรรมที่แตกต่างกันในแต่ละครั้ง ทำให้การเล่นไม่น่าเบื่อหรือเดาทางได้ (Melby-Lervag & Hulme, 2013) สอดคล้องกับลักษณะกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ เมื่อพิจารณาจากข้อมูลทั่วไปพบว่า ส่วนใหญ่มีประสบการณ์และความสนใจในการเล่นเกมกระดานและมีผลการเรียนที่

สูง ตลอดจนวิชาที่ถนัดแตกต่างกัน อาจมีส่วนเกี่ยวข้องต่อความจำขณะปฏิบัติงาน จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

สรุป

เกมกระดานเพื่อพัฒนาความจำขณะปฏิบัติงานในเด็กวัยเรียนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ เมื่อนำไปทดลองใช้ในกลุ่มเด็กวัยเรียนพบว่า หลังเล่นเกมกระดานในกลุ่มทดลองมีความจำขณะปฏิบัติงานทั้งด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์ด้านภาษา และความจำโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมและเมื่อพิจารณากลุ่มทดลองระยะหลังเล่นเกมกระดานพบว่า มีความจำขณะปฏิบัติงานสูงกว่าระยะก่อนทดลองทุกด้าน แสดงให้เห็นว่าเกมกระดานมีประสิทธิภาพสามารถพัฒนาความจำขณะปฏิบัติงานด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์ ด้านภาษา และความจำโดยรวมได้

ข้อเสนอแนะ

1. เกมกระดานที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นครั้งนี้ ครูผู้สนใจสามารถนำไปเป็นกิจกรรมใช้ส่งเสริมและพัฒนาทักษะความจำขณะปฏิบัติงานของเด็กวัยเรียนได้ อย่างไรก็ตามการศึกษาในอนาคตอาจขยายผลการศึกษาโดยการประยุกต์กิจกรรมร่วมกับโปรแกรมหรือกิจกรรมทางจิตวิทยาคลินิกในกลุ่มเด็กพิเศษที่ต้องการเพิ่มประสิทธิภาพในการพัฒนาความจำขณะปฏิบัติงานทั้งด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์ และด้านภาษาต่อไป
2. การศึกษาประสิทธิภาพของเกมกระดานในครั้งต่อไป อาจเพิ่มการประเมินความจำขณะปฏิบัติงานระหว่างการทดลอง รวมถึงเพิ่มการประเมินในระยะติดตามผลที่จะช่วยให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการเปลี่ยนแปลงของความจำขณะปฏิบัติงานชัดเจนยิ่งขึ้น
3. การสังเกตภาคสนาม พบว่า เกมกระดานมีกฎกติกา และรายละเอียดที่ผู้เล่นแต่ละคนต้องศึกษาและทำความเข้าใจก่อนเล่นจริง ซึ่งเด็กแต่ละคนอาจใช้เวลาในการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน รวมถึงขณะเล่น ผู้เล่นซึมซับประสบการณ์จากการเล่นเกมแตกต่างกันได้ เช่น ความสนุกหรือการใช้กลยุทธ์ในการเล่น จึงเสนอแนะการนำเกมกระดานไปใช้ศึกษาวิจัยหรือนำไปใช้พัฒนา

ความจำขณะปฏิบัติงาน ควรมีการเตรียมความพร้อมให้ผู้เล่นตามความเหมาะสม ได้แก่ การให้เวลาหรือโอกาสผู้เล่นได้ศึกษาหรือทดลองเล่นเกมเพื่อสร้างความเข้าใจก่อนเล่นจริง และควรแนะนำการเล่นเกมกระดานหรือสร้างความสนใจให้กับผู้เล่นก่อน เพื่อสร้างความรู้สึกมีส่วนร่วมให้เกิดขึ้น รวมทั้งควรศึกษาปัจจัยภูมิหลังที่มีผลต่อการเล่นเกมกระดานและความจำขณะปฏิบัติงานเพิ่มเติม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง และขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร. มานิกา วิเศษสาธิต ที่ปรึกษาโครงการวิจัย อาจารย์สุรเชษฐ์ พินิจกิจ ผู้อำนวยการพิเศษโรงเรียนวอนนภาศัพท์ และพลอยพันธ์ กลิ่นวิจิต นักจิตวิทยาคลินิก ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาเครื่องมือให้สามารถใช้ได้จริง รวมถึงผู้สนับสนุนการวิจัยนี้ให้สำเร็จลุล่วงทุกภาคส่วน

เอกสารอ้างอิง (References)

- Alloway, T. P., & Gathercole, S. E. (2007). *Understanding working memory: A classroom guide*. Harcourt Assessment.
- Baddeley, A. (1999). *Essential of human memory*. Psychology Press.
- Baddeley, A., Eysenck, M. W., & Anderson, M. C. (2015). *Memory* (2nd ed.). Psychology Press.
- Chatsupakul, K. (2003). *School group activities* (5th ed.). Srinakharinwirot University Book Center. (in Thai).
- Chooi, W. T. (2012). Working memory and Intelligence: A brief review. *Journal of Education and Development Psychology*, 2(2), 42-50.
- Dachachote, K., & Sukun, Z. (2018, August 20-21). *The uses of games in education with purpose of improving Chinese vocabulary memorizing skill beneficial for hospitality business services* [Poster presentation], The 1st National Conference on Humanities and Social Sciences: Wisdom Power for Sustainable Development, Songkhla, Thailand.
- Dahlin, K. I. E. (2011). Effects of working memory training on reading in children with special needs. *Read Writ*, 24, 479-491. <https://doi.org/10.1007/s11145-010-9238-y>
- Engle, R. W., Tuholski, S. W., Laughlin, J. E., & Conway, A. R. A. (1999). Working memory, short-term memory, and general fluid intelligence: A latent-variable approach. *Journal of Experimental Psychology: General*, 128(3), 309-331. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.128.3.309>
- Foster, J., Shipstead, Z., Harrison, T. L., Hicks, K. L., Redick, T. S., & Engle, R. W. (2015). Shortened complex span tasks can reliability measure working memory capacity. *Memory cognition*, 43, 226-236. <https://doi.org/10.3758/s13421-014-0461-7>
- Fukuda, K., Vogel, E., Mayr, U., & Awh, E. (2010). Quantity not quality: The relationship fluid intelligence and working memory capacity. *Psychonomic Bulletin & Review*, 17(5), 637-679.
- Gobet, F., de Voogt, A., & Retschitzki, J. (2004). *Move in mind: The Psychology of Board games*. Psychology press.
- Holmes, J., & Gathercole, S. E. (2014). Taking working memory training from laboratory into school. *Educational Psychology*, 34(4), 440-450.
- Kane, M. J., Hambrick, D. Z., Tuholski, S. W., Wilhelm, O., Payne, T. W., & Engle, R. W. (2004). The generality of working memory capacity: A latent-variable approach to verbal and visuospatial memory span and reasoning. *Journal of Experimental Psychology: General*, 133(2), 189-217. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.133.2.189>

- Klingberg, T. (2010). Training and plasticity of working memory. *Trends in Cognitive Sciences*, 14, 317-324.
- Klinwichit, P., Wisessathorn, M., & Hongyantarachai, T. (2019). Effects of visuospatial working memory training in the elderly. *Burapha Journal of Medicine*, 6(2), 28-44. (in Thai).
- Lin, C. H., Chen, C. M., & Lou, Y. C. (2014). Developing spatial orientation and spatial memory with a treasure hunting Game. *Educational Technology & Society*, 17(3), 79-92.
- Melby-Lervåg, M., & Hulme, C. (2013). Is working memory training effective? A meta-analytic review. *Developmental Psychology*, 49(2), 270-291. <https://doi.org/10.1037/a0028228>
- Morrison, A. B., & Chein, J. M. (2011). Does working memory training work? The promise and challenges of enhancing cognition by training working memory. *Psychon Bull Rev*, 18, 46-60. <https://doi.org/10.3758/s13423-010-0034-0>
- Opasanon, N., & Prayoonsak, S. (2022). The development of the working memory boardgame in accordance with the multi-component model in child and adolescent. *Thai Journal of Clinical Psychology*, 53(2), 49-63. (in Thai).
- Phinitkit, S., Sripunvoraskul, S., & Panthong, K. (2015). Development of computer program for phonological working memory capacity assessment of upper secondary school students. *Research Methodology & Cognitive Science*, 13(2), 71-89. (in Thai).
- Preedakorn, A. (2014). *Design a boardgame to study colour circle for student in grade 6*. [Unpublished master's thesis]. Srinakarinwirot University. (in Thai).
- Puttarangsi, R., (2019). *Application of board games for performing arts communication skill development* [Unpublished master's thesis]. Chulalongkorn University. (in Thai).
- Salthouse, T. A., & Pink, J. E. (2008). Why working memory related to fluid intelligence?. *Psychonomic Bulletin & Review*, 15(2), 364-371.
- Skelton, R., & Atkinson, C. (2017). Increasing children's working memory capacity: Preliminary evaluation of a card-based programme. *Educational Psychology Research and Practice*, 3(2), 19-35.
- Stone, J. M., & Towse, J. N. (2015). A working memory test battery: Java-based collection of seven working memory tasks. *Journal of open Research Software*, 3(e5), 1-9. <http://dx.doi.org/10.5334/jors.br>
- Taspinar, B., Schmidt, W., & Schuhbauer, H. (2016). Gamification in education: Board game approach to knowledge acquisition. *Procedia Computer Science*, 99(2016), 101-116.
- Tinsman, B. (2008). *The game inventor's guidebook*. Morgan James Publishing.



วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

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

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาเบื้องต้น: ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกายและกระบวนการรู้คิดในผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

ณัฐภาค ลาม^{1*}, วรภัทร รัตอาภา², กมลพร วรรณฤทธิ์³

¹ ปริญญาโท, สาขาจิตวิทยาคลินิก, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

* ผู้นิพนธ์ประสานงาน, e-mail. natthapark@gmail.com

รับบทความ: 24 สิงหาคม 2565 | แก้ไขบทความ: 27 กันยายน 2565 | ตอรับบทความ: 18 มกราคม 2566

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกายและกระบวนการรู้คิดในผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19) **วัสดุและวิธีการ** เป็นการศึกษาเบื้องต้นเชิงพรรณนาแบบสำรวจภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลช่วงระหว่างเดือนมีนาคมถึงสิงหาคม ปี พ.ศ. 2564 ในผู้ป่วยโรคจิตเภทอายุ 18-50 ปีที่เข้ารับการรักษาในหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 48 คน คัดเลือกผู้เข้าร่วมศึกษาด้วยวิธีสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง เข้าสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินกิจกรรมทางกาย และประเมินพุทธิปัญญา (MoCA; Montreal Cognitive Assessment) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ Spearman's rank correlation **ผลการศึกษา** พบว่าผู้เข้าร่วมศึกษามีกิจกรรมทางกายแบบการเดินทางมากที่สุด (ร้อยละ 40) และแบบการทำงานน้อยที่สุด (ร้อยละ 27.14) กิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอในผู้ป่วย ร้อยละ 27.08 และภาวะการรู้คิดบกพร่องร้อยละ 60.4 กิจกรรมทางกายแบบนั้นหนาแน่นโดยรวมมีความสัมพันธ์กับกระบวนการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .35$) แต่กิจกรรมทางกายโดยรวม กิจกรรมทางกายแบบทำงาน กิจกรรมทางกายแบบเดินทางไม่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการรู้คิด **สรุป** ผลการศึกษาเบื้องต้นแสดงให้เห็นว่า เฉพาะกิจกรรมทางกายแบบนั้นหนาแน่นโดยรวมมีความสัมพันธ์กับกระบวนการรู้คิด อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยันข้อสรุปดังกล่าวก่อนนำไปใช้ทางเวชปฏิบัติ

คำสำคัญ: กิจกรรมทางกาย กระบวนการรู้คิด โรคจิตเภท



Thai Journal of Clinical Psychology

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

Original Article

A Preliminary Study: The Correlation between The Physical Activity and The Cognitive Function in Patients with Schizophrenia During The Coronavirus Pandemic

Natthapark Lam^{1*}, Woraphat Ratta-apha², Kamonporn Wannarit³

¹ Master's Degree, Division of Clinical Psychology, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

² Assistant Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

³ Assistant Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

* Corresponding author, e-mail. natthapark@gmail.com

Received: 24 August 2022 | Revised: 27 September 2022 | Accepted: 18 January 2023

Abstract

Objectives: To examine the correlation between physical activity and cognitive function in patients with schizophrenia during the coronavirus pandemic. **Materials and methods:** This was a preliminary study of a descriptive cross-sectional study that collected data from March to August 2020 from patients with schizophrenia aged 18-50 years old who received medical treatment at Siriraj Hospital's Psychiatric Outpatient Unit in the amount of 48 persons by purposive sampling. The demographic information, a physical activity questionnaire, and a cognitive function assessment (MoCA; Montreal Cognitive Assessment) were assessed in patients. The data were analyzed by using SPSS, descriptive analysis, normality test by Shapiro-Wilk test, and hypothesis testing by Spearman's rank correlation. **Results:** The samples engaged in the greatest amount of travel-related physical activity (40%) and the least amount of work-related physical activity (27.14%). Physical inactivity affected 27.08% of the population. Cognitive impairment affected 60.4% of the population. Leisure-time physical activity and cognitive function were significantly correlated ($r = .35$), whereas total physical activity, work-related physical activity, and travel-related physical activity were not significantly correlated with cognitive function. **Conclusion:** This preliminary study found the leisure-time physical activity and cognitive function were significantly correlated. However, more studies should be conducted to confirm such conclusions before implement in practice.

Keywords: Physical activity, Cognitive function, Schizophrenia

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา หรือ โควิด-19 ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนทั่วโลก ในช่วงที่พัฒนาการรักษาโรคนั้น หลายประเทศได้ออกมาตรการในการควบคุมการระบาดด้วยวิธีการลดการสัมผัสระหว่างบุคคล ลดการเดินทาง (Füzeki et al., 2020) จำกัดการใช้สถานที่ที่มีความเสี่ยงในการรวมกลุ่มผู้คน เช่น สถานที่สาธารณะ โรงเรียน และเพิ่มการสื่อสารทางออนไลน์เป็นหลักในการติดต่อ การศึกษา การทำงาน (Shahidi et al., 2020) ซึ่งล้วนกระทบทั้งทางร่างกาย สุขภาพจิตและลักษณะการดำเนินชีวิตทั้งในคนทั่วไป รวมถึงผู้ป่วยโรคจิตเวช (Gavin et al., 2020)

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตเวชที่พบได้ในคนไทยราว 400,000 คน (Department of Mental Health, 2019) ซึ่งเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ การรับรู้และกระบวนการรู้คิด มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังและส่งผลให้มีความยากลำบากในการดำเนินชีวิต การทำงาน และสัมพันธ์กับผู้อื่น การบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นได้แก่ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า การทำจิตบำบัด รวมถึงการฟื้นฟูกระบวนการรู้คิด (Thongsai, 2015)

กระบวนการรู้คิด เป็นกระบวนการทางสมองระดับสูง ประกอบด้วย การรับรู้ การจดจำ การคิด การใช้ภาษา การเรียนรู้ การใช้เหตุผล ความสนใจและสมาธิ (Ramking et al., 2018) สามารถเรียกภาวะที่พบความผิดปกติทางกระบวนการรู้คิดได้ว่า ภาวะกระบวนการรู้คิดบกพร่อง ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทและถือเป็นหนึ่งในอาการสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยมักพบความยากลำบากในการสื่อสารและการตัดสินใจ ส่งผลให้ลดประสิทธิภาพการฟื้นฟูและบำบัดรักษา (Harvey et al., 2017)

นอกเหนือจากภาวะกระบวนการรู้คิดบกพร่องแล้ว ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักเผชิญกับอาการทางลบ ผลข้างเคียงจากการใช้ยา (Firth et al., 2015) มีความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงจนนำไปสู่การเกิดโรคทางกายไม่ติดต่อ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคกลุ่มเมตาบอลิก เป็นต้น อันนำไปสู่สาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นส่วนใหญ่

(Firth et al., 2016) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอสามารถลดอัตราการเกิดโรคทางกายเหล่านี้ได้ประมาณร้อยละ 30 (Saqib et al., 2020)

กิจกรรมทางกาย เป็นการเคลื่อนไหวร่างกายที่มีการใช้พลังงาน สามารถแบ่งออกเป็นสามลักษณะคือ การทำงานซึ่งเป็นการออกแรงจากการประกอบอาชีพ การเดินทางซึ่งเป็นการออกแรงเดินทางในชีวิตประจำวัน เช่น เดินหรือขี่จักรยาน และนันทนาการซึ่งเป็นการออกแรงในเวลาว่าง เช่น เวทเทรนนิ่ง เต้นแอโรบิก โยคะ และสามารถแบ่งเป็นสามระดับตามอัตราการใช้พลังงานในการออกแรงคือ ระดับมาก ปานกลาง และน้อย โดยแต่ละบุคคลควรมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางขึ้นไป (Aekplakorn, 2009) จึงจะถือว่ามีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเพื่อส่งเสริมร่างกายให้แข็งแรง พัฒนาสุขภาพจิตและนอนหลับได้ดีขึ้น (WHO, 2019) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ (Nyboe & Lund, 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม พบว่า กิจกรรมทางกายสามารถช่วยลดภาวะกระบวนการรู้คิดบกพร่องได้ โดยพบว่า การมีกิจกรรมทางกายทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านโครงสร้างและการทำงานของสมองโดยมีกลไกจากการสร้างเสริมเซลล์ในระบบประสาทและการเชื่อมโยงของเซลล์ (neurogenesis and synaptogenesis) และการสร้างหลอดเลือดในส่วนที่เกี่ยวข้อง (angiogenesis) ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ถูกควบคุมโดยการแสดงออกของยีนและโปรตีนที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตของระบบประสาท เช่น brain derived neurotrophic factor (BDNF) หรือ growth factor ชนิดต่าง ๆ กิจกรรมทางกายยังช่วยให้เกิดการไหลเวียนโลหิตไปที่สมองส่วนต่าง ๆ เช่น hippocampus และ basal ganglia ได้ดีขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปริมาตรของสมองส่วน gray matter นอกจากนี้ยังพบว่า การเพิ่มหลังของ endogenous opioids การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ช่วยสนับสนุนให้กระบวนการรู้คิดดีขึ้น (Ferrer-Uribe et al., 2022; Lubans et al., 2016) และจากงานวิจัยที่ศึกษาผลของการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและจิตเภท โดยศึกษาการเปลี่ยนแปลงของการแสดงออกและระดับโปรตีน BDNF พบว่า การออก

กำลังกายมีผลต่อระดับ BDNF ในผู้ป่วยดังกล่าวทำให้เพิ่มกระบวนการรู้คิดให้ดีขึ้นได้ กล่าวคือ กิจกรรมทางกายสามารถพัฒนากระบวนการรู้คิดในผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ด้วย (Gökçe, Güneş, & Nalçacı, 2019) การศึกษาของ Firth et al (2016) ได้ทบทวนวรรณกรรมและการวิเคราะห์อภิมานเรื่องการออกกำลังกายแบบแอโรบิกและกระบวนการรู้คิดในผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งการออกกำลังกายแบบแอโรบิกถือเป็นกิจกรรมทางกายลักษณะนั้นพบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิกพัฒนากระบวนการรู้คิดได้ โดยเฉพาะในด้านความจำระยะสั้น การรับรู้ทางสังคม ความตั้งใจและสมาธิกล่าวคือ กิจกรรมทางกายนั้นช่วยพัฒนากระบวนการรู้คิดในผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ อาจสามารถช่วยลดการเกิดโรคทางกายอันนำไปสู่สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทให้ดีขึ้น

อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกายและกระบวนการรู้คิดในบริบทของประเทศไทย อีกทั้งจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19) ซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวันนั้นย่อมส่งผลให้มีกิจกรรมทางกายที่เปลี่ยนแปลงไปจากสถานการณ์ปกติอีกด้วย จึงเป็นที่มาของการศึกษาในครั้งนี้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกายและกระบวนการรู้คิดในผู้ป่วยโรคจิตเภทในบริบทของประเทศไทยในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19) โดยเลือกใช้แบบสอบถามกิจกรรมทางกายระดับโลก (GPAQ; global physical activity questionnaire) ในการประเมินลักษณะ (การทำงาน การเดินทาง และนันทนาการ) และระดับ (มาก ปานกลาง และน้อย) ของกิจกรรมทางกายและใช้แบบประเมินพุทธิปัญญา (MoCA; Montreal cognitive assessment) ซึ่งเป็นแบบคัดกรองมาตรฐานในการประเมินกระบวนการรู้คิดในด้านมิติสัมพันธ์ การเรียกชื่อสมาธิ การใช้ภาษา ความคิดเชิงนามธรรม ความจำระยะสั้นได้ การรับรู้สภาวะรอบตัว โดยแบบประเมินทั้งสองฉบับนั้นเป็นแบบประเมินที่มีคุณภาพของแบบประเมินที่ดีและเหมาะในการเลือกใช้ตามมาตรฐานควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา (โควิด-19) ซึ่งใช้เวลาประเมินได้จำกัด และสามารถศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกายและกระบวนการรู้คิดในโรคจิตเภทได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย ได้แก่ กิจกรรมทางกายทำงานแบบหนัก ปานกลาง และโดยรวม กิจกรรมการเดินทาง กิจกรรมนันทนาการ แบบหนัก ปานกลางและโดยรวม และกระบวนการรู้คิดในผู้ป่วยโรคจิตเภท

สมมติฐาน

กิจกรรมทางกาย ได้แก่ กิจกรรมทางกายทำงานแบบหนัก ปานกลาง และโดยรวม กิจกรรมการเดินทาง กิจกรรมนันทนาการแบบหนัก ปานกลาง และโดยรวม มีความสัมพันธ์กับกระบวนการรู้คิดในผู้ป่วยโรคจิตเภท

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเบื้องต้นเชิงพรรณนาแบบสำรวจภาคตัดขวาง โดยเฉพาะช่วงเวลา 5 เดือน ช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564

ในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการตรวจที่หน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 48 คน คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายด้วยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ 1) ผู้เข้าร่วมการศึกษาต้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV-TR หรือ DSM-5 2) มีอายุ 18-50 ปี 3) เข้าใจภาษาไทย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) มีประวัติโรคทางกายที่มีผลต่อการประเมินกระบวนการรู้คิด 2) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีสติปัญญาบกพร่อง 3) มีอาการที่รบกวนความสามารถในการทำแบบประเมินกระบวนการรู้คิด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 3 ส่วน

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และระยะเวลาเจ็บป่วย

2. แบบสอบถามกิจกรรมทางกายระดับโลก (global physical activity questionnaire; GPAQ) ฉบับภาษาไทย (Aekplakorn, 2009) ใช้ประเมินลักษณะของกิจกรรมทางกาย 3 ด้าน คือ การทำงาน การเดินทาง และนันทนาการ และระดับของกิจกรรมทางกาย 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย มีจำนวน 19 ข้อ เมื่อสอบถามข้อมูลกิจกรรมทางกายครบแล้วให้แปลงระยะเวลาของแต่ละกิจกรรมเป็นนาที (ระยะเวลาสูงสุดของทุกกิจกรรมคือ 24 ชั่วโมง) คูณด้วยจำนวนวันที่ทำกิจกรรมนั้นและค่า metabolic equivalent task หรือค่า MET (ค่าพลังงานที่ร่างกายใช้ในการออกแรงกาย) ของความหนักเบาของกิจกรรมนั้น โดยกิจกรรมอย่างหนักมีค่า MET = 8 และกิจกรรมอย่างเบามีค่า MET = 4 ได้ค่า Total MET มีหน่วยเป็น MET-min/week เพื่อนำไปหารระดับกิจกรรมทางกาย โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ระดับมาก (high level) คือ 1. มีกิจกรรมทางกายแบบหนัก ≥ 3 วัน/สัปดาห์ และ Total MET ≥ 1500 MET-min/week หรือ 2. มีกิจกรรมทางกายจากการเดิน แบบหนัก หรือแบบปานกลางรวม ≥ 7 วัน และ Total MET ≥ 3000 MET-min/week

ระดับปานกลาง (moderate level) คือ 1. มีกิจกรรมแบบหนัก ≥ 3 วัน/สัปดาห์ และเวลา ≥ 20 นาที/วัน หรือ 2. มีกิจกรรมแบบปานกลาง หรือเดิน ≥ 5 วัน/สัปดาห์ อย่างน้อยวันละ 30 นาทีต่อวัน หรือ 3. กิจกรรมแบบหนัก แบบปานกลางหรือเดิน รวม ≥ 5 วัน/สัปดาห์ และ total MET ≥ 600 MET-min/week

ระดับน้อย (low level) คือ มีกิจกรรมทางกายไม่ถึงเกณฑ์กิจกรรมทางกายระดับมากและปานกลาง และหากบุคคลดังกล่าวมีกิจกรรมทางกายตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไปจะถือว่ามีความกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ

คุณภาพของเครื่องมือมีความสอดคล้อง และค่าดัชนีความตรงของเครื่องมือเท่ากับ 0.88 และ 0.99 ตามลำดับ (Visuthipanich, 2016)

3. แบบประเมินพุทธิปัญญา (the Montreal cognitive assessment-Thai version; MoCA) ฉบับภาษาไทย (Tangwongchai et al., 2009) ใช้ประเมินกระบวนการรู้คิด ทักษะต่าง ๆ ได้แก่ ความตั้งใจ สมาธิ

การบริหารจัดการ ความคิดรวบยอด มี 30 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน คะแนนเต็ม 30 คะแนน และหากผู้รับการทดสอบมีจำนวนปีการศึกษาที่น้อยกว่า 12 ปีจะเพิ่มคะแนน 1 คะแนนในการคำนวณผลรวมของคะแนน หากผู้รับการทดสอบที่ได้คะแนนตั้งแต่ 24 คะแนนลงไปจะถือว่ามีความรู้คิดที่ผิดปกติ คุณภาพของเครื่องมือมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.744 ค่าความไวเท่ากับ 0.70 และค่าความจำเพาะเท่ากับ 0.95 (Tangwongchai et al., 2009)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (COA no. Si 1049/2020) และทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ และหัวหน้าหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยประสานกับนักเวชระเบียนเพื่อคัดรายชื่อผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ในการคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง และพยาบาลจิตเวชเพื่อประเมินอาการทางจิตและความพร้อมในการเข้าร่วมการศึกษา ผู้วิจัยเป็นผู้ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์รับทราบรายละเอียดของการวิจัย และชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธโดยไม่เกี่ยวข้องกับการได้รับการรักษาตามมาตรฐาน ผู้วิจัยเป็นผู้ชักถามประวัติและดำเนินการทำแบบสอบถาม และแบบประเมินทั้งหมดโดยอ่านคำถามและให้กลุ่มตัวอย่างตอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้ความถี่ และร้อยละ วิเคราะห์ระดับความหนักเบาของกิจกรรมทางกายและกระบวนการรู้คิด โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ 75

การตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test พบค่ามีการแจกแจงแบบไม่ปกติ (มีนัยสำคัญทางสถิติของกิจกรรมทางกายและกระบวนการรู้คิด $p < .001$) จึงใช้สถิติ Spearman's rank ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกายและกระบวนการรู้คิด

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้เข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้มีจำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 100 โดยส่วนมากเป็นเพศชาย (จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 60.4) อยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี (จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 52.1) โดยมีอายุเฉลี่ย 37.52 ปี อายุน้อยที่สุด 18 ปี และอายุมากที่สุด 50 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (จำนวน 19 คน คิดเป็น

ร้อยละ 39.6) สถานภาพสมรสเป็นโสด (จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 89.6) ประกอบอาชีพแล้ว (จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0) และระยะเวลาการเจ็บป่วยระหว่าง 1-10 ปี (จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 41.7) โดยมีระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ย 13.91 ปี ระยะเวลาเจ็บป่วยน้อยที่สุด 1 ปี และมากที่สุด 34 ปี มีผู้เข้าร่วมการศึกษาที่ไม่สามารถสืบค้นระยะเวลาเจ็บป่วยได้ 1 ราย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (n = 48)

ข้อมูลส่วนบุคคล		n	ร้อยละ
เพศ	ชาย	29	60.4
	หญิง	19	39.6
อายุ (ปี)	18-20	2	4.2
	21-30	11	22.9
	31-40	10	20.8
	41-50	25	52.1
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	1	2.1
	มัธยมศึกษาตอนต้น	8	16.7
	มัธยมศึกษาตอนปลาย / ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	13	27.1
	อนุปริญญา / ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	4	8.3
	ปริญญาตรี	19	39.6
	ปริญญาโทหรือสูงกว่า	3	6.3
สถานภาพสมรส	โสด	43	89.6
	สมรส / อยู่ด้วยกัน	4	8.3
	หย่าร้าง / แยกกันอยู่	1	2.1
อาชีพ	กำลังศึกษา	4	8.3
	ว่างงาน	20	41.7
	ประกอบอาชีพ	24	50.0
ระยะเวลาเจ็บป่วย (ปี)	1-10	20	41.7
	11-20	13	27.1
	21-30	12	25.0
	31-40	2	4.2

2. การมีกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อพิจารณาลักษณะการมีกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่างจากแบบสอบถาม GPAQ โดยกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์จะมีกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 1 ลักษณะ ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้คัดกลุ่มตัวอย่างออก 4 คน เนื่องจากได้ค่าพลังงาน 0 MET-min/week ซึ่งถือว่าต่ำกว่าค่าพลังงานของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อย่างมากและเป็นไปได้อย่างยากที่จะไม่มี

กิจกรรมทางกายเลย โดยเมื่อคัดกลุ่มตัวอย่างออกแล้ว (n = 44) พบว่าผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางกายจากการเดินทางมากที่สุด (จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 40) รองลงมาเป็นนันทนาการ (จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 32.86) และจากการทำนันทนน้อยที่สุด (จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 27.14)

ค่า MET ที่คำนวณได้จากผู้ตอบแบบสอบถาม GPAQ จำนวน 44 คน มีค่ามัธยฐานของการมีกิจกรรมทางกายด้วยการทำงานแบบหนัก แบบปานกลาง และ

โดยรวมได้เท่ากับ 0 MET-min/week มีค่ามัธยฐานของกิจกรรมทางกายด้วยการเดินทางเท่ากับ 360 MET-min/week มีค่ามัธยฐานของกิจกรรมทางกายนันทนาการแบบหนักและแบบปานกลางเท่ากับ 0 MET-min/week และกิจกรรมทางกายด้านนันทนาการโดยรวมเท่ากับ 70 MET-min/week และเมื่อพิจารณากิจกรรมทางกายทุกลักษณะรวมกันแล้วจะมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 1,400 MET-min/week ดังตารางที่ 2

กิจกรรมทางกายสามารถจำแนกเป็นระดับต่าง ๆ ได้แก่ ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับมาก ใน

การวิเคราะห์ระดับกิจกรรมทางกาย ได้รวมตัวอย่าง 4 คนที่มีค่าพลังงานจากแบบสอบถาม GPAQ ต่ำกว่าปกติด้วยโดยจัดให้อยู่ในกลุ่มที่มีกิจกรรมทางกายระดับน้อย (n = 48) สามารถแบ่งระดับกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่างได้เป็น 3 กลุ่มโดยที่ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 45.83 ระดับมากจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 27.08 และระดับน้อย 13 คน คิดเป็นร้อยละ 27.08 และกิจกรรมทางกายในระดับน้อยเป็นกลุ่มกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 27.08

ตารางที่ 2 ค่า Metabolic equivalent of tasks (MET) จำแนกตามลักษณะกิจกรรมทางกาย (n = 44)

ลักษณะกิจกรรมทางกาย	$\bar{X}$	Median	S.D.	Min	Max	Percentile 25 th	Percentile 75 th
ทำงานแบบหนัก	616.36	0.00	1696.14	0	10080	0	360
ทำงานแบบปานกลาง	1316.81	0.00	4129.11	0	23250	0	450
ทำงานโดยรวม	1922.27	0.00	4497.90	0	23250	0	1180
การเดินทาง	618.63	360.00	806.88	0	3360	0	840
นันทนาการแบบหนัก	261.81	0.00	722.44	0	3360	0	0
นันทนาการแบบปานกลาง	280.45	0.00	517.91	0	2520	0	460
นันทนาการโดยรวม	542.27	70.00	923.03	0	3360	0	690
กิจกรรมทางกายโดยรวม	3069.09	1400.00	4575.88	120	23520	840	3160

P₂₅ = เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25, P₇₅ = เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75

3. กระบวนการรู้คิดของกลุ่มตัวอย่าง

การประเมินกระบวนการรู้คิดด้วยแบบประเมิน MoCA ซึ่งมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ได้คัดตัวอย่างออก 1 คน เนื่องจากได้คะแนนต่ำมาก (n = 47) ค่ามัธยฐานอยู่ที่ 23 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.34 คะแนนต่ำสุด 11 คะแนน และคะแนนสูงสุด 30 คะแนน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 ของข้อมูลคือ 21 และ 26 คะแนนตามลำดับ ซึ่งจากการที่คะแนนจาก

กลุ่มตัวอย่างนั้นมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 23 คะแนนซึ่งต่ำกว่าค่าปกติของแบบประเมินที่ 25 คะแนน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะกระบวนการรู้คิดบกพร่อง คิดเป็นร้อยละ 60.4 และกลุ่มที่มีการรู้คิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 39.6

ค่าเฉลี่ยของคะแนนจากแบบประเมิน MoCA อยู่ที่ 22.59 คะแนน และสามารถแจกแจงคะแนนเฉลี่ยเป็นรายด้านได้ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยของคะแนน MoCA จำแนกเป็นรายด้าน (n = 47)

รายด้านของ MoCA	ค่าเฉลี่ย
มิติสัมพันธ์	3.80
การเรียกชื่อ	2.93
สมาธิ	4.72
การใช้ภาษา	1.70
ความคิดนามธรรม	1.17
ความจำระยะใกล้	2.23
การรับรู้สภาวะรอบตัว	5.95
ผลรวม	22.59

4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกายและกระบวนการรู้คิด (n = 44)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกายโดยรวมและกระบวนการรู้คิด พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ค่า correlation coefficient เท่ากับ .07 เช่นเดียวกับกิจกรรมทางกายแบบทำงานแบบหนัก ปานกลาง

ทำงานโดยรวม กิจกรรมทางกายแบบเดินทาง กิจกรรมทางกายแบบนั้นหนาการแบบหนักและปานกลาง ไม่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า กิจกรรมทางกายนั้นหนาการโดยรวมมีความสัมพันธ์กับกระบวนการรู้คิดโดยมีค่า correlation coefficient อยู่ที่ .35 ($p < .05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกายจำแนกตามลักษณะและกระบวนการรู้คิด (n = 44)

	กระบวนการรู้คิด	กิจกรรมทางกายโดยรวม	ทำงานแบบหนัก	ทำงานแบบปานกลาง	ทำงานโดยรวม	เดินทาง	นั้นหนาการแบบหนัก	นั้นหนาการแบบปานกลาง	นั้นหนาการโดยรวม
กระบวนการรู้คิด	1.00	.07	.04	.08	.05	.09	.23	.26	.35*

* $p < .05$

วิจารณ์

การศึกษาเบื้องต้นเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกายและกระบวนการรู้คิด พบว่า กิจกรรมทางกายแบบนั้นหนาการและกระบวนการรู้คิดมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งถือว่าใกล้เคียงกับการศึกษาของ Firth และคณะ (Firth et al., 2016) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิก และกระบวนการรู้คิดในผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ ซึ่งการออกกำลังกายแบบแอโรบิกนับเป็นลักษณะหนึ่งของกิจกรรมทางกายลักษณะนั้นหนาการ โดยพบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิกพัฒนากระบวนการรู้คิดได้เช่นเดียวกัน

กิจกรรมทางกายทำงานแบบหนัก ปานกลาง และโดยรวม กิจกรรมทางกายเดินทางโดยรวม กิจกรรมทางกายนั้นหนาการแบบหนัก ปานกลาง และกิจกรรมทางกายโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการรู้คิดกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ได้ตั้งไว้ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากหลายปัจจัย เช่น จำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างซึ่งอาจมีการกระจายของข้อมูลมาก จากข้อมูลดิบพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางรายมีการรายงานกิจกรรมทางกายไม่ตรงกับความเป็นจริง เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้ใช้แบบสอบถามซึ่งให้กลุ่มตัวอย่างประเมินการมีกิจกรรมทางกายของตนเอง ไม่ได้ใช้การวัดกิจกรรมทาง

กายด้วยอุปกรณ์ซึ่งติดกับร่างกายของกลุ่มตัวอย่างโดยตรง จึงอาจทำให้ได้ข้อมูลที่เบี่ยงเบนจากสิ่งที่เกิดขึ้นจริง นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทอาจรายงานกิจกรรมทางกายสูงกว่าที่ได้กระทำจริง เนื่องจากอาการหลงผิดของตนเองได้บางรายอาจใช้กิจกรรมทางกายเป็นตัวช่วยลดอาการประสาทหลอน เช่น ลดเสียงที่แทรกเข้ามาในหัว ส่งผลให้มีกิจกรรมทางกายมากขึ้นเป็นครั้งคราวได้ (Abdul-Rashid et al., 2019) นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าบางรายมีความยากลำบากในการประเมินกิจกรรมทางกายของตนเอง เช่น เข้าใจว่าตนมีกิจกรรมทางกายแบบหนักแทนที่จะเป็นแบบปานกลาง (Stubbs et al., 2016) ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการศึกษานี้ที่ไม่ได้ประเมินว่าอาการทางจิตนั้นส่งผลต่อกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยหรือไม่ รวมทั้งหลายรายไม่มีข้อมูลข้างเคียง เช่น จากญาติเพื่อช่วยยืนยันความถูกต้องของสิ่งที่ได้ปฏิบัติจริง

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่นำมาวิเคราะห์นั้นมีระยะเวลาเจ็บป่วยไม่นานนัก โดยพบว่าส่วนใหญ่มีระยะเวลาเจ็บป่วยอยู่ที่ช่วง 1-10 ปี จึงยังไม่พบภาวะกระบวนการรู้คิดบกพร่องมากนัก อาจส่งผลให้กิจกรรมทางกายไม่แตกต่างไปจากคนปกติมากนัก โดยจากการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม พบว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทยาวนานนั้นจะพบภาวะกระบวนการรู้คิดบกพร่องที่สูงขึ้นด้วย (Altamura et al., 2015)

กิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีกิจกรรมทางกายแบบการเดินทางมากที่สุด (ร้อยละ 40) และมีกิจกรรมทางกายแบบการทำงานน้อยที่สุด (ร้อยละ 27.14) เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นแล้ว พบว่าแตกต่างกัน เช่น จากการศึกษาของ Abdul-Rashid et al. (2019) ที่ศึกษาปัจจัยทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับ กิจกรรมทางกายและพฤติกรรมเนือยนิ่งในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกของสถาบันสุขภาพจิต ประเทศสิงคโปร์ จำนวน 157 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีกิจกรรมทางกายการทำงานมากที่สุด (ร้อยละ 44.8) และนันทนาการน้อยที่สุด (ร้อยละ 17.3) ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลให้ลักษณะการมีกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้แตกต่างจากการศึกษาอื่น อาจเกิดเนื่องจากการศึกษานี้เก็บข้อมูลในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน อาจส่งผลต่อการเลือกมีกิจกรรมทางกายแตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกิจกรรมทางกายในกลุ่มตัวอย่างกับการศึกษาของ Ang et al. (2019) ที่ศึกษาผลลัพธ์ของความรู้ทางอาการเจ็บป่วยและ กิจกรรมทางกายที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกของสถาบันสุขภาพจิตขั้นตติยภูมิตั้งแต่ปี 2012-2015 ประเทศสิงคโปร์ จำนวน 297 คน พบว่า ลักษณะการมีกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยของ Ang et al. (2019) นั้นมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ทุกลักษณะ ซึ่งปัจจัยที่ทำให้ค่าเฉลี่ยมีความแตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากช่วงการเก็บข้อมูลดังที่อธิบายไว้ข้างต้น และกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์มีจำนวนน้อย

เมื่อพิจารณาระดับการมีกิจกรรมทางกายแล้ว สามารถแบ่งระดับกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่างได้เป็น 3 กลุ่ม โดยที่ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 45.83) และระดับมากและน้อยเท่ากัน (ร้อยละ 27.08) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่น เช่น จากการศึกษาของ Abdul-Rashid et al. (2019) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลางและน้อยเท่ากันที่ร้อยละ 42 และระดับมากร้อยละ 16

เมื่อพิจารณาความชุกของการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอในกลุ่มตัวอย่างนั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอมีประมาณหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 27.08) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Daumit et al. (2005) ที่ศึกษากิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอในผู้ป่วยอาการทางจิตรุนแรงวัยผู้ใหญ่ 200 คน ประกอบด้วยโรคจิตเภท โรคจิตอารมณ์ (schizoaffective disorder) โรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์สองชั่วพบว่ามีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอร้อยละ 25.7 จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมน้อยจะมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอสูงขึ้น (Daumit et al., 2005) จึงกล่าวได้ว่า ปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความชุกของกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอสูงกว่าการศึกษาอื่นอาจเกิดจากการขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคมซึ่งเป็นผลมาจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)

ข้อมูลด้านกิจกรรมทางกายที่พบในกลุ่มตัวอย่างนั้นอาจมีความคลาดเคลื่อนได้จากการรับรู้ที่ผิดปกติ เช่น ให้คำตอบที่ดูเกินความเป็นจริงอยู่เมื่อเทียบกับบุคคลทั่วไป จึงส่งผลให้เมื่อคำนวณค่าพลังงานของกิจกรรมทางกายโดยรวมในผู้ป่วยรายนั้น มีการใช้พลังงานสูงกว่าคนปกติหลายเท่า หากเทียบกับคนที่ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเป็นประจำก็ยังไม่ได้ว่าผู้ป่วยรายนี้ใช้พลังงานสูงกว่ามากจนมีแนวโน้มว่าข้อมูลดังกล่าวจะเป็นไปได้ยากในชีวิตประจำวัน เมื่อพิจารณาพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยรวมแล้ว ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีอาการทางลบ เช่น เฉื่อย ดูไร้อารมณ์ และมีกิจกรรมน้อยจากการว่างงาน มีสังคมน้อย รวมถึงจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ด้วยที่คนส่วนใหญ่จำเป็นต้องกักตัวอยู่ในบริเวณบ้านเพื่อลดการติดต่อสัมผัสกันส่งผลให้กิจกรรมทางกายของคนในสังคมลดน้อยลงรวมถึงผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วย เมื่อนำไปใช้ทางเวชปฏิบัติอาจต้องคำนึงถึงช่วงระยะเวลาการเก็บข้อมูลและสถานการณ์หรือปัจจัยที่มีผลต่อกิจกรรมทางกายด้วย

กระบวนการรู้คิด

กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มที่มีความบกพร่องในด้านสมาธิเพียงด้านเดียวจากการประเมินกระบวนการ

รู้คิดทั้ง 7 ด้านจากแบบประเมิน MoCA ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Arunpongpaisal and Sangsirilak (2013) ศึกษาการใช้แบบประเมินเดียวกันในผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีกระบวนการรู้คิดบกพร่อง โดยจะพบความบกพร่องในด้านความจำระยะใกล้ได้ การใช้ภาษา สมาธิและมิติสัมพันธ์ โดยปัจจัยที่ทำให้พบความบกพร่องในกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันอาจเกิดจากปัจจัย เช่น ระดับอาการ ความผิดปกติที่เกิดขึ้นต่อความคิด การรับรู้ที่แตกต่างกัน รวมถึงระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน

กลุ่มตัวอย่างมีการรู้คิดบกพร่องประมาณหนึ่งในสาม (ร้อยละ 60.4) เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นพบว่า บางการศึกษาพบความชุกของกระบวนการรู้คิดบกพร่องในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงกว่า โดยการศึกษาของ Arunpongpaisal and Sangsirilak (2013) พบความชุกของภาวะกระบวนการรู้คิดบกพร่องร้อยละ 81.3 และการศึกษาของ Wu et al. (2014) พบความชุกของภาวะกระบวนการรู้คิดบกพร่องร้อยละ 85 ซึ่งการศึกษานี้พบความชุกของการรู้คิดบกพร่องน้อยกว่าการศึกษาอื่น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นปริญญาตรี จากการศึกษาของ Wangruangsattit and Wangruangsattit (2021) พบว่า ผู้ที่จบระดับการศึกษาสูงนั้นมีโอกาสเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องน้อยกว่าผู้ที่จบการศึกษาระดับต่ำกว่า โดยพบภาวะบกพร่องในผู้จบชั้นประถมศึกษา

ข้อจำกัด

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาเบื้องต้นในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ผู้อ่านจึงควรนำข้อมูลไปใช้แปลผลอย่างระมัดระวังด้วยข้อจำกัดทางจำนวนกลุ่มตัวอย่างและบริบทในการศึกษา

สรุป

การศึกษาเบื้องต้นพบว่ากิจกรรมทางกายและกระบวนการรู้คิดไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาถึงกิจกรรมทางกายโดยแยกเป็นลักษณะแล้ว พบว่ากิจกรรมทางกายแบบ

นันทนาการและกระบวนการรู้คิดนั้นมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาเบื้องต้นครั้งนี้พบว่า ผู้เข้าร่วมศึกษามีกิจกรรมทางกายแบบการเดินทางมากที่สุด และกิจกรรมทางกายแบบการทำงานน้อยที่สุด กิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอในผู้ป่วยพบร้อยละ 27.08 และภาวะการรู้คิดบกพร่องร้อยละ 60.4 กิจกรรมทางกายแบบนันทนาการโดยรวมมีความสัมพันธ์กับกระบวนการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .35, p < .05$) แต่กิจกรรมทางกายแบบทำงานหนัก ปานกลางและโดยรวมกิจกรรมทางกายแบบเดินทาง กิจกรรมทางกายแบบนันทนาการแบบหนักและปานกลาง และกิจกรรมทางกายโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการรู้คิด

ข้อเสนอแนะ

กิจกรรมทางกายแบบนันทนาการโดยรวมมีความสัมพันธ์กับกระบวนการรู้คิด จากผลการศึกษาเบื้องต้นนี้ อาจแนะนำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีกิจกรรมทางกายแบบนันทนาการในชีวิตประจำวันเพิ่มเติม เช่น กิจกรรมการออกกำลังกายในเวลาว่าง เวทเทรนนิ่ง แอโรบิก หรือโยคะ เป็นต้น

การศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต นอกเหนือจากการเพิ่มขนาดตัวอย่างแล้ว ควรเพิ่มความแม่นยำในการศึกษาด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น เพิ่มความแม่นยำในการวัดกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้วิธีตรวจสอบข้อมูลจากการสอบถามญาติของผู้ป่วย การเก็บข้อมูลไปข้างหน้าโดยให้ผู้ป่วยจดบันทึกกิจกรรมทางกายของตนเอง หรือเลือกเครื่องมือที่สามารถตรวจวัดกับร่างกายโดยตรงเพื่อความเที่ยงในการประเมินกิจกรรมทางกาย รวมถึงการใช้แบบทดสอบที่มีความละเอียดมากขึ้น เช่น ชุดแบบทดสอบทางเชาว์ปัญญาหรือชุดแบบทดสอบทางประสาทจิตวิทยาที่มีความเป็นมาตรฐาน มีช่วงอายุเปรียบเทียบได้เพื่อศึกษาปัจจัยด้านเชาว์ปัญญาหรือประสาทจิตวิทยาที่อาจเกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางกายเพิ่มเติม เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากทุนบัณฑิตศึกษา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับความอนุเคราะห์จากคณาจารย์ หน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ อาคารผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราชเพื่อเป็นสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (References)

- Abdul-Rashid, N. A., Nurjono, M., & Lee, J. (2019). Clinical determinants of physical activity and sedentary behaviour in individuals with schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry*, 46, 62-67. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.10.004>
- Aekplakorn, W. (Ed.) (2009). *The report of physical examination in Thai population in 2008-9*. The Graphico Systems. (in Thai).
- Altamura, A. C., Serati, M., & Buoli, M. (2015). Is duration of illness really influencing outcome in major psychoses?. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(6), 1685-1699. <https://doi.org/10.3109/08039488.2014.990919>
- Ang, M. S., Nurjono, M., & Lee, J. (2019). The effects of clinical illness severity and physical activity on health-related quality of life in schizophrenia. *Quality of Life Research*, 28, 1509-1520. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02126-8>
- Arunpongpaisal, S. & Sangsirilak, A. (2013). Using MoCA-Thai to evaluate cognitive impairment in patients with schizophrenia. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 96(7), 860-5.
- Daumit, G. L., Goldberg, R. W., Anthony, C., Dickerson, F., Brown, C. H., Kreyenbuhl, J., Wohlheiter, K., & Dixon, L. B (2005). Physical activity patterns in adults with severe mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(10), 641-646. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000180737.85895.60>
- Department of Mental Health. (2019). *Did you know? Ten percents of ASEAN population have mental problems*. Retrieved October 20, 2019, from <https://www.dmh.go.th/newsdmh/view.asp?id=30011> (in Thai).
- Ferrer-Unis, B., Ramos, M. A., Busquets, A., & Angulo-Barroso, R. (2022). Can exercise shape your brain? A review of aerobic exercise effects on cognitive function and neuro-physiological underpinning mechanism. *AIMS Neuroscience*, 9(2), 150-174. <https://doi.org/10.3934/Neuroscience.2022009>
- Firth, J., Cotter, J., Elliott, R., French, P., & Yung, A. R. (2015). A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients. *Psychological Medicine*, 45(07), 1343-1361. <https://doi.org/10.1017/s0033291714003110>
- Firth, J., Stubbs, B., Rosenbaum, S., Vancampfort, D., Malchow, B., Schuch, F., Elliott, R., Nuechterlein, K. H., & Yung, A. R. (2016). Aerobic exercise improves cognitive functioning in people with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 43(3), 546-556. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw115>
- Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorchynski, P., Yung, A. R., & Vancampfort, D. (2016). Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46(14), 2869-2881. <https://doi.org/10.1017/s0033291716001732>
- Füzéki, E., Groneberg, D. A., & Banzer, W. (2020). Physical activity during COVID-19 induced lockdown: Recommendations. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 15, 25. <https://doi.org/10.1186/s12995-020-00278-9>

- Gavin, B., Lyne, J., & McNicholas, F. (2020). Mental health and the COVID19 pandemic. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 37(3), 156-158. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.72>
- Gökçe, E., Güneş, E., & Nalçacı, E. (2019). Effect of Exercise on Major Depressive Disorder and Schizophrenia: A BDNF Focused Approach. *Noro Psikiyatr Ars.*, 56(4), 302-310. <https://doi.org/10.29399/npa.23369>
- Harvey, P. D., Keefe, R. S. E., Eesley, C. E. (2017). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry volume* (10th ed.). Aptara, Inc.
- Lubans, D., Richards, J., Hillman, C., Faulkner, G., Beauchamp, M., Nilsson, M., Kelly, P., Smith, J., Raine, L., & Biddle, S., (2016). Physical activity for cognitive and mental health in youth: A systematic review of mechanisms. *Pediatrics*, 138(3), e20161642. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1642>
- Nyboe, L., & Lund, H. (2012). Low levels of physical activity in patients with severe mental illness. *Nordic Journal of Psychiatry*, 67(1), 43-46. <https://doi.org/10.3109/08039488.2012.675588>
- Ramking, N., Soonthornchaiya R. & Vuthiarpa S. (2018). The effect of a cognitive stimulation program on the cognitive function of older adults with mild cognitive impairment. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(2), 114-122. (in Thai).
- Saqib, Z. A., Dai, J., Menhas, R., Mahmood, S., Karim, M., Sang, X., & Weng, Y. (2020). Physical activity is a medicine for non-communicable diseases: A survey study regarding the perception of physical activity impact on Health wellbeing. *Risk Management and Healthcare Policy*, 13, 2949-2962. <https://doi.org/10.2147/rmhp.s280339>
- Shahidi, S. H., Stewart Williams, J., & Hassani, F. (2020). Physical activity during COVID-19 quarantine. *Acta Paediatrica*, 109(10), 2147-2148. <https://doi.org/10.1111/apa.15420>
- Stubbs, B., Firth, J., Berry, A., Schuch, F. B., Rosenbaum, S., Gaughran, F., Veronesse, N., Williams, J., Craig, T., Yung, A. R., & Vancampfort, D. (2016). How much physical activity do people with schizophrenia engage in? A systematic review, comparative meta-analysis and meta-regression. *Schizophrenia Research*, 176(2-3), 431-440. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.05.017>
- Tangwongchai, S., Charernboon, T., Phanasathit, M., Akkayagorn, L., Hemrungron, S., Phanthumchinda, L., & Nasreddine, Z. (2009). The validity of Thai version of the Montreal cognitive assessment (MoCA-T). *Dementia & Neuropsychologia*, 3(2), 136-178.
- Thongsai, S. (2015). Effectively caring schizophrenic patients in Thailand. *Journal of Nursing division*, 42(3), 159-165. (in Thai).
- Visuthipanich, V. (2016). Psychometric Testing of GPAQ among the Thai Population. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 11, 144-152. (in Thai).
- Wangruangsatit, Y., & Wangruangsatit, R. (2021). The prevalence and associated risk factors of mild cognitive impairment in elderly people in the elderly club: The prevalence and associated risk factors of mild cognitive impairment. *Buddhachinaraj Medical Journal*, 38(1), 34-47.
- World Health Organization. (2019). *Global strategy on diet, physical activity, and health*. Retrieved October 28, 2019, from <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/>
- Wu, C., Dagg, P., & Molgat, C. (2014). A pilot study to measure cognitive impairment in patients with severe schizophrenia with the Montreal cognitive assessment (MoCA). *Schizophrenia Research*, 158(1-3), 151-155. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.07.0>



วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

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

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดด้วยแนวคิดการยอมรับและพันธสัญญาในด้านความยืดหยุ่นทางใจ การเห็นคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตใจในผู้ป่วยสารเสพติด

ชัยรัชต์ ก้องเปสลาพันธ์¹, เพชรา เมธานันต์กุล², ณัฐธภัณท์สันต์ ศรีวิชัย³, นรัญชญา ศรีบูรพา⁴*

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

² นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

³ นักจิตวิทยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

⁴ นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

* ผู้นิพนธ์ประสานงาน, e-mail. naranchayas@gmail.com

รับบทความ: 19 มกราคม 2566 | แก้ไขบทความ: 8 กุมภาพันธ์ 2566 | ตอรับบทความ: 11 กุมภาพันธ์ 2566

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ การวิจัยกึ่งทดลองเพื่อทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดด้วยแนวคิดการยอมรับและพันธสัญญาในด้านความยืดหยุ่นทางใจ การเห็นคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตใจในผู้ป่วยสารเสพติด

วัสดุและวิธีการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยชายในโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น 48 ราย เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 24 ราย เครื่องมือการวิจัยคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การยอมรับและลงมือทำในผู้ป่วยสารเสพติดเพื่อประเมินความยืดหยุ่นทางใจ การเห็นคุณค่าในตนเอง ความผาสุกทางจิตใจ คู่มือการบำบัดแบบ ACT สำหรับผู้ป่วยสารเสพติด และสมุดแบบฝึกหัด สถิติที่ใช้คือสถิติพรรณนา Independent t-test และ Paired t-test

ผลการศึกษา ก่อนบำบัด พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความยืดหยุ่นทางใจ การเห็นคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตใจไม่ต่างกัน หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความยืดหยุ่นทางใจ และความผาสุกทางจิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ ยกเว้นการเห็นคุณค่าในตนเองไม่พบความแตกต่าง ในขณะที่กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดแบบ ACT พบว่า มีความยืดหยุ่นทางใจ และความผาสุกทางจิตใจ ในระยะหลังทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนการเห็นคุณค่าในตนเองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยที่กลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

สรุป การบำบัดแบบ ACT มีประสิทธิผลเพิ่มความยืดหยุ่นทางใจ และความผาสุกทางจิตใจในกลุ่มผู้ป่วยสารเสพติด อย่างไรก็ตามการเห็นคุณค่าในตนเองที่ลดลงนี้ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

คำสำคัญ: การบำบัดด้วยแนวคิดการยอมรับและพันธสัญญา, ความยืดหยุ่นทางใจ, การเห็นคุณค่าในตนเอง, ความผาสุกทางจิตใจ, ผู้ป่วยสารเสพติด



Thai Journal of Clinical Psychology

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

Original Article

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Flexibility, Self-esteem and Mental Well-Being Among Substance Use Disorder Patients

Chairatch Kongpesalaphun¹, Phetchara Metaanunkul², Natthaphansan Sriwichai³, Naranchaya Sriburapar^{4*}

¹ Physician, Senior Professional Level, Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

² Clinical Psychologist, Practitioner Level, Thanyarak Chiangmai Hospital

³ Psychologist, Thanyarak Chiangmai Hospital

⁴ Clinical Psychologist, Senior Professional Level, Thanyarak Chiangmai Hospital

* Corresponding author, e-mail. naranchayas@gmail.com

Received: 19 January 2023 | Revised: 8 February 2023 | Accepted: 11 February 2023

Abstract

Objectives: Quasi-experimental research aimed to examine the effectiveness of the manual of Acceptance and Commitment Therapy for substance use disorder patients on psychological flexibility, self-esteem, and mental well-being. **Materials and methods:** Participants consisted of 48 male in-patients with substance use disorder at Thanyarak Chiangmai Hospital and Thanyarak Khon Kaen Hospital. The participants were selected by the inclusion and exclusion criteria, 24 were in the control while 24 were in the experimental group. The research instruments included a demographic questionnaire, acceptance and action questionnaire-substance abuse (AAQ-SA) for accessing psychological flexibility, Rosenberg Self-Esteem Scale, Warwick Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS), Manual of ACT for Substance use disorder patients, and workbook. Descriptive Statistics, Independent *t*-test, and Paired *t*-test were used. **Results:** Before the intervention, psychological flexibility, self-esteem, and mental wellbeing were not significantly different. After the intervention, psychological flexibility and mental wellbeing of the experimental group were significantly higher than in the control group ($p < .01$ and $< .05$ respectively). Apart from self-esteem, differences were not found. While the experimental group with ACT, Psychological flexibility and mental wellbeing significantly increased ($p < .01$) while the self-esteem was significantly decreased ($p < .05$). Whereas the control group was not significantly different. **Conclusion:** The ACT could promote psychological flexibility and mental wellbeing in substance use disorder patients, but the low self-esteem should be further study.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Psychological flexibility, Self-esteem, Mental well-being, Substance use disorder patients

บทนำ

หลายทศวรรษที่ผ่านมา นักบำบัดพยายามแก้ไขปัญหาด้านการเสพติดสารเสพติด โดยเลือกใช้กระบวนการและรูปแบบที่หลากหลาย โดยบูรณาการร่วมกับนักวิชาชีพหลายแขนงเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยสารเสพติดได้นำไปใช้สำหรับการฟื้นฟูพฤติกรรมการใช้ยาและสารเสพติดให้เหมาะสม รวมไปถึงอาการเจ็บป่วยทางจิตใจที่มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น (Osaji et al., 2020; Haenjohn, 2017) จึงมีการพัฒนา คิดค้น และสร้างรูปแบบการบำบัดใหม่ ๆ หลายรูปแบบ เช่น รูปแบบการบำบัดแบบพฤติกรรมและการรู้คิด (cognitive behavioral therapy: CBT) ที่เป็นรูปแบบการบำบัดคลื่นลูกที่ 2 (second wave) โดยผสมผสานการบำบัดแบบพฤติกรรมนิยมร่วมกับการรู้คิด และเป็นรูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพอย่างมากสำหรับใช้ในผู้ป่วยสารเสพติด และยังถือเป็นพื้นฐานและมาตรฐานการบำบัด (gold standard) ผู้ป่วยสารเสพติดทั่วโลก (McHugh et al., 2010) แต่มักพบว่าใช้ระยะเวลาในการรักษาที่นาน จึงมีการนำหลักการบำบัดแบบพฤติกรรมและการรู้คิดมาพัฒนาใหม่เสมอ เช่น รูปแบบการบำบัดแบบ acceptance and commitment therapy ซึ่งเป็นคลื่นลูกที่ 3 (third wave) จาก CBT และเป็น mindfulness base therapy ซึ่งเน้นการเข้าใจ ยอมรับ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามบริบทและประสบการณ์ของผู้เข้ารับการบำบัด (Carvalho et al., 2021; McHugh et al., 2010)

รูปแบบการบำบัดแบบ acceptance and commitment therapy (ACT) (Haenjohn, 2017) ถูกพัฒนาขึ้นจากหลักการบำบัดแบบพฤติกรรมและการรู้คิดผสมผสานกับการบำบัดด้วยสติ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสารเสพติดได้ทบทวน เข้าใจและยอมรับในประสบการณ์ ความรู้สึกของตนเองที่พยายามหลีกเลี่ยงโดยปราศจากความกังวลหรือความรู้สึกผิด เป็นการฝึกเผชิญหน้ากับประสบการณ์ อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมด้านลบของตนเองอย่างเสรี โดยใช้กระบวนการรู้คิดของตนในการเข้าใจและสร้างความพร้อมสำหรับเปลี่ยนแปลงตนเองเป็นรูปแบบการบำบัดรักษาที่มุ่งหวังในการสร้างความหมายของชีวิต คุณค่าของตนและก่อให้เกิดเป็นความยืดหยุ่นทางใจในระยะยาวเมื่อต้องเผชิญปัญหา

เหล่านี้อีกครั้ง (Feliu-Soler et al., 2018; Kanter et al., 2006) จากการวิจัยแบบทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของโอซาจิ และคณะ (Osaji et al., 2020) พบว่าการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบ ACT ทั้งการบำบัดแบบเดี่ยว (monotherapy) และการใช้ ACT เสริมการบำบัดรูปแบบอื่น มีประสิทธิภาพดีสำหรับการบำบัดผู้ใช้สารเสพติด ทั้งด้านการลดปริมาณการเสพ ความถี่ในการใช้สารเสพติด รวมทั้งยืดระยะเวลาการหยุดใช้สารเสพติดให้นานและเลิกใช้อย่างถาวร การบำบัดแบบ ACT จะช่วยให้เกิดสมดุลทางอารมณ์ให้มีความผาสุกทางจิตใจและมีส่วนช่วยลดความเศร้าและความวิตกกังวลในผู้ป่วยสารเสพติดได้ (Davoudi et al., 2017) สำหรับการศึกษาของพาวเวอร์ และคณะ (Powers et al., 2009) ยังพบอีกว่า ACT ในกลุ่มตัวอย่างปกติที่ไม่ป่วยด้วยอาการทางจิตเวชนั้นให้ผลแทบไม่แตกต่างจากรูปแบบการบำบัดแบบ CBT แต่ในกลุ่มผู้ป่วยสารเสพติดนั้น ACT มีประสิทธิภาพดีกว่า โดย ACT จะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดได้เห็นคุณค่าและศักยภาพในตนเอง (Luoma et al., 2008; Oliver et al., 2020) มีความพึงพอใจในชีวิต (A-Tjak et al., 2015; Powers et al., 2009) เสริมสร้างความยืดหยุ่นทางใจ (Azkhosh et al., 2016; Najafi & Arab, 2020) ก่อเกิดเป็นความผาสุกทางจิตใจได้อีกทางหนึ่ง (Azkhosh et al., 2016; Ghanbari et al., 2020; Stenhoff et al., 2020) เมื่อผู้ป่วยสารเสพติดเข้าใจตนเอง มีความสุขกับสมดุลความคิดและอารมณ์ตนเอง จะมีส่วนช่วยในการเลิกและหยุดใช้สารเสพติดได้ในอนาคตได้ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิด้านการรักษาผู้ป่วยสารเสพติดได้จัดอบรมเบื้องต้นเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดแบบ ACT เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดแบบ ACT และดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบการบำบัดแบบ ACT สำหรับผู้ป่วยสารเสพติด โดยมีผู้วิพากษ์รูปแบบการบำบัดดังกล่าวเป็นทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด และนักวิชาการสาธารณสุขของโรงพยาบาล (Thanyarak Chiangmai Hospital, 2018) วัตถุประสงค์ของการพัฒนารูปแบบการบำบัดดังกล่าวคือเพื่อเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติดของโรงพยาบาลในเครือข่ายธัญญารักษ์และสถานฟื้นฟูยาเสพติดอื่นที่สนใจ ในกรณีนี้ ผู้วิจัยจึงมี

ความสนใจนำรูปแบบการบำบัดดังกล่าวมาทดลองใช้ ในผู้ป่วยสารเสพติดที่เข้ารับการรักษาดังรูปแบบผู้ป่วยใน ภายในโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่และ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น และทดสอบ ประสิทธิภาพของรูปแบบการบำบัดดังกล่าวว่ามีความ เหมาะสมหรือไม่ ซึ่งเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว รูปแบบ การบำบัดดังกล่าวอาจใช้เป็นแนวทางสำหรับการ บำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติดในลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการบำบัด แบบ ACT ในด้านความยืดหยุ่นทางใจ การเห็นคุณค่า ในตนเอง และความผาสุกทางจิตใจในผู้ป่วยสารเสพติด

สมมติฐาน

1. ผู้ป่วยสารเสพติดกลุ่มทดลองที่เข้ารับการ บำบัดแบบ ACT จะมีความยืดหยุ่นทางใจ การเห็น คุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตใจในผู้ป่วยสาร เสพติด หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ผู้ป่วยสารเสพติดกลุ่มทดลองที่เข้ารับการ บำบัดแบบ ACT จะมีความยืดหยุ่นทางใจ การเห็น คุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตใจในผู้ป่วยสาร เสพติด ในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนทดลอง

วัสดุและวิธีการ

แบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental study) แบบวัดผลก่อนและหลังมีกลุ่ม ควบคุม (pretest-posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยสารเสพติดทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในที่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ และโรงพยาบาล ธัญญารักษ์ขอนแก่น ในปี 2565

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสารเสพติดที่ได้รับการ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติเข้าร่วม โครงการ คือ 1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยโรค

ติดสารเสพติดเป็นโรคหลัก (primary diagnosed) หรือ การได้รับการวินิจฉัยโรคติดสารเสพติดเป็นโรคร่วม (co-morbidity) 3) สื่อสารและอ่านเขียนภาษาไทยได้ดี และ 4) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยทั้งในระยะคัดกรอง และระยะดำเนินการกลุ่ม เภสัชคัดออก คือ 1) มีข้อ บังชี้ถึงภาวะสมองเสื่อมเมื่อประเมินด้วยแบบทดสอบ สภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย และ 2) แพทย์ วินิจฉัยพบว่ายังคงปรากฏอาการทางจิต เภสัชยุติ ระหว่างการเข้าร่วมโครงการ คือ 1) เสียชีวิต 2) ปฏิเสธ การรักษาในโรงพยาบาลโดยมีการจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลก่อนครบกำหนด 3) มีอาการทางกายที่ต้อง ได้รับการรักษาเร่งด่วนที่โรงพยาบาลอื่น 4) ต้องเข้ารับ การกักตัวตามมาตรการป้องกันความเสี่ยงจากโรคติด เชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างใน การศึกษาครั้งนี้ โดยใช้วิธีหาอำนาจในการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) ที่ 0.80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ซึ่งคำนวณจาก งานวิจัยและตัวแปรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับการบำบัด แบบ ACT ที่ทดสอบผลของกลุ่มบำบัดตามแนว ความหมายของชีวิตที่มีต่อความมุ่งมั่นในชีวิตของ ผู้ป่วยสารเสพติดระยะติดตามผลของอัจฉรา ประการ และคณะ (Prakarn et al., 2019) โดยใช้ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรความมุ่งมั่นในชีวิต ก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่มบำบัดของกลุ่มทดลอง เมื่อ คำนวณแล้วได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.81 และจาก การแทนค่าด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 20 ราย นอกจากนี้ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อการป้องกันการสูญหาย (attrition rate) อย่างน้อย ร้อยละ 15 ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละเท่า ๆ กัน 24 ราย โดยกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มตัวอย่างจาก โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ 20 ราย และจาก โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น 4 ราย เช่นเดียวกับ กลุ่มควบคุมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลธัญญา รักษ์เชียงใหม่ 20 ราย และจากโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ขอนแก่น 4 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ส่วนดังนี้

1. เครื่องมือสำหรับการคัดกรอง คือ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (mental state examination T10: MSET10) พัฒนาโดยประเสริฐ บุญเกิด (Boongirt, 2018) เป็นแบบทดสอบมาตรฐานเพื่อใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อม โดยมีค่า sensitivity เท่ากับ 100, specificity อยู่ระหว่าง 98.40-99.40 และมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง ($\alpha = 0.91$) คะแนนอยู่ระหว่าง 0-29 คะแนน โดยจุดตัดคะแนนผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ผู้ที่เรียนประถมศึกษา และผู้ที่เรียนสูงกว่าประถมศึกษา คือ 14, 17 และ 22 คะแนนตามลำดับ

2. เครื่องมือสำหรับประเมินผลการบำบัด ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 4 ฉบับ คือ

(1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูล อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส ประวัติสารเสพติดที่ใช้

(2) แบบสอบถามชุดการยอมรับและลงมือทำในผู้ป่วยสารเสพติดเพื่อประเมินความยืดหยุ่นทางใจ (acceptance and action questionnaire - substance abuse: AAQ-SA) ของลูโอมาและคณะ (Luoma et al., 2011) ใช้สำหรับประเมินประสิทธิผลและความยืดหยุ่นทางใจหลังเข้าร่วมการบำบัดแบบ ACT ในผู้ป่วยสารเสพติด (Woodward, 1979) แปลเป็นไทยโดย ชูชาติ วงศ์อนุชิต (Wong-Anuchit, 2020) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 7 ระดับ จากการนำไปใช้กับผู้ป่วยสารเสพติดพบว่า มีค่าความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับดี ($\alpha > 0.80$) (Luoma et al., 2011; Woodward, 1979)

(3) แบบสอบถามชุด Rosenberg self-esteem scale พัฒนาขึ้นโดยโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) เป็นแบบสอบถามสำหรับประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดย ทินกร วงศ์ปการันย์ และณัทย์ วงศ์ปการันย์ (Wongpakaran & Wongpakaran, 2012) มีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดี ($\alpha = 0.86$)

(4) แบบสอบถามชุด Warwick Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS) พัฒนาโดย

เทเนนท์ และคณะ (Stewart-Brown & Janmohamed, 2008; Tennant et al., 2007) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาเพื่อประเมินความผาสุกทางจิตใจของบุคคล เป็นข้อคำถามทางบวก 14 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้รับการแปลมาแล้วมากกว่า 32 ภาษา และแปลเป็นไทยโดย ณิชฐภรณ์ สันต์ ศรีวิชัย และคณะ (Sriwichai et al., 2021) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 1.00 และมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดี ($\alpha = .95$)

3. เครื่องมือสำหรับการบำบัดผู้ป่วยสารเสพติด ประกอบด้วย คู่มือการบำบัดแบบ ACT 6 ครั้ง และสมุดแบบฝึกหัด ซึ่งเป็นการบ้านเพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดเตรียมสำหรับการบำบัดแบบ ACT ทั้ง 6 ครั้ง ซึ่งโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่พัฒนาขึ้นร่วมกับบุคลากรทางสาธารณสุขของโรงพยาบาลและผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดแบบ ACT (Thanyarak Chiangmai Hospital, 2018) โดยใช้แนวทางจากคู่มือ ACT on your recovery ของวูดวาร์ด (Woodward, 1979) ที่เชื่อว่า ACT มีส่วนช่วยให้ผู้รับการบำบัดไม่หลงกลต่อความเจ้าเล่ห์ของปิตาจความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ ด้านลบ ACT ช่วยให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจ รับมือกับสิ่งเหล่านั้นอย่างมีประสิทธิภาพ และสร้างชีวิตที่มีคุณค่าของตนเองได้อย่างมีความสุข หลักการที่ใช้ในการบำบัดแบบ ACT ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ

(1) การแยกความคิดจากการรวม (diffusion) หรือการปลดปล่อยตัวเองออกจากกระบวนการคิดที่ไม่เป็นประโยชน์ เพื่อให้สามารถนึกถึงสิ่งที่สำคัญมากกว่า

(2) การขยายขอบเขต (expansion) เป็นการปลดปล่อยความรู้สึกตึงเครียด โดยให้ความรู้สึกได้เคลื่อนไหวไปมาอย่างอิสระ และนำพลังงานไปใช้กับการสร้างชีวิตที่ดี ดีกว่าสูญเสียพลังงานไปกับการต่อสู้ที่ไม่เกิดประโยชน์

(3) การเชื่อมโยง (connection) เป็นการให้ความสำคัญกับการมีสติอยู่กับปัจจุบันแทนที่จะคิดย้อนไปถึงเรื่องราวในอดีตจนทำให้วิตกกังวลในเรื่องของอนาคต

(4) การเป็นคนช่างสังเกต (observing Self) เป็นการฝึกให้ได้รู้จักตัวเองมากขึ้น และมีความยืดหยุ่นทางจิตใจมากขึ้นจากการสังเกตตน

(5)คุณค่า (value) เป็นสิ่งที่ทฤษฎี ACT มองว่าเป็นสิ่งที่สำคัญ และเป็นสิ่งที่ควรยึดมั่นไว้เพื่อใช้เป็นยืนหยัด นำพา กำหนดทิศทาง และกระตุ้นให้กำลังใจในขณะที่กำลังก้าวไปในชีวิต

(6)การลงมือด้วยความมุ่งมั่น (committed action) จากเป้าหมายเล็กไปสู่เป้าหมายใหญ่ของชีวิต

รูปแบบการบำบัดจึงใช้ประเด็นหลัก 6 ด้านนี้ ในการพัฒนารูปแบบการบำบัด ACT สำหรับผู้ป่วยสารเสพติด โดยการบำบัดแต่ละครั้งจะมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กิจกรรมและเนื้อหาการบำบัดแบบ ACT จำนวน 6 ครั้ง

ครั้งที่	กิจกรรม/วัตถุประสงค์
1	นี่คือฉัน / เพื่อให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงการมีความคิดที่ไม่ยืดหยุ่น การพยายามควบคุมความคิด การพยายามหลีกเลี่ยง และผลของการหนีประสบการณ์ทางลบและหนีไปพึ่งยาและสารเสพติด
2	Enacted passenger on the bus / เพื่อฝึกสังเกตอารมณ์และความคิดของตน ให้รู้ทันความคิดของตน โดยเปรียบเทียบกับผู้โดยสารเป็นความคิดความรู้สึกที่เกิดขึ้น และให้ผู้รับการบำบัดได้เลือกแนวทางในการจัดการความคิดเหล่านั้น
3	อุปมาอุปไมย / เพื่อเข้าใจว่าการพยายามควบคุมความคิดของตนเอง และการฝึกแยกความคิดออกจากตนเอง และให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจว่าเขาสามารถอยู่กับความคิดทั้งด้านลบด้านบวกได้โดยไม่ต้องหลีกเลี่ยงมัน
4	การฉลองวันเกิดปีที่ 80 / เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้ตระหนักถึงสิ่งสำคัญในชีวิตและความแตกต่างระหว่างคุณค่ากับเป้าหมายในชีวิต ผ่านกิจกรรมการฉลองวันเกิดปีที่ 80
5	วางแผนชีวิตที่สอดคล้องกับคุณค่าในชีวิต / เพื่อค้นหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ปัญหาในการเดินทางสู่เป้าหมาย และเสริมสร้างพลังในการลงมือวางแผนชีวิตให้สอดคล้องกับคุณค่าที่เลือก
6	สรุปกลุ่ม / เพื่อเน้นย้ำสิ่งที่เรียนรู้ โดยเน้นย้ำคำ 3 คำ คือ เปิดใจรับ เลือกคุณค่า ลงมือทำ และยุติการบำบัด

การตรวจสอบคุณภาพคู่มือการบำบัดแบบ ACT 6 ครั้ง และสมุดแบบฝึกหัด โดยผู้วิจัยนำคู่มือและแบบฝึกหัดสำหรับการบำบัดแบบ ACT ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ว่าสามารถใช้ในการบำบัดได้อย่างชัดเจน ตรงประเด็นตามวัตถุประสงค์ โดยพิจารณา ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยค่า CVI มากกว่า 0.80 เมื่อได้รวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงและแก้ไขคู่มือและแบบฝึกหัดสำหรับการบำบัดแบบ ACT ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสารเสพติดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6 ครั้ง จำนวน 18 ราย ในปี พ.ศ. 2563 พบว่าผู้ป่วยสารเสพติดที่เข้าร่วมทดลองเครื่องมือ เข้าใจและสามารถให้ความร่วมมือในการดำเนินการกลุ่มได้เป็นอย่างดี โดยให้ความเห็นว่าการบำบัดดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจอารมณ์และยอมรับอารมณ์ของตนมากขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

แบบสอบถามชุดการยอมรับและลงมือทำในผู้ป่วยสารเสพติด แบบสอบถามชุด Rosenberg self-esteem scale และแบบสอบถามชุด Warwick Edinburgh mental well-being scale ไปดำเนินการทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยสารเสพติดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย พบว่า มีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดี โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ระหว่าง 0.76-0.93

ขั้นตอนการดำเนินการ

หลังจากได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ ตามเอกสารรับรองหมายเลข COA 001-2022 เมื่อวันที่ 17 มิถุนายน 2565 แล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม รูปแบบการบำบัดและแบบฝึกหัดทั้งหมดของโครงการไปนำร่องใช้กับผู้ป่วยสารเสพติดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อพิจารณาความเชื่อมั่นของแบบทดสอบที่ใช้ และเตรียมความพร้อมของผู้ประเมินและผู้นำกลุ่มบำบัด หลังจากนั้นผู้วิจัยติดต่อสเตเตอร์เชิญชวนกลุ่มตัวอย่างที่แพทย์มีความเห็นให้ย้ายจากระยะถอนพิษยาเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน

ระยะฟื้นฟูสภาพผู้ติดสารเสพติดเพื่อเข้าร่วมการวิจัย เมื่อมีผู้สนใจ ผู้วิจัยจึงคัดกรองเบื้องต้นด้วยการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น เพื่อคัดกรองว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติที่จะเข้าร่วมในการวิจัย เมื่อได้ผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการแล้วผู้วิจัยเริ่มประเมินระยะแรก (pretest) โดยใช้แบบสอบถาม 4 ชุด คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามชุดการยอมรับและลงมือทำในผู้ป่วยสารเสพติด แบบสอบถามชุด Rosenberg self-esteem scale และแบบสอบถามชุด Warwick Edinburgh mental well-being scale เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน จากนั้นแบ่งเป็น 2 กลุ่มโดยเรียงลำดับในตารางเลขสุ่มสำเร็จรูป เพื่อเข้าร่วมกลุ่ม ACT หรือกลุ่มควบคุม โดยแต่ละครั้งจะมีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกลุ่มครั้งละ 10-12 คน ในวันถัดไป ผู้วิจัยอีกท่านเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการกลุ่ม ACT โดยใช้ระยะเวลา 50-60 นาที จำนวน 6 ครั้ง (สัปดาห์ละ 3 ครั้ง) ควบคู่กับการรักษารูปแบบปกติของโรงพยาบาล ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการบำบัดรักษารูปแบบปกติของโรงพยาบาล โดยดำเนินการแยกช่วงเวลากันเพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และหลังเสร็จสิ้นกลุ่ม ACT ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังเข้าร่วมกลุ่ม (posttest) โดยผู้วิจัยท่านเดิมที่ประเมินก่อนเข้าร่วมกลุ่ม ทั้งนี้ขั้นตอนการดำเนินงานนี้ผู้วิจัยดำเนินการที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ให้แล้วเสร็จก่อน แล้วจึงไปดำเนินการที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โดยนักวิจัยในการคัดกรองและนักวิจัยผู้ดำเนินกลุ่มท่านเดิมตลอดโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มีการควบคุมและเปรียบเทียบสัดส่วนของคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ chi-square หรือ Fisher exact test โดยพิจารณาจากค่า expected value ในขณะที่ตัวแปรคุณลักษณะทางประชากรที่เป็นค่าต่อเนื่องใช้สถิติ independent t-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายในโค้งปกติ ส่วนตัวแปรที่ทำการศึกษาเมื่อทดสอบการแจกแจงข้อมูลเบื้องต้นโดยใช้สถิติ Sapporo Wills พบว่าคะแนนของตัวแปรความยืดหยุ่นทางใจ แบบสอบถาม

การเห็นคุณค่าในตนเอง และแบบสอบถามความผาสุกทางจิตใจ มีการกระจายในโค้งปกติ และการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก ($n < 30$) จึงทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ independent t-test และทดสอบความแตกต่างระยะก่อนและระยะหลังการทดลองด้วยสถิติ paired t-test

ผลการศึกษา

ผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการมีทั้งสิ้น 100 ราย โดยจากการคัดกรองพบว่า กลุ่มตัวอย่างยังคงปรากฏอาการทางจิต (psychotic) จำนวน 13 ราย มีข้อบ่งชี้ถึงภาวะสมองเสื่อมจำนวน 10 ราย และมีระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลน้อยจนไม่สามารถเข้าร่วมการบำบัดจนเสร็จสิ้นกระบวนการ 29 ราย คงเหลือผู้สมัครใจร่วมโครงการได้ 48 ราย

เมื่อดำเนินโครงการตามขั้นตอนการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการรักษาและมีการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนเสร็จสิ้นโครงการจำนวน 2 ราย ตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนาและต้องเข้ากักตัวจำนวน 16 ราย มีปัญหาด้านพฤติกรรมโดยก่อการทะเลาะวิวาทซึ่งรบกวนกระบวนการและสมาชิกอื่นในกลุ่มบำบัดจำนวน 1 ราย และมีอาการทางกายและแพทย์มีความเห็นให้ส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 1 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถดำเนินการให้เสร็จสิ้นได้ และต้องยุติการเข้าร่วมโครงการจำนวน 20 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดแบบ ACT ทั้งหมด ผู้วิจัยจึงทำการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมจำนวน 20 ราย เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างทดแทนกลุ่มที่ต้องยุติการเข้าร่วม ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองที่เข้ารับการบำบัดแบบ ACT ทั้งหมด 24 คน เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 29.71 ปี (S.D. = 7.44; Range = 16-47 ปี) ใช้ยาบ้าเป็นหลักร้อยละ 83.3 ในจำนวนนี้ใช้ยาบ้าอย่างเดียวร้อยละ 70.8 ซึ่งระยะเวลาการใช้สารเสพติดมาแล้วเฉลี่ย 11.75 ปี (S.D. = 6.55; Range = 2-23 ปี) การศึกษาสูงสุดคือระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 37.5 มัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 29.2 และ สูงกว่ามัธยมศึกษาร้อยละ 29.2 ในขณะที่กลุ่มควบคุมนั้นทั้งหมด 24 คนเป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 32.5 ปี (S.D. = 8.37; Range = 20-53 ปี) ใช้ยาบ้าเป็นหลักร้อยละ

87.5 ในจำนวนนี้ใช้ยาบ้าอย่างเดียวร้อยละ 58.3 ซึ่งระยะเวลาการใช้สารเสพติดมาแล้วเฉลี่ย 14.9 ปี (S.D. = 7.8; Range = 1-29 ปี) การศึกษาสูงสุดคือระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 54.1 มัธยมศึกษา

ตอนต้นร้อยละ 25.0 และสูงกว่ามัธยมศึกษาร้อยละ 16.7 เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนลักษณะทางประชากรพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะทางประชากรไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล

คุณสมบัติ	กลุ่ม ACT (n = 24)		กลุ่มควบคุม (n = 24)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)	$\bar{x}$ = 29.7, S.D. = 7.44 Range = 16-47 ปี		$\bar{x}$ = 32.5, S.D. = 8.37 Range = 20-53		.228 ^a
เพศ					
ชาย	24	100.0	24	100.0	1.000 ^b
ศาสนา					
พุทธ	23	95.8	20	83.3	.416 ^c
คริสต์	1	4.2	2	8.3	
อิสลาม	0	0.0	1	4.2	
ไม่นับถือศาสนา	0	0.0	1	4.2	
ระดับการศึกษาสูงสุด					
ประถมศึกษา	1	4.2	1	4.2	.654 ^b
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	29.2	6	25.0	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	9	37.4	13	54.1	
สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	7	29.2	4	16.7	
สารเสพติดหลักที่ใช้					
ยาบ้า ยาไอซ์	20	83.3	21	87.5	1.000 ^c
อื่น ๆ เช่น เฮโรอีน ผีน ยาเค	4	16.7	3	12.5	
ลักษณะการเสพสารเสพติด					
ใช้ยาบ้าหรือยาไอซ์อย่างเดียว	17	70.8	14	58.3	.365 ^b
ใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน	7	29.2	10	41.7	
ความถี่ในการใช้สารเสพติดหลัก					
สัปดาห์ละครั้ง	3	12.5	4	16.7	.103 ^c
สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง	3	12.5	9	37.5	
สัปดาห์ละ 4-5 ครั้ง	5	20.8	1	4.2	
มากกว่า 5 ครั้งต่อสัปดาห์	13	54.2	10	41.6	
ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด (ปี)	$\bar{x}$ = 11.7, S.D. = 6.55 Range = 2-23		$\bar{x}$ = 14.9, S.D. = 7.88 Range = 1-29		.142 ^a

หมายเหตุ: ^a Independent t-test, ^b Chi Square, ^c Fisher Exact test

ก่อนการทดลองพบว่า กลุ่ม ACT และกลุ่มควบคุมมีคะแนนความยึดหยุ่นทางใจ การเห็นคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจทางจิตใจ ไม่แตกต่างกัน โดยกลุ่ม ACT มีคะแนนความยึดหยุ่นทางใจเฉลี่ย 76.75 คะแนน (S.D. = 12.50) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 76.38 คะแนน (S.D. = 12.81) ส่วนด้านการเห็นคุณค่าในตนเองพบว่า กลุ่ม ACT มีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองเฉลี่ย 22.46 คะแนน (S.D. = 3.68) ในขณะที่

กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 22.00 คะแนน (S.D. = 5.08) และกลุ่ม ACT มีคะแนนความพึงพอใจทางจิตใจเฉลี่ย 46.17 คะแนน (S.D. = 9.00) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 44.79 คะแนน (S.D. = 11.31) ดังแสดงในตารางที่ 3

หลังการทดลองพบว่า กลุ่ม ACT มีคะแนนความยึดหยุ่นทางใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และความพึงพอใจ

จิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนความยืดหยุ่นทางใจของกลุ่ม ACT เฉลี่ย 86.79 คะแนน (S.D. = 17.60) ในขณะที่กลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ย 73.25 คะแนน (S.D. = 12.73) ส่วนคะแนนความพึงพอใจทางจิตใจของกลุ่ม ACT เฉลี่ย 52.29 คะแนน (S.D. = 10.47) ในขณะที่กลุ่ม

ควบคุมคะแนนเฉลี่ย 48.13 คะแนน (S.D. = 15.55) ส่วนการเห็นคุณค่าในตนเองนั้นหลังการทดลองพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน โดยกลุ่ม ACT คะแนนเฉลี่ย 20.25 คะแนน (S.D. = 3.83) ในขณะที่กลุ่มควบคุม 20.79 คะแนน (S.D. = 3.74) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ACT และกลุ่มควบคุมด้านคะแนนความยืดหยุ่นทางใจ การเห็นคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจทางจิตใจ ระยะเวลา ก่อน และหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่ม ACT (n = 24)		กลุ่มควบคุม (n = 24)		t	p-value	95% CI	
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			Lower	Upper
ก่อนทดลอง								
ความยืดหยุ่นทางใจ	76.75	12.50	76.38	12.81	.103	.919	-6.978	7.728
การเห็นคุณค่าในตนเอง	22.46	3.68	22.00	5.08	.358	.722	-2.127	3.044
ความผาสุกทางจิตใจ	46.17	9.00	44.79	11.31	.466	.643	-4.571	7.321
หลังทดลอง								
ความยืดหยุ่นทางใจ	86.79	17.60	73.25	12.73	3.055	.004**	4.595	22.489
การเห็นคุณค่าในตนเอง	20.25	3.85	20.79	3.74	-.494	.623	-2.747	1.663
ความผาสุกทางจิตใจ	52.29	10.47	48.13	15.55	2.050	.046*	0.131	14.202

หมายเหตุ: ** $p < .01$, * $p < .05$

เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนความยืดหยุ่นทางใจ การเห็นคุณค่าในตนเอง และความพึงพอใจทางจิตใจไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่ม ACT นั้น คะแนนความยืดหยุ่นทางใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยก่อนทดลองคะแนนเฉลี่ย 76.75 คะแนน (S.D. = 12.50) และหลังทดลองคะแนนเฉลี่ย 86.79 คะแนน (S.D. = 17.60) เช่นเดียวกันกับคะแนนความพึงพอใจทางจิตใจที่พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยก่อนทดลองคะแนนเฉลี่ย 46.17 คะแนน (S.D. = 9.00) และหลังทดลองคะแนนเฉลี่ย 55.29 คะแนน (S.D. = 10.47) ส่วนคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองนั้นหลังการเข้าร่วมกลุ่ม ACT ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยก่อนทดลองคะแนนเฉลี่ย 22.46 คะแนน (S.D. = 3.69) และหลังทดลองคะแนนเฉลี่ย 20.25 คะแนน (S.D. = 3.85) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้านความยืดหยุ่นทางใจ การเห็นคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจทางจิตใจก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		t	p-value	95% CI	
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			Lower	Upper
กลุ่ม ACT (n = 24)								
ความยืดหยุ่นทางใจ	86.79	17.60	76.75	12.50	3.002	.006**	3.122	16.962
การเห็นคุณค่าในตนเอง	20.25	3.85	22.46	3.69	-2.311	.030*	-4.185	-.232
ความผาสุกทางจิตใจ	55.29	10.47	46.17	9.00	4299	<.001***	4.734	13.516
กลุ่มควบคุม (n = 24)								
ความยืดหยุ่นทางใจ	73.25	12.73	76.38	12.81	-.851	.403	-10.720	4.470
การเห็นคุณค่าในตนเอง	20.79	3.74	22.00	5.08	1.229	.232	-3.243	.826
ความผาสุกทางจิตใจ	48.13	13.55	44.76	11.31	1.345	.192	-1.793	8.459

หมายเหตุ: *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

วิจารณ์

กลุ่มบำบัดแบบ ACT มีความยืดหยุ่นทางใจเพิ่มขึ้น

การศึกษาครั้งนี้แสดงถึงประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดแบบ ACT ในด้านการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางใจในผู้ป่วยสารเสพติดที่กำลังรักษาอยู่ในโรงพยาบาลตติยภูมิด้านยาเสพติด เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 50-60 นาที ดำเนินการตาม 6 ประเด็นหลักของ ACT หลังจากเข้าร่วมกลุ่มบำบัดผู้ป่วยที่ได้รับกลุ่มบำบัดแบบ ACT มีความยืดหยุ่นทางใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่าง ผลการศึกษานี้เป็นไปในทางเดียวกันกับรายงานการวิจัย ของ ฮอสเซนินีจาด และคณะ (Hoseininezhad et al., 2022) ที่พบว่ามารดาที่ติดยาเสพติดมีความยืดหยุ่นทางใจเพิ่มขึ้นหลังจากที่ได้รับกลุ่มการให้คำปรึกษาแบบ ACT จำนวน 12 ครั้ง รวมทั้งการศึกษาของ โกลิซาเดห์ และคณะ (Gholizadeh et al., 2021) พบว่า 8 ครั้งของการบำบัดด้วยกลุ่ม ACT มีผลเพิ่มความยืดหยุ่นทางใจและลดการอยากเสพในผู้ติดยาเสพติด และการศึกษาเปรียบเทียบผลการบำบัดแบบกลุ่ม ACT กับการบำบัดแบบกลุ่ม 12 ขั้นตอนในผู้ติดยาเสพติดที่กำลังอยู่ในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพ ของซาคักห์ และคณะ (Azkhosh et al., 2016) พบว่ากลุ่มบำบัดแบบ ACT ทำให้ความยืดหยุ่นทางใจเพิ่มขึ้นและเพิ่มมากกว่ากลุ่ม 12 ขั้นตอน การที่ความยืดหยุ่นทางใจเพิ่มขึ้นอาจอธิบายได้ว่า ในแต่ละครั้งของการบำบัดแบบ ACT ผู้ป่วยจะถูกกระตุ้นให้ทบทวนเหตุการณ์ในอดีตที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติด ในระหว่างการทบทวนอาจก่อให้เกิดความอยากยา ความละอายใจ หรือความรู้สึกผิดขึ้นได้ ซึ่งความรู้สึกและความคิดทางลบเหล่านี้มักก่อให้เกิดความคิดอัตโนมัติในการหลีกเลี่ยงสถานการณ์นั้นอันเนื่องมาจากความรู้สึกเจ็บปวดจากเหตุการณ์ในอดีต และอาจกลับไปเสพต่อเพราะทนกับความคิดความรู้สึกทางลบเหล่านั้นไม่ได้ ทำให้ผู้ติดยาเสพติดไม่สามารถออกจากวงจรของการเสพติดได้ ซึ่งการบำบัดแบบ ACT ในแต่ละครั้งของการบำบัด ผู้รับการบำบัดจะได้รับการฝึกให้แยกความคิดออกจากตัวตน ฝึกการยอมรับกับเหตุการณ์ในอดีต ฝึกการเชื่อมโยงกับปัจจุบันขณะ โดย

ที่ตัวตนเป็นบริบท ระบุค่านิยม และการทำตามพันธสัญญา ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นหลักการของ ACT และเมื่อผู้รับการบำบัดผ่านกระบวนการฝึกเหล่านี้จะลดการโทษตนเอง การโทษผู้อื่น สามารถยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วได้ และมีการวางแผนการดำเนินชีวิตในอนาคต จึงก่อให้เกิดความยืดหยุ่นทางใจ ดังที่งานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อถักของอี และคณะ (Li et al., 2019) ซึ่งได้สรุปว่า การบำบัดแบบ ACT เข้าไปปรับเปลี่ยนความยืดหยุ่นทางใจ ซึ่งเป็นกระบวนการเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงการใช้สารเสพติด ช่วยให้การหยุดใช้สารได้มากกว่าการบำบัดที่เป็นที่นิยมอื่น ๆ เช่น brief motivational intervention หรือกลุ่ม 12 ขั้นตอน เป็นต้น

กลุ่มบำบัดแบบ ACT มีการเห็นคุณค่าในตนเองลดลง

ในกลุ่มควบคุมพบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกันในขณะที่กลุ่ม ACT พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งค่อนข้างแตกต่างอย่างมากเมื่อเทียบกับงานวิจัยอื่น ๆ ที่ดำเนินการวิจัยในลักษณะเดียวกันในผู้ป่วยสารเสพติด (Luoma et al., 2008; Oliver et al., 2020) ซึ่งจากการพูดคุยสอบถามกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง พบว่า การเข้าร่วมกลุ่ม ACT ทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้ทบทวนชีวิตที่ผ่านมาของตน จากเดิมที่รู้สึกว่าเป็นหัวหน้ากลุ่ม เป็นคนที่เพื่อนให้การยอมรับ แต่เมื่อผู้รับการบำบัดได้ทบทวนถึงสิ่งที่มีคุณค่า กลับพบว่าตนเองไม่ได้มีอะไรดีเลย และต้องการปรับปรุงตนเองให้เป็นไปตามค่านิยมทางสังคม คือการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเลิกใช้สารเสพติด ซึ่งโดยปกติแล้วการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำนั้นมักพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพติด ทั้งการเสพติดอินเทอร์เน็ต การเสพติดการรับประทาน และการเสพติดสาร (Andreassen et al., 2017) ฮาร์ทนี (Hartney, 2020) ได้กล่าวว่าผู้ป่วยสารเสพติดหลายรายใช้สารเสพติดเพียงเพื่อเพิ่มความรู้สึกมั่นใจในตนเอง แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไปความรู้สึกมั่นใจในตนเองเหล่านี้จะเริ่มจางหายไปและกลายเป็นคนที่เห็นคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากผู้ป่วยมองว่าตนเองนั้นเป็นคนที่ล้มเหลวในชีวิตหลายด้าน

(Chiang Mai Juvenile and Family Court Counselling Center, 2014) สำหรับการใช้ CBT ซึ่งเป็นพื้นฐานแนวคิดการบำบัดแบบ ACT มาใช้กับหญิงที่มีสามีใช้สารเสพติดพบว่าสามารถเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองได้ (Salehyan & Aghabeiki, 2011) การศึกษานี้ก็กลับพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองลดลงนี้ เมื่อพิจารณาจากผู้ป่วยสารเสพติดที่เข้าร่วมกลุ่ม ACT และได้ทบทวนตนเองจากกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมพบว่า ความภาคภูมิใจในตนเองเดิมนั้น ไม่ได้เป็นความภาคภูมิใจในตนเองที่แท้จริง เมื่อกลุ่มการบำบัดได้ให้ข้อมูล และลองค้นหาตนเองทั้งด้านอารมณ์ พฤติกรรม รวมทั้งการรู้จัก ผู้ป่วยจึงเกิดการตระหนักรู้ว่าตนเองนั้นเป็นคนไม่ดี ไม่มีความสำคัญ บางครั้งเกิดความรู้สึกไม่ชอบตนเอง ขาดความสามารถในการคิดหรือการทําส่งต่าง ๆ ชีวิตรวมทั้งการทำงานไม่ประสบผลสำเร็จ โดยมีมุมมองว่าตนนั้นเป็นทั้งผู้ไร้ค่าและเป็นผู้ที่ติดสารเสพติด และไม่สามารถตั้งศักยภาพของตนเองออกมาใช้และสร้างความภาคภูมิใจในตนเองได้ ประเด็นดังกล่าวนี้ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมด้านการเห็นคุณค่าในตนเองและปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ใช้ความยืดหยุ่นทางความคิดและจิตใจ ได้มาปรับใช้กลุ่ม ACT เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในลำดับถัดไป

กลุ่มบำบัดแบบ ACT มีความผาสุกทางจิตใจเพิ่มขึ้น

หลังจากเข้าร่วมกลุ่ม ACT กลุ่มทดลองมีความผาสุกทางจิตใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาหลายชิ้นเช่น การศึกษาของแวร์เซเบ (Wersebe et al., 2018) ในประเทศเยอรมนีที่พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมกลุ่ม ACT กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความผาสุกทางจิตใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ทั้งในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล นอกจากนี้ในกลุ่มผู้ป่วยสารเสพติดก็ได้ผลเช่นเดียวกัน เช่น การวิจัยของซาคักห์ (Azkhosh et al., 2016) ที่พบว่าความผาสุกทางจิตใจของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังเข้าร่วมกลุ่มบำบัดแบบ ACT โดยมีค่าความแตกต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.15 ($p < .01$) รวมทั้งการวิจัยในผู้ป่วยสารเสพติดในศูนย์บำบัดยาเสพติดประเทศ

อิหร่านที่พบว่ากลุ่มบำบัด ACT มีประสิทธิภาพและยังช่วยให้ผู้ป่วยมีความความผาสุกทางจิตใจโดยเฉพาะในด้านการจัดการสมดุลอารมณ์ของตนได้ โดยลดอารมณ์ทางด้านลบของผู้ป่วยสารเสพติด ทั้งอารมณ์เศร้า และความวิตกกังวลลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Hashemi et al., 2022) โดยจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ จินห์จุกา ชัยเสนา ดาลลาส และคณะ (Dallas et al., 2021) ที่กล่าวว่า หลักการบำบัดแบบ ACT นั้นจะช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นในชีวิต ซึ่งสิ่งนี้เป็นพื้นฐานสำคัญและมีส่วนช่วยส่งเสริมความผาสุกทางจิตใจให้แก่ผู้ป่วยสารเสพติด เพราะความผาสุกทางจิตใจเป็นสมมูลของอารมณ์ทางบวกและอารมณ์ทางด้านลบ เป็นภาวะแห่งความรู้สึกเป็นสุข และมีความพึงพอใจต่อสถานการณ์ที่เข้ามาในชีวิต (Yurayat, 2011) ACT ยังช่วยให้ผู้ป่วยสารเสพติดได้สร้างวิถีคิดและมีมุมมองชีวิตใหม่ โดยยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นและไม่พยายามจัดการความคิดของตน ด้วยเทคนิคที่ได้เรียนรู้จากกลุ่มบำบัดแบบ ACT ในการจัดการความคิดเหล่านั้น นอกจากนี้ ACT ยังมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสารเสพติดมีการปรับปรุงด้านการยอมรับความรู้สึกอยากยา และความรู้สึกด้านลบในตนเองอย่างเป็นระบบ เปิดใจและยอมรับสิ่งต่าง ๆ มากขึ้น มีมุมมองชีวิตที่เปลี่ยนไป มีการตั้งเป้าหมายของชีวิต ส่งผลให้มีความกระตือรือร้นและให้ความร่วมมือในการบำบัดมากยิ่งขึ้น และมีความรับผิดชอบต่อพันธสัญญาที่ให้กับผู้บำบัดอย่างจริงจังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับค่านิยม (Azkhosh et al., 2016; Mosel, 2022) ความคิดที่ยืดหยุ่นจะช่วยจัดการสมมูลของอารมณ์จึงดีขึ้นตามลำดับ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่ม ACT จึงมีความผาสุกทางจิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป

ก่อนบำบัดแบบ ACT พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติทางประชากร ความยืดหยุ่นทางใจ การเห็นคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตใจไม่ต่างกัน หลังการทดลองบำบัดแบบ ACT พบว่ากลุ่มทดลองมีความยืดหยุ่นทางใจ และความผาสุกทางจิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นการเห็นคุณค่าในตนเองไม่พบความแตกต่าง

ในขณะที่กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดแบบ ACT พบว่ามีความยืดหยุ่นทางใจ และความผาสุกทางจิตใจ ในระยะหลังทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การเห็นคุณค่าในตนเองลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยที่กลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงแสดงให้เห็นว่า ACT มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความยืดหยุ่นทางใจและความผาสุกทางจิตใจในกลุ่มผู้ติดสารเสพติด

ข้อเสนอแนะ

รูปแบบการบำบัดแบบ ACT ที่คณะนักวิจัยพัฒนาขึ้นนี้ มีความสามารถในการส่งเสริมความยืดหยุ่นทางใจและด้านความผาสุกทางจิตใจ แต่ยังไม่ชัดเจนในด้านการเห็นคุณค่าในตนเองที่ลดลง ซึ่งลดลงหลังการทดลองกลุ่ม ACT จึงควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ รวมทั้งด้านการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยสารเสพติดเพิ่มเติมต่อไป อย่างไรก็ตามบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดสามารถนำรูปแบบการบำบัดแบบ ACT นี้ เป็นทางเลือกและนำไปใช้กับกลุ่มผู้ติดสารเสพติด เพื่อส่งเสริมความยืดหยุ่นทางใจและความผาสุกทางจิตใจได้

เอกสารอ้างอิง (References)

- Andreassen, C. S., Pallesen, S., & Griffiths, M. D. (2017). The relationship between addictive use of social media, narcissism, and self-esteem: Findings from a large national survey. *Addictive Behaviors*, 64, 287-293.
- A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychother Psychosom*, 84(1), 30-36.
- Azkhosh, M., Farhoudian, A., Saadati, H., Shoaee, F., & Lashani, L. (2016). Comparing acceptance and commitment group therapy and 12-steps narcotics anonymous in addict's rehabilitation process: A randomized controlled trial. *Iranian Journal of Psychiatry*, 11(4), 244-249.
- Boongird, P. (2018). Mental state examination T-10. *Dementia Association of Thailand Newsletter*, 10, 1-4. https://w1.med.cmu.ac.th/anes/wp-content/uploads/2020/10/Newsletter_MSET10-2.pdf (in Thai).
- Carvalho, S. A., Trindade, I. A., Duarte, J., Menezes, P., Patrão, B., Nogueira, M. R., Guimaraes, R., Lapa, T., Pinto-Gouveia, J., & Castilho, P. (2021). Efficacy of an ACT and compassion-based ehealth program for self-management of chronic pain (iactwithpain): Study protocol for a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 12, 630766. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.630766>
- Chiang Mai Juvenile and Family Court Counselling Center. (2014). *Chiang Mai Juvenile and Family Court Offense statistics*. Chiang Mai Juvenile and Family Court. (in Thai).
- Dallas, J. C., Joulmet, P., Dechchaiyos, P., Khuninthong, M., Boonchuam, S., & Sitanon, T. (2021). Cultivating resilience in life and drug abstinence intention: Perspectives of substance-abusing youths. *Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 29(3), 29-40. (in Thai).
- Davoudi, M., Omid, A., Sehat, M., & Sepehrmanesh, Z. (2017). The effects of acceptance and commitment therapy on man smokers' comorbid depression and anxiety symptoms and smoking cessation: A randomized controlled trial. *Addiction And Health*, 9(3), 129-138.
- Feliu-Soler, A., Montesinos, F., Gutiérrez-Martínez, O., Scott, W., McCracken, L. M., & Luciano, J. V. (2018). Current status of acceptance and commitment therapy for chronic pain: A narrative review. *Journal of Pain Research*, 11, 2145-2159.
- Ghanbari, H., Toozandehjani, H., & Nejat, H. (2020). Comparison of the effectiveness of

- acceptance and commitment therapy and quality of life improvement training on distress tolerance and self-destructive behaviors in substance abusers. *International Journal of Basic Science in Medicine*, 5(1), 28-32. <https://doi.org/10.34172/ijbsm.2020.07>
- Gholizadeh, B., Ghamari Givi, H., & Sadri Damirchi, E. (2021). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive flexibility and craving in substance-dependent individuals. *Research on Addiction*, 15(59), 205-226. <https://doi.org/10.52547/etiadpajohi.15.59.205>
- Haenjohn, J. (2017). *Acceptance and commitment therapy (ACT): A new capacity development strategy*. Get good creation. (in Thai).
- Hartney, E. (2020, September 17). *How to know if you have an internet addiction and what to do about it*. Verywell Mind. Retrieved January 1, 2022, from <https://www.verywellmind.com/internet-addiction-4157289>
- Hashemi, Z., Eyni, S., & Ebadi, M. (2022). Effectiveness of acceptance and commitment therapy in depression and anxiety in people with substance use disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 16(1), e110135. <https://doi.org/10.5812/ijpbs.110135>
- Hoseininezhad, N., Alborzi, M., & MamSharifi, P. (2022). Effectiveness of cognitive behavioral counseling based on acceptance and commitment therapy (ACT) for psychological flexibility in drug-abusing mothers. *Psychological Science*, 20(107), 2011-2025. <https://doi.org/10.52547/JPS.20.107.2011>
- Ii, T., Sato, H., Watanabe, N., Kondo, M., Masuda, A., Hayes, S. C., & Akechi, T. (2019). Psychological flexibility-based interventions versus first-line psychosocial interventions for substance use disorders: Systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 13, 109-120. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.07.003>
- Kanter, J. W., Baruch, D. E., & Gaynor, S. T. (2006). Acceptance and commitment therapy and behavioral activation for the treatment of depression: Description and comparison. *Behavior analyst*, 29(2), 161-185.
- Luoma, J. B., Drake, C. E., Kohlenberg, B. S., & Hayes, S. C. (2011). Substance abuse and psychological flexibility: The development of a new measure. *Addiction Research and Theory*, 19(1), 3-13.
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Bunting, K., & Rye, A. K. (2008). Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addiction Research and Theory*, 16(2), 149-165.
- McHugh, R. K., Hearon, B. A., & Otto, M. W. (2010). Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 511-525.
- Mosel, S. (2022). *Acceptance and commitment therapy for substance use disorders*. American Addiction Centers. <https://americanaddictioncenters.org/therapy-treatment/act>
- Najafi, L., & Arab, A. (2020). The efficacy of acceptance and commitment therapy on psychological resilience in women with substance use disorder. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, 9(2), e92102. <https://doi.org/10.5812/ijhrba.92102>
- Oliver, J., Bennett, R., & Harris, R. (2020). *The mindfulness and acceptance workbook for self-esteem: Using acceptance and commitment therapy to move beyond negative self-talk and embrace self-compassion*. New Harbinger.
- Osaji, J., Ojimba, C., & Ahmed, S. (2020). The use of acceptance and commitment therapy in substance use disorders: A review of literature.

- Journal of Clinical Medicine Research*, 12(10), 629-633. <https://doi.org/10.14740/jocmr4311>
- Powers, M. B., Zum Vörde Sive Vörding, M. B., & Emmelkamp, P. M. G. (2009). Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(2), 73-80.
- Prakarn, A., Hongyantarachai, T., & Sirikiattikul, P. (2019). The effects of group logotherapy on purpose in life among drug addicted patients during aftercare. *Rajapark Journal*, 13(31), 111-124. (in Thai).
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Salehyan, M., & Aghabeiki, A. (2011). The effectiveness of cognitive-behavioural group therapy on the enhancement of the self-esteem of women with husbands affected by substance dependency disorder. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 1698-1702.
- Sriwichai, N., Boonchiang, W., & Kreausukon, P. (2021). The correlation between mental health literacy, mental well-being, and loneliness among students at Chiang Mai University. *Journal of Human Sciences*, 22(1), 143-161. (in Thai).
- Stenhoff, A., Steadman, L., Nevitt, S., Benson, L., & White, R. G. (2020). Acceptance and commitment therapy and subjective wellbeing: A systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials in adults. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 256-272. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.08.008>
- Stewart-Brown, S., & Janmohamed, K. (2008). *Warwick-Edinburgh mental well-being scale user guide version 1*. NHS Health Scotland.
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J., & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS): Development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(1), 63.
- Thanyarak Chiangmai Hospital. (2018). *The developing of acceptance and commitment therapy (ACT) for treating drug and substance patients in Thanyarak Chiangmai Hospital*. Thanyarak Chiangmai Hospital. (in Thai).
- Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A. H., Hofer, P., & Gloster, A. T. (2018). The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an acceptance and commitment therapy self-help intervention. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 60-68.
- Wong-Anuchit, C. (2020). *Thai acceptance and action questionnaire-substance abuse (Thai AAQ-SA): The psychological flexibility assessment*. Faculty of Nursing, Mahasarakham University. (in Thai).
- Wongpakaran, T., & Wongpakaran, N. (2012). A comparison of reliability and construct validity between the original and the revised version of the Rosenberg self-esteem scale. *Psychiatry Investig*, 9(1), 54-58. (in Thai).
- Woodward, L. (1979). *ACT on your recovery-A fifteen session group work manual*. Retrieved October 30, 2017, from <https://contextualscience.org/search/node/ACT%20on%20your%20recovery>.
- Yurayat, P. (2011). *A study and development of psychological well-being of university students* [Doctoral dissertation. Srinakharinwirot University]. Central Library, Srinakharinwirot University. http://thesis.swu.ac.th/swudis/Coun_Psy/Pha morpun_Y.pdf (in Thai).



วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

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

บทความฟื้นฟูวิชาการ

แนวทางการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวชาเทียร์สำหรับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง

ก้องภพ ชันติพงศ์พันธุ์¹, อัจฉรา นันทะศรี^{2*}, นฤมล พระใหญ่¹, สิทธิพร ครามานนท์¹

¹ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

² คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

* ผู้นิพนธ์ประสานงาน, e-mail. achara.nun@lru.ac.th

รับบทความ: 7 ธันวาคม 2564 | แก้ไขบทความ: 4 กุมภาพันธ์ 2565 | ตอรับบทความ: 18 กรกฎาคม 2565

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวชาเทียร์สำหรับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (high expressed emotion: HEE) มีเนื้อหาประกอบด้วย แนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์ แนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวชาเทียร์ เป้าหมายการให้คำปรึกษาครอบครัว เทคนิคการให้คำปรึกษาครอบครัว ตัวอย่างโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ให้คำปรึกษาและเพื่อการวิจัย ผู้เขียนหวังว่าบทความนี้จะประโยชน์ต่อผู้ให้คำปรึกษานำไปเป็นแนวทางลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัวอันจะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันทั้งภาษาพูด หรือภาษาท่าทาง เพื่อสื่อถึงอารมณ์หรือทัศนคติที่ตนเองมีต่อบุคคลในครอบครัวอย่างเหมาะสม ทำให้เกิดความสัมพันธ์อันดีต่อกัน

คำสำคัญ: การให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวชาเทียร์, การแสดงออกทางอารมณ์สูง, การให้คำปรึกษา



Thai Journal of Clinical Psychology

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

Review Article

Satir Family Counseling Guideline for High Expressed Emotion Families

Kongphob Khantipongpunthu¹, Achara Nuntasri^{2*}, Narulmon Prayai¹, Sittiporn Kramanon¹

¹ Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

² Faculty of Education, Loei Rajabhat University

* Corresponding author, e-mail. achara.nun@lru.ac.th

Received: 7 December 2021 | Revised: 4 February 2022 | Accepted: 18 July 2022

Abstract

This article aims to present the satir family counseling guideline for high expressed emotion (HEE) families. The content consists of expressed emotion concepts, satir family counseling concepts, goals of family counseling, family counseling techniques, family counseling approach guidelines, and advice to the counselors and research. The authors hope that this article will be a benefit to the counselor by bringing it to reduce the high expressed emotion in families which affect family members expressed emotion toward others for example verbal and non-verbal showing emotion and attitude to them. It set up a good relationship with each other.

Keywords: Satir family counseling, High expressed emotion, Counseling

บทนำ

ปัจจุบันในยุคโลกาภิวัตน์ (globalization) ให้ความสำคัญกับระบบทุนนิยม การค้าเสรี การเคลื่อนย้ายแรงงาน เชื่อมโยงถึงวัฒนธรรมการบริโภคนิยม (consumerism) (Naipinit et al., 2014; Parapleewan, 2019) ทำให้ผู้คนแสวงหาซื้อของทรัพย์สินต่าง ๆ เกิดการเอารัดเอาเปรียบทำให้พ่อแม่ต้องพยายามหารายได้ให้เพียงพอต่อการใช้จ่ายในครอบครัว ส่งผลให้มีเวลาให้ครอบครัวน้อยลง ครอบครัวขาดความสมดุล โดยพบปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น จากสถิติพฤติกรรมความรุนแรงต่อเด็กในพื้นที่ชุมชนภายใต้บริการด้านสังคมของนักสังคมสงเคราะห์ ทีมชุมชนองค์การเฟรนด์อินเตอร์เนชันแนล ประเทศไทยพบว่าผู้ปกครองมีพฤติกรรมใช้ความรุนแรงต่อเด็กในด้านอารมณ์มากที่สุดร้อยละ 64 (Friends-International Thailand, 2018) บทความนี้เน้นการแสดงออกทางอารมณ์สูง ที่มาจากแนวคิดของ Brown 2 ระดับ คือการแสดงออกทางอารมณ์สูง (high expressed emotion: HEE) และการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ (low expressed emotion: LEE) (Jenkins & Karno, 1992) ซึ่งการแสดงออกทางอารมณ์สูง หมายถึง การแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันทั้งภาษาพูด หรือภาษาท่าทางทั้งในรูปแบบของน้ำเสียง สีหน้า เพื่อสื่อถึงอารมณ์หรือทัศนคติที่ตนเองมีต่อบุคคลในครอบครัวที่มากกว่าปกติ หากไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัว ได้แก่ ความเครียด ความขัดแย้ง ปัญหาการสื่อสาร (Delvecchio et al., 2014) ปัญหาด้านสุขภาพจิต โรคจิตเภท โรคไบโพลาร์ โรคซึมเศร้า โรคสมาธิสั้น ความวิตกกังวล การรับประทานอาหารที่ผิดปกติ ความผิดปกติด้านบุคลิกภาพ และมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองและเด็ก (Fahrer et al., 2022; Hooley, 2007)

การแสดงออกทางอารมณ์สูงมีความจำเป็นต้องบำบัดเนื่องจากมีการวิจัยพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์สูงเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ในครอบครัว ซึ่งผู้ปกครองที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง จะทำให้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวผิดปกติ (dysfunctional family) และทำให้ความสามารถในการดูแลลูกลดลง (Delvecchio et al., 2014; Sukhonthapirom, 1990) อีกทั้งยังพบว่า การแสดงทางอารมณ์ของผู้ปกครองมี

ผลต่อความสามารถในการควบคุมอารมณ์ของเด็กด้วย (Green & Baker, 2011) ซึ่งที่ผ่านมามีการบำบัดการแสดงออกทางอารมณ์สูงเน้นไปที่การให้ความรู้ (psychoeducation) (Kulnapadol, 2017) และการเปลี่ยนแปลงภายในตนเอง เช่น มีการนำครอบครัวบำบัด แนวชาเทียร์ (Satir family therapy) มาใช้ลดปัญหาความรุนแรงในครอบครัวเพื่อบำบัดภายในจิตใจของบุคคล ซึ่งจะช่วยพัฒนาสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวให้สามารถสื่อสารระหว่างกันได้ดีขึ้น ลดความทุกข์ในจิตใจ และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พลังภายในตัวตนสมาชิกในครอบครัวนำไปสู่การลดปัญหาความรุนแรงในครอบครัวได้ (Phetsri et al., 2013) ดังเช่น การวิจัยของ Anchuen et al. (2020) และ Srikosai et al. (2018) พบว่า ลดอาการซึมเศร้า เพิ่มความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว และระดับความเครียดลดลง ผลการวิจัยของ Singkorn et al. (2016) พ่อแม่มีการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกลมกลืนมากขึ้น และการวิจัยของ Okur (2020) พบว่า ผลการบำบัดแนวชาเทียร์ช่วยให้สมาชิกเพิ่มทักษะการสื่อสารในครอบครัวที่ดีขึ้น ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการนำแนวคิดชาเทียร์มาใช้ในการให้คำปรึกษารอบครัวช่วยลดปัญหาครอบครัว สร้างความสัมพันธ์ และการสื่อสารที่ดีต่อกัน อีกทั้งสร้างการดำเนินชีวิตที่มีความสอดคล้องกลมกลืนได้มากขึ้น

บทความนี้จึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอแนวทางการให้คำปรึกษารอบครัวตามแนวชาเทียร์สำหรับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง หากผู้ให้คำปรึกษานำแนวทางดังกล่าวไปใช้จะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันทั้งภาษาพูด หรือภาษาท่าทาง เพื่อสื่อถึงอารมณ์หรือทัศนคติที่ตนเองมีต่อบุคคลในครอบครัวอย่างเหมาะสม ทำให้เกิดความสัมพันธ์อันดีต่อกัน และลดปัญหาต่างๆ ในครอบครัวได้ ทั้งนี้บทความนี้นำเสนอเนื้อหาประกอบด้วยแนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์ แนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษารอบครัวตามแนวชาเทียร์ เป้าหมายการให้คำปรึกษารอบครัว เทคนิคการให้คำปรึกษารอบครัว ตัวอย่างโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ให้คำปรึกษาและเพื่อการวิจัย

แนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์

การแสดงออกทางอารมณ์สูง เป็นพฤติกรรม การแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันทั้งภาษาพูด หรือภาษา ท่าทางเพื่อสื่อถึงอารมณ์ หรือทัศนคติที่ตนเองมีต่อ บุคคลในครอบครัวในลักษณะที่มากกว่าปกติ (Trangkasombat, 2020; Siripat & Unipanthu, 2018) ซึ่งการแสดงออกทางอารมณ์ ตามแนวคิดของ Brown มี 2 ระดับ คือ 1) การแสดงออกทางอารมณ์สูง (high expressed emotion: HEE) มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) การแสดงท่าที ความไม่เป็นมิตร (hostility) และการแสดงความรู้สึกพัวพัน ทางอารมณ์มากเกินไป (emotion over involvement) และ 2) การแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ (low expressed emotion: LEE) มี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ การแสดง ความชื่นชม (positive remark) และการแสดงความรู้สึก อ่อนเป็นมิตร (warmth) (Jenkins & Karno, 1992; Kavanagh, 1992) โดยส่วนใหญ่แล้วมักจะศึกษาการ แสดงออกทางอารมณ์สูงมากกว่าการแสดงออกทาง อารมณ์ต่ำ (Le Grange et al., 2011) ซึ่งการแสดงออก ทางอารมณ์สูงจะทำให้เกิดปัญหาในครอบครัว เช่น ความเครียด ความขัดแย้ง ความวิตกกังวล และมี ผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองและเด็ก (Hooley, 2007; Fahrner et al., 2022) นอกจากนี้ยัง พบว่า HEE อาจแสดงออกใน 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) การ เข้าไปรบกวนความเป็นส่วนตัวของสมาชิกในครอบครัว อย่างมาก (high level of intrusiveness) 2) การตอบสนอง ทางอารมณ์ไม่เหมาะสมหรือมากกว่าปกติต่อสมาชิกใน ครอบครัว (high emotional response) 3) การมีทัศนคติ เชิงลบต่อสมาชิกในครอบครัว 4) การมีความอดทนต่ำ ร่วมกับมีความคาดหวังสูงต่อสมาชิกในครอบครัว (low level of tolerance and high expectations of family) ซึ่งเป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว อาจ ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีทัศนคติเชิงลบและมีความ เครียดสูง (Butzlaff & Hooley, 1998; Marom et al., 2005)

การแสดงออกทางอารมณ์สูง เป็นการ แสดงออกของสมาชิกในครอบครัวที่มากเกินไป เช่น การเข้าไปรบกวนต่อความเป็นส่วนตัวของสมาชิกใน ครอบครัวมากเกินไป การตอบสนองทางอารมณ์ที่ไม่

เหมาะสม การมีทัศนคติเชิงลบต่อสมาชิกในครอบครัว รวมถึงการมีความอดทนต่ำร่วมกับมีความคาดหวังสูง ต่อสมาชิกในครอบครัว ซึ่งการแสดงพฤติกรรมเหล่านี้ จะส่งผลให้เกิดปัญหาต่าง ๆ กับสมาชิกในครอบครัว อาจส่งผลให้สมาชิกมีทัศนคติเชิงลบ มีความเครียดสูง ซึ่งประเด็นตรงนี้สอดคล้องกับการบำบัดของซาเทียร์ที่ จะมาแก้หรือคลี่คลายให้สามารถลดการแสดงออกทาง อารมณ์สูงได้ ดังเช่นงานวิจัยของ Phetsri et al., (2013) พบว่า ครอบครัวบำบัดแนวซาเทียร์สามารถลดปัญหา ความรุนแรงในครอบครัวได้ และการวิจัยของ Anchuen et al. (2020); Srikosai et al. (2018) พบว่า ลดอาการ ซึมเศร้า เพิ่มความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกใน ครอบครัว และระดับความเครียดลดลง โดยจะนำเสนอ แนวทางการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวซาเทียร์ ต่อไป

แนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษา ครอบครัวตามแนวซาเทียร์

Satir transformational systemic therapy: STST เป็นแนวคิดบำบัดที่พัฒนาโดย Virginia Satir (1916-1998) เป็นแนวคิดที่อยู่ในกลุ่มประสบการณ์และมนุษยนิยม (experiential and humanistic family therapy) และเป็น กระบวนการให้คำปรึกษาที่ช่วยให้ผู้รับบริการได้เรียนรู้ ผ่านประสบการณ์ตรง เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงจาก โลกภายในของบุคคล เกิดการเปลี่ยนแปลงจากภายใน สู่ภายนอกทำให้ผู้รับบริการได้ตระหนักถึงคุณค่าใน ตนเอง เกิดความสอดคล้องกับภายในตนเองเพิ่มมากขึ้น หลักการสำคัญของแนวคิดซาเทียร์คือ การอุปมาอุปไมย ว่าประสบการณ์ของบุคคลเปรียบเสมือนภูเขาน้ำแข็ง (iceberg) หรือเป็นโลกภายในของบุคคล และอธิบาย ประสบการณ์โลกภายใน โดยเริ่มจากส่วนที่มองเห็นได้ ง่ายที่สุดและค่อย ๆ ลึกลงไปเรื่อย ๆ ได้ดังนี้ 1) การ กระทำหรือเรื่องราวของบุคคล (behavior) 2) กลไกการ อยู่รอด (survival stances) 3) อารมณ์หรือความรู้สึก (feeling) 4) ความคิดหรือมุมมอง (perceptions) 5) ความคาดหวัง (expectations) 6) ความปรารถนา (yearning) 7) ตัวตน (self) (Trangkasombat, 2020) ดังนั้น ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเข้าใจโลกภายในของ

ผู้รับบริการอย่างลึกซึ้งและชัดเจน ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการได้เกิดการเปลี่ยนแปลงและมีชีวิตใหม่ได้ในที่สุด



ภาพ 1 ภูเขาห้าแห่งตามแนวคิดซาตียร์

หมายเหตุ. จาก “Psychotherapy Based on Satir Model” โดย Limsuwan and Limsuwan, 2012, *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 57(3), p. 252 (<https://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/57-3/01-Nongpanga.pdf>).

แนวคิดซาตียร์เชื่อว่า มนุษย์มีศักยภาพที่จะสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงได้ด้วยทรัพยากรที่มีอยู่ในตน (Charuchinda, 2019) มีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว เน้นความสำคัญในรูปแบบการสื่อสาร การให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดซาตียร์เป็นกระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษาเอื้ออำนวยให้ผู้มาชิกได้มีปฏิสัมพันธ์กัน รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรื่องราวระหว่างกัน โดยเน้นสถานการณ์ให้ผู้รับบริการเผชิญกับปัจจุบัน (here and now) สะท้อนเรื่องราวที่สนทนากันระหว่างสมาชิก โดยต้องให้ความสนใจและยอมรับตัวตนของสมาชิกอย่างจริงใจ ผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทสนับสนุนให้ผู้มาชิกเข้าถึงความ

ขัดแย้งของความสัมพันธ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น และเอื้อให้สมาชิกได้เรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงในการให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นการบำบัดที่ไม่ยึดติดกับวิธีการหรือเทคนิคใดเทคนิคหนึ่งโดยเฉพาะ อีกทั้งเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงที่แท้จริง (transformational change) จะเกิดขึ้นในระดับจิตใจ มุ่งช่วยเหลือให้บุคคลได้เข้าถึงและตระหนักถึงกระบวนการต่าง ๆ ภายใน ซึ่งเคยอยู่นอกเหนือการตระหนักรู้ของตนเองถือเป็นแนวทางการพัฒนาบุคคลให้มีความกลมกลืนจากภายในอย่างเหมาะสมทั้ง 3 องค์ประกอบ คือ ตนเอง ผู้อื่น และบริบทรอบข้าง ซึ่ง Limsuwan and Limsuwan (2012) กล่าวว่า transformational change คือ การเปลี่ยนแปลง

พลังงานในใจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยเปลี่ยนจากพลังงานเชิงลบไปเป็นพลังงานเชิงบวก ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการสื่อสารในทางบวก และช่วยให้สมาชิกสามารถสื่อสารระหว่างกันได้ดีขึ้นอันจะนำไปสู่การลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัวได้

นอกจากนี้ ชาวไทยยังเน้นย้ำเรื่องการสื่อสารในครอบครัวว่า เป็นสิ่งสะท้อนความรู้สึกและคุณค่าของสมาชิกในครอบครัว การสื่อสารตามแนวคิดชาวไทยได้แบ่งรูปแบบการสื่อสารโดยเริ่มจากการรับรู้ของบุคคลมีรูปแบบดังนี้ (Kulnapadol, 2017; Koomsubanan, 2010)

1. การสื่อสารแบบยอมตาม (placater) เป็นการสื่อสารที่ผู้สื่อสารคล้อยตามบุคคลอื่นตลอดเวลาเพื่อให้บุคคลอื่นพอใจ และมักขอโทษอยู่เสมอ ดังตัวอย่างบทสนทนาของแม่ เช่น

ลูก: “ผมบอกแม่แล้วไงว่าอย่าให้ผมไปเรียนพิเศษ ผมไม่ชอบ ผมก็ไม่อยากเรียนด้วย ผมอยากซ้อมดนตรีกับเพื่อนในวันหยุดบ้าง”

แม่: “แม่ขอโทษนะลูก แม่ผิดเอง ต่อไปนี้แม่จะไม่บังคับลูก แม่ขอโทษ ยกโทษให้แม่นะ”

2. การสื่อสารแบบตำหนิ (blamer) เป็นสื่อสารที่ผู้สื่อสารต้องการจะควบคุมบุคคลอื่น พยายามหาความผิดของบุคคลอื่น กล่าวโทษผู้อื่น ชอบติหรือตำหนิบุคคลอื่น ที่สำคัญคือพยายามทำให้ตนเองถูกต้องอยู่เสมอ ดังตัวอย่างบทสนทนาของแม่ เช่น

ลูก: “ผมบอกแม่แล้วไงว่าอย่าให้ผมไปเรียนพิเศษ ผมไม่ชอบ ผมก็ไม่อยากเรียนด้วย ผมอยากซ้อมดนตรีกับเพื่อนในวันหยุดบ้าง”

แม่: “ก็คิดแบบนี้ไปถึงได้ไม่เก่งเหมือนเมื่อนาคจะไปทำมาหากินอะไรถ้าชี้แจงแบบนี้ ถ้าไม่ขยันและปรับปรุงตัวเองก็ไม่มีวันได้ดีเหมือนแม่หรอก”

3. การสื่อสารแบบเจ้าเหตุผล (super-reasonable) ผู้สื่อสารมีลักษณะไม่ยืดหยุ่น ยึดติดกับกฎเกณฑ์ และเหตุผลมากเกินไป ไม่สนใจความรู้สึกของบุคคลอื่น ให้เหตุผลตายตัว ไม่แสดงอารมณ์ระหว่างการสื่อสาร ดังตัวอย่างบทสนทนาของแม่ เช่น

ลูก: “ผมบอกแม่แล้วไงว่าอย่าให้ผมไปเรียนพิเศษ ผมไม่ชอบ ผมก็ไม่อยากเรียนด้วย ผมอยากซ้อมดนตรีกับเพื่อนในวันหยุดบ้าง”

แม่: “แม่ไม่สนใจนะว่าลูกจะชอบหรือไม่ชอบ แต่อยากให้ลูกคิดถึงความเป็นจริงว่าถ้าลูกยังเอาเวลาไปซ้อมดนตรีกับเพื่อนแบบนี้อยู่ผลการเรียนของลูกจะเป็นยังไง อีกไม่กี่เดือนลูกก็ต้องสอบเข้ามหาวิทยาลัยแล้ว และแม่คิดว่าสิ่งที่ลูกควรจะทำตอนนี้มากที่สุดคือการเรียนพิเศษ”

4. การสื่อสารแบบเฉยใจ (irrelevant) ผู้สื่อสารสื่อสารแบบแยกตัว การสื่อสารที่ไม่สร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มักใช้ถ้อยคำที่ขาดความจริงจัง ไม่เข้าเรื่องไม่ตรงกับปัญหาหรือเรื่องราวที่เกิดขึ้น แสร้งทำเป็นไม่เข้าใจ ชอบเปลี่ยนเรื่องในขณะที่กำลังถกเถียงกันโดยไม่สนใจว่าใครจะคิดหรือรู้สึกอย่างไร กระตือรือร้นมากเกินไป (hyperactive) ชอบพูดตลก พูดคุยไร้สาระ และชอบขัดจังหวะ ดังตัวอย่างบทสนทนาของพ่อ เช่น

ลูก: “พ่อคะ เสารนี้หนูว่าจะขออนุญาตพ่อไป.....”

พ่อ: “หนูมาช่วยพ่อทำกับข้าวก่อน แม่กลับมาจะได้ทานข้าวพร้อมกัน” (ขัดจังหวะ)

ลูก: “หนูว่าจะขออนุญาตพ่อไปงานวันเกิดที่บ้านเพื่อนคะ”

พ่อ: “อะไรนะล้อพ่อเล่นหรือเปล่า” (ติดตลก)

5. การสื่อสารแบบเข้าใจคนอื่น (congruent) เป็นการสื่อสารที่สมดุล สอดคล้องกลมกลืน เห็นคุณค่าในตนเอง มีความเข้าใจโลกภายในของผู้อื่น คิดก่อนทำการคิดสอดคล้องกับการกระทำ เป็นตัวของตัวเอง ชอบเสี่ยงเพื่อความก้าวหน้า รับผิดชอบต่อความคิดความรู้สึกและการกระทำของตนเอง ดังเช่นบทสนทนาของพ่อ

ลูก: “พ่อคะหนูพยายามอ่านหนังสืออย่างเต็มที่แล้ว แต่ก็สอบไม่ผ่านวิชาภาษาอังกฤษ หนูเสียใจที่ทำให้พ่อกับแม่ผิดหวังในตัวหนูนะคะ” (ร้องไห้ในตอนที่พูด)

พ่อ: “ไม่หรอกลูก พ่อภูมิใจที่เห็นหนูเตรียมตัวสอบอย่างเต็มที่ แม้ว่าจะสอบไม่ผ่านในครั้งนี้นี้แต่ครั้งหน้าก็ยังมี พ่อกับแม่จะคอยอยู่เคียงข้างและเป็นที่กำลังใจให้หนูเสมอนะ”

สรุปได้ว่า แนวคิดชาวไทยเชื่อว่ามนุษย์มีศักยภาพที่จะสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงได้ด้วยทรัพยากรที่มีอยู่ภายในตน ซึ่งเป็นสิ่งสะท้อนความรู้สึกและคุณค่าของสมาชิก โดยเน้นให้สมาชิกในครอบครัว

มีปฏิสัมพันธ์กัน เน้นให้ผู้รับบริการเผชิญกับเหตุการณ์ปัจจุบัน (here and now) โดยเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจริงต้องเกิดในระดับจิตใจ ส่งเสริมให้เกิดการนับถือตนเองเห็นคุณค่าในตนเองมีความรับผิดชอบต่องานของตนเองมากขึ้น ตัดสินใจเลือกได้อย่างถูกต้องมากยิ่งขึ้นและเป็นแนวทางที่จะพัฒนาให้บุคคลกลมกลืนจากภายในได้อย่างเหมาะสมทั้ง 3 ด้าน คือ ตนเอง บุคคลอื่น และบริบทรอบข้าง อีกทั้งซาเทียร์ให้ความสำคัญกับการตระหนักรู้รูปแบบการสื่อสารในครอบครัว เนื่องจากเป็นจุดเริ่มต้นของสาเหตุที่ทำให้สมาชิกแสดงออกทางอารมณ์สูงก่อนนำไปสู่การหาวิธีการลดการตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงท่าทีความไม่เป็นมิตร และการแสดงความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไป

เป้าหมายการให้คำปรึกษาครอบครัว

แนวคิดซาเทียร์ให้ความสำคัญกับเป้าหมายของการบำบัดหรือการให้คำปรึกษาอย่างมาก เนื่องจากการขาดเป้าหมายที่ชัดเจนย่อมไม่เกิดการบำบัด หรือการเปลี่ยนแปลงของจิตใจ เป็นเพียงการพูดคุยกันแบบธรรมดา จึงต้องตระหนักเสมอว่า “no goals no therapy” ซึ่งแนวทางสำหรับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ผู้เขียนประยุกต์จากแนวคิดจิตบำบัดอย่างเป็นระบบแบบซาเทียร์เพื่อก่อเกิดการเปลี่ยนแปลง (STST) จากแนวคิดของ Virginia Satir (1916-1998) มีเป้าหมายดังนี้

1. เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเกิดการตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบทางจิตใจจากการแสดงออกทางอารมณ์สูง
2. เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักถึงสาเหตุที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวแสดงออกทางอารมณ์สูง
3. เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการตั้งเป้าหมายเชิงบวก ได้แก่ การลดการตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงท่าทีความไม่เป็นมิตร การแสดงความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไป และค้นหาวิธีการในการลดการแสดงออกทางอารมณ์สูง
4. เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจในวิธีการลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงของสมาชิกใน

ครอบครัวอันนำไปสู่ความคงทนต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

เทคนิคการให้คำปรึกษาครอบครัว

เทคนิคที่ใช้ในการให้คำปรึกษาครอบครัวแนวซาเทียร์จะใช้เทคนิคใดก็ได้ช่วยให้พลังชีวิตไปในทิศทางบวก เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจของผู้รับบริการ ซึ่งอาจผสมผสานการใช้เทคนิคการทำจิตบำบัดจากทฤษฎีอื่น ๆ ร่วมด้วย ซึ่งสรุปเทคนิคที่นำไปใช้กับผู้รับบริการที่ครอบครัวมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง มีรายละเอียดดังนี้ (Sukhothai Thammathirat Open University, 2013; Sapanan, 2018; Trangkasombat, 2020; Kulnapadol, 2017)

1. การทำแผนที่ครอบครัว (genograms) เป็นเครื่องมือสำหรับการวางแผนการบำบัด เพื่อให้ผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจกลไก ลักษณะ หรือโครงสร้างของครอบครัวที่มีผลกระทบต่อผู้รับบริการ ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคนี้ในครั้งที่ 1 โดยให้ผู้รับบริการเขียนแผนที่ครอบครัว 3 รุ่น ได้แก่ รุ่นของผู้รับบริการ รุ่นพ่อแม่ และรุ่นปู่ย่าตายาย เพศ อายุ วันเกิด สถานการณ์การแสดงออกทางอารมณ์สูงของสมาชิกในครอบครัว

2. การบำบัดประสบการณ์ในวัยเด็ก (healing the inner child) การบำบัดภายในเมื่อยังเด็ก เป็นการเข้าไปสู่โลกภายในของผู้รับบริการให้สัมผัสกับการตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงท่าทีความไม่เป็นมิตร และการแสดงความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไปของสมาชิกในครอบครัว และกระทบมาจนถึงปัจจุบัน เข้าใจ ยอมรับ และเกิดความเข้มแข็งในการต่อสู้กับปัญหาต่อไป เช่น ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคนี้ในครั้งที่ 2 การชวนมองประสบการณ์ในวัยเด็กจะพบว่า เมื่อเกิดปัญหาไม่เคยได้รับการปลอบโยนจากพ่อแม่แต่จะได้รับคำพูดที่รู้สึกกดดันเพื่อต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน เมื่อเขาเป็นพ่อก็จะถ่ายทอดสิ่งที่ตนเองได้รับไปสู่ลูกเกิดการแสดงออกทางอารมณ์สูงต่อกัน

3. เชือกความสัมพันธ์ (ropes) เป็นเทคนิคที่ให้ผู้รับบริการใช้เชือกเป็นตัวแทนระยะความสัมพันธ์หรือสัมพันธ์ภาพของสมาชิกแต่ละคน ผู้ให้คำปรึกษาต้องสังเกตลำดับการผูกก่อน-หลังแสดงให้เห็นความสำคัญ

มากหรือน้อย ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคนี้ในครั้งที่ 2 เช่น ให้นึกถึงการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัว จากนั้นให้เขาผูกเชือกด้วยความสั้นยาวเท่าไร การเอาเชือกผูกไว้ที่เอวของผู้รับบริการ และปลายเชือกของแต่ละเส้นให้นำไปผูกติดกับสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ระยะห่างของเชือกแต่ละเส้นจะแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ใกล้ชิด หรือห่างกันของสมาชิก เพื่อนำไปสู่การเข้าใจตนเองและผู้อื่น

4. การปั้นภาพ (sculpting) สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์หรือรูปแบบการปฏิสัมพันธ์ที่ซ่อนอยู่ภายใน การปั้นภาพเป็นวิธีการแสดงออกถึงประสบการณ์ภายในออกมาเป็นท่าทาง เช่น ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคนี้ในครั้งที่ 2 โดยนึกถึงเหตุการณ์ที่อยู่ในใจหรือนึกถึงสมาชิกแสดงออกทางอารมณ์สูง จากนั้นแจกดินน้ำมันให้ผู้รับบริการปั้นแทนสมาชิกในครอบครัว เมื่อปั้นเสร็จให้เขาเล่าเรื่องราว โดยผู้ให้คำปรึกษาจะสังเกตและพิจารณาลักษณะรูปที่ปั้น ระยะห่างระหว่างสมาชิก การสื่อสาร สีหน้า ท่าทาง ตลอดจนอารมณ์ของเขามีต่อสมาชิกแต่ละคน

5. การใช้เก้าอี้ว่างเปล่า (empty chair) เก้าอี้ว่างเปล่าเป็นกระบวนการให้คำปรึกษาที่ใช้เก้าอี้เป็นอุปกรณ์แทนคน และให้ผู้รับบริการสลับบทบาท (role reversal) เพื่อให้เกิดความเข้าใจในตนเองมากขึ้น ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคนี้ในครั้งที่ 2 เช่น ลูกไม่กล้าที่จะบอกพ่อว่าเมื่อพ่อวิพากษ์วิจารณ์ คำหั้นต่อคนในครอบครัว ทำให้ลูกเกิดความกลัวและไม่มีความสุขเมื่ออยู่ในบ้าน โดยจะสมมติให้เก้าอี้เป็นตัวแทนของพ่อ และให้ลูกพูดกับพ่อ และสลับให้ลูกมานั่งเก้าอี้ในตำแหน่งพ่อว่าหากพูดประโยคนั้นแล้ว พ่อจะพูดกับลูกอย่างไร

6. จินตนาการ (imagination) ผู้รับบริการจินตนาการสิ่งที่ตนเองอยากให้เกิดขึ้นในครอบครัวเพื่อสร้างความรู้สึกที่ทำให้เขาเกิดพลังในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคนี้ในครั้งที่ 3 เช่น การเปิดโอกาสให้เขาจินตนาการถึงความสัมพันธ์ในครอบครัว หากไม่มีปัญหาการแสดงออกทางอารมณ์สูง ตัวอย่าง “จากการที่คุณได้มองเห็นว่าตัวเองใช้คำพูดเชือดเฉือนความรู้สึกลูกโดยไม่ได้ตั้งใจ หากวันนี้คุณรู้แล้วว่าสิ่งนั้นไม่สร้างคุณค่ากับครอบครัว และคุณไม่ได้

กล่าวเช่นนั้นกับลูกได้ คุณคิดว่าลูกจะมองคุณด้วยแววตาอย่างไร และบรรยากาศในครอบครัวจะเป็นอย่างไร”

7. การปรับเปลี่ยนความรู้สึกเชิงบวก (reframe) การให้ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวจากความคิดด้านลบเป็นบวก โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคนี้ในครั้งที่ 4 เช่น พ่อแม่บอกให้ลูกตั้งใจเรียนออนไลน์ไม่ให้โทรศัพท์กับเพื่อนในขณะที่เรียน แต่ลูกไม่เชื่อฟังพร้อมเถียงว่าการโทรศัพท์ไม่ได้มีผลต่อการเรียน ทำให้แม่โกรธที่ลูกไม่เชื่อฟัง ส่งผลให้แม่ดุด่าและต่อว่าลูกด้วยคำพูดที่รุนแรงและทำให้ลูกโกรธที่แม่ไม่เข้าใจตนเอง ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาอาจชวนผู้รับบริการมองเหตุการณ์นั้นอีกครั้งด้วยมุมมองใหม่ว่าการที่แม่ต่อว่าเพราะอะไร เกิดจากการที่แม่รัก ห่วงใย และมีความปรารถนาดีต่อลูก ซึ่งจะทำให้เขาเกิดความรู้สึกด้านบวกเพิ่มขึ้น

8. ท่าทีการสื่อสาร (communication stances) เป็นเทคนิคที่จะช่วยให้ผู้รับบริการ และสมาชิกในครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของการสื่อสารทั้งคำพูด ท่าทาง และน้ำเสียง เช่น ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคนี้ในครั้งที่ 4 โดยการเปิดโอกาสให้ได้วิเคราะห์การสื่อสารของตนเองในลักษณะของการตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงท่าทีความไม่เป็นมิตร และการแสดงความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไป พร้อมทั้งฝึกการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงต่อกัน

9. การใช้อุปมาอุปไมย (metaphor) เป็นการเปรียบเทียบความรู้สึกซึ่งเป็นนามธรรม เพื่อให้ผู้รับบริการเห็นภาพชัดเจนยิ่งขึ้น และมีความเข้าใจต่อสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อตนเอง เทคนิคนี้ใช้ในครั้งที่ 5 เช่น ผู้ให้คำปรึกษาเปรียบเทียบความท้อแท้ต่อความตั้งใจในการลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้รับบริการเหมือนการยืนอยู่บนหน้าผาท่ามกลางลมแรงที่อาจเป็นอุปสรรค แต่ด้วยความตั้งใจ มุ่งมั่น ไม่หวั่นไหวของผู้รับบริการทำให้สามารถยืนอยู่บนหน้าผาได้อย่างมั่นคง

10. การมอบหมายการบ้าน (homework) เป็นการมอบหมายการบ้านให้ทำนอกชั่วโมงการให้คำปรึกษา เช่น ครั้งที่ 2 มอบหมายให้ผู้รับบริการสังเกตการสื่อสาร การแสดงออกทางอารมณ์ของตนเองและสมาชิกในครอบครัว และครั้งที่ 3-5 มอบหมายให้

ผู้รับบริการนำวิธีการลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงไปใช้ในสถานการณ์จริง

ตัวอย่างโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

แนวทางการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวชาเทียร์สำหรับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ผู้เขียนประยุกต์จากแนวคิดจิตบำบัดอย่างเป็นระบบแบบชาเทียร์เพื่อป้องกันการเปลี่ยนแปลง (STST) จากแนวคิดของ Virginia Satir (1916-1998) (Banmen & Maki-Banmen, 2022) เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเกิดการตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบทางจิตใจ สาเหตุที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวแสดงออกทางอารมณ์สูง นอกจากนี้โปรแกรมนี้ยังช่วยให้ผู้รับบริการตั้งเป้าหมายเชิงบวก ได้แก่ การลดการตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ การแสดงท่าทีความไม่เป็นมิตร การแสดงความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไป และหาวิธีการในการลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงที่สามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงในครอบครัว รวมทั้งมีการฝึกฝนจนเกิดความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมั่นคง มีการทำกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง ในแต่ละ

ครั้งผู้ให้คำปรึกษาจะเริ่มต้นด้วยการพูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้ผู้รับบริการมีความรู้สึกผ่อนคลายและปลอดภัย และให้ผู้รับบริการเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยเทคนิคการจดจ่ออยู่กับตนเอง (Wongpiromsarn, 2016) ประมาณ 5 นาที เพื่อให้ผู้รับบริการหยุดการรับรู้อื่น ๆ ชั่วคราว และได้สำรวจตัวเอง และเริ่มให้ความสนใจกิจกรรมในแต่ละครั้ง ผู้ให้คำปรึกษาอาจมอบหมายการบ้านให้แก่ผู้รับบริการนำไปปฏิบัติในช่วงที่ไม่ได้พบกัน เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการให้บริการในครั้งถัดไป ซึ่งกระบวนการให้คำปรึกษาในแต่ละครั้งจะใช้เวลา 2 ชั่วโมงต่อครั้ง จำนวน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ติดต่อกันจนครบ 5 ครั้ง และครั้งที่ 6 เป็นการติดตาม โดยดำเนินการหลังจากครั้งที่ 5 ประมาณ 3 เดือน สรุปได้ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 แนวทางการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวชาเทียร์สำหรับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	วิธีการ	ผลลัพธ์
ครั้งที่ 1 ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล	1. เพื่อสร้างความคุ้นเคยและส่งเสริมบรรยากาศที่เป็นกันเอง 2. เพื่อสำรวจข้อมูลของสมาชิกในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง	1. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทาย และแนะนำตนเอง พร้อมทั้งให้สมาชิกในครอบครัวแนะนำตนเอง โดยชี้แจงรายละเอียดของการให้คำปรึกษาครอบครัวได้แก่วัตถุประสงค์ บทบาทหน้าที่ ระยะเวลาในการปรึกษา และการรักษาความลับ 2. เล่าประสบการณ์การแสดงออกทางอารมณ์สูงของสมาชิกในครอบครัว โดยใช้เทคนิคการทำแผนที่ครอบครัว (genograms)	1. เพื่อสร้างความคุ้นเคยและส่งเสริมบรรยากาศที่เป็นกันเอง 2. เพื่อสำรวจข้อมูลของสมาชิกในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง
ครั้งที่ 2 ขั้นเข้าใจตนเองและเข้าใจผู้อื่น	เพื่อสร้างความเข้าใจสาเหตุของการแสดงออกทางอารมณ์สูง ของตนเองและสมาชิกในครอบครัว	1. ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับบริการสำรวจและวิเคราะห์ภูเขาน้ำแข็งของตนเองและสมาชิกในครอบครัว โดยใช้เทคนิคการบำบัดประสบการณ์ในวัยเด็ก (healing the inner child) เชือกความสัมพันธ์ (ropes) การปั้นภาพ (sculpting) การใช้เก้าอี้ว่างเปล่า (empty chair) 2. ให้สังเกตการสื่อสาร การแสดงออกทางอารมณ์ของตนเองและสมาชิกในครอบครัว โดยใช้เทคนิคการมอบหมายการบ้าน (homework)	การตระหนักถึงสาเหตุที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวแสดงออกทางอารมณ์สูง

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	วิธีการ	ผลลัพธ์
ครั้งที่ 3 ขั้นการให้คำมั่นสัญญา	1. เพื่อให้ผู้รับบริการตั้งเป้าหมายเชิงบวก 2. เพื่อค้นหาวิธีการไปสู่เป้าหมายเชิงบวกในการลดการแสดงออกทางอารมณ์สูง	1. ผู้ให้คำปรึกษาดำเนินการบ้านที่มอบหมายในครั้งที่ผ่านมาเกี่ยวกับการสังเกตการสื่อสาร การแสดงออกทางอารมณ์ของตนเองและสมาชิกในครอบครัว 2. ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของเป้าหมายเชิงบวก และให้ผู้รับบริการค้นหาวิธีการไปสู่เป้าหมายเชิงบวกในการลดการแสดงออกทางอารมณ์สูง โดยใช้เทคนิคจินตนาการ (imagination) 3. มอบหมายให้ผู้รับบริการนำวิธีการลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงไปใช้ในสถานการณ์จริง โดยใช้เทคนิคการมอบหมายการบ้าน (homework)	1. เป้าหมายเชิงบวก ได้แก่ การลดการตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงท่าทีความไม่เป็นมิตร และ การแสดงความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไป 2. วิธีการไปสู่เป้าหมายเชิงบวกในการลดการแสดงออกทางอารมณ์สูง
ครั้งที่ 4 ขั้นการปฏิบัติตามคำมั่นสัญญา	สนับสนุนให้ผู้รับบริการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและให้คำมั่นสัญญา	1. ผู้ให้คำปรึกษาดำเนินการบ้านที่มอบหมายในครั้งที่ผ่านมาเกี่ยวกับการนำวิธีการลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงไปใช้ในสถานการณ์จริง 2. เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้เล่าถึงปัญหาและอุปสรรคในการนำวิธีการลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงไปใช้ในครอบครัว ทั้งนี้ปัญหาและอุปสรรคดังกล่าวอาจปรับเปลี่ยนมุมมองได้โดยใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความรู้สึกเชิงบวก (reframe) 3. วิเคราะห์การสื่อสารของตนเองในลักษณะของการตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงท่าทีความไม่เป็นมิตร และการแสดงความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไป และฝึกการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงต่อกัน และสนับสนุนให้ผู้รับบริการให้คำมั่นสัญญาเพื่อการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เทคนิคท่าทีการสื่อสาร (communication stances) 4. มอบหมายให้ผู้รับบริการนำวิธีการลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงไปใช้ในสถานการณ์จริง โดยใช้เทคนิคการมอบหมายการบ้าน (homework)	การลดพฤติกรรม การแสดงออกทางอารมณ์สูง
ครั้งที่ 5 ขั้นตอกย้ำฝังรากหยั่งลึก	เพื่อตอกย้ำการเปลี่ยนแปลงและกระตุ้นให้ผู้รับบริการมั่นใจในการเปลี่ยนแปลง	1. ผู้ให้คำปรึกษาดำเนินการบ้านที่มอบหมายในครั้งที่ผ่านมาเกี่ยวกับการนำวิธีการลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงไปใช้ในสถานการณ์จริง 2. ให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมั่นคง โดยใช้เทคนิคการใช้อุปมาอุปไมย (metaphor) 3. มอบหมายให้ผู้รับบริการนำวิธีการลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงไปใช้ในสถานการณ์จริง โดยใช้เทคนิคการมอบหมายการบ้าน (homework)	ความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การแสดงออกทางอารมณ์สูงของสมาชิกในครอบครัว
ครั้งที่ 6 ขั้นการติดตามและยุติการให้คำปรึกษา	เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลง	1. ผู้ให้คำปรึกษาดำเนินการบ้านที่มอบหมายในครั้งที่ผ่านมาเกี่ยวกับการนำวิธีการลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงไปใช้ในสถานการณ์จริง 2. ให้ผู้รับบริการเล่าถึงผลที่เกิดขึ้นจากการให้คำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษารับฟัง สนับสนุนให้กำลังใจ และกล่าวยุติ	ความคงทนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การแสดงออกทางอารมณ์สูงของสมาชิกในครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ให้คำปรึกษา

การทำงานในฐานะผู้ให้คำปรึกษากับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงถือเป็นการให้บริการที่มีความละเอียดอ่อนและผู้รับบริการบางรายอาจมีความเปราะบางทางจิตใจ ผู้ให้คำปรึกษาจึงจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมทั้งในมิติของความเข้าใจในแนวคิดเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์สูงและประสบการณ์การให้คำปรึกษาครอบครัวภายใต้การนิเทศก์ตามแนวชาเทียร์ ผู้เขียนในฐานะผู้มีประสบการณ์ทำงานในบริบทดังกล่าวมีข้อสังเกตเพื่อเป็นแนวทางเบื้องต้นดังนี้

1. หากผู้ให้คำปรึกษาทราบสาเหตุของการขอรับบริการเบื้องต้นว่าเกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์สูง ผู้ให้คำปรึกษาควรตรวจสอบอคติภายในใจตนเองเสียก่อน หากพบว่าตนเองมีประสบการณ์ที่อาจกระทบการทำงาน ผู้ให้คำปรึกษาสามารถส่งต่อผู้ให้คำปรึกษารายอื่นได้ ทั้งนี้เพื่อผลประโยชน์สูงสุดของผู้รับบริการ

2. การทำงานกับผู้รับบริการที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง อาจพบความกดดันระหว่างให้บริการ ผู้ให้คำปรึกษาจึงควรเตรียมความพร้อมทางจิตใจก่อนเริ่มกระบวนการแต่ละขั้น เช่น การฝึกสติกับตนเองตามแนวทางที่ตนถนัด ทั้งนี้การเตรียมความพร้อมทางจิตใจส่งผลให้ผู้ให้คำปรึกษามีสมาธิ มีจิตใจมุ่งมั่นท่ามกลางการแสดงออกทางอารมณ์สูงอาจให้เวลามากกว่า 1 ครั้งได้ โดยวางแผนจากตัวอย่างเทคนิคที่นำเสนอไว้ ทั้งนี้จำนวนครั้งให้พิจารณาตามความเหมาะสมของผู้รับบริการเป็นสำคัญ

3. การให้คำปรึกษาในขั้นเข้าใจตนเองและเข้าใจผู้อื่นอาจมีการใช้เทคนิคที่กระตุ้นผู้รับบริการให้แสดงออกทางอารมณ์สูง ผู้ให้คำปรึกษาจึงควรเพิ่มทักษะการสังเกตและอาจใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกกำหนดลมหายใจเป็นเครื่องมือในการลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงในขณะนั้น

4. หากผู้รับบริการที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงใช้ถ้อยคำที่หยาบคายหรืออาจส่งผลทางลบ ผู้ให้คำปรึกษาอาจใช้การขัดจังหวะด้วยน้ำเสียงและท่าทีที่นุ่มนวล จากนั้นสรุปใจความสำคัญร่วมกับการ

สะท้อนความรู้สึกและสะท้อนเจตนาทางบวกซึ่งซ่อนอยู่ภายใต้การแสดงออกทางอารมณ์สูงนั้น ตัวอย่าง “นิดนึงนะครับ (แต่ะบริเวณหัวเข่าผู้รับบริการเบา ๆ) ผมได้ยินเรื่องราวที่คุณเล่าถึงวีรกรรมของลูกชายกับฝ่ายปกครองของโรงเรียนและคุณต้องเดินทางไปพบคุณครูของลูกข้าแล้วข้าเล่า ในใจคุณขณะนั้นมันเต็มไปด้วยความเดือดดาลลูกชายสุดที่รักคนนี้นั่นมือไม้สั่น แต่ผมสัมผัสได้นะครับว่าแท้จริงแล้วในใจคุณนั้นเต็มเปี่ยมไปด้วยความรัก ความห่วงใยลูก นึกถึงอนาคตเขา แล้วทั้งหมดในใจนี้ก็มีแต่ความปรารถนาดีนะ โอ้จะไปด่าเพื่อให้ร้ายมันไม่มีเลยจริง ๆ”

5. การให้คำปรึกษาในขั้นเข้าใจตนเองและเข้าใจผู้อื่นนั้น ผู้ให้คำปรึกษาอาจใช้เวลาได้มากกว่า 1 ครั้ง หรืออาจจำเป็นต้องแยกผู้รับบริการบางรายออกมาให้คำปรึกษารายบุคคล ทั้งนี้ผู้เขียนขอให้ผู้ให้คำปรึกษาพิจารณาความเหมาะสมโดยอ้างอิงจากการบรรลุผลลัพธ์ของการให้บริการในขั้นนี้

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ผู้ให้คำปรึกษาที่สนใจศึกษาประชากรในกลุ่มครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงและนักวิจัยมีกระบวนการค้นแบบปฏิฐานนิยม (positivism) สามารถใช้การวิจัยเชิงทดลองมาเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา โดยกำหนดตัวแปรตามเป็นการลดการแสดงออกทางอารมณ์สูง ตัวแปรต้นเป็นโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวบนฐานแนวคิดชาเทียร์ หรือพัฒนามาตรวัดการแสดงออกทางอารมณ์สูงสำหรับครอบครัวและศึกษาคุณสมบัติทางจิตมิติ (psychometric properties)

สรุป

การแสดงออกทางอารมณ์สูง หมายถึง การแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันทั้งภาษาพูด หรือภาษาท่าทางทั้งในรูปแบบของน้ำเสียง สีหน้า เพื่อสื่อถึงอารมณ์หรือทัศนคติที่ตนเองมีต่อบุคคลในครอบครัวที่มากกว่าปกติ มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ การแสดงท่าทีความไม่เป็นมิตร และการแสดงความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไป ซึ่งการแสดงออกทางอารมณ์สูงมีความจำเป็นต้องบำบัดเนื่องจากมีการวิจัยพบว่า เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหา

ต่าง ๆ ในครอบครัว ผู้ปกครองที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงจะทำให้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวผิดปกติ (dysfunctional family) และทำให้ความสามารถในการดูแลลูกลดลง อีกทั้งยังพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ปกครองมีผลต่อความสามารถในการควบคุมอารมณ์ของเด็กด้วย บทความนี้เน้นการลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงด้วยวิธีการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวทางเทียร์ ซึ่งผู้เขียนประยุกต์จากแนวคิดจิตบำบัดอย่างเป็นระบบแบบซาเทียร์เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (STST) จากแนวคิดของ Virginia Satir รายงานผลการวิจัยพบว่า การนำแนวคิดซาเทียร์มาใช้ในการให้คำปรึกษาครอบครัวช่วยลดปัญหาครอบครัว สร้างความสัมพันธ์และการสื่อสารที่ดีต่อกัน อีกทั้งสร้างการดำเนินชีวิตที่มีความสอดคล้องกลมกลืนได้มากขึ้น มีแนวทางการให้คำปรึกษา 6 ขั้น ได้แก่ ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นเข้าใจตนเองและเข้าใจผู้อื่น ขั้นการให้คำมั่นสัญญา ขั้นการปฏิบัติตามคำมั่นสัญญา ขั้นต่อยอดฝึกฝนทักษะขั้นการติดตามและยุติการให้คำปรึกษา โดยการทำงานกับผู้รับบริการกลุ่มนี้ถือเป็นความท้าทายท่ามกลางความเปราะบาง ผู้ให้คำปรึกษาจึงจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมทั้งในมิติของความรู้เข้าใจในแนวคิดเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์สูงและประสบการณ์การให้คำปรึกษาครอบครัวภายใต้การนิเทศก์ตามแนวทางเทียร์ รวมทั้งตรวจสอบอคติภายในใจตนเองเสียก่อน หากพบว่าตนเองมีประสบการณ์ที่อาจกระทบการทำงานควรส่งต่อผู้ให้คำปรึกษารายอื่น หากผู้ให้คำปรึกษานำแนวทางดังกล่าวไปใช้จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันทั้งภาษาพูดหรือภาษาท่าทาง เพื่อสื่อถึงอารมณ์หรือทัศนคติที่ตนเองมีต่อบุคคลในครอบครัวอย่างเหมาะสม ทำให้เกิดความสัมพันธ์อันดีต่อกัน และลดปัญหาการแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัวได้

เอกสารอ้างอิง (References)

Anchuen, K., Luenthaisong, W., Wongchampa, W., Jinarat, J., & Patipatpakdee, H. (2020). The effective of family therapy based on Satir model according to the life congruence and

the level of depression of patients with major depressive disorders admitted in the hospital. *Journal of Department of Health Service Support*. 16(1), 56-66. (in Thai).

Banmen, J. & Maki-Banmen, K. (2022, May 01). *Satir transformational systemic therapy (in brief)*. Satir Institute of the Pacific. <http://www.satirpacific.org/uploads/documents/Satir%20Transformational%20Systemic%20Therapy%20in%20Brief.pdf>

Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse, a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55, 547-552. <https://doi:10.1001/archpsyc.55.6.547>

Charuchinda, W. (2019). Satir family counseling according to Buddhist psychology. *Journal of Buddhist Psychology*, 4(2), 1-12. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jbp/article/view/243007> (in Thai).

Delvecchio, E., Riso, D. D., Chessa, D., Salcuni, S., Mazzeschi, C., & Laghezza, L. (2014). Expressed emotion, parental stress, and family dysfunction among parents of nonclinical Italian children. *J Child Fam Stud*, 23, 989-999. <https://doi:10.1007/s10826-013-9754-x>

Fahrer, J., Brill, N., Dobener, L. M., Asbrand, J., & Christiansen, H. (2022). Expressed emotion in the family: A meta-analytic review of expressed emotion as a mechanism of the transgenerational transmission of mental disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1-14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.721796>

Friends-International Thailand. (2018). *Child abuse report in community area 2018*. FIT.

Green, S. & Baker, B. (2011). Parents' emotion expression as a predictor of child's social competence: Children with or without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(3), 324-338. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01363.x>

- Hooley, J. M. (2007). Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 329-352. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095236>
- Jenkins, J. N., & Karno, M. (1992). The meaning of expressed emotion: Theoretical issues raised by cross-cultural research. *American Journal of Psychiatry*, 149(1), 9-21. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1176/ajp.149.1.9>
- Kavanagh, D. J. (1992). Recent developments in expressed emotions and schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 160, 601-620. <https://doi:10.1192/bjp.160.5.601>
- Koomsubanan, S. (2010). *Family counseling handbook for child development and cognitive practitioners* (2nd ed.). Beyond publishing. (in Thai).
- Kulnapadol, P. (2017). *Family counseling*. Han compute offset. (in Thai).
- Le Grange, D., Hoste, R. R., Lock, J., & Bryson, S. W. (2011). Parental expressed emotion of adolescents with anorexia nervosa: Outcome in family-based treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 731-734. <https://doi.org/10.1002/eat.20877>
- Limsuwan, N., & Limsuwan, N. (2012). Psychotherapy based on Satir model. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 57(3), 251-258. <https://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/57-3/01-Nongpanga.pdf> (in Thai).
- Marom, S., Munitz, H., Jones, P. B., Weizman, A., & Hermesh, H. (2005). Expressed emotion: Relevance to rehospitalization in schizophrenia over 7 years. *Schizophrenia Bulletin*, 31(3), 751-758. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbi016>
- Naipinit, A., Kroeksakul, P., & Promsaka Na Sakolnakorn, T. (2014). Adjustment under globalization. *SKRU Academic Journal*, 7(1), 1-12. (in Thai).
- Okur, S. (2020). Satir transformational systemic therapy and spirituality. *Spiritual Psychology and Counseling*, 5, 45-64. <https://dx.doi.org/10.37898/spc.2020.5.1.094>
- Parapleewan, P. (2019). From consumption as activity to consumer culture as theory. *Journal of Journalism*, 12(3), 106-141. (in Thai).
- Phetsri, S., Srimeechai, S., & Le Mouellic, C. (2013). Satir family therapy with parental's mental process study to reduce violence against children. In R. Kumhom, P. Senanuch, N. Nirathorn, W. Poonpoksing, S. Pincharoen, N. Janlek & O. Butsarakum (Eds.) Rights and Equality: Challenges for Thai Society in the Current of Change. *The Academic Conference in Commemoration of the 65th Anniversary of Faculty of Social Administration, Thammasat University*. (pp. 179-193). Faculty of Social Administration, Thammasat University. <https://anyflip.com/wabr/vshh>. (in Thai).
- Sapanan, S. (2018). *Family group therapy*. Thammasat University. (in Thai).
- Singkorn, O., Seeherunwong, A., Kanjanakaroon, R., & Panyadee, W. (2016). The effect of psychoeducational group program based on Satir's model on depressive symptoms in Thai woman with major depressive disorders. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 30(3), 21-35. (in Thai).
- Siripat, M. & Unipanthu, J. (2018). The effective of coping group program on expressed emotion of schizophrenic patients' caregivers. *Nursing Science Journal of Thailand Chulalongkorn University*, 30(3), 78- 90. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUNS/article/view/200518> (in Thai).
- Srikosai, S., Dornnork, P., Taweewattanaprecha, S., & Saipanish, R. (2018). Clinical outcomes and parents' life congruence of children with attention deficit-hyperactive disorder after

Satir model based psychoeducational program.
Journal of The Psychiatric Association of Thailand, 63(3), 227-246. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPAT/article/view/147983>. (in Thai).

Sukhonthapirom, P. (1990). *Opinions on psychiatry and behavioral sciences*. Chulalongkorn University. (in Thai).

Sukhothai Thammathirat Open University. (2013). *Introduction to techniques of counseling*. Sukhothai Thammathirat Open University printing. (in Thai).

Trangkasombat, (2020). *New life creation, psychotherapy and counseling: Humanistic-existential experiential*. (5th ed.). Sunta publishing. (in Thai).

Wongpiromsarn, Y. (2016). *Mindfulness-based therapy and counseling (MBTC)*. Beyond publishing. (in Thai).

นิพนธ์ต้นฉบับ

- ความยากลำบากในการกำกับอารมณ์และปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาปริญญาตรี: บทบาทของแรงจูงใจในการดื่มในฐานะตัวแปรส่งผ่าน
(Difficulties in Emotion Regulation and Alcohol-related Problems Among Undergraduate Students: The Mediating Role of Drinking Motives)
- ประสบการณ์ทางจิตใจภายหลังการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข
(Psychological Experiences after Receiving Counseling Service of the Medical and Public Health Professionals)
- การพัฒนาความจำขณะปฏิบัติงานผ่านกิจกรรมเกมกระดานในเด็กวัยเรียน
(Working Memory Development Through Board Game Activity in School Age Children)
- การศึกษาเบื้องต้น: ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกายและกระบวนการรู้คิดในผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
(A Preliminary Study: The Correlation between The Physical Activity and The Cognitive Function in Patients with Schizophrenia During The Coronavirus Pandemic)
- ประสิทธิภาพของรูปแบบการบำบัดด้วยแนวคิดการยอมรับและพันธสัญญาในด้านความยืดหยุ่นทางใจ การเห็นคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตใจในผู้ป่วยสารเสพติด
(Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Flexibility, Self-esteem and Mental Well-Being Among Substance Use Disorder Patients)

บทความฟื้นฟูวิชาการ

- แนวทางการให้คำปรึกษารอบครอบครัวตามแนวชาเทียร์สำหรับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง
(Satir Family Counseling Guideline for High Expressed Emotion Families)



สมาคมจิตวิทยาคลินิกไทย

สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ถนนติวานนท์

อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร 02-5908017 มือถือ 081-8762440 แฟกซ์ 02-1495542