



วารสาร จิตวิทยาคลินิกไทย Thai Journal of Clinical Psychology

ปีที่ 55 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2567

Vol. 55 No. 2 May - August 2024

ISSN 2774-1087 (Online)



วารสาร จิตวิทยาคลินิกไทย

Thai Journal of Clinical Psychology

ปีที่ 55 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2567

ISSN-2774-1087 (Online)

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

นิพนธ์ต้นฉบับ

- คำตอบรอสีขาวของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ต้องการผ่าตัดปลูกถ่ายไต 1
อลิสา กุณทลบุตร, กุลธิดา พัฒนกิจรัสกุล, ปุณทริกา ศรีจันทร์
- การใช้กิจกรรมศิลปะเพื่อส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเองสำหรับวัยรุ่นในสถาน
สงเคราะห์เด็กบ้านเวียงพิงค์ 13
วันวิสาข์ พันธุ์สกุล
- การพัฒนาแบบประเมินการรู้คิดทางสังคมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท
เรื้อรัง 25
ภัทรวรรณ สุขยิธัญ
- ความเชื่อตัวกลางที่เกี่ยวข้องกับความเป็นหญิงด้านการดื่มสุราและ Drunkorexia 39
ในนักศึกษาปริญญาตรีหญิง
ศจีแพรว ไปธิกุล, ภัคจิรา ชินวัตร, ไซยันต์ สกุลศรีประเสริฐ

บทความฟื้นฟูวิชาการ

- การเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมช่วงวัยเด็กตอนต้น: ในบริบทประเทศไทย 52
รังสิริศม์ วงศ์อุปราช, พิศ วงศ์อุปราช, นิสรดา คำมณี, ภัทรา ลออรรถพงศ์
- การจัดการอารมณ์ด้านลบของวัยรุ่นที่ได้รับผลจากเทคโนโลยีดิจิทัล 65
ลาโรจน์ วรณโกศล, ภัฏฐกร สำเร็จดี



Thai Journal of Clinical Psychology

วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

Vol. 55 No. 2 May–August 2024

ISSN-2774-1087 (Online)

Table of Contents

Editorial statement

Original Articles

- **Rorschach Responses in Chronic Kidney Disease Patients Requiring Renal Transplantation** 1
Alisa Kunthonbutra, Kulathida Pipatjarussakul, Poontarika Srichan
- **Using Art Activities to Promote Self-Esteem among Teenagers in the Ban Viengping Children's Home** 13
Wanwisa Punsakoon
- **The Development of the Social Cognition Assessment Tool for Psychiatric Rehabilitation of Chronic Schizophrenia Patients** 25
Pattarawat Sukyirun
- **Feminine Intermediate Beliefs about Alcohol Use and Drunkorexia Among Female Undergraduate Students** 39
Sajeepraew Potikul, Phukjira Shinawatra, Chaibun Sakulsriprasert

Review Articles

- **The Social and Emotional Learning of Young Children: In Thai Context** 52
Rangsirat Wongupparaj, Peera Wongupparaj, Nissara Khammanee, Pattra La-orautthapong
- **Negative Mood Management of Adolescent Affected by Digital Technology** 65
Saroj Wannapokin, Hattakorn Samretdee

คณะกรรมการอำนวยการ สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย ปี 2566-2567

คณะที่ปรึกษา

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

จักรพันธ์
สุวรรณเลิศ
ธรรมโกสิทธิ์
ไชยสิทธิ์
แจ้งศิริเจริญ

นายกะเบียน

ประเสริฐ
กรทิพย์

จุฑา
วิทยากาญจน์

ปฎิคม

สิริจันทร์

เดชปัญญาวัฒน์

นายกสมาคม

สุภาวดี

ประชาสัมพันธ์

เอกลักษณ์
สิธยา
ธีระ

วงศ์อภัย
อนุสนธิ
เพ็ชรภา

อุปนายก

วนิดา
ภูมิพงษ์
ว่าที่ ร.ต.ไพรัช

ชนินทุทวงศ์
ขุนฉนมฉ่า
นิภาพันธ์

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
พิชุลุตม์
โยธิน
วราภา
สุพรรณิ

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

เหรียญกษาปณ์

จิตรพรรณ

โพธิ์โพธิ์

เลขานุการ

ประภาศรี
วีร์

ปัญญาวชิรชัย
เมฆวิไลย์

คณะกรรมการกลาง

ผศ.ดร.กุลยา
นาวาเอก (พิเศษ) หญิงพรทิพย์
ดร.จาวรรณ
ดร.นริศญา
กมลีน
กานดา
ชญาณภัส
ดร.ณิ
ธิดารัตน์
นารีรัตน์
ปภาวิน
วิชญา
นาวาโทสมบุรณ์
สมยศ
อมรัตน์
อุษา

พิสิษฐ์สังฆการ
อินทรีไชย
สกุลคู
ศรีบุรพา
อุณจิตติกุล
ผางค์
จิตรัตน์
พัฒนขจร
ศรีสุโข
พงษ์สิทธิถาวร
พินชมภู
โมฬีชาติ
ดอนสนธิ
วุฒิชิราภรณ์
คงบุบ
ลิ้มชีว

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
Chantaneer	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	Siriapawiat

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

ผลัญญา

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ดร.ภัทรวรรณ

สุขยิธ

โรงพยาบาลศรีธัญญา

พินภาญจน์

ศรีศรากร

สถาบันประสาทวิทยา

คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบงานนิพนธ์ต้นฉบับ:

ศ.ดร.ดวงมณี

จงรักษ์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

รศ.ดร.สุชีรา

ภัทราวุธวรรณ

มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.ภมรพรรณ

ยุระยาตร์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รศ.ดร.มานิกา

วิเศษสาร

มหาวิทยาลัยรามคำแหง

รศ.พวงสร้อย

วรกุล

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

ผศ.ดร.กุลยา

พิสิษฐ์สังการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ.ดร.สมบุญ

จารุเกษมทวี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ.พ.ต.หญิง ดร.พนมพร

พุ่มจันทร์

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผศ.ดร.อรพิน

สธิรมน

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผศ.ดร.ณัฐภูมิ

อรินทร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผศ.ดร.นิรันดร์

เงินแย้ม

มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผศ.ดร.สร้อยสุดา

อัมอรุณรักษ์

มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร.ธนยศ

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

วงศ์อุปราช

มหาวิทยาลัยบูรพา

อ.ดร.สุพัทธ

แสนแจ่มใส

มหาวิทยาลัยมหิดล

อ.ดร.เมธี

วงศ์ระพันธ์

มหาวิทยาลัยแม่โจ้

อ.ดร.ปิยาพัทธ์

อารีญาติ

มหาวิทยาลัยแม่โจ้

อ.ดร.พินนภา

หมวกยอด

มหาวิทยาลัยแม่โจ้

อ.ดร.สมชาย

เตียวสกุล

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ดร.จันทน์

มุงเขตกลาง

สถาบันราชานุกูล

ดร.นพ.นพพร

ตันติรังสี

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้

ดร.รัตนศักดิ์

สันติธาดากุล

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชานครินทร์

ดร.ปริสสุทธิ์

สำราญทรัพย์

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ศศกร

วิชัย

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชานครินทร์

Boby S.

Kappen, PhD

James Cook University, Singapore

สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารจิตวิทยาคลินิกไทย:

ตึก 10 ชั้น 3 คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

181 ถนนเจริญประดิษฐ์ ตำบลสุระสมิแล อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี 94000

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

Thai Journal of Clinical Psychology

Publisher:

The Thai Clinical Psychologist Association

Consulting Editor:

Supavadee

Nuanmanee

President of the Thai Clinical Psychologist Association

Editor:

Asst.Prof.Wattana

Prohmpetch

Prince of Songkla University, Pattani Campus

Editorial Board:

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 เรื่องที่ลงตีพิมพ์ในวารสารจิตวิทยาคลินิกไทย แล้วถือเป็นลิขสิทธิ์การเผยแพร่โดยสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทยแต่เพียงผู้เดียว การตีพิมพ์หรือเผยแพร่ซ้ำในที่อื่น ต้องได้รับอนุญาตจากกองบรรณาธิการวารสารฯ 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 โดยทางวารสารจะทำการรูปแบบการเตรียมบทความต้นฉบับของบทความวิจัยไว้เป็นหลัก (Template) สามารถปรับเป็นประเภทอื่น ๆ ตามประเภทบทความที่ต้องการส่ง
 - ชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ขึ้นต้นคำด้วยพิมพ์ใหญ่)
 - บทคัดย่อให้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 300 คำ พร้อมระบุคำสำคัญ (key word) 3-5 คำ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ Keyword ภาษาอังกฤษขึ้นต้นพิมพ์ใหญ่ คั่นระหว่างคำด้วย ,
 - เนื้อเรื่องสำหรับนิพนธ์ต้นฉบับที่เป็นงานวิจัย ประกอบด้วยบทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการ ผล วิเคราะห์ และสรุป สำหรับเนื้อเรื่องบทความฟื้นฟูวิชาการ ประกอบด้วย บทนำ บทปริทัศน์ อาจมีบทวิจารณ์แยกอีก หัวข้อต่างหาก และสรุป

- กิตติกรรมประกาศความยาวไม่เกิน 5 บรรทัด (ถ้ามี)
- เอกสารอ้างอิง (References) ใช้ระบบ APA (the Publication Manual of the American Psychological Association) 7th edition (2020) ทั้งหมด
- **แบบฟอร์มส่งตีพิมพ์** (ใบปะหน้า) โดยระบุ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ คุณวุฒิสูงสุดและสถาบันของผู้นิพนธ์ทุกคน โดยเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พร้อมระบุชื่อ ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ของผู้นิพนธ์ที่รับผิดชอบในการติดต่อกับกองบรรณาธิการ
- **เอกสารอื่น ๆ** (ถ้ามี) ได้แก่ เอกสารรับรองผ่านคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ 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 ในกระทุ้งของเลขบทความเดียวกัน เท่านั้น
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 แต่ละแหล่งคั่นด้วย ; 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” ตามด้วยชื่อสกุลผู้แต่งที่ถูกลำนำข้อมูลมาอ้างและปีพิมพ์

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 & 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

ไม่ปรากฏวันเดือนปีที่เผยแพร่

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).

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.> (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.> (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.> (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

กรณีให้นำภาพหรือตารางจากแหล่งข้อมูลหรือเอกสารอื่นมาใช้ 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	คู่มือ 3.1.2.1	ไทย สงวนลิขสิทธิ์/ปี/ชื่อเจ้าของผลงาน. หรือ สาธารณสมบัติ. หรือ CC BY-NC**	ไทย พิมพ์ซ้ำโดยได้รับอนุญาต หรือ ดัดแปลงโดยได้รับอนุญาต
บทในหนังสือ		คู่มือ 3.1.2.2		
วารสาร	อังกฤษ From หรือ Adapted from	คู่มือ 3.1.2.3	ไทย Copyright/year/by/ ชื่อเจ้าของผลงาน. หรือ	อังกฤษ Reprinted with permission. หรือ
เว็บไซต์		คู่มือ 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>). (in Thai). 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, & 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, W. (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 การคัดลอกผลงานไม่ว่าจะจากบุคคลอื่นหรือของผู้นิพนธ์ถือว่าการผิดจรรยาบรรณในการเผยแพร่ผลงานและยอมรับไม่ได้ในวงวิชาการ
- 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. ได้รับความช่วยเหลือจากสมาคมทางด้านวิชาการอื่น 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**

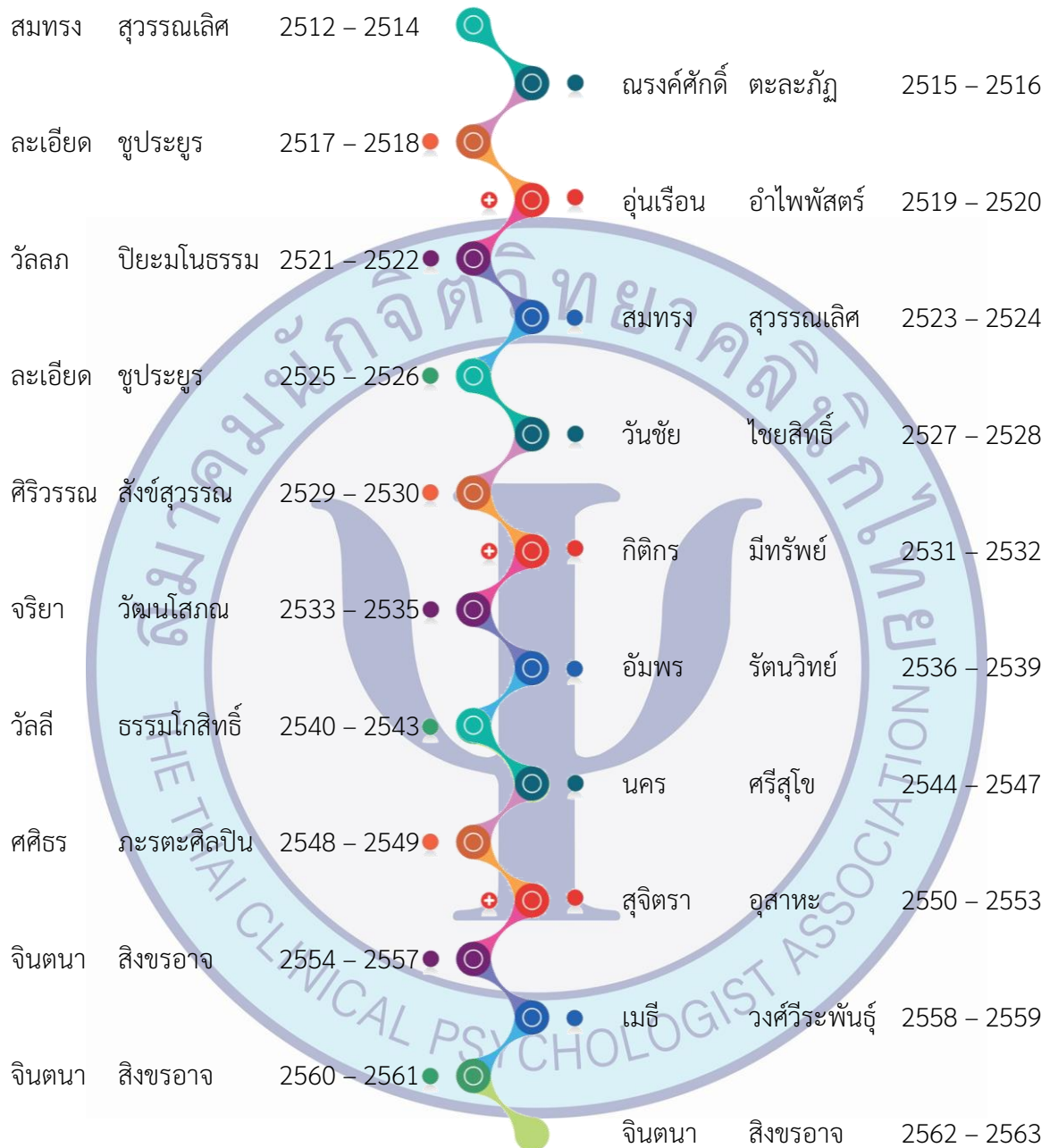
สมาชิกสามัญ สมาชิกในประเทศ, Internship ค่าธรรมเนียมแรกเข้า 500 บาท สมาชิกต่างประเทศ 1,000 บาท

สมาชิกวิสามัญ แพทย์ สมาชิกในประเทศ ค่าธรรมเนียมแรกเข้า 300 บาท

สมาชิกสมทบ นักศึกษา สมาชิกในประเทศ ค่าธรรมเนียมแรกเข้า 200 บาท

พร้อมส่งหลักฐานการโอนเงินไปที่ Email: jitrapun.popairoj@gmail.com

อดีตประธานชมรมนักจิตวิทยาคลินิก และนายกสมาคมจิตวิทยาคลินิกไทย



สุภาวดี นวลมณี
2564 – ปัจจุบัน

นายกสมาคมจิตวิทยาคลินิกไทยคนปัจจุบัน

ประวัติบรรณาธิการวารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

2512 – 2513	ยวดี	กิติคุณ	
2513 – 2514	ณรงค์ศักดิ์	ตะละภัก	
2515 – 2516	ดวงมัลย์	เริกสำราญ	
2517 – 2522	กิติกร	มีทรัพย์	
2523 – 2524	วันชัย	ไชยสิทธิ์	
2525 – 2526	สมบัติ	ตาปัญญา	
2527 – 2530	ชัยวัฒน์	วงศ์อาษา	
2531 – 2532	อมรากุล	อินโชนานนท์	
2533 – 2535	อุษา	ชูชาติ	และ อมรากุล อินโชนานนท์
2536 – 2537	สุชีรา	ภัทรายุตวรรตน์	
2538 – 2539	จุฑาทิพย์	วงศ์สุวรรณ	
2540 – 2543	ชนิษฐา	บำเพ็ญผล	
2544 – 2545	สุชีรา	ภัทรายุตวรรตน์	
2546 – 2547	จริยา	จันทร์ระ	
2548 – 2549	สร้อยสุดา	อิมอรุณรักษ์	
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	ไชนันต์	สกุลศรีประเสริฐ	
2564 – ปัจจุบัน	วัฒนะ	พรหมเพชร	

บรรณาธิการแถลง

วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย (Online) ฉบับนี้เป็นปีที่ 55 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2567) ซึ่งมีบทความที่ได้รับการคัดสรรและมีเรื่องที่น่าสนใจจำนวน 6 เรื่องด้วยกัน โดยนิพนธ์ต้นฉบับ 4 เรื่องแรกเป็นเรื่อง “คำตอบรอช้าของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ต้องการผ่าตัดปลูกถ่ายไต” โดย อลิสา กุณพลบุตร, กุลธิดา พิพัฒน์จรัสสกุล, และปณทริกา ศรีจันทร์ บทความวิจัยกึ่งทดลองเรื่อง “การใช้กิจกรรมศิลปะเพื่อส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเองสำหรับวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์เด็กบ้านเวียงพิงค์” โดย วันวิสาข์ พันธุ์สกุล บทความวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนามาตรวัดเรื่อง “การพัฒนาแบบประเมินการรู้คิดทางสังคมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง” โดย ภัทรวรรณ สุขยิธัญ และเรื่อง “ความเชื่อตัวกลางที่เกี่ยวข้องกับความเป็นหญิงด้านการดื่มสุราและ drunkorexia ในนักศึกษาปริญญาตรีหญิง” โดย ศจีแพรว โปธิกุล, ภัคจิรา ชินวัตร, และไชยันต์ สกุลศรีประเสริฐ นอกจากนี้มีบทความฟื้นฟูวิชาการเกี่ยวกับอารมณ์ในช่วงวัยเด็กและวัยรุ่นที่น่าสนใจอีก 2 เรื่องคือ “การเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมช่วงวัยเด็กตอนต้น: ในบริบทประเทศไทย” โดย รังสิริศม์ วงศ์อุปราช, พีร วงศ์อุปราช, นิสรา คำมณี, และภัทรา ลออรรถพงศ์ และสุดท้ายเรื่อง “การจัดการอารมณ์ด้านลบของวัยรุ่นที่ได้รับผลจากเทคโนโลยีดิจิทัล” โดย สาโรจน์ วรรณโกสิน, และทัญญกร สำเร็จดี

วารสารฉบับนี้หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้เผยแพร่สื่อองค์ความรู้ที่เป็นปัจจุบันและเป็นประโยชน์ในวงการวิชาชีพจิตวิทยาคลินิกและผู้สนใจทั่วไป นอกจากนี้วารสารยังขอเชิญชวนสมาชิกสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย นักวิชาการ นักวิจัย นักศึกษา และผู้สนใจทุกท่าน ได้ส่งบทความวิจัยหรือบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานจิตวิทยาคลินิก เพื่อจะได้เผยแพร่องค์ความรู้และนวัตกรรมต่างลงวารสารจิตวิทยาคลินิกไทยฉบับออนไลน์ต่อไป

วัฒนะ พรหมเพชร

บรรณาธิการ

ข้อเขียนที่ปรากฏในวารสารนี้ ย่อมเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเรื่องนั้นโดยเฉพาะ มิใช่เป็นทัศนะของ
กองบรรณาธิการหรือบรรณาธิการเสมอไป



วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

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

นิพนธ์ต้นฉบับ

คำตอบรอสักขาของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ต้องการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

อลิสสา กุณทลบุตร^{1*}, กุลธิดา พิพัฒน์จรัสสกุล², ปุณทริกา ศรีจันทร์²

¹ นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ, กลุ่มงานจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี

² นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ, กลุ่มงานจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี

* ผู้นิพนธ์ประสานงาน, e-mail. bkunthon@yahoo.com

รับบทความ: 18 ธันวาคม 2566 | แก้ไขบทความ: 17 มกราคม 2567 | ตอรับบทความ: 1 มีนาคม 2567

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคำตอบรอสักขาของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ต้องการปลูกถ่ายไต **วัสดุและวิธีการ** การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางโดยเก็บข้อมูลแบบย้อนหลัง (retrospective study) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ต้องการผ่าตัดปลูกถ่ายไตและมารับบริการการตรวจทางจิตวิทยาที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลราชวิถีตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2566 ตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวนทั้งสิ้น 115 ราย ทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามทั่วไปและแบบทดสอบรอสักขา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติดังนี้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน **ผลการศึกษา** พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 44 ปี สถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ยังคงทำงานและใช้สิทธิการรักษาประกันสังคม โดยพบลักษณะคำตอบรอสักขา ด้านตำแหน่งเนื้อที่ของภาพ (location) ส่วนใหญ่ให้คำตอบ W ร้อยละ 61.44 ด้านเหตุผลของคำตอบ (determinant) ส่วนใหญ่ให้คำตอบ F ร้อยละ 60.2 ด้านเนื้อหาหรือชนิดของคำตอบ (content) ส่วนใหญ่ให้คำตอบ A ร้อยละ 50.3 จำนวนคำตอบทั้งหมด (total response) มีค่าเฉลี่ย 16.4 คำตอบที่คนส่วนใหญ่มักจะตอบ (popular response) มีค่าเฉลี่ย 4.5 **สรุป** กลุ่มตัวอย่างให้คำตอบ W และ คำตอบ A ทั้งคู่สูงกว่าเกณฑ์ปกติ ส่วนจำนวนคำตอบทั้งหมดและคำตอบที่คนส่วนใหญ่มักจะตอบ ให้ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติทั้งคู่ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังน่าจะมีความสามารถจำกัด หรือมีปัญหาทางจิตใจ อารมณ์ จึงควรมีการตรวจประเมินหรือคัดกรองเพิ่มเติม หากพบปัญหาดังกล่าวควรส่งต่อ พบผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเพื่อร่วมดูแลรักษา

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง, แบบทดสอบทางจิตวิทยา, คำตอบรอสักขา



Thai Journal of Clinical Psychology

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

Original Article

Rorschach Responses in Chronic Kidney Disease Patients Requiring Renal Transplantation

Alisa Kunthonbutra^{1*}, Kulathida Pipatjarussakul², Poontarika Srichan²

¹ Clinical Psychologist Professional Level, Psychiatry Department Rajavithi Hospital

² Clinical Psychologist Practitioner Level, Psychiatry Department Rajavithi Hospital

* Corresponding author, e-mail. bkunthon@yahoo.com

Received: 18 December 2023 | Revised: 17 January 2024 | Accepted: 1 March 2024

Abstract

Objectives: To study the characteristics of the Rorschach Inkblot test responses of chronic kidney disease patients who are in need of kidney transplantation. **Materials and methods:** This descriptive study was a cross-sectional retrospective design. The research sample consists of chronic kidney disease patients requiring transplantation who received psychological assessments at the Psychiatric Clinic of Rajavithi Hospital from October 2018 to April 2023. The total sample size was 115 individuals. Data was collected through general questionnaires and Rorschach Inkblot test. Statistical analysis was conducted using statistical software, including frequency, percentages, mean, and standard deviation, to analyze basic data. **Results:** The findings of the research reveal that the majority of the sample are male, with an average age of 44 years. Most of them are married. A significant portion completed secondary education. The majority are currently employed, and a substantial number utilize social security healthcare benefits. The analysis of Rorschach Inkblot test responses indicates that regarding the location of the image, the majority of responses were coded as "W" (61.44%). Regarding the determinant of responses, "F" was the predominant answer (60.2%). In terms of content or type of response, the majority chose "A" (50.3%). The total responses had an average of 16.4, while popular responses averaged 4.5. **Conclusion:** Both "W" and "A" responses in the sample group were higher than the norm. However, the total number of responses and popular responses were lower than the norm, indicating that chronic kidney disease patients have limited abilities or psychological problems. Therefore, additional screening or assessment is recommended. If issues are identified, referral to specialized experts for further care and management is advised.

Keywords: Chronic kidney disease patients, psychological test, Rorschach response

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรังเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม จากการศึกษาภาระโรค 204 ประเทศ ระหว่าง ค.ศ. 1990-2019 ขององค์การอนามัยโลก ในทุกกลุ่มอายุพบโรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease) มีสัดส่วน 0.8 ของภาระโรคใน ค.ศ. 1990 และมีสัดส่วน 1.6 ของภาระโรคใน ค.ศ. 2019 แนวโน้มเพิ่มขึ้นเกือบหนึ่งเท่าตัว การเจ็บป่วยนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทั่วโลก (Wichitsunthornkul, 2022) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจะมีการของการคั่งของของเสีย น้ำเกลือแร่และกรดต่าง มีการเสียสมดุลของฮอร์โมนของร่างกาย ทำให้มีอาการปวด เมื่อยล้า นอนไม่หลับ คัน เบื่ออาหาร ท้องผูก ตะคริว ขาปลายมือปลายเท้า ชากระดูก ภาวะซีด บวมตามร่างกาย อึดอัด หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ส่วนใหญ่ในท้ายที่สุดผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) ซึ่งเป็นการรักษาตลอดชีวิตก่อนจะได้รับการปลูกถ่ายไต การฟอกเลือดดังกล่าวอาจมีผลข้างเคียงทำให้ความดันโลหิตต่ำ หน้ามืด เป็นลม หดสติ หกล้มได้ง่าย เกิดอาการในระบบหัวใจและหลอดเลือด รูปร่างหน้าตาเปลี่ยนแปลงไป มีการบวมตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ผิวหนังแห้ง สีผิวเปลี่ยนคล้ำลง มีเส้นฟอกเลือดที่แขนและมีการโป่งพองของเส้นเลือด นำมาซึ่งความไม่สุขสบาย สูญเสียความมั่นใจและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้อีก ทั้งผู้ป่วยต้องเดินทางมารับการฟอกเลือดที่โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยบางคนมีความรู้สึกลำบาก ไม่สะดวก รู้สึกเป็นภาระให้แก่ครอบครัวและมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตเนื่องจากต้องเดินทางไปฟอกเลือดสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง นานครั้งละ 4-6 ชั่วโมง (Lortajakul et al., 2018) และอาจส่งผลกระทบต่อการทำงาน เพิ่มภาระทางการเงินอีกด้วย ซึ่งจะเห็นได้ว่าผลกระทบทั้งหมดที่เกิดขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังแต่ผลกระทบนั้นจะส่งผลมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับพื้นฐานของจิตใจ บุคลิกภาพของผู้ป่วยด้วย

ประเทศไทยได้มีการศึกษาความชุกของการเจ็บป่วยทางจิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายมีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 17.64 (Plookrak, 2018) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้

ว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดความเจ็บป่วยทางจิต แต่ยังไม่พบการศึกษาการเจ็บป่วยทางจิตอื่น ๆ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากยังไม่มีเครื่องมือในการประเมินการเจ็บป่วยทางจิตอื่น ๆ หรือผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยการเจ็บป่วยทางจิตจากจิตแพทย์

ปัจจุบันการปลูกถ่ายไต (renal transplantation) จัดเป็นวิธีบำบัดทดแทนไตที่มีประสิทธิภาพดีที่สุด แต่โรงพยาบาลที่สามารถทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไตได้นั้นต้องเป็นโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิหรือสูงกว่า โดยโรงพยาบาลราชวิถีเป็นโรงพยาบาลหนึ่งที่มีศักยภาพในการผ่าตัดปลูกถ่ายไตได้ เมื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังต้องการจะรักษาด้วยการผ่าตัดปลูกถ่ายไตนั้น ไม่สามารถกระทำได้ที่พื้นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยหลาย ๆ อย่างจากทีมสหวิชาชีพ การตรวจวินิจฉัยด้านจิตใจของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ต้องการผ่าตัดปลูกถ่ายไตนั้นต้องใช้ผลการตรวจทางจิตวิทยา ร่วมกับเพื่อประเมินสภาพจิต เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทางกายมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการเจ็บป่วยทางจิต (Khlaisuk, 2019) ดังนั้น การตรวจทางจิตวิทยาจึงเป็นข้อมูลสำคัญในการตรวจวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของแพทย์และเป็นข้อมูลช่วยในการวางแผนการบำบัดรักษาทั้งโรคไตเรื้อรังทางกายและอาการทางจิตเวช เมื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ต้องการผ่าตัดปลูกถ่ายไตจึงต้องมาพบนักจิตวิทยาคลินิกเพื่อทำการตรวจทางจิตวิทยา การตรวจทางจิตวิทยาจะใช้เครื่องมือคือแบบทดสอบทางจิตวิทยา ซึ่งมีหลากหลายแบบ แบบทดสอบที่มีความสำคัญและมีการใช้อย่างแพร่หลายคือ แบบทดสอบบุคลิกภาพแบบฉายภาพ (projective test) ที่ไม่มีโครงสร้าง ทำให้ผู้รับการทดสอบสามารถให้คำตอบได้อย่างอิสระหลากหลาย และด้วยความที่แบบทดสอบเป็นสิ่งเร้าที่มีลักษณะคลุมเครือไม่ชัดเจน จึงทำให้แบบทดสอบประเภทนี้สามารถวัดโครงสร้างบุคลิกภาพได้ลึกซึ้งมากขึ้นและแบบทดสอบบุคลิกภาพแบบฉายภาพที่นิยมใช้กันมากที่สุดคือแบบทดสอบรอสส์ชาค

เมื่อทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยพบว่าแบบทดสอบรอสส์ชาคถูกนำไปศึกษาวิจัยในกลุ่มต่าง ๆ มากมาย เช่น Chawarit (2015) ศึกษาลักษณะคำตอบรอสส์ชาคในผู้ต้องขังคดีความผิดเกี่ยวกับยาบ้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ต้องขังคดีความผิดเกี่ยวกับยาบ้าทั้งชายและหญิงที่มีประวัติการเสพยาบ้าและอยู่ระหว่างจำคุก

ภายในเรือนจำจังหวัดชัยภูมิจำนวนทั้งสิ้น 60 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงโดยแบ่งเป็น ชาย 30 คน และหญิง 30 คน ผลการวิจัยพบว่า ด้านการใช้พื้นที่ (location) ในกลุ่มผู้ต้องขังชายให้จำนวนคำตอบ W มากที่สุดและคุณภาพคำตอบไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 53.13 ส่วนในกลุ่มผู้ต้องขังหญิงให้จำนวนคำตอบ D มากที่สุดและคุณภาพคำตอบไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 41.64 ด้านการให้เหตุผล (determinant) พบว่าผู้ต้องขังทั้งชายและหญิงให้คำตอบ F มากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเป็น 10.40 และ 16.40 ตามลำดับ ซึ่งถือว่าสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ด้านเนื้อหาคำตอบ (content) พบว่าผู้ต้องขังทั้งชายและหญิงให้คำตอบ A หรือสัตว์สูงสุด คิดเป็นร้อยละ 47.96 และ 44.87 ตามลำดับ ด้านคำตอบที่คนส่วนใหญ่ตอบ (popular response) พบว่าผู้ต้องขังทั้งชายและหญิงให้คำตอบเฉลี่ยเป็น 3.80 และ 4.17 ตามลำดับซึ่งถือว่าน้อยกว่าเกณฑ์ปกติ ด้านจำนวนคำตอบรวมทั้งหมด (total response) พบว่าผู้ต้องขังชายให้จำนวนคำตอบรวมทั้งหมดเฉลี่ย 17.07 คำตอบ ซึ่งถือว่าน้อยกว่าเกณฑ์ปกติ ผู้ต้องขังหญิงให้จำนวนคำตอบรวมทั้งหมดเฉลี่ย 26.90 คำตอบซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ Phetrat (2010) ศึกษาคำตอบบรอส์ซาคของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติด: กรณีศึกษาศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นใช้สารเสพติดจำนวน 76 คน ผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดให้คำตอบโดยเฉลี่ย 19 คำตอบ คำตอบ W = 54.57%, F = 39.95%, A = 50.00%, popular โดยเฉลี่ย 4.44 คำตอบ Phongphisutchai (2004) ศึกษาคำตอบบรอส์ซาคในผู้ป่วยนิติจิตเวชคดีความผิดต่อชีวิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยจากคณะผู้รักษาว่าเป็นผู้วิกลจริต จิตฟั่นเฟือน หรือจิตบกพร่องประกอบด้วยผู้ป่วยคดีความผิดต่อชีวิต 20 รายและคดีอื่น ๆ 15 ราย จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยคดีความผิดต่อชีวิตให้คำตอบเฉลี่ย 17.5 คำตอบ คำตอบเกี่ยวกับพื้นที่หยดหมึกมีดังนี้ W = 57.14%, D = 39.71%, d = 0.28%, Dd+S และ DW = 2% คำตอบเกี่ยวกับรายละเอียดของหยดหมึกมีดังนี้ F = 52.57%, FM = 24%, M = 9.71%, C' = 4%, m = 3.42%, C = 3.14%, K = 3.28%, FC = 1.71%, FK = 1.42%, k และ CF = 1.14%, c = 0.85% และไม่พบ Fc ส่วนเนื้อหาคำตอบที่พบมากที่สุด ได้แก่ A = 52.28%, Obj = 14.28% และ H

= 10.85% และ P เฉลี่ย = 5.2 คำตอบ Sattayaprasert (2013) ศึกษาเปรียบเทียบลักษณะคำตอบบรอส์ซาคระหว่างผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายกับไม่มีประวัติฆ่าตัวตาย: กรณีศึกษาโรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 60 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามประวัติผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มแรกต้องเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและมีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย และอีกกลุ่มเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีความพยายามฆ่าตัวตาย ผลการวิจัยพบว่า เมื่อเปรียบเทียบการให้ลักษณะคำตอบ location พบว่าทั้ง 2 กลุ่มให้คำตอบ W เป็นส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน เปรียบเทียบการให้ลักษณะคำตอบ determinant พบว่าทั้ง 2 กลุ่มให้คำตอบ F สูงสุด เปรียบเทียบการให้ลักษณะคำตอบ content พบว่าทั้ง 2 กลุ่มให้คำตอบ A สูงสุด เปรียบเทียบการให้คำตอบ total response, popular response พบว่าทั้ง 2 กลุ่มให้จำนวนคำตอบทั้ง 2 อย่าง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 การใช้เวลา average time per response และ reaction time ของทั้ง 2 กลุ่มพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และ Srigratoom (2015) ศึกษาคำตอบบรอส์ซาคในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์แล้ว 30 คน จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วให้ลักษณะคำตอบ location ส่วนใหญ่เป็น W คิดเป็นร้อยละ 61.44 ส่วนในด้านเหตุผลของคำตอบ (determinant) ส่วนใหญ่ให้คำตอบ F มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.43 ($\bar{x} = 5.43$, $SD = 1.25$) ด้านเนื้อหา (content) ส่วนใหญ่ให้คำตอบเกี่ยวกับสัตว์ชนิดต่าง ๆ หรือ A เป็นจำนวนสูงสุด ($\bar{x} = 6.53$, $SD = 1.04$) ในส่วนของ total responses ให้คำตอบเท่ากับ 15.30 คำตอบ และ popular responses โดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.4 คำตอบ ใช้เวลาในการให้คำตอบทั้งหมด (total time) เฉลี่ยที่ 14 นาทีและใช้เวลาในการเริ่มให้คำตอบแรก (reaction time) ที่ 5.23 วินาที เป็นต้น แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาคำตอบบรอส์ซาคในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายเลย

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นนักจิตวิทยาคลินิกที่ประจำอยู่ ณ โรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ต้องการผ่าตัดปลูกถ่ายไตมารับการตรวจทาง

จิตวิทยาเฉลี่ยร้อยละ 30.66 จากผู้ป่วยที่มารับการตรวจทางจิตวิทยาทั้งหมด และมีความจำเป็นต้องตรวจวินิจฉัยด้านจิตใจของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ต้องการผ่าตัดปลูกถ่ายไตด้วยแบบทดสอบรอสช์ชาค จึงมีความสนใจที่จะศึกษาคำตอบรอสช์ชาคของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ต้องการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาคำตอบรอสช์ชาคของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ต้องการปลูกถ่ายไตและใช้ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเป็นแนวทางประกอบการดูแลรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ต้องการผ่าตัดปลูกถ่ายไตต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางโดยเก็บข้อมูลแบบย้อนหลัง (retrospective study) จากเวชระเบียน โรงพยาบาลราชวิถี

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ต้องการผ่าตัดปลูกถ่ายไตมารับบริการการตรวจทางจิตวิทยาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลราชวิถี ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 ถึงเดือนเมษายน 2566 ที่เข้าเกณฑ์จำนวนทั้งสิ้น 115 ราย

เกณฑ์คัดเข้า

- ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ต้องการผ่าตัดปลูกถ่ายไตมารับบริการการตรวจทางจิตวิทยาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลราชวิถี ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 ถึงเดือนเมษายน 2566

- เป็นคนไทยอายุ 20 ปีขึ้นไป
- ได้รับการประเมินสภาพจิตใจด้วยแบบประเมินรอสช์ชาคก่อนการปลูกถ่ายไต

- สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

- ไม่ให้คำตอบในการทดสอบรอสช์ชาคมากกว่า 5 ภาพขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพการ

สมรส ระดับการศึกษา สถานะการทำงาน สิทธิการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบรอสช์ชาค (Rorschach) Klopfer & Davidson (1962, as cited in Chawarit, 2015) ประกอบไปด้วยชุดภาพหยดหมึกมาตรฐาน จำนวน 10 ภาพ ขนาด 6.5 นิ้ว X 9.5 นิ้ว ภาพจะแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ 2.1) กลุ่มภาพสีด้า เทาบนพื้นขาวซึ่งมีจำนวน 5 ภาพ คือ ภาพ I, IV, V, VI และ VII 2.2) กลุ่มภาพสีด้า เทา และแดงบนพื้นขาวซึ่งมี 2 ภาพ คือ II และ III 2.3) กลุ่มภาพที่มีมากกว่า 3 สีบนพื้นขาวจำนวน 3 ภาพคือ VIII, IX และ X ซึ่งเป็นภาพที่ Rorschach สร้างขึ้นมา ดำเนินการทดสอบโดยให้ผู้รับการทดสอบดูภาพแล้วนำคำตอบที่ได้จากผู้รับการทดสอบจะนำมาให้คะแนน โดยระบบการให้คะแนนของ Klopfer (Klopfer's system) (Suwanaleart et al., 2012) มี 5 ส่วน คือ location, determinants, contents, popular responses และ form-level rating แต่งานวิจัยนี้จะใช้ระบบการให้คะแนนของ Klopfer (Klopfer's system) เพียง 4 ส่วน คือ location, determinants, contents, popular responses และเพิ่ม total responses ดังนี้

1. location หมายถึง พื้นที่หรือตำแหน่งของภาพที่ใช้เป็นคำตอบ ตัวอย่างการให้คะแนนในหมวดนี้ เช่น ถ้าใช้พื้นที่ทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมดจะให้คะแนนเป็นสัญลักษณ์ W, ถ้าใช้พื้นที่บางส่วนที่มีขนาดใหญ่จะให้คะแนนเป็นสัญลักษณ์ D, ถ้าใช้พื้นที่เล็ก ๆ จะให้คะแนนเป็นสัญลักษณ์ d เป็นต้น

2. determinants หมายถึง คำตอบที่เป็นเหตุผลที่ผู้รับการทดสอบอธิบายเกี่ยวกับคำตอบ ตัวอย่างการให้คะแนนในหมวดนี้ เช่น คำตอบที่ใช้รูปร่างลักษณะอย่างเดียวจะให้คะแนนเป็นสัญลักษณ์ F, คำตอบที่ใช้การเคลื่อนไหวของมนุษย์จะให้คะแนนเป็นสัญลักษณ์ M เป็นต้น

3. contents หมายถึง เนื้อหาหรือชนิดของคำตอบ ตัวอย่างการให้คะแนนในหมวดนี้ เช่น คำตอบที่เป็นคนจะให้คะแนนเป็นสัญลักษณ์ H, คำตอบที่เป็นสัตว์จะให้คะแนนเป็นสัญลักษณ์ A, คำตอบที่เกี่ยวกับอวัยวะร่างกายของมนุษย์จะให้คะแนนเป็นสัญลักษณ์ At, คำตอบที่เป็นสิ่งของจะให้คะแนนเป็นสัญลักษณ์ Obj เป็นต้น

4. total responses หมายถึง จำนวนคำตอบทั้งหมดที่ได้

5. popular response หมายถึง เนื้อหาของคำตอบที่คนส่วนใหญ่เห็นภาพพจน์ดีกว่าเป็นรูปอะไรบางอย่างเหมือน ๆ กัน

การแปลผล วิธีการแปลผลแบบทดสอบ รอสส์ขาดแบ่งได้เป็น 3 หัวข้อที่สำคัญ คือ 1) การแปลผล ปริมาณคำตอบ (quantitative analysis) 2) การแปลผล เนื้อหาคำตอบ (content analysis) 3) การแปลผลลำดับ คำตอบ (sequence analysis) (Suwanaleart et al., 2012) ในการวิจัยครั้งนี้ใช้การแปลผลปริมาณคำตอบ (quantitative analysis) โดยจะนำคำตอบที่ได้มาจาก กลุ่มตัวอย่างโดยใช้ระบบการให้คะแนนของ Klopfer (Klopfer's system) 4 ส่วนในด้าน location, determinate, content, popular responses และเพิ่ม total responses รวบรวมคำตอบทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด แล้วนำไปเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานตามคู่มือแบบทดสอบ รอสส์ขาด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาล ราชวิถีแล้ว ผู้วิจัยจึงประสานงานกับผู้ป่วยโดยการ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดของการวิจัย เพื่อขอใช้ข้อมูลของผู้ป่วยที่มาขอรับบริการ ตรวจทางจิตวิทยาที่คลินิกจิตเวชระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2566 เมื่อผู้ป่วยยินยอมแล้ว ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาข้อมูลเฉพาะข้อมูลทั่วไป และผลการทดสอบด้วยแบบทดสอบรอสส์ขาดที่ผู้วิจัย เป็นผู้ดำเนินการทดสอบและรายงานผลการทดสอบ เก็บไว้ในเวชระเบียนของโรงพยาบาล จากนั้นผู้วิจัยได้ ตรวจคำตอบแบบลงคะแนนแล้วลงบันทึกข้อมูลและ เตรียมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS version 22.00 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและคำตอบ รอสส์ขาดโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอรับการพิจารณาจาก จริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในคนโรงพยาบาลราชวิถีหมายเลขโครงการ 66112 ได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 21 สิงหาคม 2566

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง (n = 115) พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ต้องการ ผ่าตัดปลูกถ่ายไต ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 61.7 อายุเฉลี่ย 44 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 50.5 รองลงมา มีสถานภาพโสด ร้อยละ 34.7 การศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 41.8 รองลงมาจบการศึกษา ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 30.4 สถานะการทำงาน ยังคง ทำงาน ร้อยละ 82.6 และส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษา ประกันสังคม ร้อยละ 47.0 รองลงมาเป็นสิทธิประกัน สุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 29.6 และจ่ายเองร้อยละ 16.4 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 115$)

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	71	61.7
หญิง	44	38.3
อายุเฉลี่ย	44 ปี ($\bar{x} = 43.57$, $SD = 10.80$)	
สถานภาพ		
สมรส	58	50.5
โสด	40	34.7
หม้าย หย่า แยก	17	14.8
การศึกษา		
ประถม	15	13.0
มัธยม	48	41.8
อนุปริญญา	10	8.7
ปริญญาตรี	35	30.4
สูงกว่าปริญญาตรี	6	5.2
ไม่ตอบ	1	0.9
สถานะการทำงาน		
ทำงาน	95	82.6
ไม่ได้ทำงาน	20	17.4
สิทธิการรักษา		
ประกันสังคม	54	47.0
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	34	29.6
จ่ายเอง	19	16.4
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8	7.0

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ต้องการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ให้คำตอบโดยใช้ตำแหน่งเนื้อที่ของภาพหยดหมึก (location) คำตอบ W% มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.0 รองลงมาคือ D%, d% และ Dd+S% ร้อยละ 34.0, ร้อยละ 13.9 และร้อยละ

1.1 ตามลำดับ ซึ่งคำตอบ W% รวมถึงคำตอบที่เป็น W+W cut off+W,S+DW รวมกัน คำตอบ D% รวมถึงคำตอบที่เป็น D+D,S รวมกัน คำตอบ Dd+S% รวมถึงคำตอบที่เป็น dd+de+di+dr+S รวมกันและคำตอบ d% คือคำตอบที่เป็น d

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของคำตอบโดยใช้ตำแหน่งเนื้อที่ของภาพหยดหมึกในการรับรู้ภาพต่าง ๆ (location) ($n = 115$)

Location	จำนวน (คำตอบ)	ร้อยละ	เกณฑ์ปกติ
W	961	51.00	20-30
D	641	34.00	45-55
d	21	1.10	5-15
Dd+S	261	13.90	<10
รวม	1,884	100.0	

จากตารางที่ 3 ด้านการให้เหตุผลเกี่ยวกับการรับรู้หยดหมึก (determinant) โดยคำตอบที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ต้องการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ตอบ

มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ คำตอบ F จำนวน 1,135 คำตอบ ร้อยละ 60.2 ($\bar{x} = 9.87$, $SD = 5.42$) รองลงมาคือคำตอบ FM จำนวน 332 คำตอบ ร้อยละ 17.6 ($\bar{x} =$

2.89, SD = 2.20) และคำตอบ M จำนวน 194 คำตอบ
ร้อยละ 10.3 ($\bar{x}$ = 1.69, SD = 1.80) และคำตอบที่กลุ่ม
ตัวอย่างไม่ได้ตอบคือคำตอบ m, cF และ c

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคำตอบบรรทัดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนในด้านการให้เหตุผล
เกี่ยวกับการรับรู้หัตถ์ (determinant) ($n = 115$)

Determinant	จำนวน (คำตอบ)	ร้อยละ	$\bar{x}$	SD
F	1,135	60.2	9.87	5.42
M	194	10.3	1.69	1.80
FM	332	17.6	2.89	2.20
Fm	11	0.6	0.10	0.32
mF	14	0.7	0.12	0.40
m	0			
FC	65	3.5	0.57	0.97
CF	16	0.8	0.14	0.46
C	15	0.8	0.13	0.49
FC'	54	2.9	0.47	0.76
C'F	10	0.5	0.09	0.47
C'	2	0.1	0.02	0.13
Fc	14	0.7	0.12	0.50
cF	0			
c	0			
FK	17	0.9	0.15	0.48
k	5	0.3	0.04	0.31
รวม	1,884	100.0		

จากตารางที่ 4 ด้านเนื้อหาหรือชนิดของ
คำตอบ (content) โดยคำตอบที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรค
ไตวายเรื้อรังที่ต้องการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ตอบมากที่สุด
3 อันดับแรกคือคำตอบ A ร้อยละ 50.3 รองลงมาคือ

คำตอบ H ร้อยละ 7.7 และคำตอบ Obj ร้อยละ 5.1
ตามลำดับ ส่วนคำตอบที่กลุ่มตัวอย่างตอบน้อยที่สุดคือ
คำตอบ Art ร้อยละ 0.4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของคำตอบบรรทัดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนในด้านเนื้อหาหรือชนิดของคำตอบ
(content) ($n = 115$)

Content	จำนวน (คำตอบ)	ร้อยละ
H	146	7.7
(H)	66	3.5
Hd	48	2.5
(Hd)	10	0.5
A	947	50.3
(A)	93	4.9
Ad	74	3.9
(Ad)	21	1.1
At	90	4.8
Obj	97	5.1
Pl	86	4.6

Content	จำนวน (คำตอบ)	ร้อยละ
N	30	1.6
Arch	25	1.3
Sex	10	0.5
Aobj	26	1.4
A.At	9	0.5
Food	31	1.6
Art	7	0.4
Other	68	3.6
รวม (คำตอบ)	1,884	100.0

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ต้องการผ่าตัดปลูกถ่ายไตให้จำนวนคำตอบทั้งหมด (total responses) มีค่าเฉลี่ย 16.4 คำตอบ

ส่วนจำนวนคำตอบที่คนส่วนใหญ่มักจะตอบ (popular responses) มีค่าเฉลี่ยที่ 4.5 คำตอบ

ตารางที่ 5 จำนวน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Total Responses และ Popular Responses ของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ต้องการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ($n = 115$)

ตัวแปร	จำนวน (คำตอบ)	$\bar{x}$	SD	เกณฑ์ปกติ
Total Responses	1,884	16.4	6.55	20-30
Popular Responses	517	4.5	1.60	5-7

วิจารณ์

คำตอบเกี่ยวกับการใช้พื้นที่ของหยดหมึกในการรับรู้ (location)

กลุ่มตัวอย่างให้คำตอบ W สูงสุด (ร้อยละ 61.44) และสูงมากกว่าเกณฑ์ปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Phetrat (2010) ที่ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติด, Phongphisutchai (2004) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยนิติจิตเวชคดีความผิดต่อชีวิต, Sattayaprasert (2013) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และ Srigratoom (2015) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ให้ D (ร้อยละ 34.0) ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ส่วน Dd+S (ร้อยละ 34.0) มากกว่าเกณฑ์ปกติ แสดงถึงมีความสามารถจำกัดหรือมีความสามารถทางเชาวน์ปัญญาไม่สูงนัก ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลส่วนตัวด้านระดับการศึกษาที่ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาหรือเชาวน์ปัญญาไม่ต่ำแต่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ จิตใจ ที่ทำให้ใช้ความสามารถได้ไม่เต็มที่ มีการปรับตัวต่อสถานการณ์โดยพยายามทำสิ่งต่าง ๆ ที่เกินขีดความสามารถทางเชาวน์ปัญญาที่มีอยู่ หรือเป็นคนที่มีลักษณะทะเยอทะยานเกินตัวและแสดงจุดเด่นเพื่อทดแทนความบกพร่องของ

ตนเอง ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังนั้นอาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น มีการบวมตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย สีผิวเปลี่ยนคล้ำลง มีการโป่งพองของเส้นเลือด เป็นต้น ต้องระมัดระวังเรื่องการทานอาหาร หรือบางคนต้องให้อื่นช่วยเหลือ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกว่าตนเองด้อยหรือบกพร่อง นอกจากนี้ ยังอาจบ่งถึงลักษณะของคนที่ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมหรือแยกตนเอง โดยเฉพาะเมื่อให้คำตอบ W, Dd+S เป็นจำนวนมาก ซึ่งแสดงถึงการรับรู้ที่ไม่สอดคล้องกับคนปกติ สนใจจุดหรือแง่มุมที่คนปกติไม่ให้ความสนใจ ทำให้การสื่อสารสัมพันธ์กับผู้อื่นค่อนข้างยาก อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างต้องเดินทางไปฟอกเลือดสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง นานครั้งละ 4-6 ชั่วโมง ทำให้มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตและการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Lortajakul et al., 2018)

คำตอบเกี่ยวกับการให้เหตุผล (determinant)

กลุ่มตัวอย่างให้ตอบ F สูงสุด (ร้อยละ 60.2) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chawarit (2015) ที่ศึกษาในผู้ต้องขังคดีความผิดเกี่ยวกับยาบ้า, Phetrat (2010)

ที่ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติด, Phongphisutchai (2004) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยนิติจิตเวชคดีความผิดต่อชีวิต, Sattayaprasert (2013) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และ Srigratoom (2015) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว คำตอบ F แม้จะสูงสุด แต่อยู่ในระดับปานกลาง แสดงถึงอาจเป็นเพียงการเก็บกดหรือควบคุมพฤติกรรมกรรมการแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบทางอารมณ์ ซึ่งอาจพบได้ในคนปกติทั่วไป (natural constriction) คำตอบ M น้อย ($\bar{x} = 1.69$, $SD = 1.80$) ส่วน FM ($\bar{x} = 2.89$, $SD = 2.20$) อยู่ในระหว่าง 1M และ 2M อาจพบได้ในคนปกติ ซึ่ง M น้อยอาจหมายถึงการมีระดับเขavnปัญญาต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลส่วนตัวด้านระดับการศึกษาที่ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา หรืออาจเป็นเพราะมีปัญหาทางอารมณ์ จิตใจ หรือปัญหาทางจิตเวช ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูล FC ($\bar{x} = 0.57$, $SD = 0.97$) และ FC' ($\bar{x} = 0.47$, $SD = 0.76$) ที่กลุ่มตัวอย่างพยายามใช้เหตุผลเข้ามาควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์ ทำให้ไม่ค่อยแสดงออกทางอารมณ์นักและมีอารมณ์เศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Plookrak (2018) ที่พบว่าผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย มีความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 17.64 อัตราส่วน W (ร้อยละ 51.0) : M (ร้อยละ 10.3) ต่างกันมากกว่า 3 เท่า แสดงถึงเป็นคนที่มีลักษณะทะเยอทะยานเกินตัว โดยพยายามทำสิ่งต่าง ๆ ที่เกินขีดความสามารถทางเขavnปัญญาที่มี แสดงปมเด่นเพื่อทดแทนความบกพร่องของตนเองซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังนั้นอาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น มีการบวมตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย สิวเปลี่ยนแปลง คลั่ง มีการโป่งพองของเส้นเลือด เป็นต้น ต้องระมัดระวังเรื่องการทานอาหาร หรือบางคนต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกว่าตนเองด้อยหรือบกพร่องจึงพยายามทำสิ่งต่าง ๆ ที่เกินขีดความสามารถเพื่อชดเชยความรู้สึกดังกล่าว

คำตอบเกี่ยวกับเนื้อหา (content)

กลุ่มตัวอย่างให้คำตอบเป็นสัตว์หรือ A สูงสุด (ร้อยละ 50.3) และ A% สูงกว่าเกณฑ์ปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chawarit (2015) ที่ศึกษาในผู้ต้องขังคดีความผิดเกี่ยวกับยาบ้า, Phetrat (2010) ที่ศึกษาใน

กลุ่มวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติด, Phongphisutchai (2004) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยนิติจิตเวชคดีความผิดต่อชีวิต, Sattayaprasert (2013) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และ Srigratoom (2015) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว คำตอบ A% สูงกว่าเกณฑ์ปกติ แสดงถึงระดับเขavnปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลส่วนตัวด้านระดับการศึกษาที่ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาหรือการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมและมักพบในผู้ที่มีความสนใจอยู่ในวงจำกัด H (ร้อยละ 7.7) และ H% ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ บ่งถึงลักษณะบุคลิกภาพแบบเก็บตัว ไม่ชอบเข้าสังคม มักแสดงความสนใจเกี่ยวกับตนเอง ค่อนข้างไปทางไม่สามารถสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่นหรือการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นค่อนข้างยาก อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างต้องเดินทางไปพอกเลือดสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง นานครั้งละ 4-6 ชั่วโมง ทำให้มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตและการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Lortajakul et al., 2018) รวมทั้งขาดการรับรู้ในด้านความรู้สึกซึ่งสอดคล้องกับข้อมูล FC ($\bar{x} = 0.57$, $SD = 0.97$) และ FC' ($\bar{x} = 0.47$, $SD = 0.76$) ที่กลุ่มตัวอย่างพยายามใช้เหตุผลเข้ามาควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์ ทำให้ไม่ค่อยแสดงออกทางอารมณ์นักและมีอารมณ์เศร้า ส่วน At นั้นบ่งถึงความสนใจเกี่ยวกับความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกายซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความเจ็บป่วยทางกายจริง

คำตอบทั้งหมด (total response) กลุ่มตัวอย่างให้ค่าเฉลี่ย 16.4 คำตอบซึ่งน้อยกว่าเกณฑ์ปกติ (คนที่มีสุขภาพจิตปกติจะให้คำตอบ total response เฉลี่ยประมาณ 20-30 คำตอบ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Srigratoom (2015) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว การให้คำตอบทั้งหมดน้อยหมายถึงการมีระดับเขavnปัญญาที่ไม่สูงมากซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลส่วนตัวด้านระดับการศึกษาที่ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา และด้านจำนวนคำตอบที่คนส่วนใหญ่มักตอบ (popular response) พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ค่าเฉลี่ยที่ 4.5 คำตอบ ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติเล็กน้อย (เกณฑ์ปกติ 5-7 คำตอบ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chawarit (2015) ที่ศึกษาในผู้ต้องขังคดีความผิดเกี่ยวกับยาบ้า, Phetrat (2010) ที่ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดและ Srigratoom (2015) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว แสดง

ถึงการรับรู้ความเป็นจริงไม่ค่อยดีนัก แต่ยังมี
ความสามารถในการยอมรับหรือมองเห็นโลกในมุมของ
คนปกติและสามารถรับรู้ตามความเป็นจริงได้

สรุป

ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะคำตอบของกลุ่ม
ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องการปลูกถ่ายไตบ่งถึงการมี
ระดับเขาวนปัญญาที่ไม่สูงมาก จึงควรมีการประเมิน
ความสามารถทางเขาวนปัญญาด้วยเพื่อใช้เป็นข้อมูล
ประกอบการดูแลรักษา รวมถึงปรับแนวทางการให้
ข้อมูลทางการแพทย์ให้เหมาะสมกับความสามารถทาง
เขาวนปัญญา อีกประเด็นคือลักษณะที่บ่งถึงปัญหาทาง
จิตใจหรืออารมณ์ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า จึงควรมี
การตรวจประเมินคัดกรองในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวาย
เรื้อรังหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อส่งต่อพบผู้เชี่ยวชาญ
เฉพาะทาง นำไปสู่การวินิจฉัยและร่วมรักษาหากพบ
ปัญหาดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยพบลักษณะที่บ่งถึงการมีระดับ
เขาวนปัญญาที่ไม่สูงมาก จึงควรมีการศึกษา
เปรียบเทียบความสามารถทางเขาวนปัญญากับ
คำตอบบรอสส์ซาคในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องการ
ปลูกถ่ายไต
2. ผลการวิจัยพบลักษณะที่บ่งถึงปัญหาทางจิตใจ
หรืออารมณ์ จึงควรมีการตรวจประเมินคัดกรองในกลุ่ม
ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อส่งต่อ
พบผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางนำไปสู่การวินิจฉัยและร่วม
รักษา
3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบเรื่องการปรับตัว
ระหว่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องการปลูกถ่ายไตกับ
ผู้ป่วยโรคไตระยะอื่น ๆ หรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ
4. ควรมีการศึกษาลักษณะคำตอบบรอสส์ซาคใน
กลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์จินดา
โรจนเมธินทร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี
นายแพทย์ทัศนชาติ จิตรีธาดู รองผู้อำนวยการด้าน
วิชาการและการแพทย์ ที่ให้โอกาสและสนับสนุนทุนใน
งานวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณนายแพทย์ยุติธรรม เขียวอักษร
หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชศาสตร์ที่ให้โอกาสและสนับสนุน
ขอบคุณแพทย์หญิงจามรี ณ บางช้าง ที่สนับสนุน ให้
คำปรึกษา คำแนะนำ รวมถึงให้กำลังใจตั้งแต่เริ่มต้น
วิจัยจนงานแล้วเสร็จ

เอกสารอ้างอิง (References)

- Chawarit, P. (2015). *Characteristic of the Rorschach responses of inmates incarcerated for amphetamine offences* [Unpublished master's thesis]. Ramkhamhaeng University. (in Thai).
- Khlaisuk, A. (2019). Mental illness in chronic disease patient: Role of psychiatric community nurses. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 30(3), 11-18. (in Thai).
- Lortajakul, C., Ratanapariyanuch, S. and Sanamjang, P. (2018). Depression, social support, and quality of life of the end stage chronic kidney disease patients with hemodialysis. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 30(3), 141-152. (in Thai).
- Phetrat, S. (2010). *Rorschach responses of substance dependent youths: A case study of the Songkhla drug dependence treatment center*. [Unpublished master's thesis]. Ramkhamhaeng University. (in Thai).
- Phongphisutchai, S. (2004). *The study of Rorschach responses in forensic psychiatric patients: Homicide*. [Unpublished master's thesis]. Mahidol University.
- Plookrak, S. (2018). The prevalence and associated factors of depression in ESRD on hemodialysis in Phra Nakhon Si Ayutthaya hospital. *Journal*

of Preventive Medicine Association of Thailand,
8(1), 72-80. (in Thai)

Sattayaprasert, K. (2013). *A comparative study of Rorschach responses between depressive patients with a history of attempted suicide and Those without a history of attempted suicide: A case study of Rajavithi hospital*. [Unpublished master's thesis]. Ramkhamhaeng University. (in Thai).

Srigratoom, B. (2015). *Rorschach responses of bipolar patients* [Unpublished master's thesis]. Ramkhamhaeng University. (in Thai).

Suwanaleart, S., Pornpipatkul, S., & Wanichrammanee, K. (2012). *Scoring manual of Rorschach test* (5th ed). Beyond Publishing. (in Thai).

Wichitsunthornkul, K. (2022). *Epidemiology and review of preventive measures for chronic kidney disease*. (n.p.). <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1308820220905025852.pdf> (in Thai).



วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

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

นิพนธ์ต้นฉบับ

การใช้กิจกรรมศิลปะเพื่อส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเองสำหรับวัยรุ่น ในสถาน สงเคราะห์เด็กบ้านเวียงพิงค์

วันวิสาข์ พันธสกุล^{1*}

¹ นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ โรงพยาบาลนครพิงค์

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

รับบทความ: 17 มกราคม 2567 | แก้ไขบทความ: 22 กุมภาพันธ์ 2567 | ตอรับบทความ: 4 เมษายน 2567

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการใช้กลุ่มกิจกรรมศิลปะที่มีต่อระดับความภาคภูมิใจในตนเองของวัยรุ่นในสถาน
สงเคราะห์เด็กบ้านเวียงพิงค์ในช่วงก่อน หลัง และติดตามผล 3 เดือนหลังเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมทางศิลปะ และเพื่อ
ประเมินความพึงพอใจที่มีต่อกิจกรรมศิลปะ **วัสดุและวิธีการ** การวิจัยกึ่งทดลอง ประเมินความภาคภูมิใจของ
กลุ่มตัวอย่าง 3 ครั้งได้แก่ ก่อน หลัง และติดตามผล กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์เด็กบ้านเวียงพิงค์อายุ
15 ปีขึ้นไป จำนวน 12 คน เข้าร่วมกิจกรรมทางศิลปะ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง จำนวนทั้งหมด 8 ครั้ง
เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบประเมินความภาคภูมิใจในตนเอง แบบสอบถามความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อกิจกรรม
ค่าสถิติ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ และ
การวิเคราะห์เนื้อหา **ผลการศึกษา** พบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรมศิลปะคะแนนเฉลี่ยความภาคภูมิใจในตนเอง
ของกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และระยะติดตามผลคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด และผลการวิเคราะห์เนื้อหา
พบว่า กลุ่มตัวอย่างสะท้อนให้เห็นว่า ผลของการวาดรูปทำให้ได้สื่อถึงตัวเองผ่านรูปภาพ กล้าแสดงความคิดเห็นของ
ตัวเอง ร่วมกันทำงานกลุ่ม และการเสนอผลงานตัวเองผ่านงานนิทรรศการ **สรุป** ผลของกลุ่มกิจกรรมศิลปะสามารถ
เพิ่มความภาคภูมิใจในตนเองและสร้างความพึงพอใจระดับมากที่สุด คาดว่าเป็นผลจากการสะท้อนมุมมอง
ความรู้สึกทางบวกร่วมกันในวัยรุ่นสถานสงเคราะห์ จึงสามารถเป็นแนวทางส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเองได้

คำสำคัญ: กิจกรรมศิลปะ, ความภาคภูมิใจในตนเอง, วัยรุ่น



Thai Journal of Clinical Psychology

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

Original Article

Using Art Activities to Promote Self-esteem among Teenagers in the Ban Viengping Children's Home

Wanwisa Punsakoon^{1*}

¹ Clinical Psychologist, Professional Level, Nakornping Hospital

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

Received: 17 January 2024 | Revised: 22 February 2024 | Accepted: 4 April 2024

Abstract

Objectives: This study aimed to investigate the effects of art activities on the self-esteem levels of teenagers residing at the Ban Viengping Children's Home. The assessment was conducted before participation, immediately upon completion, and after a 3-month art activity, which also included an evaluation of satisfaction with the art program. **Materials and methods:** The quasi-experimental study was assessed in a sample group of teenagers who participated in art activities three times: before, after, and a follow-up of three months. The sample group consisted of 12 teenagers in the Ban Viengping Children's Home, aged 15 years and over, participating in art activities once per week for 2 hours per time, total of 8 times. The study's instruments include a self-esteem questionnaire, satisfaction with art activities questionnaire and opinions regarding the art activities. Frequency, percentage, mean, standard deviation, repeated measures ANOVA, and content analysis were all included in the statistics. **Results:** The study found that after participating in the art activities, the average self-esteem score of the sample group was higher than before participating in the activity. Moreover, in the follow-up period, the average score was significantly higher than before participating in the activity. The average satisfaction score was at the highest level of satisfaction. Furthermore, content analysis revealed that members acknowledged that they were able to work in groups, express themselves through drawings, be confident in expressing their thoughts, and showcase their own work through an exhibition. **Conclusion:** Engaging in art activities can significantly boost self-esteem and generate high levels of satisfaction, as a result of the shared positive emotional reflections among teenagers in welfare institutions. This can serve as a pathway to promote self-esteem effectively.

Keywords: Art activities, Self-esteem, Teenagers

บทนำ

ในปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญ ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการหลายมิติ ทั้งร่างกาย สติปัญญา จิตใจ และสังคม ส่งผลต่อการใช้ชีวิตทั้งในปัจจุบันและอนาคต ผู้ประสบปัญหาอาจหาทางออกโดยการทำร้ายตัวเอง ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า ในประชากรวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-19 ปี ปัญหาสุขภาพจิตคิดเป็นร้อยละ 16 ของปัญหาสุขภาพทั้งหมด โดยกว่าครึ่งของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเริ่มมีปัญหาดังแต่ อายุ 14 ปี แต่ไม่เคยได้รับการตรวจหรือบำบัดรักษา นอกจากนี้ จากจำนวนประชากรวัยรุ่นทั่วโลกที่ร้อยละ 90 อาศัยอยู่ในประเทศรายได้ชั้นกลางและชั้นต่ำ จำนวนการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นกว่าร้อยละ 90 เกิดในประเทศเหล่านี้ (Thongpet, 2021)

จากการวิจัยของ Prayoonsri et al. (2020) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ ได้แก่ ประวัติการถูกละเมิดกรรม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ต่ำ และขาดการสนับสนุนทางสังคม สอดคล้องกับ Somsri (2018) อธิบัติกรรมกิจการเด็กและเยาวชนกล่าวว่า เด็กที่เข้ามาอยู่ในสถานสงเคราะห์ล้วนพบเจอปัญหาที่แตกต่างกันออกไป บางรายมีความเปราะบางและเสี่ยงต่อการตกเป็นเหยื่อทางสังคมได้ง่ายเมื่อออกสู่โลกภายนอก จึงมักพบปัญหาร่วมของเด็กคือ ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ขาดแรงบันดาลใจและการตั้งเป้าหมายในชีวิต และขาดการฝึกฝนทักษะชีวิตในหลาย ๆ ด้าน

บุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem) จะมองเห็นตนเองหรือมีความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองในอุดมคติที่ขัดแย้งหรือไม่สอดคล้องกับตนเองตามความเป็นจริง อาจเกิดความเครียด ความกดดัน มีสภาพจิตใจที่หดหู่ เพราะรับรู้ว่าคุณค่าในตนเองไม่มีค่า ไม่กล้าแสดงออก ขาดความกระตือรือร้น ไม่มีแรงจูงใจในการพัฒนาตนเอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อการจัดการปัญหาและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง (Faculty of Psychology, Chulalongkorn University, 2016)

โรงพยาบาลนครพิงค์ มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ และจากสถิติของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น พบว่า ปี 2564

มีจำนวน 3,621 ราย และปี 2565 มีจำนวน 4,110 ราย (Nakornping Hospital, 2022) ซึ่งเพิ่มขึ้นตามลำดับ นอกจากนี้ได้รับการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานสงเคราะห์ ครอบครัวอุปการะและมูลนิธิต่าง ๆ ที่ดูแลเด็กกำพร้า ผู้วิจัยพบปัญหาทางพฤติกรรมและปัญหาสุขภาพจิตต่าง ๆ เพิ่มขึ้น และมีความซับซ้อนของปัญหาและความเจ็บป่วยมากขึ้นเช่นกัน โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่วัยรุ่น ปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาและส่งผลกระทบต่อปัญหายังคงอยู่ คือ ความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ป่วยบุคคลที่มีคุณค่าในตนเองสูง (high self-esteem) จะมีความสามารถในการเผชิญกับอุปสรรคที่ผ่านเข้ามาในชีวิต และสามารถยอมรับสถานการณ์ที่ทำให้ตนเองรู้สึกผิดหวังและท้อแท้ใจด้วยความหวังและความกล้าหาญ มีการประเมินตนเองในทางบวก มีความเชื่อมั่นในความสามารถจนมั่นใจได้ว่าตนเองสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้สำเร็จตามที่ต้องการ โดยภาพรวมแล้ว บุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะมีความสุขและใช้ชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น ผู้วิจัยได้สนใจที่จะส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเองให้แก่วัยรุ่นหญิงในสถานสงเคราะห์ ซึ่งการบำบัดเยียวยาผู้ป่วยมีการใช้วิธีทางจิตบำบัดหรือกิจกรรมกลุ่มต่าง ๆ ที่หลากหลาย ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้กิจกรรมศิลปะแบบกลุ่ม เป็นการประยุกต์นำกระบวนการศิลปะบำบัดเบื้องต้นมาใช้ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม ซึ่งเป็นกลุ่มกิจกรรมศิลปะบำบัดโดยใช้เทคนิคและวิธีการทางศิลปะพร้อมกันหลาย ๆ คนในเวลาเดียวกัน (Urbinner, 2019) กิจกรรมกลุ่มศิลปะจึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเองในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งศิลปะบำบัดมีแนวคิดที่ว่า ผู้ปฏิบัติจะได้เป็นอิสระในความคิด กระตุ้นความคิดสร้างสรรค์สร้างผ่านผลงาน หรือแม้แต่ระบายสิ่งที่ไม่สามารถบรรยายออกมาโดยการสื่อสารอื่น ๆ เป็นการแสดงออกซึ่งความคิด ความรู้สึก ตัวตน ถ่ายทอดลงผ่านงานศิลปะ ซึ่งผู้ทำงานศิลปะนั้นอาจเข้าใจในงานของตนเพียงคนเดียวเกิดความภาคภูมิใจในผลงานที่สร้างขึ้นมานำมาซึ่งความภาคภูมิใจในตนเองเพราะการเห็นคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Joomlee et al. (2021) พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมกิจกรรมศิลปะแบบกลุ่ม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย

การเห็นคุณค่าในตนเองระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นเดียวกับการศึกษาในอดีตผู้กระทำความผิดหลังจากได้รับกิจกรรมกลุ่มศิลปะบำบัด มีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (Kaewseeyong, 2017) และการศึกษาในกลุ่มของผู้ติดยาเสพติดในสถาบันธัญญารักษ์ที่หลังได้รับศิลปะบำบัดกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (Loysongkroa & Worakul, 2011) และ Coopersmith (1984 as cited in Pujeeb, 2017) กล่าวว่า การใช้กิจกรรมศิลปะทำให้บุคคลเห็นคุณค่าในตนเองได้ด้วยวิธีเพิ่มความสำเร็จให้ถึงวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ด้วยการถ่ายทอดทางศิลปะให้เกิดความสุนทรีย์กับความงดงามเกิดความพอใจในผลงานของตนเอง เพิ่มความภาคภูมิใจ การเห็นคุณค่าในตนเอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มศิลปะที่มีต่อระดับความภาคภูมิใจในตนเองของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์เด็กบ้านเวียงพิงค์ในช่วงก่อน หลัง และติดตาม 3 เดือนหลังเข้าร่วมกิจกรรมทางศิลปะ
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจที่มีต่อกิจกรรมทางศิลปะเพื่อส่งเสริมความภูมิใจในตนเองของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์เด็กบ้านเวียงพิงค์

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยของความภาคภูมิใจในตนเองหลังการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มศิลปะ และระยะติดตาม 3 เดือน จะสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

วัสดุและวิธีการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ใช้กลุ่มทดลองกลุ่มเดียว วัดผล 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม

ทางศิลปะ ระยะที่ 2 หลังจบกิจกรรม ระยะที่ 3 ติดตาม 3 เดือนหลังจากจบกิจกรรมทางศิลปะ

กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างคือ วัยรุ่นที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์เด็กบ้านเวียงพิงค์ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งสิ้น 12 คน สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ยินดีให้ข้อมูลด้วยตนเอง ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มศิลปะ โดยเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง จำนวน 8 ครั้ง ตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2566 ณ สถานสงเคราะห์เด็กบ้านเวียงพิงค์

เครื่องมือที่ใช้

ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามขึ้น โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งแบบสอบถามออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา โรคประจำตัวทางกาย ประวัติการรักษาทางจิตเวช ความสัมพันธ์กับครอบครัว ความสัมพันธ์กับพี่เลี้ยง ความสัมพันธ์กับเพื่อน จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความภาคภูมิใจในตนเอง (Rosenberg self-esteem scale) ฉบับใหม่/ปรับปรุง และแปลเป็นภาษาไทย (Wongpakaran, 2012) ซึ่งมีคำถาม 10 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับในแต่ละข้อ ข้อคำถามที่เป็นข้อเชิงบวก จำนวน 6 ข้อ (ข้อ 1, 3, 4, 7, 8 และ 10) มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 โดยเห็นด้วยอย่างยิ่ง = 3 คะแนน, เห็นด้วย = 2 คะแนน, ไม่เห็นด้วย = 1 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 0 คะแนน ข้อคำถามที่เป็นข้อเชิงลบ จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 2, 5, 6 และ 9) มีค่าเป็นไปในทิศทางตรงกันข้าม โดยเห็นด้วยอย่างยิ่ง = 0 คะแนน, เห็นด้วย = 1 คะแนน, ไม่เห็นด้วย = 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 3 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อกิจกรรมศิลปะเพื่อส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นคำถามปลายปิด จำนวน 5 ข้อ โดยกำหนดคำตอบแบบมาตรฐานประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 โดยพึงพอใจน้อยที่สุด = 0 คะแนน, พึงพอใจน้อย = 1 คะแนน, พึงพอใจมาก = 2 คะแนน, พึงพอใจมากที่สุด = 3 คะแนน (มีคะแนนรวมระหว่าง 0-15 คะแนน การแปลความหมายคะแนนรวมเท่ากับ 0

คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด, คะแนน 1-5 หมายถึง พึงพอใจน้อย, คะแนน 5-10 หมายถึง พึงพอใจมาก และคะแนน 11-15 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด)

ส่วนที่ 4 กิจกรรมกลุ่มศิลปะเพื่อส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเองสำหรับวัยรุ่นในครั้งนี้ หมายถึง กิจกรรมศิลปะในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การวาด การระบายสี การปั้น การปะติด สื่อมสั ผู้วิจัยได้พัฒนาจากประสบการณ์ในการทำงานด้านจิตบำบัดตลอดระยะเวลา 20 ปีของการทำงานด้านจิตวิทยาคลินิก และศึกษาเพิ่มเติมด้านศิลปะบำบัดและเรียนหลักสูตรออนไลน์จาก Healing Education Institute by KruAe ประเทศเยอรมัน และมีประสบการณ์ในการทำกิจกรรมกลุ่มศิลปะบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดตลอดระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา จึงได้ประยุกต์ความรู้จากการเรียน การฝึกอบรมและศึกษางานวิจัยด้านศิลปะบำบัดและทฤษฎีจิตวิทยา เพื่อพัฒนาเป็นกิจกรรมกลุ่มศิลปะเพื่อส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีจิตวิทยานี้ประกอบไปด้วย

1. แนวคิดของ Maslow (1943) ขั้นที่ 3 ความต้องการความรักและความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (belonging and love needs) เมื่อมีความปลอดภัยในชีวิต คนเราจะต้องความรัก ความสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น ความรักระหว่าง พ่อแม่ เพื่อน ได้รับการยอมรับเป็นสมาชิกในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือหลายกลุ่ม ซึ่งการมีสัมพันธภาพที่ดีส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง (กิจกรรมที่ 1-3, 5 และ 8) ขั้นที่ 4 ความต้องการด้านความเคารพนับถือและมีคุณค่า (esteem needs) ความต้องการที่จะเป็นใครสักคน หรือมีความภูมิใจ เกิดความความเชี่ยวชาญในทักษะต่าง ๆ ความต้องการด้านนี้ยังรวมไปถึงสิ่งต่าง ๆ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่า หรือ self-esteem เช่นกัน คนที่สามารถตอบสนองความต้องการด้านนี้ได้จะมีความรู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนเอง (กิจกรรมที่ 6, 7 และ 8) ขั้นที่ 5 การบรรลุความหมายหรือความสมบูรณ์ของชีวิต (self-actualization) เป็นสิ่งที่อยู่สูงสุดในระดับของความต้องการตามทฤษฎีของมาสโลว์ ซึ่งหมายถึงการตระหนักในความสามารถของคน ๆ หนึ่ง ความต้องการที่จะเป็นในสิ่งที่คน ๆ หนึ่งสามารถเป็นได้ เป็นสิ่งที่มีความเฉพาะเจาะจง (กิจกรรมที่ 7)

2. แนวคิดของ Rosenberg (1979) การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นความคิดความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองในด้านการยอมรับนับถือตนเอง โดยอาจมีการประเมินตนเองในด้านลบหรือด้านบวก โดยการเห็นคุณค่าในตนเองนั้นเกิดจากการที่บุคคลประเมินตนเองในลักษณะเฉพาะด้านและในภาพรวม เมื่อมีการประเมินตนเองในลักษณะเฉพาะด้านในทางบวกหลาย ๆ ด้าน เช่น การประเมินตนเองว่าเป็นคนมีความสามารถมีประโยชน์มีความน่าเคารพนับถือ เป็นต้น จะส่งผลให้การมีคุณค่าในตนเองในภาพรวมสูง (กิจกรรมที่ 3, 4 , 5 และ 6)

3. แนวคิดของ Coopersmith (1984) กล่าวถึงการที่บุคคลรับรู้และประเมินตนเองแล้วแสดงออกในแง่ของการยอมรับตนเองหรือไม่ยอมรับตนเอง แสดงให้เห็นถึงขอบเขตความเชื่อของบุคคลที่มีต่อตนเองในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และค่าของของตนเอง รวมไปถึงการรับรู้จากการประเมินของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเอง สามารถรับรู้ได้จากคำพูดและพฤติกรรมการแสดงออกนั้นของบุคคล (กิจกรรมที่ 5, 6 และ 7) หลังจากพัฒนาเนื้อหาของตัวโปรแกรมศิลปะแล้วผู้วิจัยได้นำรายละเอียดของกิจกรรมปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นนักศิลปะบำบัดจำนวน 1 ท่าน และนักจิตวิทยาคลินิกและนักศิลปะบำบัด จำนวน 2 ท่าน แล้วผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ สำหรับผู้ดำเนินกิจกรรมศิลปะครั้งนี้เป็นผู้วิจัยซึ่งได้ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการจิตบำบัด: art psychotherapy for adolescence with depression concern ผู้วิจัยทำกิจกรรมศิลปะ ทั้งหมด 8 ครั้ง ระยะเวลาในการทำกิจกรรม ครั้งละประมาณ 2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยผู้วิจัยเป็นผู้จัดกิจกรรมศิลปะเอง และนำชื่อเพลงที่เป็นที่นิยม ตั้งเป็นชื่อกิจกรรม เพราะดนตรีมีผลต่อพฤติกรรมของวัยรุ่น (Khunsongkham ,2011) รายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

ตารางที่ 1 กิจกรรมกลุ่มศิลปะเพื่อส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเองสำหรับวัยรุ่น

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด/ทฤษฎี	การดำเนินกิจกรรม
1. ทักครับ	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแนะนำตัวเองกับกลุ่มและผู้วิจัย และสร้างสัมพันธ์ภายในกลุ่ม	- Maslow's hierarchy of needs	- วาดรูปสิ่งที่เป็นตัวแทนของตนเอง - นำเสนอผลงานของตนเองต่อกลุ่ม บอกชื่อผลงาน และบอกว่าผลงานชิ้นนี้แสดงถึงตัวตนของตนเองอย่างไร
2. ยินดีที่ได้รู้จัก	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้แสดงออกถึง ตัวตนที่ตนเองเป็น ความปรารถนา และความสามารถในการเข้าถึงจากบุคคลอื่น	- Maslow's hierarchy of needs	- สร้างต้นไม้วิเศษ ของตนเองด้วยวัสดุอุปกรณ์ใดก็ได้ - นำเสนอผลงาน ต้นไม้ชื่ออะไร มีความพิเศษอย่างไร และสามารถพบเจอได้ที่ไหน
3. ส่งต่อความรัก	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทบทวนและตระหนักถึงอารมณ์ทางบวก และส่งความรู้สึกทางบวกให้คนรอบข้าง และยังช่วยพัฒนาความสัมพันธ์ภายในกลุ่มอีกด้วย	Maslow's hierarchy of needs - Rosenberg ในเรื่องความคิดความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง	- เขียนความรู้สึกทางบวก หรือเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกดี - สร้างภาพปะติด และให้นักถึงคนที่อยากมอบความรู้สึกดี ๆ ให้
4. ขอบุติได้ไหม	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทบทวนและตระหนักถึงอารมณ์ทางลบ และวิธีการจัดการความรู้สึกทางลบอย่างเหมาะสม	- Rosenberg ในเรื่องความคิดความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง	- เขียนความรู้สึกทางลบ หรือเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ - เลือกสีเขียน ระบายในกระดาษใช้แรงกดในการระบายให้รู้สึกถึงการได้ปลดปล่อยอารมณ์
5. วาดไว้	เพื่อจะได้ทบทวน ทำความเข้าใจยอมรับในสิ่งที่ เป็น ตระหนักว่าทุกคนมีข้อดีข้อเสีย ต่อยอดศักยภาพของตัวเองจากข้อดี แก้ไขข้อบกพร่องของตัวเองให้ดีขึ้น	- Maslow's hierarchy of needs - Rosenberg ในเรื่องความคิดความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง - Coopersmith ในเรื่องยอมรับตนเองหรือไม่ยอมรับตนเอง	- แบ่งกระดาษ A4 เป็น 4 ช่องเท่า ๆ กัน - วาดภาพหรือเขียน เกี่ยวกับเรื่องราวที่ไม่สบายใจ เริ่มจากเหตุการณ์ ผลกระทบ แนวทางแก้ปัญหา ผลหลังจากการแก้ปัญหา
6. หัวใจผูกกัน	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้สร้างผลงานเข้าด้วยกัน เรียนรู้การยอมรับ การสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่น กระตุ้นพัฒนาการคิด แบ่งหน้าที่กัน รวมถึงความมุ่งมั่นในการทำงานให้สำเร็จ	- Maslow's hierarchy of needs - Rosenberg การยอมรับนับถือตนเอง - Coopersmith ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อตนเอง ความสำเร็จ และการรับรู้จากการประเมินของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเอง	- ลากเส้นในกระดาษป๊อปปี้คนละ 1 ครั้ง โดยไม่ต้องบอกว่าตนเองจะวาดรูปอะไร - วาดรูปที่ 2 โดยปรึกษาก่อนวาดรูปว่า จะวาดรูปอะไร ใครวาดส่วนไหน ตำแหน่งใดบ้าง แบ่งหน้าที่กัน
7. อธิษฐาน	เพื่อสมาชิกได้ค้นหา ทบทวนความฝันและความหวังในชีวิต ตระหนักถึงวิธีการที่จะทำความฝัน ความหวังให้สำเร็จ	- Maslow's hierarchy of needs - Coopersmith ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อตนเองในด้านความสามารถ ความสำคัญ และความสำเร็จ	- ตกแต่งกระเป๋าผ้า ด้วยการวาดภาพระบายสี พิมพ์ภาพจากแบบ ฯลฯ ในหัวข้ออนาคตของฉัน
8. ชีวิตยังคงสวยงาม	เพื่อเพิ่มความมั่นใจในตนเอง ความรู้สึกเป็นที่ยอมรับ และการทำงานร่วมกับผู้อื่น	- Maslow's hierarchy of needs	- ผู้เข้าร่วมกิจกรรมช่วยกันรวบรวมผลงานที่ผ่านมาของตนเอง เพื่อจัดทำนิทรรศการแสดงผลงานศิลปะ

ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ตัวอย่างคำถาม เช่น สิ่งที่ชอบที่สุดในกิจกรรมครั้งนี้คืออะไร? เพราะเหตุใด?

ขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตใช้แบบสอบถามความภาคภูมิใจในตนเอง (Rosenberg self-esteem scale) ฉบับใหม่/ปรับปรุงและแปลเป็นภาษาไทย ของศาสตราจารย์แพทย์หญิงณัทพร วงศ์ปาริณย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพิงค์ NKP No.057/66 ลงวันที่ 23 พฤษภาคม 2566 และทำหนังสือถึงผู้ปกครองสถานสงเคราะห์เด็กบ้านเวียงพิงค์เพื่อขออนุญาตประเมินความภาคภูมิใจในตนเองและจัดกิจกรรมศิลปะเพื่อส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเองสำหรับวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์เด็กบ้านเวียงพิงค์ เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยจึงเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมจึงได้ให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองก่อนการทำกิจกรรม จากนั้นจึงทำการนัดวันเวลาและสถานที่เข้ากลุ่ม และดำเนินการตามโปรแกรมกิจกรรมศิลปะเพื่อส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)
2. คะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองวิเคราะห์ด้วยสถิติ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)
3. สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) ของคะแนนความภาคภูมิใจในตนเองในระยะก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม หลังการเข้าร่วมกิจกรรม และติดตามผลหลังจบกิจกรรม 3 เดือน และเปรียบเทียบรายคู่โดยใช้วิธี Bonferroni

4. วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะและข้อมูลที่ได้จากการทำกลุ่มบำบัด

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 12 คน โดยทุกคนเป็นเพศหญิง อายุต่ำสุด 15 ปี อายุสูงสุด 22 ปี เฉลี่ย 16.17 ปี ($SD = 1.90$) ร้อยละ 50 ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. รองลงมาร้อยละ 41.67 ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีโรคประจำตัวทางกาย แต่ร้อยละ 25 มีประวัติการรักษาโรคทางจิตเวช (โรคซึมเศร้า) ร้อยละ 41.67 มีความสัมพันธ์กับครอบครัวในระดับค่อนข้างดี ร้อยละ 66.67 มีความสัมพันธ์กับพี่เลี้ยงในระดับค่อนข้างดี และร้อยละ 75 มีความสัมพันธ์กับเพื่อนในระดับดีมาก

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์คะแนนความภาคภูมิใจในตนเอง

กลุ่มตัวอย่างได้คะแนนเฉลี่ยความภาคภูมิใจในตนเองก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมศิลปะ เท่ากับ 19.17 ($SD = 4.37$) คะแนนเฉลี่ยความภาคภูมิใจในตนเองหลังการเข้าร่วมกิจกรรมศิลปะ เท่ากับ 22.83 ($SD = 4.71$) และคะแนนเฉลี่ยความภาคภูมิใจในตนเองเมื่อติดตามผล 3 เดือนหลังการร่วมกิจกรรมศิลปะ เท่ากับ 23.92 ($SD = 4.34$) การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วยวิธี shapiro-wilk test พบว่า คะแนนความภาคภูมิใจในตนเองมีแนวโน้มการแจกแจงแบบโค้งปกติ

ผลการทดสอบโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) ของช่วงเวลาก่อน-หลัง-ติดตามผลการเข้าร่วมกิจกรรมศิลปะพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($F(2, 22) = 5.10, p = .02$) แสดงว่าคะแนนความภาคภูมิใจในตนเองใน 3 ช่วงเวลานั้นมีความแตกต่างกัน (ดังตาราง 2) จึงทำการวิเคราะห์ post hoc เพื่อเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni พบว่า มี 2 คู่แตกต่างกันคือ คู่ที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความภาคภูมิใจในตนเองของกลุ่มตัวอย่างช่วงติดตามผล 3 เดือนหลังเข้าร่วมกิจกรรม สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความภาคภูมิใจในตนเองช่วงก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ($Mean_{diff} = 2.58, p < .05$) คู่ที่ 2 คะแนนเฉลี่ย

ความภาคภูมิใจในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ช่วงติดตามผล 3 เดือนหลังเข้าร่วมกิจกรรม สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความภาคภูมิใจในตนเองช่วงหลังเข้าร่วมกิจกรรม ($\text{Mean}_{\text{diff}} = 2.50, p < .05$) (ดังตาราง 3)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ ของคะแนนความภาคภูมิใจในตนเองในกลุ่มตัวอย่างระหว่างช่วงเวลาก่อน หลังและติดตามผล 3 เดือนหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Square	df	Mean Square	F	Sig.
ระหว่างบุคคล (person)	548.97	11	49.91	11.06	.00
ช่วงเวลา (time)	46.06	2	23.03	5.10*	.02
ความคลาดเคลื่อน (residual)	99.28	22	4.51		
รวม (total)	694.31	35			

* $p < 0.05$

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบเป็นรายคู่ (pairwise comparison) โดยวิธี Bonferroni

ช่วงเวลา	Mean Diff.	t	df	Sig. (one-tailed)
Pair1 หลัง-ก่อน	0.08	0.07	11	0.47
Pair2 ติดตาม-ก่อน	2.58	2.50	11	0.01*
Pair3 ติดตาม-หลัง	2.50	2.40	11	0.02*

* $p < 0.05$

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อกิจกรรมศิลปะ

ผลพบว่า เกือบทุกกิจกรรมได้รับคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ยกเว้นกิจกรรมที่ 1 “ทักครับ” ที่มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เมื่อเรียงลำดับความพึงพอใจ 3 กิจกรรมแรก

พบว่ากิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงที่สุดอันดับแรก คือ กิจกรรมที่ 7 “อธิษฐาน” เท่ากับ 14.00 ($SD = 1.54$) รองลงมาคือกิจกรรมที่ 8 “ชีวิตยังคงสวยงาม” เท่ากับ 13.67 ($SD = 1.87$) และกิจกรรมที่ 3 “ส่งต่อความรัก” เท่ากับ 13.60 ($SD = 1.58$) (ดังตาราง 4)

ตารางที่ 4 แสดงคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อกิจกรรมศิลปะเพื่อส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง

กิจกรรมที่	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. ทักครับ	10.64	2.06	พึงพอใจมาก
2. ยินดีที่ได้รู้จัก	12.17	1.95	พึงพอใจมากที่สุด
3. ส่งต่อความรัก	13.60	1.58	พึงพอใจมากที่สุด
4. ขอบพุดได้ไหม	12.44	2.13	พึงพอใจมากที่สุด
5. วาดไว้	13.11	2.03	พึงพอใจมากที่สุด
6. หัวใจผูกกัน	13.40	1.51	พึงพอใจมากที่สุด
7. อธิษฐาน	14.00	1.54	พึงพอใจมากที่สุด
8. ชีวิตยังคงสวยงาม	13.67	1.87	พึงพอใจมากที่สุด

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะและข้อมูลที่ได้จากการทำกลุ่มบำบัดมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยสรุปข้อมูลและประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “ทักครับ” สมาชิกได้วาดรูปเกี่ยวกับสิ่งที่บ่งบอกถึงความเป็นตัวเองที่อยากบอก

เพื่อนสมาชิกในกลุ่ม เช่น วาดรูปกาแล็กซี เพราะชอบส่วนตัวชอบพื้นที่กว้างๆ, วาดรูปดอกทานตะวันและผีเสื้อเกี่ยวกับตัวเอง เพราะดอกทานตะวันจะมั่นคงกับพระอาทิตย์ จะหันไปหาพระอาทิตย์ว่าจะเป็นคนมั่นคงแล้วก็จะไปตามทิศทางที่เราตั้งใจไว้ ส่วนผีเสื้อเป็นคนรักอิสระแต่ก็ยังมีการรอบถึงอยากอิสระแต่ต้องอยู่ภายใต้

กรอบที่กำหนดไว้ด้วย และวาดจากความรู้สึกของตัวเอง ถึงมองว่าเป็นคนสบาย ๆ แต่ข้างในก็รู้สึกหม่น ๆ อยู่ก็เลยวาดอะไรที่ดูสบายตาความรู้สึกที่หม่น ๆ ยังไม่อยากบอกในกลุ่ม วาดรูปความสดใสเพื่อเยียวยาใจตัวเอง สมาชิกได้เรียนรู้ถึงนิสัยส่วนตัว ความชอบ ความสนใจของเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม และเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม

กิจกรรมที่ 2 “ยินดีที่ได้รู้จัก” สมาชิกส่วนใหญ่ชื่นชอบกิจกรรม เพราะนอกจากวาดรูป ระบายสี บางคนเลือกที่จะใช้ดินเบา ดินน้ำมันในการปั้นและการตกแต่งผลงานของตนเอง ต้นไม้ส่วนใหญ่ สื่อถึงอารมณ์ความรู้สึกของสมาชิก เช่น ต้นทุ๊ก-สุข, ต้นความรัก, ต้นอารมณ์, ต้นเติบโต+ความรู้สึก และต้น Mood สมาชิกบางคนก็ตั้งเป็นชื่อคนรัก ในส่วนของความพิเศษของต้นไม้ก็จะสะท้อนออกมาตามชื่อ เป็นต้นไม้ที่กำลังใจทั้งเวลาสุขเวลาทุกข์, ต้นที่มองแล้วรู้สึกดีขึ้นตามอารมณ์คน, เป็นต้นไม้ที่สื่อถึงความรู้สึกของเราในแต่ละวัน เพราะแต่ละวันของเรานั้นไม่เหมือนกันและจะแตกต่างกันไปในแบบของคนแต่ละคน และเป็นต้นไม้แห่งความสุข ส่วนสถานที่ ๆ สามารถพบเจอได้ สมาชิกส่วนใหญ่จะตอบเป็นสถานที่ส่วนบุคคล เช่น ในจินตนาการของตนเอง, ในใจ, ในความคิดของเขาเท่านั้น มีแค่บางส่วนที่พบเจอได้ทั่วไป สมาชิกให้ความสำคัญกับเรื่องอารมณ์ ความรู้สึก ความสุข ความทุกข์ สมาชิกได้แสดงออกถึงตัวตนที่ตนเองเป็น ความปรารถนา และสามารถเข้าถึงสมาชิกคนอื่น ๆ ได้

กิจกรรมที่ 3 “ส่งต่อความรัก” กิจกรรมตัดปะสมาชิกได้ทบทวนและตระหนักถึงอารมณ์ทางบวก ส่งความรู้สึกรัก เป็นห่วงให้กับครอบครัว สร้างภาพครอบครัว ขณะทำกิจกรรมมีสมาชิกคนหนึ่งเล่าว่าเพิ่งทะเลาะกับพี่สาว อยากทำงานชิ้นนี้ให้พี่สาวเพื่อแสดงถึงความรักและคำขอโทษ เมื่อพูดถึงครอบครัวสมาชิกมีเสียงสั่นเครือและน้ำตาไหล สมาชิกบางคนน้ำตาไหลตามบางคนส่งกำลังใจ และปลอบใจกันและกัน ทำให้ช่วยพัฒนาความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม มีความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจกันมากขึ้น

กิจกรรมที่ 4 “ขอพูดได้ไหม” กิจกรรมระบายสีเพื่อระบายอารมณ์ทางลบได้รับการตอบรับอย่างดี เพราะสมาชิกบางคนไม่ค่อยพูด และเป็นเรื่องที่ไม่สามารถบอกให้คนอื่นรับรู้ได้ พอได้ระบายออกทำให้

ผ่อนคลายไม่ต้องเก็บกดไว้อีก และยังได้วิธีที่จะจัดการกับความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย

กิจกรรมที่ 5 “วาดไว้” สมาชิกทบทวนถึงสถานการณ์ที่กำลังประสบอยู่ว่ามีผลกระทบกับตนอย่างไร ทำให้รู้สึกอย่างไร สามารถแก้ไขได้หรือไม่อย่างไร หากแก้ไขแล้วผลจะเป็นอย่างไรและรู้สึกอย่างไร สมาชิกได้แลกเปลี่ยนวิธีการในการแก้ปัญหาและให้คำปรึกษาและให้กำลังใจกันภายในกลุ่ม เสริมถึงความสามารถของแต่ละบุคคล ข้อดีข้อเสียที่สมาชิกมีและยังช่วยเสริมความมั่นใจว่าสมาชิกแต่ละคนมีศักยภาพมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่ต้องเผชิญต่อไป

กิจกรรมที่ 6 “หัวใจผูกกัน” สมาชิกได้ทำงานร่วมกัน แบ่งหน้าที่กันรับผิดชอบ ได้แสดงออกถึงความคิดเห็นของตนเอง และยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น เพื่อให้งานประสบความสำเร็จ หลังจากสมาชิกเห็นผลงานที่เสร็จแล้ว สมาชิกส่วนใหญ่พึงพอใจในผลงานที่ได้ทำร่วมกัน สมาชิกบางคนบอกว่าชอบที่ได้ทำงานกับเพื่อน ๆ อยากทำแบบนี้อีก

กิจกรรมที่ 7 “อธิษฐาน” สมาชิกได้ทบทวนถึงความฝัน และอนาคตที่ตั้งใจอยากจะเป็น และได้วางแผนถึงขั้นตอนที่จะทำให้ความฝันเป็นจริง เมื่อผลงานสำเร็จ สมาชิกภูมิใจในผลงานของตนเอง บางคนอยากมอบให้ครอบครัว มอบให้คนรัก บางคนจะเก็บไว้ใช้เองเพื่อแสดงถึงตัวตนของตัวเอง และเพื่อย้ำเตือนตนเองถึงความฝันและความตั้งใจที่จะทำให้ประสบความสำเร็จในอนาคต

กิจกรรมที่ 8 “ชีวิตยังคงสวยงาม” สมาชิกร่วมกันจัดนิทรรศการ แบ่งหน้าที่กันทำ แบ่งผลงานเป็นหัวข้อตามกิจกรรมทุกคนมีความช่วยเหลือ ร่วมมือกันอย่างดี และบรรยากาศของนิทรรศการสนุกสนาน สมาชิกเชิญชวนเพื่อน น้อง แม่ พ่อ และเจ้าหน้าที่ในสถานสงเคราะห์มาชมงานนิทรรศการ ประกอบกับอธิบายผลงานของตนเองว่าทำอะไรบ้าง แต่ละรูปมีความหมายว่าอย่างไร และอวดให้แม่ พ่อ ชื่นชมผลงานของตนเอง ว่าดีไหมหรือสวยแค่ไหน จากการสังเกตสีหน้าและแวตาพบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความสุขมาก ภูมิใจในตนเองมาก และแม่ พ่อ ก็กล่าวชื่นชมผลงานและภูมิใจในผลงานของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

การวิเคราะห์เนื้อหาขณะทำกิจกรรม พบว่าทุกคนสะท้อนให้เห็นว่า ตนเองมีความภาคภูมิใจในตนเอง เช่น การได้วาดรูปโดยที่ให้เราได้อธิบายตัวเองผ่านรูปวาดนั้นเพราะการวาดรูปนั้นสามารถระบายความรู้สึกตนเองได้ การได้วาดรูปในความคิดตัวเอง การได้กล้าแสดงความคิดเห็นของตัวเอง ชอบการใช้ของร่วมกัน เพราะทำให้เราได้คุยกับคนที่ไม่ชอบทำให้อคติเราลดลง การได้บอกความรู้สึกเพราะมีความสุขที่ได้วาดภาพ การได้ระบายและเล่าความรู้สึกของตนเองผ่านศิลปะ การได้ทบทวนตนเอง การได้ออกความคิดเห็น การได้ใช้จินตนาการกับเพื่อน ๆ การได้ร่วมทำงานกลุ่ม การได้ทำตามความฝัน ชอบเพราะได้ผลงานที่ไม่เหมือนใครไปใช้ การได้ชมผลงานทั้งหมดที่ตัวเองได้ทำมาทั้งหมด ชอบมากเพราะว่าได้พูดถึงตัวเองผ่านศิลปะ และการได้นำเสนอผลงานตัวเอง ผ่านงานนิทรรศการ

วิจารณ์

ผลของการใช้กิจกรรมศิลปะเพื่อส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเองสำหรับวัยรุ่น ในสถานสงเคราะห์เด็กบ้านเชียงพิงค์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความภาคภูมิใจในตนเองหลังการเข้าร่วมกิจกรรมและระยะติดตามผล 3 เดือนคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน จึงสามารถสรุปได้ว่า กิจกรรมศิลปะเพื่อการบำบัดที่พัฒนาขึ้นนั้นมีส่วนช่วยส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง เนื่องจากมีความสัมพันธ์สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาและส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเองหลายประการ คือ กิจกรรมทำให้เกิดการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีภายในกลุ่ม เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น รับฟังและยอมรับความคิดเห็นของบุคคลอื่น สามารถช่วยกันแก้ไขปัญหาเพื่อให้ได้ชิ้นงานที่ประสบความสำเร็จ การระลึกถึงผลงานที่ประสบความสำเร็จเป็นการให้กำลังใจและชื่นชมในตนเองนั้น จึงก่อให้เกิดการเห็นคุณค่าในตนเองได้ (Imsonpoch, 2006) กิจกรรมศิลปะเพื่อการบำบัดจึงสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางเพื่อส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเองสำหรับวัยรุ่นได้ (Loysongkroa & Worakul, 2011; Mukdamontri, 2015; Thongwilai, 2015)

หากพิจารณาที่ระดับคะแนนเฉลี่ยความภาคภูมิใจในตนเองจะพบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้มีระดับคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ 19.17 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนน 15-25) จึงอาจทำให้เห็นผลไม่ชัดเจนเท่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมที่คะแนนระดับต่ำ (คะแนนต่ำกว่า 15) จากการศึกษาสุขภาพจิตและความภาคภูมิใจในตนเองของเด็กกำพร้าในสถานสงเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 66 ราย ส่วนใหญ่มีความภาคภูมิใจในตนเองระดับปานกลาง (ปกติ) ร้อยละ 75.7 (Suriyentrakom & Vittayanont, 2016) และจากการศึกษาค้างนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับครอบครัวในระดับค่อนข้างดี ร้อยละ 63.7 มีความสัมพันธ์กับพี่เลี้ยงในระดับค่อนข้างดี และร้อยละ 72.7 มีความสัมพันธ์กับเพื่อนในระดับดีมาก ซึ่งลักษณะของเด็กที่มีความภาคภูมิใจในตนเองสูงจะมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Chamroennusit, 2009) และองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อความภาคภูมิใจในตนเอง แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ องค์ประกอบภายในตัวบุคคลและองค์ประกอบภายนอกตัวบุคคล ประกอบด้วย ความสัมพันธ์กับครอบครัว พ่อแม่ โรงเรียนการศึกษา สถานภาพทางสังคม และกลุ่มเพื่อน (Coopersmith, 1984) และการที่คะแนนเฉลี่ยความภาคภูมิใจในตนเองในระยะติดตามผลหลังกิจกรรม 3 เดือน มีคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 นั้นสามารถอธิบายได้จากการที่เวลาคนเราเกิดการเรียนรู้เรื่องราว ความรู้ใหม่ ๆ เป็นความรู้ที่ต้องอาศัยกาลเวลาเป็นตัวบ่มเพาะ พิจารณาจนเกิดการตกผลึกเป็นความเข้าใจที่ลึกซึ้งและสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ นอกจากนี้หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมผู้วิจัยได้จัดตั้งกลุ่มในการสื่อสาร แลกเปลี่ยน และทบทวนกระบวนการศิลปะที่ได้เรียนรู้ไปอย่างสม่ำเสมอ จึงอาจส่งผลให้สมาชิกตระหนักถึงคุณค่าในตนเองมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

กิจกรรมกลุ่มศิลปะนี้ สามารถเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมศิลปะในการส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเองให้กับวัยรุ่นผู้หญิงในสถานสงเคราะห์ได้ โดยผลการศึกษาที่เกิดขึ้นนี้คาดว่าเป็นผลมาจากเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มศิลปะ ได้ทบทวนตนเอง เห็นถึงข้อดีข้อเสีย แนวทางในการปรับปรุงตนเอง รู้จักเพื่อนใหม่

เกิดการเรียนรู้ การช่วยเหลือ ยอมรับซึ่งกันและกัน ดังนั้น ผู้สนใจนำไปใช้จึงควรพิจารณาประเด็นดังกล่าว และควรผ่านการฝึกอบรมทางศิลปะบำบัดก่อน จึงจะสามารถนำกิจกรรมศิลปะไปใช้เพื่อส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงขึ้น

ข้อจำกัดของงานวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองเพื่อเป็นการศึกษาเบื้องต้น ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และใช้ระยะเวลาในการศึกษายาวนาน อาจทำให้ผลการศึกษานี้ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย นอกจากนั้นอาจต้องระวังเมื่อจะนำผลหรือกิจกรรมศิลปะครั้งนี้ไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างหรือบริบทอื่น ๆ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้มีลักษณะเฉพาะตัว (homogenous group) ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไป อาจพิจารณาออกแบบการศึกษาโดยให้มีกลุ่มควบคุม รวมทั้งมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนเฉลี่ยความภาคภูมิใจของตนเองในระดับต่ำเป็นค่าเริ่มต้นก่อนทำกิจกรรม เพื่อเปรียบเทียบว่ามีการเปลี่ยนแปลงระดับหรือไม่อย่างไร รวมทั้งอาจทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ เช่น กลุ่มวัยรุ่นชายในสถานสงเคราะห์ เป็นต้น เพื่อยืนยันว่ากิจกรรมศิลปะที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถนำไปใช้เพื่อส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเองได้หรือไม่

สรุป

การใช้กลุ่มกิจกรรมศิลปะครั้งนี้ สามารถส่งเสริมระดับความภาคภูมิใจในตนเองสำหรับวัยรุ่นหญิงในสถานสงเคราะห์เด็กบ้านเวียงพิงค์ โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความภาคภูมิใจในตนเองหลังการเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระยะติดตามผลคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมศิลปะอยู่ในระดับมากที่สุด จากการวิเคราะห์เนื้อหาคาดว่า เป็นผลจากการสะท้อนอารมณ์ทางบวกร่วมกัน ดังนั้น การสะท้อนอารมณ์ทางบวกในกลุ่มกิจกรรมศิลปะจะเป็นแนวทางในการส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเองของกลุ่มวัยรุ่นหญิงในสถานสงเคราะห์ต่อไปได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะผู้บริหาร คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ขอบคุณหัวหน้ากลุ่มงาน และเพื่อนร่วมงานในกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ที่สนับสนุนงานวิจัยนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยให้อำนาจในงานวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้ปกครอง และสมาชิกกลุ่มสถานสงเคราะห์เด็กบ้านเวียงพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ที่อนุญาตให้จัดกิจกรรมในครั้งนี้ ขอขอบคุณแม่สุวรรณและยาหยีลูกสาวที่รักที่เข้าใจและให้การสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา

เอกสารอ้างอิง (References)

- Chamroennusit, S. (2009, September 29). *Self-esteem. Child development and behavior club of Thailand*. ThaiDBP. <https://www.thai-dbp.org/ArticleThaiDBPNo1.php> (in Thai).
- Coopersmith, S. (1984). *SEI: Self-esteem inventories*. Consulting Psychologist Press, Inc. Faculty of Psychology, Chulalongkorn University. (2016, March 04). *Self-esteem*. <https://www.psy.chula.ac.th/feature-articles/self-esteem> (in Thai).
- Imsompoch, Q. (2006). *The effect of therapeutic art on self-esteem of the elderly in Bangkok home*. CUMentalHealth. <http://www.cumentalhealth.com/>
- วิทยาลัยพนธ์นิตินเวลาราชการรุ่น-18/ขวัญฤทัย-อิมสมโภช.html (in Thai).
- Joomlee, P., Rattanajarana, S., Kungchai, W. (2021). Effects of group art activity program on self-esteem and depression among older people in a Social Welfare Development Center for Older People. *Journal of Faculty of Nursing, Burapha University*, 9(2), 47-58. <https://ojs.lib.buu.ac.th/index.php/nursing/article/view/7677/6232> (in Thai).
- Kaewseeyong, J. (2017). *Effect of therapeutic art on improvement of self-esteem and self-control of former offenders at the Christian Prison Ministry Foundation*. [Master's thesis,

- Chulalongkorn University]. Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD). <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/2037>
- Khunsongkhram, T. (2011). The influences of music affect to teenagers' behaviours in Mueng District, Buriram Province. *Journal of Research and Development, Buriram Rajabhat University*, 6(2), 38-45. <https://dspace.bru.ac.th/xmlui/bitstream/handle/123456789/3198/v6-2p38-45y2554-journal-research-Thongrob.kunsong.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (in Thai).
- Loysongkroa, R., & Worakul, P. (2009). Effect of the art therapy on self-esteem of male substance dependent patients at Thanyarak Institute. *Chulalongkorn Medical Journal*, 55(5), Article 9. <https://doi.org/10.58837/CHULA.CMJ.55.5.9>
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
- Mukdamontri, A. (2015). *Art activities developed for self-esteem enhancement in third grade school orphans* [Master's thesis, Srinakharinwirot University]. Central Library, Srinakharinwirot University. http://thesis.swu.ac.th/swuthesis/Art_Ed/Areerat_M.pdf (in Thai).
- Nakornping Hospital. (2022). *Statistics of patients*. <https://www.nkp-hospital.go.th/th/dnFile/ReportNKP2566.pdf> (in Thai).
- Prayoonsri, S., Kasetsamut, P., & Tanoi, W. (2020). Factors correlated with depression among adolescents in foster homes. *Nursing Journal Mahidol University*, 38(1), 86-98. <https://repository.li.mahidol.ac.th/entities/publication/1b8a7b4e-1250-40e7-b232-0bdf6f82e72a> (in Thai).
- Pujeeb, N. (2017). Visual art activities as therapy for postmenopausal patients. *Fine Arts Journal Srinakharinwirot University*, 22(2), 77-88. <https://ejournals.swu.ac.th/index.php/jfofa/article/view/11567/9558> (in Thai).
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. Basic Books.
- Somsri, S. (2018). *Prepare 5 shelters develop children's life-career skills before entering society*. Thai Health Promotion Foundation. <https://www.thaihealth.or.th/เตรียมพร้อม-5-สถานสงเคราะห์/> (in Thai).
- Suriyentrakorn, W., & Vittayanont, A. (2016). Mental health and self-esteem of orphans. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 61(2), 165-178. <https://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/61-2/06%20Worachai.pdf> (in Thai).
- Thongpet, S. (2021). *Adolescent mental health: Bigger than you think*. Department of Mental Health. <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30744> (in Thai).
- Thongwilai, C. (2015). *Results of using art activities in according with the self-concept idea to promote self-esteem idea to promote self-esteem in junior high schools students having defective hearing* [Master's thesis, Silpakorn University]. DSpace at Silpakorn University. <http://ithesis-ir.su.ac.th/dspace/handle/123456789/760> (in Thai).
- Urbinner. (2019, October 25). *What is art therapy? How can it help people? (Art Therapy)* <https://www.urbiner.com/post/what-is-art-therapy> (in Thai).
- 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. <https://doi.org/10.4306/pi.2012.9.1.54>



วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

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

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาแบบประเมินการรู้คิดทางสังคมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ภัทรวรรณ สุขยิธัญ^{1*}

¹ นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ, โรงพยาบาลศรีธัญญา

* ผู้นิพนธ์ประสานงาน, e-mail. talnamon@hotmail.com

รับบทความ: 25 กุมภาพันธ์ 2567 | แก้ไขบทความ: 23 มีนาคม 2567 | ตอรับบทความ: 17 เมษายน 2567

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ 1) พัฒนาแบบประเมินการรู้คิดทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท 2) ศึกษาคุณสมบัติทางจิตวิทยา (psychometric properties) ของแบบประเมินที่พัฒนาขึ้น **วัสดุและวิธีการ** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ 1) พัฒนาแบบประเมินการรู้คิดทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและศึกษาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา 2) ศึกษาความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างและความเที่ยงตรงตามสภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทอายุ 18-59 ปี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีธัญญา ในเดือนกุมภาพันธ์ 2567 มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 140 คน วิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างด้วย factor analysis วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เพื่อทดสอบความเชื่อมั่นและความสอดคล้องภายใน และศึกษาความเที่ยงตรงตามสภาพร่วมกับแบบทดสอบ WAIS-III ด้วย Pearson's correlation

ผลการศึกษา แบบประเมินฉบับร่างประกอบด้วย 4 ด้าน จำนวน 31 ข้อ คือ 1) ด้านการรับรู้อารมณ์ 2) ด้านทฤษฎีของจิต 3) ด้านการรับรู้ทางสังคม และ 4) ด้านอคติในการระบุเหตุ ผ่านเกณฑ์ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา 22 ข้อ วิเคราะห์ข้อคำถามผ่านเกณฑ์จำนวน 20 ข้อและมีค่าความเชื่อมั่นรายด้านเท่ากับ 0.86, 0.74, 0.80 และ 0.72 ตามลำดับ วิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ส่วนความเที่ยงตรงตามสภาพ พบว่าทุกองค์ประกอบมีความสัมพันธ์กับแบบทดสอบย่อย Picture Arrangement, Picture Completion และ Object Assembly อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป แบบประเมินที่ได้ ประกอบด้วย 4 ด้าน จำนวน 20 ข้อ มีคุณสมบัติด้านความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น สามารถใช้ในการประเมินการรู้คิดทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทได้ และควรศึกษาเพื่อหาจุดตัดที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง, การประเมินทางจิตวิทยา, การรู้คิดทางสังคม



Thai Journal of Clinical Psychology

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

Original Article

The Development of the Social Cognition Assessment Tool for Psychiatric Rehabilitation of Chronic Schizophrenia Patients

Pattarawat Sukyirun^{1*}

¹ Clinical Psychologist Senior Professional Level, Srithanya Hospital

* Corresponding author, e-mail. talnamon@hotmail.com

Received: 25 February 2024 | Revised: 23 March 2024 | Accepted: 17 April 2024

Abstract

Objectives: 1) To develop a Social Cognition Assessment Tool for Psychiatric Rehabilitation of Chronic Schizophrenia Patients (SCAT-CS) and 2) to examine psychometric properties of SCAT-CS. **Materials and methods:** This study employed research and development design. It was divided into 2 phases: 1) development of SCAT-CS, and testing of content validity, and 2) examination of construct validity and concurrent validity with standard psychological tests. The samples were 140 chronic schizophrenia patients, aged 18-59 years, receiving service at Srithanya Hospital in February 2024. Construct validity was analyzed using confirmatory factor analysis. Reliability was estimated by internal consistency using Cronbach's alpha coefficients. Concurrent validity was tested with WAIS-III by Pearson's correlation. **Results:** The first draft consisted of 31 items across 4 domains; 1) emotion perception 2) theory of mind 3) social perception, and 4) attributional bias. After examining content validity, twenty-two items were remained. Subsequently, item analysis retained 20 items. Cronbach's alpha coefficients are 0.86, 0.74, 0.80 and 0.72, respectively. Confirmatory factor analysis found that the model fit with empirical data. Concurrent validity found that every domain significantly correlated with Picture Arrangement, Picture Completion and Object Assembly subtests in WAIS-III. **Conclusion:** The SCAT-CS consisted of 4 domains including 20 items. These findings can support the psychometric properties, validity and reliability for using SCAT-CS for assessing social cognition in chronic schizophrenia patients. Further research for examining the cut-off point could be conducted.

Keywords: Chronic schizophrenia, Psychological assessment, Social cognition

บทนำ

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นการเจ็บป่วยทางจิตเวชที่พบได้ประมาณร้อยละ 70 ของกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวชทั้งหมด มีความชุกตลอดชีพร้อยละ 7.0-9.0 ต่อประชากร 1,000 คน (Lotrakul & Sukanit, 2015) จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่า โรคจิตเภทอยู่ในอันดับที่ 16 ของโรคทั้งหมดที่ทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิต เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความรุนแรงและเรื้อรัง จึงก่อให้เกิดภาระโรค (Whiteford et al., 2013) ความบกพร่องที่มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภท เช่น อารมณ์ การรับรู้ การคิด ทักษะทางสังคม เป็นต้น และเนื่องจากความบกพร่องในหลายด้านที่เป็นอย่างเรื้อรังนี้เอง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับการดูแลอย่างเข้มข้นใช้ระยะเวลานาน และมีค่าใช้จ่ายมาก แม้ว่าในปัจจุบันยาทางจิตเวชจะมีความก้าวหน้าไปมาก แต่ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากก็ยังคงมีความลำบากด้านสังคม การทำงาน และการทำหน้าที่ต่าง ๆ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Swartz et al., 2007) โดยมีงานวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาทางจิตเวชนั้นมีอาการทางจิตดีขึ้น แต่ไม่ได้ทำให้การทำหน้าที่ทางประสาทจิตวิทยาดีขึ้นตามไปด้วย (Green et al., 2000) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่ยาทางจิตเวชไม่ได้มุ่งเน้นแก้ไขความบกพร่องทางการรู้คิด และทักษะทางสังคมต่าง ๆ ที่สูญเสียไปของผู้ป่วย

การรู้คิดทางสังคม (social cognition) เป็นประเภทหนึ่งของการรู้คิด (cognitive functions) ซึ่งโดยทั่วไปหมายถึง ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจเรื่องของอารมณ์ และสถานการณ์ทางสังคม (social situation) รวมถึงความสามารถทางการรู้คิดที่สนับสนุนกระบวนการประมวลผล การแปลความหมายและการจัดระบบข้อมูลทาง socio-emotional (Newman, 2001 as cited in Corrigan & Penn, 2001) องค์ประกอบสำคัญของการรู้คิดทางสังคมที่ได้รับการศึกษาค้นคว้า ได้แก่ การมองจากมุมมองของผู้อื่น (perspective-taking) การรับรู้ถึงสถานะจิตใจของคนรอบข้าง (theory of mind) การรับรู้อารมณ์ (emotion perception) การจัดการอารมณ์ (emotion regulation) การระลึกถึงสัญญาณทางสังคม (social cue recognition) และการระบุสาเหตุต่อปรากฏการณ์ที่เกิดทางสังคม (causal attributions of social phenomena) การศึกษาใน 10 ปีหลังนี้พบว่า

การรู้คิดทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากในการทำนายผลลัพธ์ทางสังคม (social outcome) เช่น สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และพฤติกรรมทางสังคมอื่น ๆ (Harvey & Penn, 2010) โดยมีอิทธิพลมากกว่าความสามารถทางการรู้คิดทางประสาทจิตวิทยาแบบดั้งเดิม (neurocognition) ซึ่งการฟื้นฟูความบกพร่องในการรู้คิดทางสังคมทำให้ผลลัพธ์ทางสังคมด้านต่าง ๆ ได้แก่ การปรับตัวทางสังคม การทำหน้าที่ทางสังคม ความสัมพันธ์ทางสังคม พฤติกรรมก้าวร้าวและทักษะทางสังคมมีการพัฒนาขึ้น (Horan et al., 2009) อย่างไรก็ตาม ในขณะนี้รู้เพียงว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องของการรู้คิดทางสังคม แต่ยังไม่ทราบถึงองค์ประกอบที่มีความบกพร่องมากที่สุด

การประชุมที่จัดโดย National Institute of Mental Health (NIMH) ในปี 2006 ได้ระบุว่าการรู้คิดทางสังคมประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ (Green et al., 2008 as cited in Charemboon & Patumanond, 2017) ได้แก่ 1) ด้านการรับรู้อารมณ์ (emotion perception/processing) เป็นความสามารถในการระบุในเรื่องของอารมณ์ของผู้อื่น 2) ด้านทฤษฎีของจิต (theory of mind: ToM) เป็นความสามารถในการเข้าใจในความคิด อารมณ์ ความเชื่อ หรือการกระทำของผู้อื่นในมุมมองของคน ๆ นั้น 3) ด้านการรับรู้ทางสังคม (social perception) เป็นความสามารถในการสังเกต/แยกแยะสัญญาณทางสังคม (social cues) เพื่อตีความหมายของสถานการณ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นและคาดการณ์ผลลัพธ์ของสถานการณ์ทางสังคม 4) ด้านอคติในการระบุเหตุ (attributional bias) เป็นความโน้มเอียงทางความคิดของบุคคลต่อการอธิบายสาเหตุ และแปลความเจตนาหรือการกระทำของผู้อื่น และ 5) ด้านความรู้ทางสังคม (social knowledge) เป็นการเข้าใจถึงสถานการณ์ทางสังคม หรือเข้าใจถึงบทบาท-สิ่งที่คนส่วนใหญ่ทำในสถานการณ์นั้น ต่อมาเมื่อได้มีการวิจัยเพื่อหาข้อสรุปเกี่ยวกับองค์ประกอบหลักของการรู้คิดทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามีเพียง 4 องค์ประกอบที่เป็นองค์ประกอบหลัก (Pinkham et al., 2014) ได้แก่ ด้านการรับรู้อารมณ์ ด้านทฤษฎีของจิต ด้านการรับรู้ทางสังคม และอคติในการระบุเหตุ ซึ่งจากการศึกษาระยะยาวพบว่า องค์ประกอบหลักทางด้านการรู้คิดทางสังคมนี้จะคงอยู่ตลอดระยะเวลาตั้งแต่ก่อนป่วย ระยะเริ่มป่วย ป่วยระยะแรก และป่วย

ระยะเรื้อรัง และพบว่าเป็นทั้งอุปสรรคและเป้าหมายสำคัญในการบำบัดรักษาในระยะเริ่มต้น (Horan et al., 2012)

จะเห็นได้ว่า การรู้คิดทางสังคมนั้นเป็นองค์ประกอบสำคัญของการทำหน้าที่ทางสังคมและการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การปรับตัวทางสังคม และการทำงานซึ่งเป็นปัจจัยที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอิสระได้ การประเมินการรู้คิดทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังจึงมีประโยชน์ในการทำ ความเข้าใจเพื่อนำไปสู่การวางแผนให้การบำบัดฟื้นฟูที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งในปัจจุบันการประเมินองค์ประกอบนี้ยังมีไม่มากนัก และมีข้อมูลที่จำกัดเกี่ยวกับคุณสมบัติทางจิตวิทยาของแบบประเมินต่าง ๆ (Pinkham et al., 2015) สำหรับแบบทดสอบมาตรฐานที่ใช้ประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาอย่าง The Wechsler adult intelligence scale (WAIS) ที่สามารถประเมินองค์ประกอบทางการรู้คิดที่หลากหลาย (ได้แก่ verbal comprehension, perceptual organization, working memory และ processing speed) แต่ปัจจุบันยังไม่มีองค์ประกอบด้านการรู้คิดทางสังคม อย่างไรก็ตาม Wechsler ได้อ้างว่าแบบทดสอบย่อย picture arrangement เป็นแบบทดสอบย่อยที่สามารถประเมินความฉลาดทางสังคมได้ (Wechsler, 1958 as cited in Allen & Barchard, 2009) ซึ่งต่อมาในการศึกษาแบบทดสอบ WAIS-III เพื่อประเมินการรู้คิดทางสังคมด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) พบว่า แบบทดสอบย่อยที่สัมพันธ์กับองค์ประกอบการรู้คิดทางสังคมได้แก่ แบบทดสอบย่อย picture arrangement แบบทดสอบย่อย picture completion และแบบทดสอบย่อย object assembly (Allen & Barchard, 2009) อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ป่วยออทิสติกพบว่าการประมวลผลข้อมูลทางสังคม (processing of social information) ยังประกอบด้วยองค์ประกอบที่ละเอียดขึ้น เช่น การรับรู้อารมณ์จากทางสีหน้า การรับรู้ทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับบรรทัดฐานของสังคม เป็นต้น

ประเทศไทยมีการศึกษาการรู้คิดทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท 3 ด้าน (Charernboon & Patumanond, 2017) คือ 1) emotion perception/processing ใช้แบบประเมิน the faces test ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย บาร์อน-

โคเฮน และคณะ (Baron-Cohen et al., 1997) 2) theory of mind โดยใช้แบบประเมิน the eyes test (หรือ reading the mind in the eyes) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย บาร์อน-โคเฮน และคณะ (Baron-Cohen et al., 2001) และ 3) social knowledge โดยแบบทดสอบที่นิยมใช้ได้แก่ situational feature recognition test (SFRT) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย คอรัแกน และคณะ (Corrigan et al., 1996) ผลการศึกษานี้สนับสนุนความสำคัญของการประเมินการรู้คิดทางสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งจะมีประโยชน์ทั้งในแง่ของการติดตามการดำเนินโรคในระยะยาว และยังเป็นปัจจัยที่นำจะพยากรณ์ถึงความสามารถในการเข้าสังคมและการใช้ชีวิตในความเป็นจริงของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ในเชิงของการบำบัดรักษา การระบุได้ถึงความบกพร่องของการรู้คิดทางสังคมในแต่ละด้านจะทำให้พัฒนาการรูปแบบรักษาที่เฉพาะเจาะจงต่อความบกพร่องของผู้ป่วยแต่ละราย

ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจพัฒนาแบบประเมินการรู้คิดทางสังคม (social cognition) สำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและศึกษาคุณสมบัติทางจิตวิทยา (psychometric properties) ของแบบประเมินที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้มีแบบประเมินการรู้คิดทางสังคมที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเวชไทย สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาใช้ในการวางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่มีประสิทธิภาพในบริบทไทย เพื่อต่อการคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินที่พัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาแบบประเมินการรู้คิดทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา ดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรู้คิดทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทและแนวทางการประเมินการรู้คิดทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท สำหรับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ยึดตามแนวทางของ National Institute of Mental Health (Green et al., 2008) ร่วมกับข้อสรุปจาก

การศึกษาเพื่อพัฒนาแบบประเมิน social cognition psychometric evaluation (SCOPE) (Pinkham et al., 2014) ที่กำหนดให้องค์ประกอบความรู้คิดทางสังคมที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ด้านการรับรู้อารมณ์ (emotion perception) ด้านทฤษฎีของจิต (theory of mind) ด้านการรับรู้ทางสังคม (social

perception) และ ด้านอคติในการระบุเหตุ (attributional bias)

2. ออกแบบและจัดทำต้นร่าง (prototype) ของแบบประเมินฯ โดยสร้างข้อคำถามที่สอดคล้องกับนิยามของแต่ละองค์ประกอบ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะของแบบประเมินต้นร่างในแต่ละองค์ประกอบ

องค์ประกอบ	นิยาม	ลักษณะข้อคำถาม
ด้านการรับรู้อารมณ์	ความสามารถในการแยกแยะหรือรับรู้อารมณ์ของผู้อื่นจากการแสดงออกทางสีหน้า น้ำเสียง หรือสัญญาณอื่น ๆ	เป็นข้อคำถามที่ประกอบด้วยภาพใบหน้าคนที่แสดงอารมณ์พื้นฐานต่าง ๆ ให้ผู้ตอบเลือกจากตัวเลือกว่าเป็นอารมณ์ใด จำนวน 12 ข้อ คะแนนที่มากแสดงถึงสามารถรับรู้/แยกแยะอารมณ์ได้มากกว่า
ด้านทฤษฎีของจิต	ความสามารถในการแสดงออกซึ่งความเข้าใจเจตนา ความตั้งใจ ความคิด หรือความเชื่อของบุคคลอื่นและเข้าใจว่าบุคคลอื่นนั้นมีความเชื่อที่แตกต่างจากตน โดยพิจารณาจากคำพูด สีหน้า การบอกใบ้ การเปรียบเทียบ อุปมา การล้อเลียน เสียดสี เป็นต้น	เป็นข้อคำถามที่ประกอบด้วยเรื่องราวสั้น ๆ เป็นการสนทนาระหว่างตัวละคร 2 คน ให้ผู้รับการทดสอบตอบว่าจากบทสนทนาดังกล่าวสามารถตีความ/บอกเป็นนัยได้ว่า ตัวละครต้องการบอกอะไรหรือต้องการอะไร จำนวน 6 ข้อ คะแนนที่มากแสดงถึงสามารถตีความเจตนา/ความต้องการของผู้อื่นจากคำพูดที่บอกเป็นนัยได้มากกว่า
ด้านการรับรู้ทางสังคม	ความสามารถในการสังเกต/แยกแยะบริบทและ สัญญาณทางสังคม(social cues) ทั้งที่เป็นวัจนภาษาหรืออวัจนภาษา เพื่อถอดรหัสและตีความหมายของสถานการณ์ทางสังคมที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังรวมถึงการใช้ข้อมูลจากบริบทรอบ ๆ และความรู้ทางสังคมเพื่อใช้ในการตีความและคาดการณ์ผลลัพธ์ของสถานการณ์ทางสังคม	เป็นข้อคำถามจากกิจกรรมการเรียงลำดับเหตุการณ์ในคู่มือชุดกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางการรู้คิดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (Division of Psychology, 2020) ให้ผู้รับการทดสอบอ่านประโยคทั้งหมดแล้วเรียงลำดับเหตุการณ์ที่ควรจะเป็นโดยใส่หมายเลขข้างหน้าแต่ละประโยค จำนวน 6 ข้อ คะแนนที่มากแสดงถึงสามารถตีความสถานการณ์ทางสังคมได้มากกว่า
ด้านอคติในการระบุเหตุ	ความโน้มเอียงทางความคิดของบุคคลต่อการอธิบายสาเหตุหรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต /ความมีอคติในการเข้าใจและแปลความเจตนาและการกระทำของผู้อื่น (attributional style) ซึ่งการศึกษานี้ใช้การระบุเหตุแบบไม่เป็นมิตร (hostile attribution) หรือ “personalizing bias” ซึ่งเป็นแนวโน้มที่บุคคลจะกล่าวโทษบุคคลอื่นในเหตุการณ์ที่เป็นลบ	เป็นข้อคำถามที่เป็นประโยคบอกเล่าสถานการณ์สั้น ๆ ที่เป็นลบ (negative event) ให้ผู้รับการทดสอบอธิบายว่าสาเหตุของสถานการณ์นั้นเกิดจาก ตนเอง/บุคคลอื่น/สถานการณ์แวดล้อม ให้คะแนนหากผู้ตอบตอบว่ามีสาเหตุจากบุคคลอื่น จำนวน 7 ข้อ คะแนนที่มากแสดงถึงมีอคติในการเข้าใจการกระทำของผู้อื่นแบบไม่เป็นมิตรมากกว่า

3. ทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของแบบประเมินฉบับร่างที่ 1 ที่พัฒนาขึ้นจำนวน 31 ข้อ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย นักจิตวิทยาคลินิกที่เชี่ยวชาญด้านประสาทจิตวิทยา 2 ท่าน จิตแพทย์ 2 ท่าน และประสาทอายุรแพทย์ 1 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมและหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาด้วยการหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity

index: CVI) และคัดเลือกข้อคำถาม โดยใช้เกณฑ์การตัดสินค่าดัชนีความสอดคล้องที่ยอมรับได้ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2006) จากข้อสรุปของผู้เชี่ยวชาญ ได้แบบประเมินฯ ร่างที่ 2 เหลือข้อคำถาม 22 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านการรับรู้อารมณ์ จำนวน 6 ข้อ 2) ด้านทฤษฎีของจิต จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านการรับรู้ทางสังคม จำนวน 4 ข้อ และ 4) ด้านอคติในการระบุเหตุ จำนวน 7 ข้อ

4. นำแบบประเมินฯ ร่างที่ 2 ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะใกล้เคียงกับตัวอย่างจำนวน 5 คน เพื่อทดสอบความเหมาะสมของภาษา ความเข้าใจในข้อความแต่ละข้อ เวลาที่ใช้ ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อพิจารณาปรับข้อความให้เหมาะสม

5. หลังจากปรับปรุงข้อความแล้วได้แบบประเมินร่างที่ 3 ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของแบบประเมินการรู้คิดทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาขึ้น

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชายและหญิง ที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลศรีธัญญา ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2567 กลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1) อายุ 18-59 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทมาแล้วอย่างน้อย 2 ปี 3) อ่านเขียนด้วยภาษาไทยได้ 4) อาการทางจิตสงบ (BPRS < 36 คะแนน) และ 5) ไม่อยู่ในระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) คือ 1) มีภาวะสับสน (delirium) และ 2) มีประวัติโรคลมชักหรืออุบัติเหตุร้ายแรงที่กระทบกับสมอง และยุติการวิจัยหากระหว่างทดสอบมีอาการทางจิตกำเริบจนรบกวนการทดสอบหรือไม่สามารถทำทดสอบได้จนจบกระบวนการ

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. บกพร่องด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ซับซ้อนระดับเล็กน้อย (ICF d720 เท่ากับ .0 หรือ .1)
2. บกพร่องด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ซับซ้อนระดับปานกลาง (ICF d720 เท่ากับ .2)
3. บกพร่องในด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ซับซ้อนระดับรุนแรง (ICF d720 เท่ากับ .3 หรือ .4)

การกำหนดขนาดตัวอย่างคำนวณจากสูตรดังนี้

$$n = (Z_{\alpha/2})^2 P(1-P)/d^2$$

กำหนดค่า $\alpha = 0.05$, $\text{error} = 10\%$ ($d = 0.09$) ค่า sensitivity กลุ่ม 1 และ 3 เท่ากับ 0.9 ได้ขนาดตัวอย่างที่ต้องการจำนวนกลุ่มละ 42 คน เพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันปัญหาในกรณีกลุ่มตัวอย่างตอบข้อคำถามของแบบประเมินไม่ครบถ้วน ดังนั้น ได้ตัวอย่างกลุ่ม 1 และ 3 เท่ากับกลุ่มละ 46 คน ส่วนกลุ่ม 2 กำหนดให้ค่า sensitivity เท่ากับ 0.8 ได้ขนาดตัวอย่างที่ต้องการจำนวน 54 คน เพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันปัญหาในกรณีกลุ่มตัวอย่างตอบข้อคำถามของแบบประเมินไม่ครบถ้วน ได้จำนวนตัวอย่าง เท่ากับ 59 คน รวมกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งสิ้น จำนวน 151 คน แต่ในระหว่างการวิจัยมีผู้เข้าร่วมวิจัยที่ไม่สามารถดำเนินการทดสอบได้ครบตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 11 คน สรุปเหลือผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและดำเนินการทดสอบครบตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 92.7

การวิเคราะห์ข้อมูล

ศึกษาความเชื่อมั่น (reliability) โดยการประเมินค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) จากค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) และพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถาม (item) กับแบบประเมินทั้งฉบับ คัดเลือกข้อคำถามที่เหมาะสม โดยพิจารณาจากค่า (corrected item-total correlation; CITC) คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า CITC ≥ 0.2

ศึกษาความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis: CFA) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างองค์ประกอบของแบบประเมินซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ใช้การประมาณค่าพารามิเตอร์ด้วยวิธีค่าควรจะเป็นสูงสุด (maximum likelihood: ML) ตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลการวัดตัวแปรแฝงกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยพิจารณาจากดัชนีความสอดคล้องกลมกลืน (goodness of fit measures) ได้แก่ ค่าดัชนีสำคัญทางสถิติของไค-สแควร์ (chi-square: p-value of χ^2) ค่าไค-สแควร์สัมพันธ์ (chi-square and its ratio to df: χ^2 / df) ค่ารากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่า (root mean square

error of approximation: RMSEA) ดัชนีความสอดคล้องเชิงสัมบูรณ์ (goodness of fit index: GFI) และดัชนีวัดความสอดคล้องเชิงสัมพัทธ์ (comparative fit index: CFI) ศึกษาความเที่ยงตรงตามสภาพ (concurrent validity) โดยทดสอบความสอดคล้องของคะแนนที่ได้จากแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นกับคะแนนจากแบบทดสอบทางจิตวิทยาที่เป็นมาตรฐาน (แบบทดสอบย่อย picture arrangement แบบทดสอบย่อย picture completion แบบทดสอบย่อย object assembly ของแบบทดสอบ Wechsler adult intelligence scale-third edition (WAIS-III) ด้วย Pearson's correlation coefficient

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลศรีธัญญา เมื่อวันที่ 9 พฤศจิกายน 2566 รหัสโครงการ STY.IRB013/2566_full

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแนะนำเสนอเป็น 2 ส่วน คือ

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน มีอายุระหว่าง 19-59 ปี ($M = 43$, $SD = 10.83$) และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยระหว่าง 2-40 ปี ($M = 11.50$, $SD = 9.2$) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นชาย (ร้อยละ 65) จบการศึกษาระดับมัธยมต้นมากที่สุด รองลงมาคือระดับมัธยมปลาย (ร้อยละ 26.4 และร้อยละ 21.4 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาระดับความบกพร่องด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่

ซับซ้อนพบว่ามีจำนวนใกล้เคียงกัน คือระดับบกพร่องเล็กน้อยจำนวน 48 คน ระดับบกพร่องปานกลาง จำนวน 49 คน และระดับบกพร่องรุนแรงจำนวน 43 คน (ร้อยละ 34.3, 35 และ 30.7 ตามลำดับ)

2. คุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของแบบประเมินการรู้คิดทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

จากการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมและหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาด้วยการหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity index: CVI) ใช้เกณฑ์การตัดสินค่าดัชนีความสอดคล้องที่ยอมรับได้ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2006) พบว่า ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความเห็น ปรับแก้ข้อคำถามทั้งในส่วนเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาและตัดข้อคำถามที่อาจทำให้ผลการประเมินคลาดเคลื่อน ได้แบบประเมินการรู้คิดทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ร่างที่ 2 เหลือข้อคำถาม 22 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านการรับรู้อารมณ์ จำนวน 6 ข้อ (คิดเป็นร้อยละ 50 ของข้อคำถามที่พัฒนาขึ้น) 2) ด้านทฤษฎีของจิต จำนวน 5 ข้อ (คิดเป็นร้อยละ 83.33 ของข้อคำถามที่พัฒนาขึ้น) 3) ด้านการรับรู้ทางสังคม จำนวน 4 ข้อ (คิดเป็นร้อยละ 66.67 ของข้อคำถามที่พัฒนาขึ้น) และ 4) ด้านอคติในการระบุเหตุ จำนวน 7 ข้อ (คิดเป็นร้อยละ 100 ของข้อคำถามที่พัฒนาขึ้น) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ

องค์ประกอบ	ผลการพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ			
	ใช้ได้ (CVI ≥ 0.80)		ใช้ไม่ได้ (CVI ≤ 0.80)	
ด้านการรับรู้อารมณ์	EP1	ประหลาดใจ	EP2	ขยี้แหยง/รังเกียจ
	EP4	โกรธ	EP3	กลัว
	EP5	กลัว	EP6	มีความสุข
	EP9	โกรธ	EP7	ขยี้แหยง/รังเกียจ
	EP10	มีความสุข	EP8	เศร้า
	EP12	เศร้า	EP11	มีความสุข
ด้านทฤษฎีของจิต	ToM1	ชื่อหุ่นยนต์	ToM5	สูบบุหรี่
	ToM2	ช่วยเหลือของ		
	ToM3	ทำงานบ้าน		
	ToM4	มาสาย		

องค์ประกอบ	ผลการพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ			
	ใช้ได้ (CVI ≥ 0.80)		ใช้ไม่ได้ (CVI ≤ 0.80)	
	ToM6	ชวนไปดูหนัง		
ด้านการรับรู้ทางสังคม	SP1	ตะกร้าของลุงจอม	SP3	เฝ้าบ้านคนเดียว
	SP2	กูกี้ก็รักกับคุณยาย	SP6	นั่งรถไฟ
	SP4	ทำบัตรประชาชน		
	SP5	เที่ยวภูกระดึง		
ด้านอคติของการระบุเหตุ	AB1	เพื่อนของท่านดูเจียม		
	AB2	เพื่อนปฏิเสธที่จะช่วยทำงาน		
	AB3	เพื่อนพูดกับคนอื่นถึงท่านในทางไม่ดี		
	AB4	เพื่อนไม่ไปกินข้าวกลางวันด้วย		
	AB5	เพื่อนมีท่าทีหงุดหงิด		
	AB6	เพื่อนกลับก่อนโดยไม่บอก		
	AB7	เพื่อนยกเลิกนัดที่จะไปเที่ยว		

2.2 ความเชื่อมั่นของแบบประเมิน (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรู้คิดทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) แล้วมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบประเมิน (reliability) พบว่า ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบประเมิน (reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อ

คำถามกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (corrected item-total correlation: CITC) ตัดข้อคำถามที่มีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับข้อคำถามทั้งหมดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ (CITC < 0.2) ออก เหลือข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ พบว่า ข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับข้อคำถามทั้งหมด (CITC) ระหว่าง 0.316-0.894 โดยมีค่า Cronbach's alpha ของแบบประเมินรายด้านอยู่ระหว่าง 0.720-0.862 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน

องค์ประกอบ	จำนวน (ข้อ)	Cronbach's alpha	CITC
ด้านการรับรู้อารมณ์	4	0.862	0.316-0.894
ด้านทฤษฎีของจิต	5	0.743	0.403-0.604
ด้านการรับรู้ทางสังคม	4	0.800	0.565-0.698
ด้านอคติของการระบุเหตุ	7	0.720	0.353-0.533

2.3 ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินการรู้คิดทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านการคัดเลือกข้อคำถามแล้ว มี 4 องค์ประกอบ จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ด้านการรับรู้อารมณ์ จำนวน 4 ข้อ ด้านทฤษฎีของจิต จำนวน 5 ข้อ ด้านการรับรู้ทางสังคม จำนวน 4 ข้อ และด้านอคติของการระบุเหตุ จำนวน 7 ข้อ มาวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง (second

order confirmatory factor analysis) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามด้วยเมทริกซ์สหสัมพันธ์ (correlation matrix) พบว่า ข้อคำถามมีค่าสหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง -0.278 ถึง 0.678 และเมื่อพิจารณาค่า Bartlett's test of sphericity พบว่ามีค่าเท่ากับ 690.565, $df = 190$, $p < .001$ และค่าดัชนี Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure of sampling adequacy เท่ากับ 0.771 แสดงว่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์มีความแตกต่างจากเมทริกซ์เอกลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และค่า KMO ซึ่ง

มีค่าเข้าใกล้ 1.00 แสดงว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์ภายในต่อกัน จึงสรุปได้ว่าข้อมูลชุดนี้มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้สำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ซึ่งอาศัยหลักการวิเคราะห์องค์ประกอบที่ตัวแปรมีความสัมพันธ์กัน การตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนระหว่างตัวแบบประเมนการรู้คิดทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า $\chi^2 = 232.467$, $df = 169$, $p < .001$, $GFI = 0.857$, $NNFI = 0.917$, $CFI = 0.926$ และ $RMSEA = 0.052$ ซึ่งดัชนีส่วนใหญ่ไม่ผ่านตามเกณฑ์ แสดงว่าตัวแบบประเมนการรู้คิดทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทไม่สอดคล้องข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยจึงผ่อนคลายข้อตกลงเบื้องต้น โดยยอมให้ความคลาดเคลื่อนในการวัดตัวแปรมีความสัมพันธ์กัน พบว่า $\chi^2 = 152.010$, $df = 156$, $p = .575$, $GFI = 0.901$, $NNFI = 0.997$, $CFI = 0.998$ และ $RMSEA = 0.000$ ดัชนีทุก

ค่าผ่านตามเกณฑ์ แสดงว่าตัวแบบประเมนการรู้คิดทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทสอดคล้องข้อมูลเชิงประจักษ์ นั่นคือ แบบประเมนการรู้คิดทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 4 ด้าน จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ด้านการรับรู้อารมณ์ จำนวน 4 ข้อ ด้านทฤษฎีของจิต จำนวน 5 ข้อ ด้านการรับรู้ทางสังคม จำนวน 4 ข้อ และด้านอคติของการระบุเหตุ จำนวน 7 ข้อ รวมทั้งสิ้น 20 ข้อ

เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของแต่ละด้านในแบบประเมนการรู้คิดทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ด้านที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานมากที่สุด คือ ด้านทฤษฎีของจิต ($\beta = 0.736$) รองลงมา คือ ด้านการรับรู้ทางสังคม ($\beta = 0.674$) ด้านการรับรู้อารมณ์ ($\beta = 0.664$) และด้านอคติของการระบุเหตุ ($\beta = 0.303$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันขององค์ประกอบการรู้คิดทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

องค์ประกอบ	ข้อคำถาม	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน	t-value
ด้านการรับรู้อารมณ์ ($R^2 = 0.441$)		0.664	
	EP1	0.319	2.085
	EP4	0.464	3.029
	EP9	0.441	2.886
	EP10	0.413	2.843
ด้านทฤษฎีของจิต ($R^2 = 0.542$)		0.736	
	ToM1	0.521	4.973
	ToM2	0.759	4.646
	ToM3	0.677	4.445
	ToM4	0.608	4.260
	ToM6	0.476	3.749
ด้านการรับรู้ทางสังคม ($R^2 = 0.455$)		0.674	
	SP1	0.401	3.562
	SP2	0.694	4.687
	SP4	0.963	4.912
	SP5	0.623	5.334
ด้านอคติของการระบุเหตุ ($R^2 = 0.092$)		0.303	
	AB1	0.541	5.225
	AB2	0.646	5.694
	AB3	0.505	4.920
	AB4	0.392	3.903
	AB5	0.699	5.926
	AB6	0.384	3.701
	AB7	0.551	4.628

2.4 ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity)

ทดสอบความสอดคล้องของคะแนนที่ได้จากแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นกับคะแนนจากแบบทดสอบย่อย picture arrangement แบบทดสอบย่อย picture completion และแบบทดสอบย่อย object assembly ของแบบทดสอบ Wechsler adult intelligence scale-third edition (WAIS-III) ด้วย Pearson's correlation coefficient พบว่า คะแนนจากองค์ประกอบด้านทฤษฎีของจิตและคะแนนจากองค์ประกอบด้านการรับรู้ทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนจากแบบทดสอบย่อย picture arrangement แบบทดสอบย่อย picture completion และแบบทดสอบย่อย object assembly ในระดับปาน

กลาง ($r = 0.334-0.576$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนคะแนนจากองค์ประกอบด้านการรับรู้อารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนจากแบบทดสอบย่อย picture arrangement แบบทดสอบย่อย picture completion และแบบทดสอบย่อย object assembly อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ในระดับต่ำ ($r = 0.273-0.308$) และพบว่าคะแนนจากองค์ประกอบด้านอคติในการระบุเหตุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนจากแบบทดสอบย่อย picture arrangement และแบบทดสอบย่อย picture completion อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในระดับต่ำ ($r = -0.200$ และ -0.171) ในขณะที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับแบบทดสอบย่อย object assembly อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินการรู้คิดทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทกับแบบทดสอบทางจิตวิทยา

ตัวแปร	ด้านการรับรู้อารมณ์	ด้านทฤษฎีของจิต	ด้านการรับรู้ทางสังคม	ด้านอคติของการระบุเหตุ
Picture Arrangement	0.286**	0.402**	0.492**	-0.200*
Picture Completion	0.308**	0.394**	0.576**	-0.171*
Object Assembly	0.273**	0.334**	0.428**	-0.113

* $p < .05$ และ ** $p < .01$

วิจารณ์

การพัฒนาแบบประเมินการรู้คิดทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรู้คิดทางสังคม (social cognition) ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในด้านต่าง ๆ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประกอบการวางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการรู้คิดทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและอาจใช้ในการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพทางจิตเวชในด้านที่เกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนของผู้ป่วย ทั้งนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การฟื้นฟูความบกพร่องในการรู้คิดทางสังคมทำให้ผลลัพธ์ทางสังคมด้านต่าง ๆ ได้แก่ การปรับตัวทางสังคม การทำหน้าที่ทางสังคม ความสัมพันธ์ทางสังคม และทักษะทางสังคมมีการพัฒนาขึ้น (Horan et al., 2009) การได้ข้อมูลเกี่ยวกับการรู้คิดทางสังคมในแต่ละองค์ประกอบจะช่วยให้แผนการฟื้นฟูมีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น

แบบประเมินฉบับร่าง (prototype) ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 ด้าน (Pinkham et al., 2014; Charembon & Patumanond, 2017) ได้แก่ ด้านการรับรู้อารมณ์ (emotion perception) ด้านทฤษฎีของจิต (theory of mind) ด้านการรับรู้ทางสังคม (social perception) และด้านอคติในการระบุเหตุ (attributional bias) ข้อคำถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีพื้นฐานจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการประเมินการรู้คิดทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในรูปแบบต่าง ๆ โดยนำมาปรับให้เป็นบริบทไทย จากการทดสอบคุณสมบัติด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความเห็นปรับแก้ข้อคำถามทั้งในส่วนเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา และตัดข้อคำถามที่อาจทำให้ผลการประเมินคลาดเคลื่อน เช่น ด้านการรับรู้อารมณ์ ข้อที่ถูกตัดออก ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าภาพการแสดงออกทางสีหน้านั้นคลุมเครือ ไม่ชัดเจน ด้านทฤษฎีของจิต ข้อที่ถูกตัดออกเป็นข้อที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นตรงกันว่าเนื้อหาบทสนทนา

ของตัวละครนั้นคลุมเครือไม่ชัดเจน ด้านการรับรู้ทางสังคม ข้อที่ถูกตัดออก ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าลำดับเหตุการณ์ไม่ชัดเจน อาจทำให้ตีความได้หลายอย่าง และข้อที่มีเนื้อหาเป็นการเรียงลำดับขั้นตอนการเดินทางโดยรถไฟ ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าผู้ตอบบางส่วนอาจไม่เคยมีประสบการณ์จึงตัดออก ส่วนด้านอคติในการระบุเหตุ ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าข้อคำถามทุกข้อมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวัดขององค์ประกอบจึงไม่ตัดข้อใดออก

หลังจากปรับปรุงแบบประเมินแล้ว ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ทำให้มีการปรับข้อคำถามและวิธีดำเนินการทดสอบให้เหมาะสมทั้งด้านความเข้าใจและเวลาที่ใช้เพิ่มเติม ใช้ภาษาที่ง่ายและกระชับมากขึ้น นอกจากนี้เนื้อหาบางส่วนในด้านอคติในการระบุเหตุที่ให้ผู้ตอบระบุไว้ในสถานการณ์ที่เป็นลบ (negative event) ผู้ตอบคิดว่าสาเหตุของสถานการณ์นั้นเกิดจากอะไร (ตนเอง/บุคคลอื่น/สถานการณ์แวดล้อม) ผู้ตอบบางส่วนเชื่อมโยงกับประสบการณ์เดิมของตนเองมาก บางรายมีท่าทีกังวล เช่น การที่เพื่อนพูดถึงตนในทางไม่ดี ผู้ป่วยมีการคิดเทียบกับเรื่องราวในชีวิตตนและบางรายถึงเลวอาจเป็นเรื่องจริงและพยายามอธิบายรายละเอียดมาก ทำให้ต้องปรับคำชี้แจงในการทดสอบและอธิบายเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจเกี่ยวกับการตอบแบบประเมิน สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าเกี่ยวกับอคติในการระบุเหตุในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ที่พบว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการ (symptom) ของผู้ป่วยจิตเภทที่เกี่ยวข้องกับอคติในการระบุเหตุแบบไม่เป็นมิตรนี้ ดังนั้น อาจพิจารณาแยกศึกษาเฉพาะในส่วนของรูปแบบอคติในการระบุเหตุทั้งรูปแบบ externalizing และ personalizing และสถานการณ์ที่เป็นบวกและลบ โดยคำนึงถึงอาการของผู้ป่วยร่วมด้วย

หลังจากคัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่ผ่านตามเกณฑ์แล้วแบบประเมินฯ ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้านทดสอบความเชื่อมั่นพบว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ดีทุกด้าน อีกทั้งเมื่อทดสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 2 ก็พบว่าโมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เมื่อยอมให้ความคลาดเคลื่อนในการวัดตัวแปรมีความสัมพันธ์กัน ทั้งนี้เนื่องจากองค์ประกอบในแต่ละ

ด้านของการรู้คิดทางสังคมอาจมีส่วนที่ไม่อาจแยกจากกันได้ขาด เช่น ในการเข้าใจความคิดความรู้สึกผู้อื่น (theory of mind) ก็จำเป็นต้องสามารถรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ (emotional perception) ได้อย่างถูกต้อง โดยปราศจากอคติในการระบุเหตุ (attributional bias) และการเข้าใจความคิดความรู้สึกผู้อื่นจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดอคติและความไม่เป็นมิตรได้ และเมื่อพิจารณาน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของตัวแปรต่าง ๆ พบว่าด้านทฤษฎีของจิตมีน้ำหนักมากที่สุดต่อการรู้คิดทางสังคม รองลงมาคือด้านการรับรู้ทางสังคม ด้านการรับรู้อารมณ์และด้านอคติของการระบุเหตุ ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของเฟตและคณะ (Fett et al., 2011) ที่พบว่า การเข้าใจความคิดความรู้สึกผู้อื่นเป็นองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์ชัดเจนที่สุดต่อการทำหน้าที่ทางสังคม

แบบประเมินที่พัฒนาขึ้นมีความเที่ยงตรงตามสภาพเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์กับแบบทดสอบมาตรฐาน โดยพบว่าคะแนนด้านทฤษฎีของจิต คะแนนด้านการรับรู้ทางสังคมและคะแนนด้านการรับรู้อารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนจากแบบทดสอบย่อย picture arrangement แบบทดสอบย่อย picture completion และแบบทดสอบย่อย object assembly ในระดับปานกลาง (WongRattana, 1998) สอดคล้องกับการศึกษาโครงสร้างของแบบทดสอบ WAIS-III ในการประเมินการรู้คิดทางสังคมด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) ที่พบว่า แบบทดสอบย่อยที่สัมพันธ์กับองค์ประกอบการรู้คิดทางสังคม ได้แก่ แบบทดสอบย่อย picture arrangement แบบทดสอบย่อย picture completion และแบบทดสอบย่อย object assembly ซึ่งเป็นการบูรณาการองค์ประกอบการรู้คิด (Allen & Barchard, 2009) ได้แก่ การรับรู้การแสดงออกทางสีหน้า การรับรู้ทางสังคมและความรู้เกี่ยวกับกฎหรือบรรทัดฐานทางสังคม โดยแบบทดสอบย่อย picture arrangement นั้นเป็นแบบทดสอบย่อยที่ประเมินความสามารถในการวางแผน คาดการณ์และตีความสถานการณ์ทางสังคมโดยใช้การสังเกตพฤติกรรมที่ไม่เกี่ยวกับภาษาพูดของบุคคลมาช่วยในการวิเคราะห์ ส่วนแบบทดสอบย่อย picture completion นั้นเป็นการประเมินความสามารถในการสังเกตสิ่งต่าง ๆ รอบตัว รวมถึงความสามารถในการแยกแยะสิ่งสำคัญและไม่

สำคัญ และแบบทดสอบย่อย object assembly เป็นการประเมินความสามารถในการวิเคราะห์หลักฐานบางส่วนที่เป็นประสบการณ์หรือข้อมูลเดิมที่มีมาเชื่อมโยงสังเคราะห์เป็นภาพรวมของเหตุการณ์ทั้งหมด อย่างไรก็ตาม พบว่าคะแนนด้านอคติในการระบุเหตุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนจากแบบทดสอบย่อย picture arrangement และแบบทดสอบย่อย picture completion อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติกับแบบทดสอบย่อย object assembly ซึ่งการมีอคติในการระบุเหตุนี้อาจเกิดจากการเลือกใช้ข้อมูลหรือหลักฐานที่ไม่เหมาะสมและเลือกรับรู้ไม่ตรงตามความเป็นจริง ทำให้มีความสัมพันธ์ในทางตรงข้ามกับความสามารถในการวางแผนคาดการณ์ จัดลำดับความสำคัญ การตื่นตัว แยกแยะสิ่งจำเป็นและไม่จำเป็นได้ลำบาก ซึ่งจากหลายการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการมีอคติแบบไม่เป็นมิตร กับมิติด้านการรับรู้ อารมณ์และการเข้าใจความคิดความรู้สึกผู้อื่น มักมีโครงสร้างที่แยกจากกัน

การศึกษาต่อไปควรศึกษาร่วมกับแบบประเมินทางประสาทจิตวิทยาหรือปัจจัยทางจิตวิทยาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ความสามารถในการกำกับอารมณ์ (emotional regulation) เนื่องจากเป็นความสามารถในการระบุ เข้าใจ และยอมรับอารมณ์ สามารถควบคุมอารมณ์และตอบสนองทางอารมณ์เพื่อรับมือกับสถานการณ์ที่ยากลำบากได้อย่างเหมาะสม (Ottonello et al., 2019 as cited in Suksai et al., 2023) ตลอดจนศึกษาร่วมกับปัจจัยทางสังคมอื่นที่เป็นผลลัพธ์ทางสังคม เช่น การมีงานทำ ความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อเพิ่มความเข้าใจในการนำแบบประเมินไปใช้ในการวางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการรู้คิดของผู้ป่วยจิตเภทมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ข้อจำกัดในการศึกษานี้คือ กลุ่มตัวอย่างที่นับว่าน้อยเมื่อพิจารณาตามหลักการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง ซึ่งใช้การประมาณค่าพารามิเตอร์ด้วยวิธีโลกลีสูงสุดสูงสุด (maximum likelihood) ซึ่งจัดเป็นเทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลที่ต้องใช้ขนาดตัวอย่างใหญ่ จึงควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างเพิ่มเติม และควรมีการศึกษาจุดตัดเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินที่ชัดเจนในการสรุปผลการประเมินที่ได้ อย่างไรก็ตาม แบบประเมินที่ได้จากการศึกษาเบื้องต้นนี้จะสามารถนำไปใช้เป็น

แนวทางในการประเมินการรู้คิดทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทได้ เพื่อการอธิบายลักษณะของการรู้คิดทางสังคมของผู้ป่วย และใช้ในการวางแผน ติดตามการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

สรุป

แบบประเมินที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้อารมณ์ จำนวน 4 ข้อ ด้านทฤษฎีของจิต จำนวน 5 ข้อ ด้านการรับรู้ทางสังคม จำนวน 4 ข้อ และด้านอคติของการระบุเหตุ จำนวน 7 ข้อ มีความเชื่อมั่นรายด้านอยู่ในเกณฑ์ดี มีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างโดยตัวแบบมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และเมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของตัวแปรสังเกตได้พบว่า ตัวแปรที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานมากที่สุด คือ ด้านทฤษฎีของจิต รองลงมาคือด้านการรับรู้ทางสังคม ด้านการรับรู้อารมณ์ และด้านอคติของการระบุเหตุ ตามลำดับ นอกจากนี้ พบว่าแบบประเมินที่ได้มีความเที่ยงตรงตามสภาพโดยมีความสัมพันธ์กับแบบทดสอบทางจิตวิทยาอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าแบบประเมินนี้สามารถใช้ประเมินการรู้คิดทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทได้

เอกสารอ้างอิง (References)

- Allen, D. N., & Barchard, K. A. (2009). Identification of a social cognition construct for the WAIS-III. *Applied Neuropsychology*, 16(4), 262-74. <https://doi.org/0.1080/09084280903297727>.
- Baron-Cohen, S., Jolliffe, T., Mortimore, C., & Robertson, M. (1997). Another advanced test of theory of mind: Evidence from very high functioning adults with autism or Asperger syndrome. *J Child Psychol Psychiatry*, 38, 813-822.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The “reading the mind in the eyes” test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *J Child*

- Psychol Psychiatry*, 42(2), 241-51. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11280420/>
- Charernboon, T., & Patumanond, J. (2017). Social cognition in schizophrenia. *Ment Illn*, 9(1), 7054. <https://doi.org/10.4081/mi.2017.7054>.
- Corrigan, P. W., Silverman, R., Stephenson, J., Nugent-Hirschbeck, J., & Buican, B. J. (1996). Situational familiarity and feature recognition in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 22(1), 153-61. <https://doi.org/10.1093/schbul/22.1.153>
- Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (Eds.). (2001). *Social cognition and schizophrenia*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10407-000>
- Division of Psychology. (2020). *Handbook of group cognitive remediation for chronic schizophrenia* [Unpublished manuscript]. Srithanya Hospital, Nonthaburi. (in Thai).
- Fett, A. K. J., Viechtbauer, W., Dominguez, M.-de-G., Penn, D. L., Os, J. V., & Krabbendam, L. (2011). The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: A meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*, 35(3), 573-88. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.07.001>.
- Green, M. F., Kern, R. S., Braff, D. L., & Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: Are we measuring the "right stuff"? *Schizophrenia Bulletin*, 26, 119-136. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033430>.
- Green, M. F., Penn, D. L., Bentall, R., Carpenter, W. T., Gaebel, W., Gur, R. C., Kring, A. M., Park, S., Silverstein, S.M., & Heinssen, R. (2008). Social Cognition in schizophrenia: An NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1211-1220. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm145>
- Harvey, P. D., & Penn, D. (2010). Social cognition: The key factor predicting social outcome in people with schizophrenia? *Psychiatry*, 7, 41-44.
- Horan, W. P., Kern, R. S., Shokat-Fadai, K., Sergi, M. J., Wynn, J. K., & Green, M. F. (2009). Social cognitive skills training in schizophrenia: An initial efficacy study of stabilized outpatients. *Schizophrenia Research*, 107(1), 4754. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.09.006>
- Horan, W. P., Green, M. F., DeGroot, M., Fiske, A., Helleman, G., Kee, K. Kern, R.S., Lee, J., Sergi, M. J., Subotnik, K. L., Sugar, C. A., Ventura, J., & Nuechterlein, K. H. (2012). Social cognition in schizophrenia, Part 2: 12-month stability and prediction of functional outcome in first-episode patients. *Schizophr Bull*, 38, 865-72. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr001>
- Lotrakul, M., & Sukanit, P. (Eds.). (2015). *Ramathibodi's essential of psychiatry* (4th ed). Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. (in Thai).
- Pinkham, A. E., Penn, D. L., Green, M. F., Buck, B., Healey, K. & Harvey, P. D. (2014). The social cognition psychometric evaluation study: Results of the expert survey and RAND panel. *Schizophr Bull*, 40, 813-23. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt081>.
- Pinkham, A. E., Penn, D. L., Green, M. F., & Harvey, P. D. (2016). Social cognition psychometric evaluation: Results of the initial psychometric study. *Schizophrenia Bulletin*, 42(2), 494-504. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv056>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29(1), 489-497. <https://doi.org/10.1002/nur.20147>
- Suksai, P., Sakulsriprasert, C., Supreeyaporn, N., & Potikul, S. (2023). Difficulties in emotion regulation and alcohol-related problems among

undergraduate students: The mediating role of drinking motives. *Thai Journal of Clinical Psychology*, 54(1), 1-11. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy/article/view/263565/177201>

- Swartz, M. S., Perkins, D. O., Stroup, S. T., Davis, S. M., Capuano, G., Rosenheck, R. A., Reimherr, F., McGee, M. F., Keefe, R. S. E., McEvoy, J. P., Hsiao, J. K., & Lieberman, J. A. (2007). Effects of antipsychotic medications on psychosocial functioning in patients with chronic schizophrenia: Findings from the NIMH CATIE study. *Am. J. Psychiatry*, 164, 428-436. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.3.428>
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C. J. L., & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the global burden of disease study 2010. *The Lancet*, 382 (9904), 1575-1586.
- WongRattana, C. (1998). *Statistics application technique for research*. Thepnimit Kan Pim. (in Thai).



วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

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

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความเชื่อตัวกลางที่เกี่ยวข้องกับความเป็นหญิงด้านการดื่มสุราและ Drunkorexia ในนักศึกษาปริญญาตรีหญิง

ศจีแพรว โปธิกุล¹, ภัคจิรา ชินวัตร², ไชยันต์ สกุลศรีประเสริฐ^{1*}

¹ ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

² นักศึกษาปริญญาตรี สาขาจิตวิทยาคลินิก คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* ผู้นิพนธ์ประสานงาน, e-mail: sk_chaiyun@hotmail.com

รับบทความ: 2 เมษายน 2567 | แก้ไขบทความ: 11 พฤษภาคม 2567 | ตอบรับบทความ: 22 พฤษภาคม 2567

บทคัดย่อ

Drunkorexia เป็นแบบแผนพฤติกรรมที่บุคคลควบคุมปริมาณอาหารหรือออกกำลังกายอย่างหนักเกินไปเพื่อคุมแคลอรีและทำให้สามารถดื่มแอลกอฮอล์ได้มากขึ้น ผลที่ตามมาคือบุคคลที่มี drunkorexia ประสบกับความเสี่ยงที่เกิดทั้งพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติกับปัญหาจากการดื่มสุราด้วยกัน **วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาอิทธิพลของความเชื่อตัวกลางที่เกี่ยวข้องกับความเป็นหญิงด้านการดื่มสุราที่ส่งผลต่อ drunkorexia ของนักศึกษาหญิงระดับปริญญาตรี **วัสดุและวิธีการ** กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นนักศึกษาปริญญาตรีที่เคยดื่มสุราในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาจำนวน 290 คน การสุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มตัวอย่างตามสะดวกผ่านการเก็บข้อมูลออนไลน์ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย Drunkorexia Motives and Behaviors Scale และแบบประเมิน Femininity-Related Intermediate Beliefs about Alcohol use Questionnaire การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์สมการโครงสร้าง **ผลการศึกษา** ความเชื่อตัวกลางที่เกี่ยวข้องกับความเป็นหญิงด้านการดื่มสุราสามารถทำนาย drunkorexia ได้ร้อยละ 34.5 ความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการดื่มที่สอดคล้องกับความเป็นหญิงมีอิทธิพลทางบวกต่อ drunkorexia อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .658$) ในขณะที่ความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการดื่มที่ต่อต้านความเป็นหญิงไม่มีอิทธิพลต่อ drunkorexia อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ **สรุป** ความเชื่อตัวกลางที่เกี่ยวข้องกับความเป็นหญิงด้านการดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับ drunkorexia การดำเนินการป้องกันปัญหาการดื่มสุราในนักศึกษาหญิงอาจจะต้องคำนึงพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติด้วย

คำสำคัญ: การดื่มสุราของนักศึกษา, Drunkorexia, ความเชื่อตัวกลางที่เกี่ยวข้องกับความเป็นหญิงด้านการดื่มสุรา, ความเป็นหญิง



Thai Journal of Clinical Psychology

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

Original Article

Feminine Intermediate Beliefs about Alcohol Use and Drunkorexia Among Female Undergraduate Students

Sajeepraew Potikul¹, Phukjira Shinawatra², Chaiyun Sakulsriprasert^{1*}

¹ Department of Psychology, Faculty of Humanities, Chiang Mai University

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

* Corresponding author, e-mail. sk_chaiyun@hotmail.com

Received: 2 April 2024 | Revised: 11 May 2024 | Accepted: 22 May 2024

Abstract

Drunkorexia refers to a pattern of behavior where individuals restrict their caloric intake or exercise excessively to compensate for calories from alcohol and allow them to drink more heavily. Subsequently, individuals with drunkorexia experience risks with both disordered eating and alcohol-related problems.

Objectives: To investigate the influence of feminine intermediate beliefs about alcohol use (FIBA) on drunkorexia among female undergraduate students. **Materials and methods:** A sample comprised 290 female undergraduate students who drank alcohol in the past year. Data collection was conducted through convenience sampling via an online platform. The research instruments were the Drunkorexia Motives and Behaviors Scale and the Femininity-Related Intermediate Beliefs about Alcohol Use Questionnaire. Structural equation modeling was employed for data analysis. **Results:** The study revealed that FIBA could predict drunkorexia for 34.5%. Alcohol Use as Surrender to Femininity demonstrated a positive relationship with drunkorexia, with statistical significance ($\beta = 0.685$), whereas Alcohol Use as Overcompensation to Femininity did not exhibit a statistically significant relationship. **Conclusion:** The relationship between FIBA and drunkorexia indicates the importance of addressing disordered eating behaviors in alcohol prevention strategies targeting female university students.

Keywords: College drinking, Drunkorexia, Feminine intermediate beliefs about alcohol use, Femininity

บทนำ

การดื่มสุราเป็นปัจจัยที่สร้างความเสี่ยงและเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพต่าง ๆ และสังคมในหลายประการ แม้ว่าข้อมูลภาพรวมเกี่ยวกับอัตราการดื่มสุราของประชากรไทยทั้งผู้ชายและหญิงที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มลดลงจากเดิมร้อยละ 28.4 ในปี พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 28.0 ในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเฉพาะกลุ่มชายไทยที่มีอัตราการดื่มสุราจากปี พ.ศ. 2560 อยู่ที่ร้อยละ 47.5 แต่กลับลดลงมาที่ร้อยละ 46.4 ในปี พ.ศ. 2564 อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลเฉพาะกลุ่มหญิงไทยกลับพบว่า มีการดื่มสุราเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 10.6 ในปี พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 10.8 ในปี พ.ศ. 2564 (Social Statistics Division, National Statistical Office, 2021) และยังพบว่าอัตราความชุกของกลุ่มนักดื่มหน้าใหม่เพศหญิงได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.67 เป็นร้อยละ 2.27 ซึ่งเป็นกลุ่มเยาวชนหญิง (อายุ 15-24 ปี) ร้อยละ 1.16 (Ausanangkornchai, 2022) จากข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับข้อมูลของ World Health Organization (2023) ที่พบว่า ภาพรวมของนักดื่มทั่วโลกที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ลดลงในปี พ.ศ. 2558 แต่อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2562 ประชากรในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้กลับมีการดื่มที่เพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 112 โดยในกลุ่มเพศหญิงมีการดื่มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยประมาณ 1.7 ลิตร

แม้การวิจัยที่พยายามศึกษาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของนักศึกษาหญิงมีไม่มากนัก แต่พบว่านักศึกษาหญิงมีแบบแผนการดื่ม สาเหตุของการดื่ม และผลกระทบจากการดื่มที่แตกต่างกับนักศึกษาชาย ตัวอย่างเช่น การศึกษา Sinampol (2017) ที่พบว่านักศึกษาหญิงใช้การดื่มสุราเป็นการเข้าร่วมพื้นที่ทางสังคมกับกลุ่มเพื่อน เป็นการสร้างภาพตัวแทนของหญิงสมัยใหม่ และความเป็นผู้ใหญ่ที่สามารถดูแลตัวเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sakulsriprasert & Sakulsriprasert (2018) ที่พบว่า การดื่มจนเกิดปัญหาในเพศชายและหญิงเกิดจากแรงจูงใจที่ต่างกัน โดยในเพศหญิง แรงจูงใจในการดื่มเพื่อเข้าสังคมมีอิทธิพลต่อปัญหาจากการดื่มสุรามากที่สุด ขณะที่เพศชาย แรงจูงใจในการดื่มเพื่อเพิ่มอารมณ์ทางบวกมีอิทธิพลมากที่สุด และการศึกษาของ Pangtis et al. (2023) พบว่านักศึกษาหญิงที่ดื่มสุราต่างพบประสบการณ์ถูกเหมารวมในทางลบว่าเป็นผู้หญิงที่

ไม่ดี จึงทำให้พวกเธอต้องรองและต่อต้านประสบการณ์การเหมารวมดังกล่าวผ่านการแสดงออกซึ่งอัตลักษณ์ความเป็นหญิงในแบบของตน จากการศึกษาที่ผ่านมาเป็นหลักฐานที่สรุปได้ว่าความเป็นหญิงมีความเกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา และส่งผลให้แบบแผนการดื่มของนักศึกษาหญิงแตกต่างกันออกไปจากนักศึกษาชาย

ประเด็นทางสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราในนักศึกษาหญิงก็แตกต่างออกไปจากที่พบในเพศชายด้วย การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างประเทศพบว่าปัญหาสุขภาพจิตอย่างหนึ่งที่ได้รับ ความสนใจและพูดถึงมากขึ้นคือ drunkorexia โดย drunkorexia เป็นภาวะที่เกิดจากการที่บุคคลจำกัดปริมาณอาหารที่ได้รับประทานเพื่อที่จะสามารถดื่มแอลกอฮอล์ให้ได้มากขึ้น โดยปฏิเสธที่จะรับประทานอาหารหรือจำกัดปริมาณแคลอรี เนื่องจากคิดว่าตนเองมีน้ำหนักที่เกินเกณฑ์เฉลี่ยของคนทั่วไป แต่ในความเป็นจริงร่างกายกลับผ่ายผอม ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ (Ciechowska & Polaniak, 2022; Speed et al., 2022)

ดังนั้น drunkorexia จึงเปรียบเสมือนรอยต่อระหว่างการใช้สุราที่ผิดปกติ (alcohol use disorder) และการกินที่ผิดปกติ (disordered eating behaviors) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรค anorexia nervosa ซึ่งบางกรณีบุคคลอาจบริโภคแอลกอฮอล์ทดแทนมื้ออาหาร ในขณะเดียวกันก็จะมีบางคนที่จำกัดแคลอรีในระหว่างวันหรือสัปดาห์เพื่อชดเชยจากการไปดื่ม (Arzt & Abulhosn, 2022) แม้ว่า drunkorexia ยังไม่ถูกจัดอยู่ในคู่มือจากสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 5 ฉบับปรับปรุง (diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision, DSM-5-TR) แต่ก็เป็นการที่ได้รับความสนใจมากขึ้นอันเนื่องมาจากภาวะโรคร่วมที่พบมากในกลุ่มความผิดปกติทางการกินและความผิดปกติของการใช้สารเสพติด

นักวิชาการจำนวนหนึ่งพยายามนิยามและองค์ประกอบของ drunkorexia โดย Ward and Galante (2015) ได้นิยามว่า drunkorexia ประกอบด้วยแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรม (drunkorexia motives and behaviors) พฤติกรรมที่ทำเมื่อการควบคุมแคลอรีล้มเหลว (drunkorexia fail) พฤติกรรม drunkorexia ขณะดื่มสุรา และพฤติกรรม drunkorexia หลังการดื่ม (post-drinking compensation) และได้พัฒนามาตรวัด

ชื่อ the drunkorexia motives and behaviors scale (DMBS) เพื่อวัดองค์ประกอบดังกล่าว แบบวัด DMBS มีความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายในอยู่ระหว่าง .87 ถึง .98 และได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่ามีค่า factor loading ที่มากกว่า 0.5 ในทุกข้อ และมีแบบจำลองการวัดสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี (Ward & Galante, 2015)

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า drunkorexia มีแนวโน้มเกิดขึ้นในกลุ่มนักศึกษาหญิงมากกว่าชาย เนื่องจากความกดดันทางสังคมวัฒนธรรมเรื่องการลดน้ำหนักและภาพลักษณ์ โดยพบว่าในขณะที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักเพื่อดื่มสุรา พบในกลุ่มประชากรทั่วไปร้อยละ 46 แต่ในเพศหญิง กลับพบถึงร้อยละ 60 และร้อยละ 25 รายการควบคุม น้ำหนักที่เข้าได้กับอาการของ drunkorexia (Barry et al., 2013; Eisenberg & Fitz, 2014; Giles et al., 2009; Knight et al., 2020; Peralta, 2002) และแบบแผนการดื่มของนักศึกษาก็แตกต่างจากผู้ใหญ่ คือ มีลักษณะเป็นการดื่มปริมาณมากในระยะเวลาสั้น ๆ (binge drinking) (Furlong, 2013; Suksai et al., 2023) ผลลัพธ์ที่เป็นอันตรายจาก drunkorexia ได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการ คลื่นไส้ เป็นลมหมดสติ การถูกทำร้ายร่างกาย กิจกรรมทางเพศที่ไม่มีการป้องกัน ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความบกพร่องทางสติปัญญา (Giles et al., 2009; Roosen & Mills, 2015; Burke et al., 2010) ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งด้านการเรียน สังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พยายามที่จะทำความเข้าใจ drunkorexia ผ่านแบบจำลองการรู้คิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral model) ของ Beck (2011) ได้แบ่งความคิดออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความเชื่อหลัก (core beliefs) ความเชื่อตัวกลาง (intermediate beliefs) และความคิดอัตโนมัติ (automatic thoughts) โดยความเชื่อหลัก (core beliefs) เป็นความเชื่อระดับพื้นฐานที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก และเป็นความคิดแบบเหมารวมซึ่งมีผลต่อความเชื่อในระดับถัดมานั่นคือ ความเชื่อตัวกลาง (intermediate beliefs) ที่ประกอบด้วยทัศนคติ กฎ และสมมติฐาน และความคิดอัตโนมัติ (automatic thoughts) ซึ่งเป็นความคิดเกี่ยวข้องกับคำ หรือภาพ

จริงๆ ที่ผุดขึ้นมาผ่านจินตนาการของบุคคลนั้น เมื่อเผชิญกับสถานการณ์บางอย่างที่เกิดขึ้น แบบจำลองของ Beck ถูกนำไปใช้ในการบำบัดพฤติกรรมเสพติด (Beck et al., 1993) และความผิดปกติทางการกิน (Waller et al., 2007)

การศึกษาของ Potikul et al. (2022) ได้ใช้แบบจำลองทางความคิดของ Beck มาพัฒนาความเชื่อตัวกลางที่เกี่ยวข้องกับความเป็นหญิงด้านการดื่มสุรา (feminine intermediate beliefs about alcohol use: FIBA) โดยพบว่าความเชื่อตัวกลางดังกล่าวประกอบไปด้วย 1) ความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการดื่มที่สอดคล้องกับความเป็นหญิง (surrender to femininity) ได้แก่ ความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการดื่มเพื่อจัดการกับปัญหาและอารมณ์ทางลบ (coping), ความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการดื่มเพื่อให้ได้รับความสนใจจากบุคคลอื่น (attention seeking) และความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการดื่มแบบความเป็นหญิงที่ยอมตามผู้อื่น (compliance) และ 2) ความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการดื่มที่ต่อต้านความเป็นหญิง (overcompensation to femininity) ประกอบไปด้วย การดื่มเพื่อปฏิเสธความเป็นหญิงในแบบเดิม (negotiating femininity), ความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการดื่มเพื่อเข้าสังคม (female-socialization), ความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการดื่มเพื่อแสดงออกถึงความเป็นผู้ใหญ่และพึ่งพาตนเอง (maturity and self-reliance) ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อตัวกลางที่เกี่ยวข้องกับความเป็นหญิงด้านการดื่มสุราสามารถอธิบายการดื่มสุราและปัญหาจากการดื่มสุราได้

เนื่องจากความเชื่อตัวกลางที่เกี่ยวข้องกับความเป็นหญิงด้านการดื่มสุราสามารถอธิบายการดื่มสุราและปัญหาจากการดื่มสุราได้ และความเชื่อดังกล่าวเกี่ยวข้องกับความเป็นหญิง จึงมีความเป็นไปได้ว่าความเชื่อตัวกลางที่เกี่ยวข้องกับความเป็นหญิงด้านการดื่มสุรานั้นจะส่งผลต่อ drunkorexia ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อตัวกลางที่เกี่ยวข้องกับความเป็นหญิงด้านการดื่มสุรากับ drunkorexia ในกลุ่มนักศึกษาหญิง ซึ่งผลการศึกษาที่ได้น่าจะเป็นประโยชน์ในการดำเนินการส่งเสริมป้องกันปัญหาจากการดื่มสุราและพฤติกรรมกรรมการกินที่ไม่เหมาะสมในกลุ่มนักศึกษาหญิงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอิทธิพลของความเชื่อตัวกลางที่เกี่ยวข้องกับความเป็นหญิงด้านการดื่มสุราที่ส่งผลต่อ drunkorexia ของนักศึกษาหญิงระดับปริญญาตรี

วัสดุและวิธีการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ นักศึกษาหญิงระดับปริญญาตรีที่ลงทะเบียนปีการศึกษา 2566 ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง มีเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) เป็นนักศึกษาหญิงระดับชั้นปริญญาตรีที่ลงทะเบียนเรียนในภาคการศึกษา 1/2566 2) เคยดื่มสุรอย่างน้อย 1 ครั้งในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา 3) เต็มใจเข้าร่วมการวิจัย มีเกณฑ์คัดออกคือ 1) ยุติการเข้าร่วมวิจัยกลางคัน 2) มีลักษณะการตอบแบบสุ่มหรือไม่เต็มใจตอบ การสุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มตัวอย่างตามสะดวก (convenience sampling) โดยการเก็บข้อมูล online

การกำหนดขนาดตัวอย่างใช้การคำนวณจากโปรแกรม G*Power โดยการกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ค่าอิทธิพล (effect size) ด้วย f^2 เท่ากับ 0.07 ค่าอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 จำนวนตัวแปรเท่ากับ 10 ตัว (FIBA 6 ตัว, drunkorexia 4 ตัว) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้นอย่างน้อย 242 คน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลได้ 290 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบประเมิน drunkorexia motives and behaviors scale (DMBS) พัฒนาขึ้นโดย Ward and Galante (2015) มีจำนวนทั้งสิ้น 52 ข้อ เป็น Likert scale 5 ระดับ ประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ แรงจูงใจและพฤติกรรม drunkorexia (drunkorexia motives and behaviors) (23 ข้อ) ความล้มเหลวเกี่ยวกับการดื่มที่เกิดจากพฤติกรรม drunkorexia (drunkorexia fails) (10 ข้อ) พฤติกรรม drunkorexia ขณะดื่มสุรา (drunkorexia during an alcohol consumption event) (9 ข้อ) การชดเชยหลังการดื่ม (post-drinking compensation) (10 ข้อ) แบบวัด DMBS มีความตรงที่ดี (Ward & Galante, 2015) คณะผู้วิจัยได้รับอนุญาตแปลแบบวัดเป็นภาษาไทยโดยเจ้าของลิขสิทธิ์ และได้ดำเนินการแปล

เป็นภาษาไทยโดยใช้กระบวนการแปลย้อนกลับ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงอัลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.87 ถึง 0.98

แบบประเมิน femininity-related intermediate beliefs about alcohol use questionnaire (FIBA-Q) พัฒนาโดย Potikul et al. (2022) เป็นแบบสอบถามแบบรายงานตนเองที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อตัวกลางที่เกี่ยวข้องกับความเป็นหญิงด้านการดื่มสุราประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 58 ข้อ เป็น Likert scale 5 ระดับ มีองค์ประกอบทั้งหมด 2 ด้าน แต่ละด้านมี 3 องค์ประกอบย่อย ในด้านความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการดื่มที่ต่อต้านความเป็นหญิง (overcompensation to femininity) ประกอบไปด้วย negotiating femininity (14 ข้อ) คือ นักศึกษาหญิงเชื่อว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นการแสดงถึงความเสมอภาคทางเพศ, female-socialization (10 ข้อ) คือ นักศึกษาหญิงเชื่อว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นโอกาสสำหรับผู้หญิงในการพบปะ สร้างเครือข่ายทางสังคมและความเป็นเพื่อน, maturity and self-reliance (9 ข้อ) คือ นักศึกษาหญิงเชื่อว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นการแสดงถึงความเป็นผู้ใหญ่ที่มีอิสระและสามารถดูแลตนเองได้ ส่วนความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการดื่มที่สอดคล้องกับความเป็นหญิง (surrender to femininity) ประกอบไปด้วย coping (9 ข้อ) คือ นักศึกษาหญิงเชื่อว่าการดื่มแอลกอฮอล์สามารถบรรเทาความรู้สึกที่เป็นลบหรือปัญหาต่าง ๆ, attention seeking (8 ข้อ) คือ นักศึกษาหญิงเชื่อว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นการดื่มทำให้ตนมีเสน่ห์มากขึ้น และได้รับความสนใจจากคนรอบข้าง รวมถึงเชื่อว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นการแสดงความอ่อนแอเพื่อได้รับการปกป้อง และ compliance (8 ข้อ) คือ นักศึกษาหญิงเชื่อว่าตนไม่สามารถต่อต้านความคาดหวังของผู้อื่น และเลือกที่จะดื่มเพื่อรักษาความสัมพันธ์ที่ดี ทั้งนี้แบบสอบถาม FIBA มีความตรงที่ดี และค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงอัลฟาของครอนบาคอยู่ที่ 0.738 ถึง 0.945 และมีค่าความเที่ยงทั้งฉบับอยู่ที่ 0.956

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิชาการสัมมนาทางจิตวิทยาคลินิก (013453) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิตสาขาจิตวิทยา

ภาควิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยนักศึกษาคณะจิตวิทยาคลินิกภายใต้ความควบคุมของอาจารย์ที่ปรึกษาอย่างใกล้ชิด และคำนึงถึงประเด็นทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทั้งในหลักเคารพบุคคล หลักประโยชน์ไม่ก่อให้เกิดอันตราย และหลักความเสมอภาค การวิจัยเป็นการตอบแบบสอบถามที่ไม่อ่อนไหว มีความเสี่ยงไม่เกินความเสี่ยงเล็กน้อย (minimal risk)

การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามออนไลน์ ผ่าน Google form โดยผู้วิจัยดำเนินการประชาสัมพันธ์ผ่านเครือข่าย Facebook ก่อนที่จะเริ่มต้นตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยอย่างครบถ้วน เปิดโอกาสให้ซักถามได้ทั้งทาง e-mail ผู้ที่สนใจจะกดยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และตอบคำถามคัดกรองว่ามีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์คัดเข้า หากพบว่ามีความผิดปกติตรงกับเกณฑ์คัดเข้าระบบก็จะนำไปสู่การตอบแบบสอบถาม หากไม่สนใจก็สามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมได้อย่างอิสระ นอกจากนี้ยังสามารถปฏิเสธที่จะตอบคำถามที่ทำให้ไม่สบายใจ รวมถึงสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา การเก็บข้อมูลอยู่ระหว่างเดือนกันยายนถึงตุลาคม 2566 เมื่อดำเนินการเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยสามารถรวบรวมแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์กลับมาจำนวน 290 ฉบับ ส่วนแบบสอบถามที่ตอบไม่สมบูรณ์และถูกตัดออกมีจำนวนทั้งสิ้น 6 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 2.02

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ใช้สถิติพรรณนาเพื่อรายงานข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

และตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ความถี่ (frequency) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และร้อยละ (percent)

สถิติเชิงอนุมาน (inference statistics) ใช้การวิเคราะห์สมการโครงสร้าง (structural equation modeling) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อตัวกลางที่เกี่ยวข้องกับความเป็นเหตุด้านการดื่มสุรากับ drunkorexia การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป Mplus version 8.1 กำหนดจุดตัดของดัชนีความสอดคล้องของแบบจำลองคือ CFI $\geq$ 0.90, RMSEA $<$ 0.08, TLI $\geq$ 0.90 (Schumacker, & Lomax, 2010)

ผลการศึกษา

ข้อมูลประชากรศาสตร์และพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างนำเสนอตารางที่ 1 มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากศึกษาอยู่ในกลุ่มคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ (ร้อยละ 65.7) ศึกษาชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 4 ขึ้นไปใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 23.8-25.9) ส่วนมากดื่มสุราโดยเฉลี่ย 1-2 ครั้งในรอบ 30 วัน (ร้อยละ 42.8) การดื่มแต่ละครั้งมีปริมาณการดื่ม ร้อยละ 28.0 ดื่มโดยเฉลี่ย 5-7 ดื่มนมาตรฐาน ร้อยละ 21.5 ดื่มโดยเฉลี่ย 1-2 ดื่มนมาตรฐานประมาณครึ่งหนึ่งไม่เคยหรือแทบจะไม่มีพฤติกรรมการดื่มปริมาณมากในระยะเวลาสั้นๆ (binge drinking) ในรอบ 30 วัน ในขณะที่มีพฤติกรรมดังกล่าว 1-2 ครั้ง ร้อยละ 25.0

ตารางที่ 1 ข้อมูลประชากรศาสตร์และพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	ความถี่	ร้อยละ
กลุ่มคณะ (n = 289)		
กลุ่มคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	190	65.7
กลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	70	24.2
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ	29	10.0
ชั้นปี (n = 290)		
ปี 1	75	25.9
ปี 2	72	24.8
ปี 3	69	23.8
ปี 4 ขึ้นไป	74	25.5

ข้อมูล	ความถี่	ร้อยละ
ความถี่ความถี่โดยเฉลี่ยในรอบ 30 วัน (n = 290)		
น้อยกว่า 1 ครั้ง	75	25.9
1-2 ครั้งต่อเดือน	124	42.8
3-4 ครั้งต่อเดือน	51	17.6
1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	26	9.0
3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป	14	4.8
ปริมาณการดื่มมาตรฐานโดยเฉลี่ยต่อครั้ง (n = 289)		
1-2 ดื่มมาตรฐาน	62	21.5
3-4 ดื่มมาตรฐาน	49	17.0
5-7 ดื่มมาตรฐาน	81	28.0
8-11 ดื่มมาตรฐาน	42	14.5
12 ดื่มขึ้นไป	55	19.0
Binge drinking โดยเฉลี่ยในรอบ 30 วัน (การดื่ม 4 ดื่มมาตรฐานขึ้นไปภายในระยะเวลา 2 ชั่วโมง) (n = 288)		
ไม่มีเลย	55	19.1
น้อยกว่า 1 ครั้ง (นานๆครั้ง)	98	34.0
1-2 ครั้ง	72	25.0
3-4 ครั้ง	35	12.2
5 ครั้งหรือมากกว่า	28	9.7

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้าง ในเบื้องต้นพบว่าข้อมูลมีลักษณะไม่เป็น multivariate normality ผู้วิจัยจึงใช้ robust maximum likelihood (MLR) มีความแข็งแกร่งต่อการละเมิดข้อตกลง

เบื้องต้นดังกล่าว (Schumacker & Lomax, 2010) ตารางสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ ถูกนำเสนอในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางเมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้

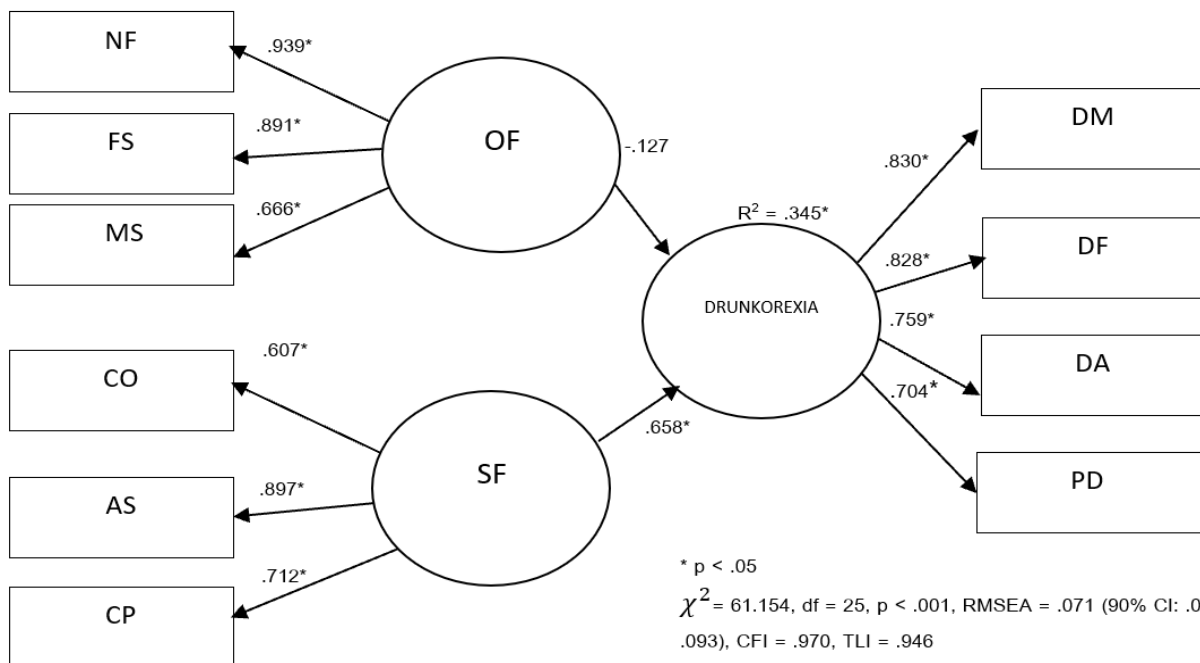
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. DM	-									
2. DF	.676*	-								
3. DA	.556*	.633*	-							
4. PD	.690*	.603*	.570*	-						
5. NF	.285*	.268*	.290*	.181*	-					
6. FS	.168*	.196*	.127*	.120*	.580*	-				
7. MS	.132*	.167*	.128*	.080	.603*	.619*	-			
8. CO	.284*	.339*	.247*	.194*	.591*	.577*	.616*	-		
9. AS	.428*	.477*	.353*	.287*	.596*	.484*	.478*	.575*	-	
10. CP	.467*	.489*	.462*	.329*	.416*	.289*	.254*	.381*	.566*	-

* $p < .05$, **DM** = แรงจูงใจและพฤติกรรม drunkorexia (drunkorexia motives and behaviors), **DF** = ความล้มเหลวเกี่ยวกับการดื่มที่เกิดจากพฤติกรรม drunkorexia (drunkorexia fails), **DA** = พฤติกรรม drunkorexia ขณะที่ยังดื่มสุรา (drunkorexia during an alcohol consumption event), **PD** = การชดเชยหลังการดื่ม (post-drinking compensation) **NF** = การดื่มเพื่อปฏิเสธความเป็นหญิงในแบบเดิม (negotiating femininity), **FS** = ความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการดื่มเพื่อเข้าสังคม (female-socialization), **MS** = ความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการดื่มเพื่อแสดงออกถึงความเป็นผู้ใหญ่และพึ่งพาตนเอง (maturity and self-reliance), **CO** = ความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการดื่มเพื่อจัดการกับปัญหาและอารมณ์ทางลบ (coping), **AS** = ความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการดื่มเพื่อให้ได้รับความสนใจจากบุคคลอื่น (attention seeking), **CP** = ความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการดื่มแบบความเป็นหญิงที่ยอมตามผู้อื่น (compliance)

ผู้วิจัยดำเนินการกำหนดแบบจำลองให้มีตัวแปรแฝงทั้งหมด 3 ตัว ประกอบไปด้วย ความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการตีที่สอดคล้องกับความเป็นหญิง (surrender to femininity: SF) ความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการตีที่ต่อต้านความเป็นหญิง (overcompensation to femininity: OF) และ drunkorexia (DRUNKOREXIA) เนื่องจากการวิเคราะห์พบว่าแบบจำลองยังไม่สอดคล้องกับข้อมูล

เชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 109.369$, $df = 32$, $p < .001$, $RMSEA = .091$ (90% CI: .073-.110), $CFI = .936$, $TLI = .909$) ผู้วิจัยจึงดำเนินการปรับแบบจำลอง โดยผ่อนปรนข้อตกลงเบื้องต้นให้ตัวแปรสังเกตได้ที่อยู่ในตัวแปรแฝงเดียวกันมีความสัมพันธ์กันจำนวน 7 คู่ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในภาพที่ 1

ภาพที่ 1 การวิเคราะห์สมการโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่าง FIBA กับ drunkorexia ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน



OF = ความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการตีที่ต่อต้านความเป็นหญิง (overcompensation to femininity), NF = การตีเพื่อปฏิเสธความเป็นหญิงในแบบเดิม (negotiating femininity), FS = ความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการตีเพื่อเข้าสังคม (female-socialization), MS = ความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการตีเพื่อแสดงออกถึงความเป็นผู้ใหญ่และพึ่งพาตนเอง (maturity and self-reliance), SF = ความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการตีที่สอดคล้องกับความเป็นหญิง (surrender to femininity), CO = ความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการตีเพื่อจัดการกับปัญหาและอารมณ์ทางลบ (coping), AS = ความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการตีเพื่อให้ได้รับความสนใจจากบุคคลอื่น (attention seeking), CP = ความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการตีแบบความเป็นหญิงที่ยอมตามผู้อื่น (compliance), Drunkorexia = การจำกัดปริมาณแอลกอฮอล์เพื่อที่จะดื่มแอลกอฮอล์ได้มากขึ้น, DM = แรงจูงใจและพฤติกรรม drunkorexia (drunkorexia motives and behaviors), DF = ความล้มเหลวเกี่ยวกับการตีที่เกิดจากพฤติกรรม drunkorexia (drunkorexia fails), DA = พฤติกรรม drunkorexia ขณะดื่มสุรา (drunkorexia during an alcohol consumption event), PD = การชดเชยหลังการตี (post-drinking compensation)

ภาพที่ 1 แสดงให้เห็นว่าแบบจำลองที่ปรับแก้มีความสัมพันธ์กับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี ($\chi^2 = 61.154$ *, $df = 25$, $RMSEA = .071$ (90% CI: .048-.093), $CFI = .970$, $TLI = .946$) ในส่วนของแบบจำลองการวัด (measurement model) พบว่าความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการตีที่ต่อต้านความเป็นหญิง (OF) ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การตีเพื่อปฏิเสธความเป็นหญิงในแบบเดิม (NF), ความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการตีเพื่อเข้าสังคม (FS) และความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการ

ตีเพื่อแสดงออกถึงความเป็นผู้ใหญ่และพึ่งพาตนเอง (MS) ทั้ง 3 ด้านมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .607 ถึง .897 ส่วนความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการตีที่สอดคล้องกับความเป็นหญิง (SF) ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ CO = ความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการตีเพื่อจัดการกับปัญหาและอารมณ์ทางลบ (CO), ความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการตีเพื่อให้ได้รับความสนใจจากบุคคลอื่น (AS) ความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการตีแบบความเป็นหญิงที่ยอมตามผู้อื่น (CP) มีค่า

องค์ประกอบอยู่ระหว่าง .666-.939 ตามลำดับ ส่วน drunkorexia ประกอบไปด้วย แรงจูงใจและพฤติกรรม drunkorexia (DM), ความล้มเหลวเกี่ยวกับการดื่มที่เกิดจากพฤติกรรม drunkorexia (DF), พฤติกรรม drunkorexia ขณะที่ยังดื่มสุรา (DA), การชดเชยหลังการดื่ม (PD) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .704 ถึง .830 โดยด้านแรงจูงใจและพฤติกรรม drunkorexia เป็นตัวชี้วัดที่มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด ค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่มีค่ามากกว่า 0.5 แสดงให้เห็นว่าแบบจำลองการวัดเป็นไปตามทฤษฎีและแบบจำลองที่อยู่เบื้องหลังในการศึกษาครั้งนี้

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่าความแปรปรวนของตัวแปรแฝง drunkorexia ถูกทำนายโดยความเชื่อตัวกลางที่เกี่ยวข้องกับความเป็นหญิงด้านการดื่มสุราได้ร้อยละ 34.5 โดยพบว่าความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการดื่มที่ต่อต้านความเป็นหญิง (OF) ไม่มีอิทธิพลต่อ drunkorexia อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.127, p = .070$) และความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการดื่มที่สอดคล้องกับความเป็นหญิง (SF) มีอิทธิพลทางบวกต่อ drunkorexia อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .658$) ทั้งหมดรวมทำนาย drunkorexia ได้ร้อยละ 34.5

วิจารณ์

จากการวิจัยครั้งนี้ความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการดื่มที่สอดคล้องกับความเป็นหญิงมีอิทธิพลทางบวกต่อ drunkorexia อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหมายความว่าความเชื่อด้านนี้มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราและการควบคุมน้ำหนัก

เมื่อพิจารณาแบบจำลองการวัด พบว่าในการศึกษาครั้งนี้ ความเชื่อตัวกลางที่เกี่ยวข้องกับความเป็นหญิงด้านการดื่มสุราประกอบไปด้วยตัวแปรแฝง 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการดื่มที่สอดคล้องกับความเป็นหญิง (surrender to femininity) และความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการดื่มที่ต่อต้านความเป็นหญิง (overcompensation to femininity) ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเหมาะสมและมีแบบจำลองที่สอดคล้องข้อเสนอทางทฤษฎีของ Potikul et al. (2022) ส่วน drunkorexia ประกอบได้ด้วย 4 องค์ประกอบ ซึ่ง

สอดคล้องกับแบบจำลองที่เสนอเอาไว้โดย Ward and Galante (2015)

ในส่วนของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่าความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการดื่มที่สอดคล้องกับความเป็นหญิงมีความสัมพันธ์กับการดื่มสุรา โดยความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับการดื่มด้านนี้เป็นการดื่มที่สอดคล้องกับบทบาทของเพศหญิง (femininity role) ที่สังคมมอบให้ (Potikul et al., 2022) คือ ลักษณะเพศหญิงจะมีคุณลักษณะที่เป็นมิตรกับผู้อื่น, อ่อนน้อม ถ่อมตัว, รักสวยรักงาม, แคร่สายตาของบุคคลรอบข้าง, อารมณ์ไม่มั่นคง และคิดมาก เป็นต้น (Mahalik et al., 2005) การดื่มที่เกี่ยวข้องกับความเป็นหญิงสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา เช่น ข้อค้นพบจากการศึกษาของ Laohapongpan (2015) พบว่านักศึกษาหญิงบางส่วนดื่มเพราะความเชื่อตัวกลางที่ว่าดื่มเพื่อให้เกิดการยอมรับ ดื่มเพื่อให้เกิดผ่อนคลาย ดื่มเพื่อที่จะแสดงความสามารถให้เพื่อนเห็น และดื่มเพื่อเป็นเพื่อนคนสำคัญ และการศึกษาของ Pangtis et al. (2023) ที่พบว่านักศึกษาหญิงที่ดื่มสุราบางส่วนได้หยาบยืมความเป็นหญิงมาผสมผสานผสานกันกับความหมายทางสังคมของการดื่มสุรา เช่น การอ่อนแอและการได้รับความดูแล หรือการแต่งตัวสวยไปดื่มสุรา

นอกเหนือจากนี้ ความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการดื่มที่สอดคล้องกับความเป็นหญิงมีอิทธิพลต่อการควบคุมน้ำหนัก ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาจำนวนมากที่พบว่าความเป็นหญิงมีความสัมพันธ์กับความกังวลเรื่องรูปร่างและน้ำหนัก ความไม่พึงพอใจในร่างกายตนเอง รวมถึงการรับเอาอุดมคติว่าผู้หญิงที่สวยงามต้องมีรูปร่างผอมบาง และการเปรียบเทียบรูปร่างตนเองในสื่อทางสังคม (Kaya et al., 2016; Möri et al., 2022) ดังนั้น ความเชื่อตัวกลางที่เกี่ยวข้องกับการดื่มที่สอดคล้องกับความเป็นหญิงจึงมีอิทธิพลต่อการควบคุมน้ำหนักและการควบคุมอาหาร รวมถึงการควบคุมแคลอรีที่ได้จากการดื่มสุราด้วย (Hill & Ruark, 2022; Speed et al., 2022) นอกจากนี้ การศึกษาที่ผ่านมายังพบว่าบทบาทความเป็นหญิงมีความสัมพันธ์กับ drunkorexia เช่น การศึกษาของ Zwetzig (2020) พบว่าการคล้อยตามบทบาทความเป็นหญิงมีความสัมพันธ์กับมาตรวัด drunkorexia เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hill and Nolan (2021)

และ Hill and Ruark (2022) ที่พบว่า drunkorexia มีความสัมพันธ์กับการรับเอาค่านิยมความผอมในอุดมคติ ความไม่พึงพอใจในรูปร่างของตนเองผ่านการเปรียบเทียบทางสังคม

นอกจากนี้ข้อค้นพบความเชื่อตัวกลางที่ต่อต้านความเป็นหญิงไม่มีอิทธิพลต่อ drunkorexia อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากนักศึกษาหญิงที่มีความเชื่อตัวกลางที่ต่อต้านความเป็นหญิงมีแนวโน้มที่จะไม่รับหรือปฏิเสธค่านิยมเกี่ยวข้องกับความเป็นหญิง เช่น การมีรูปร่างผอมบางตามอุดมคติ การเปรียบเทียบรูปร่างของตนเองกับบุคคลอื่นและสื่อ จึงมีแนวโน้มที่จะมีความผิดปกติทางการกินน้อยกว่า รวมถึงมี drunkorexia น้อยกว่าตามไปด้วย (Hill & Nolan, 2021; Lee & Lee, 2020)

สรุป

ความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการดื่มที่ต่อต้านความเป็นหญิง (overcompensation to femininity) ไม่มีอิทธิพลต่อ drunkorexia ในขณะที่ความเชื่อตัวกลางเกี่ยวกับการดื่มที่สอดคล้องกับความเป็นหญิง (surrender to femininity) มีอิทธิพลทางบวกต่อ drunkorexia อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาจึงช่วยสะท้อนให้เห็นถึงแบบแผนการดื่มสุราในนักศึกษาหญิงที่มีลักษณะแตกต่างออกไปเนื่องจากมีเรื่องของความเป็นหญิงเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย โดยเฉพาะ drunkorexia ถือเป็นจุดร่วมระหว่างพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ (disordered eating behavior) และการดื่มสุรา (alcohol use) ที่พบในประชากรกลุ่มนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยครั้งนี้ถือเป็นจุดเริ่มต้นในการศึกษาพฤติกรรม drunkorexia ในกลุ่มนักศึกษาหญิงในประเทศไทย ผลจากการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก หรือบุคลากรสุขภาพจิตสามารถวางแผนการดำเนินการป้องกันปัญหาจากการดื่มสุราในประชากรกลุ่มนี้ได้ อย่างเฉพาะเจาะจงมากขึ้น ทั้งในแง่การต้องให้ความสำคัญกับพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติร่วมกับ

พฤติกรรมการดื่มสุรา รวมถึงโปรแกรมหรือกิจกรรมต่าง ๆ ควรจะพิจารณาถึงความอ่อนไหวของเพศภาวะ (gender sensitivity) ด้วย

นอกจากนี้ ข้อค้นพบว่าความเชื่อตัวกลางที่เกี่ยวข้องกับความเป็นหญิงด้านการดื่มสุราที่มีอิทธิพลต่อ drunkorexia เป็นประโยชน์ต่อการบำบัดนักจิตวิทยาคลินิกหรือนักจิตบำบัดสามารถประยุกต์ใช้วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดตัวกลาง (intermediate belief) ของ cognitive behavioral therapy (CBT) มาใช้ในการออกแบบ intervention หรือวางแผนการบำบัดได้ ยกตัวอย่างเช่น ขั้นตอนการประเมินก่อนดำเนินการบำบัด สามารถนำแบบประเมิน FIBA เข้ามาช่วยทำความเข้าใจความเชื่อตัวกลางของผู้หญิงที่ดื่มสุรา นอกจากนี้การปรับความเชื่อดังกล่าวสามารถใช้เทคนิคต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงความเชื่อที่มีต่อรูปร่างและการดื่มสุรา เช่น as-if technique, การใช้เทคนิคการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นแทนการกินอาหารและการดื่มสุรา (de Jong et al., 2020; Trompeter et al., 2021) ตลอดจนการนำเทคนิคการจินตนาการ (Imagery) มาใช้ในการบำบัดปรับเปลี่ยนความเชื่อดังกล่าว เพื่อช่วยทำให้ผู้รับการบำบัดเปลี่ยนแปลงความคิดเกี่ยวกับรูปร่างและสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นของตนเองใหม่ (Mulken & Waller, 2021)

ประการสุดท้ายในประเทศไทย ยังไม่พบการศึกษาในระดับนี้จากฐานข้อมูลของ ThaiJo แสดงให้เห็นว่าการศึกษาในระดับนี้มีค่อนข้างจำกัด ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นจุดเริ่มต้นสามารถนำไปต่อยอดร่วมกับประเด็นอื่น ๆ ได้ในอนาคต เช่น ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ drunkorexia การศึกษา drunkorexia ในกลุ่มประชากรอื่น หรือการศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดที่ช่วยลด drunkorexia

เอกสารอ้างอิง (References)

- Arzt, N., & Abulhosn, R. (2022, October 6). *What is drunkorexia? Definition, effects, & treatments. Choosing Therapy*. <https://shorturl.asia/REzdc>
- Ausanangkornchai, S. (Ed). (2022). *Behavioral patterns and trends in alcohol drinking among*

- the Thai population. Centre for Alcohol Studies. (in Thai).
- Barry, A. E., Whiteman, S., Piazza-Gardner, A. K., & Jensen, A. C. (2013). Gender differences in the associations among body mass index, weight loss, exercise, and drinking among college students. *Journal of American College Health*, 61(7), 407-413. <https://doi.org/10.1080/07448481.2013.823973>
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. The Guilford Press.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basic and beyond* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Burke, S. C., Cremeens, J., Vail-Smith, K., & Woolsey, C. (2010). Drunkorexia: Calorie restriction prior to alcohol consumption among college freshmen. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 54(2), 17-34.
- Ciechowska, K., & Polaniak, R. (2022). Drunkorexia-knowledge review. *Psychiatria Polska*, 56(5), 1131-1141. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/134748>
- de Jong, M., Spinhoven, P., Korrelboom, K., Deen, M., van der Meer, I., Danner, U. N., van der Schuur, S., Schoorl, M., & Hoek, H. W. (2020). Effectiveness of enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders: A randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 53(5), 717-727. <https://doi.org/10.1002/eat.23239>
- Eisenberg, M. H., & Fitz, C. C. (2014). "Drunkorexia": Exploring the who and why of a disturbing trend in college students' eating and drinking behaviors. *Journal of American College Health*, 62(8), 570-577. <https://doi.org/10.1080/07448481.2014.947991>
- Furlong, A. (2013). *Youth Studies: An Introduction*. Routledge.
- Giles, S. M., Champion, H., Sutfin, E. L., McCoy, T. P., & Wagoner, K. (2009). Calorie restriction on drinking days: An examination of drinking consequences among college students. *Journal of American College Health*, 57(6), 603-610. <https://doi.org/10.3200/JACH.57.6.603-610>
- Hill, E. M., & Nolan, M. T. (2021). Examining eating disorder-related social comparison orientation and body dissatisfaction in the relationship between fit ideal internalization and drunkorexia engagement. *Eating Behaviors*, 41, 101480. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2021.101480>
- Hill, E. M., & Ruark, R. (2022). An examination of the role of social comparison orientation and social norms in drunkorexia engagement. *Addictive Behaviors*, 124, 107107. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107107>
- Kaya, A., Iwamoto, D. K., Grivel, M., Clinton, L., & Brady, J. (2016). The role of feminine and masculine norms in college women's alcohol use. *Psychology of Men & Masculinity*, 17(2), 206-214. <https://doi.org/10.1037/men0000017>
- Knight, A., Castelnovo, G., Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., & Simpson, S. (2020). Drunkorexia: An empirical investigation among Australian female university students. *Australian Psychologist*, 55(6), 414-423. <https://doi.org/10.1111/ap.12212>
- Laohapongpan, T. N. (2015). *Intermediate beliefs toward oneself, mixed alcohol drinks and anti-alcohol advertisement among female youths* [Unpublished master's thesis]. Mahidol University. (in Thai).
- Lee, M., & Lee, H. H. (2020). Objective versus subjective comparisons of body size against thin media models, media pressures, internalization, and body satisfaction. *The Social Science*

- Journal*, 57(3), 269-280. <https://doi.org/10.1016/j.soscij.2019.01.004>
- Mahalik, J. R., Morray, E. B., Coonerty-Femiano, A., Ludlow, L. H., Slattery, S. M., & Smiler, A. (2005). Development of the conformity to feminine norms inventory. *Sex Roles*, 52, 417-435. <https://doi.org/10.1007/s11199-005-3709-7>
- Möri, M., Mongillo, F., & Fahr, A. (2022). Images of bodies in mass and social media and body dissatisfaction: The role of internalization and self-discrepancy. *Frontiers in Psychology*, 13, 1009792. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1009792>
- Mulkens, S., & Waller, G. (2021). New developments in cognitive-behavioural therapy for eating disorders (CBT-ED). *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 576-583.
- Pangtis, O., Sakulsriprasert, C., & Thawornwutichat, R. (2023). Alcohol drinking and feminine identity among female college students: An interpretative phenomenological analysis. *Thai Journal of Clinical Psychology*, 54(2), 32-45. (in Thai).
- Peralta, R. L. (2002). Alcohol use and the fear of weight gain in college: Reconciling two social norms. *Gender Issues*, 20(4), 23-42. <https://doi.org/10.1007/s12147-002-0021-5>
- Potikul, S., Phukao, D., Sakulsriprasert, C., Payakkakom, A., & Guadamuz, T. (2022). Development and validation of a conceptual model of femininity-related intermediate beliefs about alcohol use among female undergraduate students. *Kasetsart Journal of Social Sciences*, 43(1), 115-122.
- Roosen, K. M., & Mills, J. S. (2015). Exploring the motives and mental health correlates of intentional food restriction prior to alcohol use in university students. *Journal of Health Psychology*, 20(6), 875-886. <https://doi.org/10.1177/1359105315573436>
- Sakulsriprasert, S., & Sakulsriprasert, C. (2018). Drinking motives and alcohol-related problem in university students: Modeling and testing model invariance across gender. *Journal of Education*, 19(2), 153-166. (in Thai).
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2010). *A beginner's guide to structural equation modeling*. Routledge.
- Sinampol, P. (2017). "Time and space" for alcoholic beverages accessibility of female students of a university in Chiang Mai Province. Center for Alcohol Studies. (in Thai).
- Social Statistics Division, National Statistical Office. (2021). *Health behavior of population survey 2021*. National Statistical Office.
- Speed, S., Ward, R. M., Haus, L., Branscum, P., Barrios, V., Budd, K. M., Lemons, K., & Humenay, E. (2022). A systematic review of common drunkorexia measures: Examining gender differences across scales. *American Journal of Health Education*, 53(5), 342-359. <https://doi.org/10.1080/19325037.2022.2100846>
- Suksai, P., Sakulsriprasert, C., Supreeyaporn, N., & Potikul, S. (2023). Difficulties in emotion regulation and alcohol-related problems among undergraduate students: The mediating role of drinking motives. *Thai Journal of Clinical Psychology*, 54(1), 1-11. (in Thai).
- Trompeter, N., Bussey, K., Forbes, M. K., & Mitchison, D. (2021). Emotion dysregulation within the CBT-E model of eating disorders: A narrative review. *Cognitive Therapy and Research*, 45(6), 1021-1036. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10225-5>
- Waller, G. Cordery, H., Corstorphine, E., Hinrichsen, H., Lawson, R., Mountford, V., & Russek, K. (2007). *Cognitive behavioral therapy for eating disorders: A comprehensive treatment guide*. Cambridge University Press.

- Ward, R. M., & Galante, M. (2015). Development and initial validation of the drunkorexia motives and behaviors Scales. *Eating Behavior*, 18(August 2015), 66-70. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.04.003>
- World Health Organization. (2023). *World health statistics 2023: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. World Health Organization.



วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

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

บทความพิเศษวิชาการ

การเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมช่วงวัยเด็กตอนต้น: ในบริบทประเทศไทย

รังสิริศม์ วงศ์อุปราช, พีร วงศ์อุปราช*, นิสรา คำมณี, ภัทรา ลออรรถพงษ์

ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้นิพนธ์ประสานงาน, e-mail. Peera.wo@go.buu.ac.th

รับบทความ: 15 ธันวาคม 2566 | แก้ไขบทความ: 9 มกราคม 2567 | ตอรับบทความ: 11 กุมภาพันธ์ 2567

บทคัดย่อ

การศึกษาในต่างประเทศที่ผ่านมาพบว่า การเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่อาศัยปฏิสัมพันธ์ของบริบททางสังคมรอบตัว ซึ่งช่วยพัฒนาพฤติกรรมเชิงบวกและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ตลอดจนนำไปสู่การป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจในรูปแบบต่าง ๆ ของเด็กอย่างได้ผล แต่เมื่อย้อนกลับมาพิจารณาในบริบทของประเทศไทยแม้จะพบว่า มีการศึกษาและกล่าวถึงแนวคิดดังกล่าวอยู่บ้างแต่กลับยังไม่มีหรือนำมาใช้อย่างจริงจัง ไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบของโปรแกรมหรือเครื่องมือที่มีความเป็นมาตรฐานเพื่อการประเมินพัฒนาการและการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมของวัยเด็กตอนต้น

ผู้เขียนจึงต้องการผลักดันให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายเล็งเห็นถึงความสำคัญและมีความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดดังกล่าว โดยผู้เขียนได้ศึกษาแนวทางการสร้างโปรแกรมการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมจากบทความวิชาการและงานวิจัยหลายประเทศทั่วโลก ซึ่งพบว่า การสร้างโปรแกรมฯ มักใช้หลักการเชฟเฟอร์ ด้วยเหตุนี้ ผู้เขียนจึงได้ปรับปรุงหลักการดังกล่าวให้มีความสอดคล้องกับบริบทของสังคม เพื่อนำไปใช้ส่งเสริมการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมของวัยเด็กตอนต้นในประเทศไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต

นอกจากนี้ ผู้เขียนยังได้สังเคราะห์มาตรฐานการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมให้มีความสอดคล้องกับพฤติกรรมบ่งชี้ของพัฒนาการด้านอารมณ์และสังคมของวัยเด็กตอนต้นในประเทศไทย เพื่อให้ผู้ที่สนใจสามารถนำไปใช้ในการสร้างแบบประเมินพัฒนาการและการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมของวัยเด็กตอนต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต

คำสำคัญ: จิตวิทยาเด็ก, พัฒนาการ, การเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคม, วัยเด็กตอนต้น



Thai Journal of Clinical Psychology

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

Review Article

The Social and Emotional Learning of Young Children: In Thai Context

Rangsirat Wongupparaj, Peera Wongupparaj*, Nissara Khammanee, Pattra La-orautthapong

Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Science, Burapha University

* Corresponding author, e-mail. Peera.wo@go.buu.ac.th

Received: 15 December 2023 | **Revised:** 9 January 2024 | **Accepted:** 11 February 2024

Abstract

Previous studies in other countries found that the Social and Emotional Learning (SEL) has been regarded as learning processes which depend on an interaction with social contexts surrounding children. This interaction may develop positive behaviors and academic achievement as well as effectively prevent and alleviate various behavioral, emotional, and mental problems. Nonetheless, the SEL has been under-investigated in Thai academic communities. Only a few studies addressed the SEL concepts, but it has not been fully implemented either in terms of an intervention or a standardized tool for assessing physical development and the SEL in young children.

The authors clearly express ideas to encourage all relevant parties to prioritize and comprehend the SEL concepts. To achieve this, the authors had studied the guidelines for creating the SEL programs from review and research articles from many countries. It is suggested that the SEL program usually created in line with the SAFER principle. Accordingly, the authors had modified the given principle to suit Thai social contexts. This modified principle will be effectively employed to promote the SEL for Thai young children in the future.

Furthermore, the authors had also synthesized the standard of SEL to be consistent with the SEL indicators of Thai young children. This revision may benefit interested persons to utilize the SEL standard to create developmental and SEL assessment instruments for young children in the future.

Keywords: Child psychology, Development, Social and emotional learning, Young children

บทนำ

วัยเด็กตอนต้น หมายถึง ช่วงที่เด็กมีอายุระหว่าง 3-5 ปี (Institute of Medicine and National Research Council of the National Academies [IMNRCNA], 2015) ถือเป็นระยะเวลาสำคัญที่สุดในการวางรากฐานของชีวิตมนุษย์ เนื่องจากเป็นช่วงวัยแรกเริ่มสำหรับการส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ให้เป็นไปในทิศทางที่เหมาะสม เพื่อนำไปสู่การหล่อหลอมคุณลักษณะประจำตัวที่ดี เสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม รวมถึงการลดความเสี่ยงของปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต

เด็กวัยนี้มีอัตราการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วในหลายด้าน โดยเฉพาะพัฒนาการด้านอารมณ์และสังคม เนื่องจากเด็กวัยนี้จะต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมครั้งยิ่งใหญ่ ซึ่งเป็นการขยายขอบเขตของสังคมรอบครัวไปสู่สังคมในรั้วโรงเรียน เด็กจะต้องพัฒนาและเรียนรู้ทักษะหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นการทำความรู้จักและเข้าใจทั้งตนเองและผู้อื่นในด้านต่าง ๆ การจัดการอารมณ์และพฤติกรรม การแสดงออกของตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นทั้งผู้ใหญ่และเพื่อนวัยเดียวกัน ตลอดจนการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง (Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning [CASEL], 2016) โดยทักษะเหล่านี้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมตามที่องค์การส่งเสริมความร่วมมือเพื่อการศึกษา การเรียนรู้ทางอารมณ์ และสังคม (Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning) ในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ศึกษาและทำวิจัยมาอย่างต่อเนื่องยาวนานมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1994 มาจนถึงปัจจุบัน

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมได้รับความสนใจอย่างจริงจังในหลายประเทศทั่วโลกในการนำมาใช้กำหนดเป็นมาตรฐานของพัฒนาการและการเรียนรู้ของวัยเด็กตอนต้นอย่างเป็นรูปธรรม เมื่อย้อนกลับมาพิจารณาในบริบทของประเทศไทย แม้จะพบว่ามีการศึกษาและกล่าวถึงแนวคิดดังกล่าวอยู่บ้าง แต่กลับยังไม่มีการนำมาใช้อย่างจริงจัง ดังนั้น ผู้เขียนจึงต้องการผลักดันให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายเล็งเห็นถึงความสำคัญ

และมีความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดดังกล่าว รวมทั้งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมฯ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ ตลอดจนสร้างแบบประเมินการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมของวัยเด็กตอนต้นอย่างมีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต

แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคม

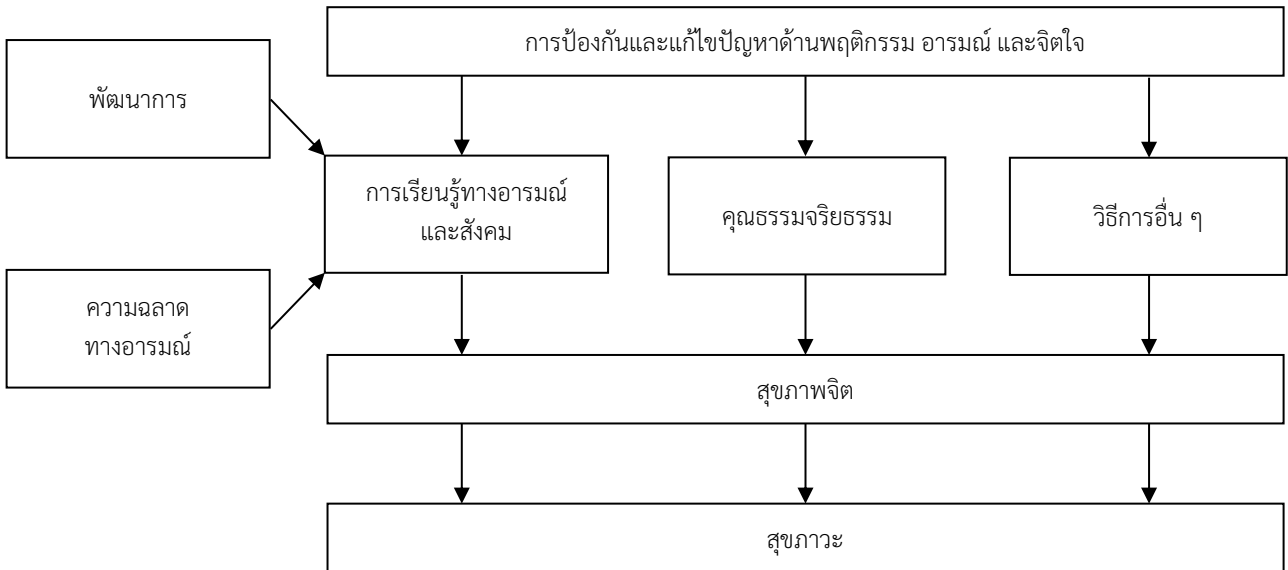
การเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคม (social and emotional learning) หมายถึง กระบวนการเรียนรู้ที่อาศัยปฏิสัมพันธ์ของบริบททางสังคมรอบตัวเด็ก มีองค์ประกอบ 5 ประการ ได้แก่ (1) การตระหนักรู้ตนเอง (self-awareness) (2) การจัดการตนเอง (self-management) (3) การตระหนักรู้สังคม (social awareness) (4) ทักษะสัมพันธ์ภาพ (relationship skills) และ (5) การตัดสินใจอย่างรับผิดชอบ (responsible decision-making) เพื่อนำไปสู่การเสริมสร้างเจตคติและพฤติกรรมเชิงบวก ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ตลอดจนนำไปสู่การป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การขาดความรับผิดชอบในการดูแลและช่วยเหลือตนเอง การขาดความอดทนรอคอย รวมถึงการใช้ความรุนแรงทั้งในด้านการกระทำและการใช้คำพูด (CASEL, 2015)

การเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมเป็นทักษะที่พัฒนาไปตามวัย ดังนั้นเด็กในช่วงวัยต่าง ๆ จึงมีทักษะการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมในลักษณะที่แตกต่างกัน จากการศึกษาของ Humphrey (2013) ได้นำเสนอแผนภาพแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคม กับปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง (แผนภาพที่ 1) โดยสามารถอธิบายได้ว่า การป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจของเด็กสามารถทำได้ด้วยวิธีต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคม คุณธรรม จริยธรรม และวิธีการอื่น ๆ ซึ่งวิธีการเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต และสุขภาพของเด็กลดให้ดีขึ้นได้ ทั้งนี้ ในส่วนของการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมมี 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ พัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ กล่าวคือ ในการส่งเสริมการเรียนรู้ทางอารมณ์และ

สังคมจำเป็นต้องคำนึงถึงความสอดคล้องกับพัฒนาการ และความฉลาดทางอารมณ์ตามช่วยวัยของเด็กด้วย

เพื่อให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานการเรียนรู้ทาง อารมณ์และสังคมที่กำหนดไว้ในแต่ละช่วงวัย

แผนภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ของการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมกับปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง



หมายเหตุ. ดัดแปลงจาก *Social and emotional learning: A critical appraisal*, by N. Humphrey, 2013, Sage Publications Ltd.

มาตรฐานของการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมของวัยเด็กตอนต้น

Ministry of Education Republic of Singapore [MERS] (2013) ได้ระบุมาตรฐานการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมของวัยเด็กตอนต้นในประเทศสิงคโปร์ไว้ 5 เป้าหมาย ดังนี้

เป้าหมายที่ 1 ด้านการตระหนักรู้ตนเอง ได้แก่ (1) เด็กระบุถึงข้อดี ความต้องการ ความชอบและไม่ชอบของตนเองได้ (2) เด็กระบุถึงอารมณ์ของตนเองได้ และ (3) เด็กแสดงออกถึงความมั่นใจในการทำหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย

เป้าหมายที่ 2 ด้านการจัดการตนเอง ได้แก่ (1) เด็กระบุถึงความจำเป็นในการควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ (2) เด็กระบุและแสดงวิธีการควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้แสดงออกได้อย่างเหมาะสม และ (3) เด็กระบุถึงผลของการกระทำของตนเองที่มีต่อผู้อื่นได้

เป้าหมายที่ 3 ด้านการตระหนักรู้สังคม ได้แก่ (1) เด็กระบุถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลในด้านต่าง ๆ ได้ (2) เด็กระบุถึงความรู้สึกของผู้อื่นจากการสังเกตท่าทางและแสดงออกได้ และ (3) เด็กแสดงออกถึงความเคารพผู้อื่นที่แตกต่างไปจากตนเองได้

เป้าหมายที่ 4 ด้านทักษะสัมพันธ์ภาพ ได้แก่ (1) เด็กสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ (2) เด็กสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างเข้าใจ และ (3) เด็กให้ความร่วมมือในการเล่นหรือทำงานร่วมกับผู้อื่นได้

เป้าหมายที่ 5 ด้านการตัดสินใจอย่างรับผิดชอบ ได้แก่ (1) เด็กระบุถึงวิธีการแก้ไขปัญหาได้อย่างหลากหลาย (2) เด็กระบุถึงผลกระทบที่เกิดจากการตัดสินใจในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ และ (3) เด็กประเมินและตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมได้

Department of Early Education and Care [DEEC] (2015) ได้ระบุมาตรฐานการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมของวัยเด็กตอนต้นในเขตพื้นที่ของรัฐแมสซาชูเซตส์ ประเทศสหรัฐอเมริกา ไว้ 5 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการตระหนักรู้ตนเอง ประกอบด้วย 3 ข้อ ได้แก่ (1) เด็กระบุถึงสาเหตุและลักษณะของอารมณ์ต่าง ๆ เชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์กับการแสดงออกได้ (2) เด็กระบุถึงคุณลักษณะต่าง ๆ ของตนเอง ทั้งในด้านกายภาพ ความสามารถ ความสนใจ ความต้องการ ครอบครัว ชุมชน วัฒนธรรม ภาษา และศาสนาได้ และ (3) เด็กแสดงออกถึงความมั่นใจในการใช้ทักษะทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง รวมถึงต้องการทำสิ่งที่ท้าทายเพื่อพัฒนาความสามารถของตนเองด้วย

2. ด้านการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 1 ข้อ คือ (1) เด็กแสดงออกถึงการมีความคิดและพฤติกรรมที่ยืดหยุ่น โดยการจัดการความเครียด ปรับตัว และควบคุมพฤติกรรมการแสดงออกของตนเองได้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ

3. ด้านการตระหนักรู้สังคม ประกอบด้วย 2 ข้อ ได้แก่ (1) เด็กระบุและคาดเดาถึงความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และความต้องการของผู้อื่นในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ และ (2) เด็กระบุถึงความแตกต่างระหว่างตนเองกับผู้อื่น และแสดงออกถึงความเคารพผู้อื่นตามหลักมารยาททางสังคมได้

4. ด้านทักษะสัมพันธ์ภาพ ประกอบด้วย 2 ข้อ ได้แก่ (1) เด็กแสดงออกถึงการสื่อสารและตอบสนองต่อผู้อื่นได้อย่างเข้าใจและเหมาะสม (2) เด็กแสดงออกถึงการสร้างและรักษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยให้ความร่วมมือในการเล่นและทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้ (3) เด็กแสดงออกถึงการใช่วิธีที่เหมาะสมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคลได้ และ (4) เด็กแสดงออกถึงการร้องขอและให้ความช่วยเหลือในระหว่างการเล่นหรือทำงานร่วมกับผู้อื่นได้

5. ด้านการตัดสินใจอย่างรับผิดชอบ ประกอบด้วย 2 ข้อ ได้แก่ (1) เด็กระบุถึงกฎเกณฑ์ ระเบียบ ข้อบังคับ และความรับผิดชอบของตนเองที่มีต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ และ (2) เด็กระบุถึงปัญหาและวิธีการแก้ไข รวมถึงประเมินถึงสถานการณ์ที่ปลอดภัยและเป็นอันตราย และแสดงออกถึงการมีความรับผิดชอบต่อสุขภาวะส่วนรวมได้

Illinois State Board of Education [ISBE] (2017) ได้ระบุมาตรฐานการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมของวัยเด็กตอนต้นในเขตพื้นที่ของรัฐอิลลินอยส์ ประเทศสหรัฐอเมริกา ไว้ 3 เป้าหมาย ดังนี้

เป้าหมายที่ 1 เพื่อให้เด็กพัฒนาทักษะการตระหนักรู้ตนเองและการจัดการตนเอง ประกอบด้วย มาตรฐาน 3 ข้อ ได้แก่ (1) เด็กรับรู้และกำกับกับอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ (2) เด็กรับรู้ถึงจุดเด่นทั้งของตนเองและปัจจัยต่าง ๆ จากภายนอกได้ และ (3) เด็กรับรู้ถึงวิธีการที่จะทำให้เป้าหมายด้านต่าง ๆ ของตนเองบรรลุผลสำเร็จได้

เป้าหมายที่ 2 เพื่อให้เด็กพัฒนาทักษะการตระหนักรู้สังคมและทักษะสัมพันธ์ภาพ ประกอบด้วย มาตรฐาน 4 ข้อ ได้แก่ (1) เด็กรับรู้ถึงความรู้สึกและมุมมองของผู้อื่นได้ (2) เด็กรับรู้ถึงความเหมือนและความแตกต่างระหว่างบุคคลได้ (3) เด็กมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม และ (4) เด็กรับรู้ถึงวิธีการจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาระหว่างบุคคลได้

เป้าหมายที่ 3 เพื่อให้เด็กพัฒนาทักษะการตัดสินใจอย่างรับผิดชอบ ประกอบด้วยมาตรฐาน 3 ข้อ ได้แก่ (1) เด็กรับรู้ถึงหลักความปลอดภัยเพื่อใช้ในการตัดสินใจได้ (2) เด็กตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้อย่างรอบคอบ และ (3) เด็กส่งเสริมความปลอดภัยและสุขภาพในสังคมรอบตัวได้

ข้อมูลข้างต้นได้กล่าวถึงมาตรฐานการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมของวัยเด็กตอนต้นในทุกองค์ประกอบได้อย่างครบถ้วนและครอบคลุม ดังนั้นจึงสามารถได้สรุปออกมาเป็นมาตรฐานสำคัญได้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การสรุปมาตรฐานการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมของวัยเด็กตอนต้น

มาตรฐานการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมของวัยเด็กตอนต้น		MERS (2013)	DEEC (2015)	ISBE (2017)
1. การตระหนักรู้ตนเอง	1.1 การรับรู้ข้อดีของตนเอง	✓	✓	✓
	1.2 การรับรู้ความสามารถของตนเอง	✓	✓	✓
	1.3 การรับรู้อารมณ์และความรู้สึกของตนเองในสถานการณ์ต่าง ๆ	✓	✓	✓
2. การจัดการตนเอง	2.1 การจัดการอารมณ์และความรู้สึกเชิงลบของตนเอง	✓	✓	✓
	2.2 การแสดงออกต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม	✓	✓	✓
3. การตระหนักรู้สังคม	3.1 การรับรู้ข้อดีและความสามารถของผู้อื่น	✓	✓	✓
	3.2 การรับรู้รับรู้อารมณ์และความรู้สึกของผู้อื่น	✓	✓	✓
	3.3 การปฏิบัติต่อผู้อื่นได้อย่างสุภาพ	✓	✓	-
4. ทักษะสัมพันธ์ภาพ	4.1 การให้ความช่วยเหลือในระหว่างทำงานร่วมกับผู้อื่น	✓	✓	✓
	4.2 การแก้ไขปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคลโดยไม่ใช้ความรุนแรง	-	✓	-
5. การตัดสินใจอย่างรับผิดชอบ	5.1 การทำความเข้าใจถึงสาเหตุและสถานการณ์ที่เป็นปัญหาได้อย่างถูกต้อง	✓	-	✓
	5.2 การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างปลอดภัย	✓	-	✓
	5.3 การคาดเดาสถานการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นล่วงหน้าได้อย่างมีเหตุผล	-	✓	-

พัฒนาการด้านอารมณ์และสังคมของวัยเด็กตอนต้นในประเทศไทย

การศึกษาจากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมเป็นทักษะสำคัญที่ควรสนับสนุนให้เด็กได้ฝึกฝนและพัฒนา ซึ่งในต่างประเทศได้ให้ความสนใจและกำหนดเป็นมาตรฐานมาใช้ในการดูแลและพัฒนาเด็กในวัยนี้อย่างชัดเจน แต่เมื่อย้อนกลับมาพิจารณาในบริบทของประเทศไทยกลับพบว่า แนวคิดดังกล่าวยังไม่ได้ถูกนำมาใช้อย่างเป็นรูปธรรมหรือครอบคลุมเท่าใดนัก แม้ว่าการประชุมเพื่อพิจารณาระดับคุณภาพการศึกษา ประจำปี ค.ศ. 2016 ได้มีข้อเสนอว่าให้มีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคม เพื่อนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการออกแบบนโยบายการศึกษาชาติให้มีความเหมาะสมกับหลักมาตรฐานการเรียนรู้ของเด็กทุกช่วงวัย (National Assembly Library of Thailand [NALT], 2016)

Organization for Economic Co-operation and Development [OECD] (2018) ได้นำเสนอคู่มือแนะแนววิธีการเลี้ยงดู ดูแล และพัฒนาเด็กในวัยเด็กตอนต้นตามสมรรถนะ แม้ว่าจะไม่ได้กล่าวถึงแนวคิด

การเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมโดยตรง แต่เมื่อพิจารณาก็พบว่า เอกสารฉบับดังกล่าวมีการกล่าวถึงพัฒนาการด้านอารมณ์และสังคมของเด็กวัยนี้ที่มีความสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมเป็นอย่างมาก ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. พัฒนาการด้านอารมณ์ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านความคิดเกี่ยวกับตนเอง เป็นความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และตระหนักรู้ถึงความชอบและไม่ชอบของตนเอง (2) ด้านการควบคุมอารมณ์ของตนเอง เป็นความสามารถในการปฏิบัติตนตามกฎระเบียบและกิจวัตรและควบคุมอารมณ์ และ (3) ด้านสมรรถนะของตนเอง เป็นการแสดงออกถึงความเชื่อมั่นในตนเอง

2. พัฒนาการด้านสังคม ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใหญ่ เป็นทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใหญ่ (2) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน เป็นทักษะทางสังคมเชิงบวกกับเพื่อน (3) พฤติกรรมการปรับตัวทางสังคม เป็นความสามารถในการตระหนักรู้ถึงผลกระทบของพฤติกรรมที่มีต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อม และ (4) การเห็นคุณค่าของความแตกต่าง เป็นความสามารถในการตระหนักรู้ เห็นคุณค่า และยอมรับนับถือในความเหมือนและความต่างระหว่างบุคคล

นอกจากนี้ Division of Mental Health Promotion and Development [DMHPD] (2015) ได้จัดทำคู่มือแนวทางการดูแลเด็กปฐมวัยจากแม่วัยรุ่น โดยเนื้อหาและกิจกรรมต่าง ๆ มุ่งให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูลูกสำหรับพ่อแม่วัยรุ่น ถือเป็นการเตรียมพร้อมของพ่อแม่วัยรุ่นในการดูแลเด็กทั้งในด้านร่างกาย สติปัญญา จิตใจ อารมณ์ สังคม ให้เข้าใจถึงปัจจัยที่ทำให้พ่อแม่วัยรุ่นเลี้ยงลูกได้ดีหรือไม่ วิธีการหรือเทคนิคที่ใช้ได้ผลในการดูแลลูกเล็ก และมีหน่วยงานใดบ้างที่เกี่ยวข้องที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ รวมถึงแนะนำพ่อแม่วัยรุ่นในประเด็นสิ่งที่ควรทำและไม่ควรทำในการเลี้ยงดูลูกวัยเด็กตอนต้นนี้ สิ่งที่คู่มือนี้มุ่งเน้นในประเด็นที่เกี่ยวกับพัฒนาการทางอารมณ์และสังคม ได้แก่ ให้เด็กรู้จักรอคอย ออดทน และอดกลั้น ให้เด็กรู้จักปรับตัว เผชิญและแก้ปัญหาด้วยตนเอง และให้เด็กรู้จักให้ รู้จักช่วยเหลือ และเข้าใจผู้อื่น

ต่อมา DMHPD (2017) ได้จัดทำคู่มือแนวทางการดูแลเด็กปฐมวัยจากแม่วัยรุ่น ฉบับปรับปรุง โดยมีวัตถุประสงค์จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1. เพื่อเป็นแนวทางให้บุคลากรจากหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องใช้ในการดูแลช่วยเหลือเด็กและครอบครัว และ 2. เพื่อให้เด็กได้รับการดูแลและเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งคู่มือแนวทางฯ ฉบับปรับปรุงนี้แตกต่างจากฉบับเดิมในประเด็นรายละเอียดเกี่ยวกับแนวทางการสื่อสารระหว่างบุคลากรของกลุ่มสุขภาพจิตกับพ่อแม่หรือผู้ปกครองทั้งในเรื่องดีและเรื่องร้ายเกี่ยวกับพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ของเด็ก รวมถึงปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ และการเข้าใจความรู้สึกของพ่อแม่หรือผู้ปกครองที่จะเกิดขึ้นหากพบว่าลูกเป็นกลุ่มเสี่ยง นอกจากนี้ คู่มือแนวทางฯ มีการเพิ่มเนื้อหาในส่วนปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของวัยเด็กตอนต้นที่พบบ่อยและแนวทางในการป้องกันและแก้ไขเบื้องต้นอีกด้วย

มาตรฐานการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมของวัยเด็กตอนต้นในประเทศไทย

การศึกษาจากข้อมูลข้างต้น ผู้เขียนสามารถสังเคราะห์ถึงความเป็นไปได้ของมาตรฐานการเรียนรู้

ทางอารมณ์และสังคมที่มีความสอดคล้องกับพัฒนาการด้านอารมณ์และสังคมของวัยเด็กตอนต้นในประเทศไทย ได้ดังนี้

1. ด้านการตระหนักรู้ตนเอง เป็นการทำความรู้จักและเข้าใจตนเองได้อย่างถูกต้อง ดังนี้

1.1 เด็กระบุถึงข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับตนเองได้

1.2 เด็กระบุถึงสาเหตุและลักษณะของอารมณ์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้

1.3 เด็กระบุถึงความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์กับพฤติกรรมการแสดงออกในรูปแบบต่าง ๆ ได้

2. ด้านการจัดการตนเอง เป็นการกำกับและดูแลตนเองเพื่อให้สามารถแสดงออกได้อย่างเหมาะสม ดังนี้

2.1 เด็กระบุถึงวิธีการจัดการความเครียดและควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ

2.2 เด็กปฏิบัติตามตามกฎระเบียบและกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง

2.3 เด็กแสดงออกถึงความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ท้าทายความสามารถของตนเองได้

3. ด้านการตระหนักรู้สังคม เป็นการทำความรู้จักและเข้าใจผู้อื่นได้อย่างถูกต้อง ดังนี้

3.1 เด็กระบุถึงอารมณ์ ความคิด และความรู้สึกของผู้อื่นจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกได้

3.2 เด็กระบุถึงความเหมือนและความแตกต่างระหว่างบุคคลในด้านต่าง ๆ ได้

3.3 เด็กแสดงออกถึงความเคารพผู้อื่นที่แตกต่างไปจากตนเองตามหลักมารยาททางสังคมได้

4. ด้านทักษะสัมพันธ์ภาพ เป็นการสร้างและรักษาความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น ดังนี้

4.1 เด็กแสดงออกถึงการปรับตัวเพื่อมีปฏิสัมพันธ์ในระหว่างการเล่นหรือทำงานร่วมกับผู้อื่นได้

4.2 เด็กแสดงออกถึงการสื่อสารและร่วมมือในระหว่างเล่นหรือทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น

4.3 เด็กระบุถึงสาเหตุและวิธีการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคลได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ

5. ด้านการตัดสินใจอย่างรับผิดชอบ เป็นการตอบสนองต่อปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีเหตุผล ดังนี้

5.1 เด็กระบุถึงผลกระทบของพฤติกรรมของตนเองที่มีต่อผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมได้

5.2 เด็กระบุถึงวิธีการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทั้งต่อตนเองและผู้อื่นได้

5.3 เด็กระบุถึงทางเลือกที่หลากหลายรวมถึงเลือกวิธีที่เหมาะสมและปลอดภัยเพื่อการตัดสินใจในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้

แนวทางการส่งเสริมการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมของวัยเด็กตอนต้น

CASEL (2016) ได้นำเสนอแนวทางการนำแนวคิดการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมไปใช้ในรูปแบบโปรแกรมต่าง ๆ โดยสามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมที่มีอยู่ในปัจจุบันมุ่งเน้นส่งเสริมการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมของวัยเด็กตอนต้นในบริบทต่าง ๆ ทั้งในครอบครัว โรงเรียน และชุมชน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 บริบทของการส่งเสริมการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมสำหรับวัยเด็กตอนต้น

โปรแกรมการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคม	บริบทของการส่งเสริมการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคม		
	ครอบครัว	โรงเรียน	ชุมชน
4Rs	●	●	○
Al's Pals	●	●	○
Caring School Community	●	●	●
High Scope	●	●	○
I Can Problem Solve	●	●	○
MindUp	○	●	○
Open Circle	●	●	○
PATHS	●	●	○
Peace Works	●	●	○
Second Step	●	●	○
RULER	●	●	○
Tools of the Mind	●	●	○
The Incredible Years Series	●	●	○

สัญลักษณ์ที่ใช้ในตาราง มีดังนี้

- หมายถึง การมีส่วนร่วมในระดับมาก หรือเป็นบริบทหลักของโปรแกรมฯ
- หมายถึง การมีส่วนร่วมในระดับน้อย หรือเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมฯ
- หมายถึง การมีส่วนร่วมน้อย หรือไม่ปรากฏอยู่ในโปรแกรมฯ

หมายเหตุ. ดัดแปลงจาก *Safe and sound: An educational leader's guide to evidence-based social and emotional learning [SEL] programs*, by CASEL, 2016, Mid-Atlantic Regional Educational Laboratory. (<https://casel.org/safe-and-sound-guide-to-sel-programs/?download=true>)

Durlak et al. (2011) ได้สังเคราะห์โปรแกรมการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมทั่วโลกในระหว่างปี ค.ศ. 1955-2007 จำนวน 213 โปรแกรม พบว่าโปรแกรมฯ จำนวน 177 โปรแกรม หรือคิดเป็นร้อยละ 83 ของโปรแกรมทั้งหมด มีคุณลักษณะ 4 ประการร่วมกัน โดยให้ชื่อว่า เซฟ (SAFE) มีรายละเอียด ดังนี้

1. sequenced เป็นการจัดลำดับทักษะการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมตามลำดับ ได้แก่ การตระหนักรู้ตนเอง การจัดการตนเอง การตระหนักรู้สังคม ทักษะสัมพันธภาพ และการตัดสินใจอย่างรับผิดชอบ

2. active เป็นการสนับสนุนให้เด็กได้ลงมือทำงานด้วยตนเอง โดยเน้นกิจกรรมที่เด็กให้ความสนใจ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. focus เป็นการกำหนดขอบเขตของงานให้ชัดเจนและเหมาะสมกับช่วงวัยของเด็ก เช่น ความซับซ้อนของงาน ช่วงเวลาที่สอดคล้องกับช่วงความสนใจของเด็ก

4. explicit เป็นการจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะด้านอารมณ์และสังคมของเด็กโดยตรงผ่านการทำงานร่วมกับผู้อื่น

หลังจากนั้น หลักการนี้จึงถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลาย ซึ่ง Blyth et al. (2015) ได้ศึกษาถึงประสิทธิภาพของหลักการดังกล่าวโดยนำมาใช้สร้างโปรแกรมการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมสำหรับวัยเด็กตอนต้นแล้วพัฒนาต่อด้วยการเพิ่มองค์ประกอบสุดท้ายเข้าไป คือ reflection เนื่องจากเขาพบว่า การสะท้อนการเรียนรู้เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างมาก เพื่อให้เด็กตระหนักถึงความสำคัญของประสบการณ์ที่ได้รับ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ ก่อให้เกิดเป็นการเรียนรู้ที่มีความหมายสำหรับเด็ก ด้วยเหตุนี้หลักการเซฟจึงถูกพัฒนาต่อยอด และได้ชื่อใหม่ว่า เซเฟอร์ (SAFER)

ต่อมา Wongupparaj (2021) ได้พัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมสำหรับวัยเด็กตอนต้น ด้วยการปรับปรุงหลักการเซเฟอร์ที่มีอยู่เดิมให้มีความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยให้มากขึ้น โดยผลการวิจัยพบว่า หลักการเซเฟอร์ที่ปรับปรุงใหม่นี้สามารถนำมาใช้พัฒนาโปรแกรมฯ ที่มีประสิทธิภาพสูงในการพัฒนาความสามารถด้านอารมณ์และสังคมของเด็ก ซึ่งหลักการดังกล่าวมีรายละเอียดดังนี้

1. sequenced เป็นการจัดลำดับทักษะการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมที่ต้องการให้เด็กพัฒนา โดยเรียงจากทักษะพื้นฐานไปยังทักษะที่ซับซ้อนมากขึ้นตามลำดับ ดังนี้ (1) ด้านการตระหนักรู้ตนเอง (2) ด้านการจัดการตนเอง (3) ด้านการตระหนักรู้สังคม (4) ด้านทักษะสัมพันธภาพ และ (5) ด้านการตัดสินใจอย่างรับผิดชอบ

2. active เป็นการสนับสนุนให้เด็กได้ลงมือทำงานกลุ่มร่วมกับผู้อื่น โดยเริ่มจากกลุ่มขนาดเล็กที่มี

จำนวนสมาชิก 3-5 คน เพื่อให้เด็กเรียนรู้และฝึกฝนการให้ความร่วมมือกันทำงานได้อย่างทั่วถึง หลังจากนั้นก็ค่อยขยายกลุ่มให้มีจำนวนสมาชิกเพิ่มมากขึ้น

3. focus เป็นการกำหนดรายละเอียดของสิ่งที่ต้องการให้เด็กทำอย่างชัดเจน ไม่ว่าจะเป็นเป้าหมายระยะเวลา ขั้นตอน และความรับผิดชอบในการทำงาน เพื่อให้เด็กเกิดความเข้าใจและสามารถลงมือทำงานให้สำเร็จได้ด้วยตนเอง

4. expression เป็นการเปิดโอกาสให้เด็กได้แสดงอารมณ์ ความคิด และความรู้สึกที่มีต่อการทำงาน เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาและแก้ไขทักษะการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมของเด็กเพิ่มเติม รวมทั้งให้เด็กได้เชื่อมโยงประสบการณ์ที่ได้รับจากการทำงานกับชีวิตประจำวันของตนเองด้วย

5. response เป็นการให้ความช่วยเหลือเมื่อเด็กเกิดปัญหาในระหว่างทำงาน และให้ข้อเสนอแนะหลังการทำงาน เพื่อช่วยให้เด็กพัฒนาทักษะการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมที่เป็นเป้าหมายได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

นอกเหนือไปจากการส่งเสริมการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมในรูปแบบโปรแกรม Mulvahill (2016) ยังได้นำเสนอแนวทางการส่งเสริมการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมสำหรับวัยเด็กตอนต้นในรูปแบบการจัดกิจกรรมในชีวิตประจำวันทั่วไป โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เรียบร้อยและมีมุมสงบ เพื่อให้เด็กมีพื้นที่ในการจัดการกับความรู้สึกไม่พึงประสงค์ที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างวัน

2. การให้เด็กได้ตรวจสอบอารมณ์ของตนเองในแต่ละวัน เพื่อฝึกฝนให้เด็กรับรู้ ทำความเข้าใจ และจัดการอารมณ์ของตนเองให้เหมาะสม

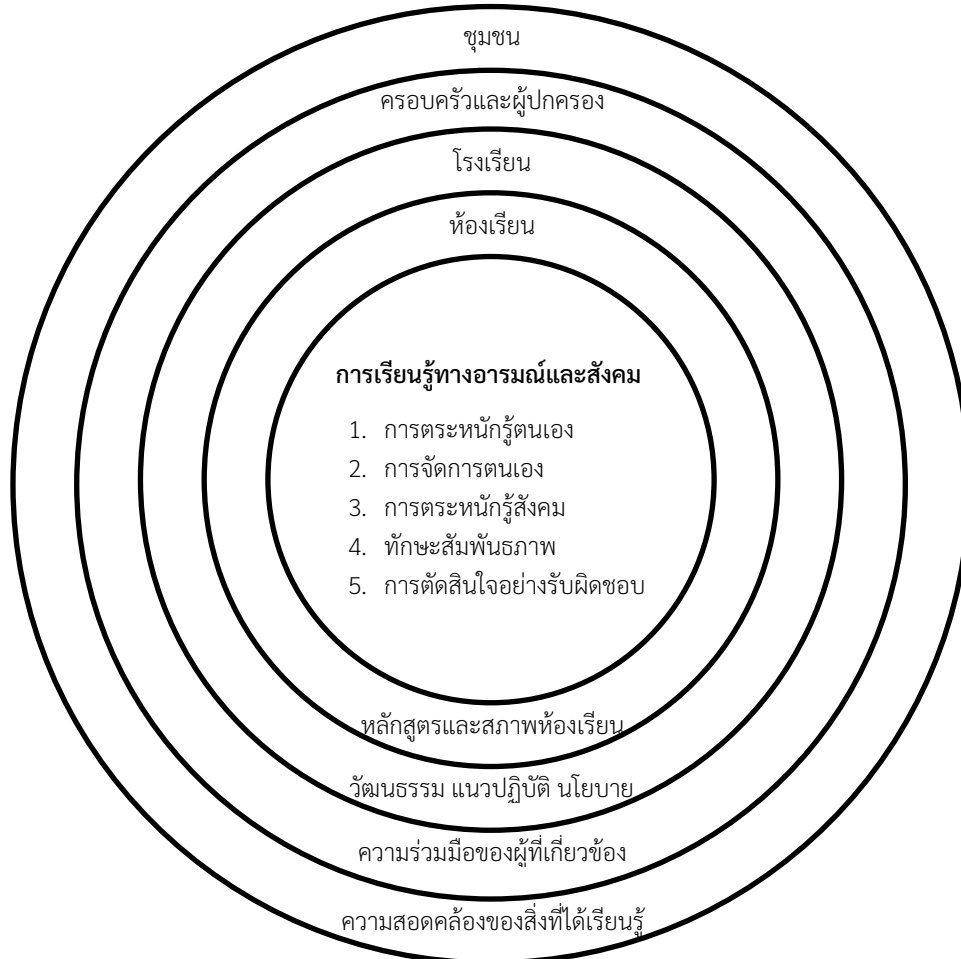
3. การให้เด็กได้พัฒนาทักษะด้านอารมณ์และสังคมผ่านการทำกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น ทำงานศิลปะ ออกกำลังกาย ทำอาหาร เล่นดนตรี ทำงานกลุ่ม ฯลฯ

4. การให้เด็กมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบการทำงานเป็นประจำ เช่น การทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การทำงานบ้านหรือช่วยงานในครอบครัว การเป็นอาสาสมัครทำกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ในชุมชน ฯลฯ

ต่อมา แนวทางการส่งเสริมการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมของเด็กถูกนำไปศึกษาต่อยอดเพิ่มเติม ไม่ว่าจะเป็นการการพัฒนากิจกรรม แนวทางการปฏิบัติ และนโยบาย ตลอดจนการสร้างควม

ตระหนัก สนับสนุน และส่งเสริมการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมของเด็กผ่านบริบทต่าง ๆ ในสังคม ดังแผนภาพที่ 2

แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดของการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคม



หมายเหตุ. ดัดแปลงจาก CASEL's framework: What are the core competence areas and where are they promoted?, by CASEL, 2023, (<https://casel.org/casel-sel-framework-11-2020/?view=true>)

การนำความรู้ด้านการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมของวัยเด็กตอนต้นมาใช้งานด้านจิตวิทยา

งานวิจัยที่ผ่านมาศึกษาถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมในวัยเด็กนอกเหนือจากการศึกษาของ Durlak et al. (2011) ที่พบว่าโปรแกรมฯ ช่วยพัฒนาการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคม เจตคติ พฤติกรรม และโดยเฉพาะผลสัมฤทธิ์

การเรียนรู้พบว่า เด็กที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 11 ต่อมา Chen and Yu (2022) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ในกลุ่มเด็กชาวจีนจำนวนมากกว่า 8,736 คน พบว่าเด็กที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีระดับการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคม เจตคติ และพฤติกรรมเชิงบวกเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยพบเพิ่มเติมว่า ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจของเด็กมีระดับที่ลดลงอีกด้วย และเมื่อศึกษาเปรียบเทียบกับผลการศึกษาในประเทศทางตะวันตก

แถบทวีปยุโรปและสหรัฐอเมริกา ผู้วิจัยพบว่าผลของการใช้โปรแกรมฯ ในกลุ่มเด็กประเทศจีนมีประสิทธิภาพมากกว่าเกือบ 3 เท่า

นอกจากนี้ Agirkan and Ergene (2022) ได้ศึกษาถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมจากงานวิจัยที่ศึกษาในเด็กวัยตอนต้นเป็นจำนวนมากกว่า 51 เรื่อง ในระหว่างปี ค.ศ. 1997-2021 พบว่า โปรแกรมฯ ช่วยพัฒนาการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมของเด็กได้ รวมทั้งสามารถลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งที่เป็นพฤติกรรมแบบแสดงออก (externalizing) และพฤติกรรมแบบเก็บกด (internalizing)

การศึกษาที่ผ่านมาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมสามารถช่วยพัฒนาเด็กได้หลายด้าน ทั้งการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคม พฤติกรรมเชิงบวก และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน รวมทั้งสามารถการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจในรูปแบบต่าง ๆ ของเด็กอย่างได้ผล ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมรอบตัวด้วยการทำความเข้าใจตนเองและผู้อื่น การควบคุมพฤติกรรม การแสดงออกเพื่อสร้างและรักษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งประเด็นเหล่านี้ล้วนมีความเชื่อมโยงกับการเสริมสร้างสุขภาพจิตและสุขภาวะ (mental health and well-being) ของเด็กโดยตรง

ประเด็นการพัฒนาสุขภาพจิตของวัยเด็กตอนต้นสามารถพิจารณาจากประสิทธิภาพของโปรแกรมการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมได้ โดยพบว่าสามารถช่วยลดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย การใช้ยาเสพติด พฤติกรรมต่อต้านสังคม ตลอดจนจนพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงอื่น ๆ (Goldberg et al., 2019; OECD, 2021) รวมไปถึงการขยายผลประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ในการสร้างบรรยากาศที่ปลอดภัยภายในครอบครัวและโรงเรียนให้มีความเห็นอกเห็นใจ เคารพ สนับสนุน ส่งเสริม และให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Appel et al., 2023)

ดังนั้น ผู้เขียนจึงมีข้อเสนอแนะในการนำโปรแกรมการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมมาใช้ในการนำด้านจิตวิทยา ดังต่อไปนี้

1. นักจิตวิทยาสามารถพัฒนาโปรแกรมฯ เพื่อนำมาใช้ในการเสริมสร้างเจตคติและพฤติกรรมเชิงบวก ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ตลอดจนนำไปสู่การป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจในรูปแบบต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมและกับบริบททางสังคมของเด็กในประเทศไทย

2. นักจิตวิทยาสามารถพัฒนาโปรแกรมฯ ด้วยการสนับสนุนความร่วมมือระหว่างบริบททางสังคมรอบตัวเด็ก ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว โรงเรียน และชุมชน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและเชื่อมโยงกับชีวิตประจำวันของเด็กอย่างมีความหมาย

3. นักจิตวิทยาสามารถพัฒนาเครื่องมือเพื่อนำมาใช้ในการประเมินเพื่อใช้ในการสำรวจและคัดกรองปัญหาตั้งแต่แรกเริ่ม (early intervention) ซึ่งนับว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจในรูปแบบต่าง ๆ ของวัยเด็กตอนต้น

4. นักจิตวิทยาสามารถพัฒนาโปรแกรมฯ ควบคู่ไปกับการสร้างมาตรฐานการประเมินการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในโรงเรียนและโรงพยาบาล และให้เกิดเป็นเครือข่ายความร่วมมือในการพัฒนาเด็กอย่างต่อเนื่อง

บทสรุป

วัยเด็กตอนต้นมีอัตราการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วในหลายด้าน โดยเฉพาะพัฒนาการด้านอารมณ์และสังคม ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจึงควรมีความเข้าใจเพื่อส่งเสริมให้เด็กมีการเรียนรู้ในทิศทางที่เหมาะสม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า แนวคิดการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่อาศัยปฏิสัมพันธ์ของบริบททางสังคมรอบตัวเด็กช่วยพัฒนาเจตคติและพฤติกรรมเชิงบวก ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ตลอดจนนำไปสู่การป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจในรูปแบบต่าง ๆ ของเด็กอย่างได้ผลผ่านองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ การตระหนักรู้ตนเอง การจัดการตนเอง การตระหนักรู้สังคม ทักษะสัมพันธ์ภาพ และการตัดสินใจอย่างรับผิดชอบ

หลายประเทศทั่วโลกได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับแนวคิดการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมและนำไปใช้กำหนดเป็นมาตรฐานการพัฒนาเด็กอย่างเป็นรูปธรรม เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศอังกฤษ ประเทศสิงคโปร์ เป็นต้น แต่เมื่อย้อนกลับมาพิจารณาในบริบทของประเทศไทย แม้จะพบว่ามีการศึกษาและกล่าวถึงแนวคิดดังกล่าวอยู่บ้าง แต่กลับยังไม่มีหรือนำมาใช้เพื่อส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมของเด็กอย่างจริงจัง ด้วยเหตุนี้ผู้เขียนจึงต้องการนำเสนอถึงประโยชน์ของแนวคิดการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมเพื่อผลักดันให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเล็งเห็นถึงความสำคัญในการนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กผ่านบริบทต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับบริบทของวัฒนธรรมและสังคมไทย ด้วยหลักการเชเฟอร์ 5 ประการ ได้แก่ (1) sequenced (2) active (3) focus (4) expression และ (5) response

นอกจากนี้ ผู้เขียนยังเห็นถึงความสำคัญในการสร้างแบบประเมินพัฒนาการและการเรียนรู้ของวัยเด็กตอนต้นที่คำนึงถึงความเที่ยง (reliability) ความตรง (validity) ที่สอดคล้องกับมาตรฐานการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคม โดยประเมินทั้งผลลัพธ์หลักและรอง (primary and secondary outcomes) เพื่อประโยชน์ในการนำมาใช้เป็นเครื่องมือสำรวจและคัดกรองปัญหาตั้งแต่แรกเริ่ม ผ่านการประสานความร่วมมือระหว่างบริบททางสังคมรอบตัวเด็ก ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว โรงเรียน โรงพยาบาล และชุมชน ก่อให้เกิดเป็นเครือข่ายความร่วมมือในการพัฒนาเด็กอย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยงกับชีวิตประจำวันของเด็กอย่างมีความหมาย

เอกสารอ้างอิง (References)

- Agirkan, M., & Ergene, T. (2022). What does the social and emotional learning interventions (SEL) tell us? A meta-analysis. *Revista de Psicodidáctica (English ed.)*, 27(2), 97-108. <https://doi.org/10.1016/j.psicoe.2022.02.002>
- Appel, H. B., Walsh, E., Marsh, T. E., & Brown, C. (2023). Supporting students' mental health and social emotional learning through community engagement and collaboration. *Educational Research*, 65(3), 285-300. <https://doi.org/10.1080/00131881.2023.2209097>
- Blyth, D., Oolsen, B., & Walker, K. (2015). *Intentional practices to support social and emotional learning*. University Digital Conservancy Retrieved from <https://conservancy.umn.edu/items/a1094838-6d83-47e4-9316-cfa9f0cdfaa8>
- Chen, H., & Yu, Y. (2022). The impact of social-emotional learning: A meta-analysis in China. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1040522>
- Collaborative for Academic Social and Emotional Learning [CASEL]. (2015). *CASEL guide: Effective social and emotional learning programs*. <https://www.academia.edu/download/36509629/2013-casel-guide.pdf>
- Collaborative for Academic Social and Emotional Learning [CASEL]. (2016). *Safe and sound: An educational leader's guide to evidence-based social and emotional learning [SEL] programs*. Mid-Atlantic Regional Educational Laboratory. <https://casel.org/safe-and-sound-guide-to-sel-programs/?download=true>
- Collaborative for Academic Social and Emotional Learning [CASEL]. (2023). CASEL's framework: What are the core competence areas and where are they promoted? <https://casel.org/casel-sel-framework-11-2020/?view=true>
- Department of Early Education and Care. (2015). *Social and emotional learning approaches*. <https://www.education.act.gov.au/support-for-our-students/positive-behaviour-mental-health-and-wellbeing-approaches-in-our-schools/social-and-emotional-learning-approaches>
- Division of Mental Health Promotion and Development. (2017). *Guidelines of child-rearing for adolescent mothers (Revised)*. Department of Mental Health. <https://km.dmh.go.th/km/>

- files/คู่มือการพัฒนาเด็กปฐมวัยสังเคราะห์วง%20
กย%2058%20%20pdf.pdf
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405- 432.
- Goldberg, J. M., Sklad, M., Elfrink, T. R., Schreurs, K. M. G., Bohlmeijer, E. T., & Clarke, A. M. (2019). Effectiveness of interventions adopting a whole school approach to enhancing social and emotional development: A meta-analysis. *European Journal of Psychology of Education*, 34(4), 755–782.
- Humphrey, N. (2013). *Social and emotional learning: A critical appraisal*. Sage Publications, Ltd.
- Illinois State Board of Education. (2017). *Children's mental health: An urgent priority for Illinois*. <https://www.yumpu.com/en/document/view/35572099/childrens-mental-health-an-urgent-priority-for-illinois-state-board>
- Institute of Medicine and National Research Council of the National Academies. (2015). *Transforming the workforce for children birth through age 8: A unifying foundation*. The National Academies Press.
- Mulvahill, E. (2016). *21 Simple ways to integrate social-emotional learning throughout the day*. Mental Health America. <https://www.mhanational.org/blog/10-tips-for-classroom-social-emotional-learning>
- National Assembly Library of Thailand. (2016). *National Assembly Library of Thailand supported educational psychology and vocational education institution*. <http://www.senate.go.th/w3c/senate/committee.php> (in Thai).
- Nurturing Early Learners, Ministry of Education, Republic of Singapore. (2013). *A curriculum for kindergartens in Singapore: Social and emotional development*, <https://www.nel.moe.edu.sg/qq/slot/u143/Resources/Downloadable/pdf/nel-guide/nel-edu-guide-social-emotional-development.pdf>
- Organization for Economic Co-operation and Development [OECD]. (2021). *Beyond academic learning*. OECD Publishing. <https://www.oecd.org/education/cei/social-emotional-skills-study/beyond-academic-learning-92a11084-en.htm>
- Wongupparaj, R. (2021). *Development of social and emotional learning program based on SAFER and cooperative learning approaches to enhance social competence of kindergarteners*. [Doctoral dissertation, Chulalongkorn University]. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR). <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/5108/> (in Thai).



วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

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

บทความฟื้นฟูวิชาการ

การจัดการอารมณ์ด้านลบของวัยรุ่นที่ได้รับผลจากเทคโนโลยีดิจิทัล

สาโรจน์ วรรณโกสิน¹, ภัฏฐกร สำเร็จดี^{2*}

¹ นักจิตวิทยาฝึกปฏิบัติงานด้านจิตวิทยาคลินิก

² นักจิตวิทยาคลินิก สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

* ผู้นิพนธ์ประสานงาน, e-mail. hattakorn@kku.ac.th

รับบทความ: 9 มกราคม 2567 | แก้ไขบทความ: 5 กุมภาพันธ์ 2567 | ตอรับบทความ: 18 เมษายน 2567

บทคัดย่อ

วัยรุ่นเจนเนอเรชั่น Z เติบโตมาพร้อมเทคโนโลยี มีการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต และสื่อสังคมออนไลน์เกือบตลอดเวลา ข้อดีคือสามารถปรับตัวและใช้งานเทคโนโลยีได้อย่างเชี่ยวชาญ ข้อเสียของการเข้าถึงข้อมูลอย่างไม่มีที่สิ้นสุด สามารถส่งผลกระทบต่อความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ไม่ดีได้ โดยปัจจัยที่สำคัญต่อการจัดการผลกระทบทางด้านลบจากเทคโนโลยีดิจิทัล คือการจัดการอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม วัตถุประสงค์ของบทความนี้เพื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวัยรุ่นที่ได้รับผลกระทบจากเทคโนโลยีดิจิทัลกับการจัดการอารมณ์ พบว่าวัยรุ่นสามารถจัดการอารมณ์ได้ด้วยตัวเอง โดยการฝึกฝนเทคนิคการจัดการอารมณ์อย่างเป็นระบบ ใช้เทคโนโลยีเพื่อจัดการอารมณ์ หรือด้วยความช่วยเหลือจากผู้ปกครองและครู ผู้นิพนธ์จึงมุ่งหวังให้บทความเกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ด้านลบซึ่งเป็นผลจากการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลนี้จะเป็นประโยชน์ให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในการทำความเข้าใจวัยรุ่น และสามารถนำข้อมูลใช้เป็นแนวทางช่วยเหลือวัยรุ่นให้มีทักษะจัดการกับอารมณ์ได้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: วัยรุ่น, เจนเนอเรชั่น Z, การจัดการอารมณ์ด้านลบ



Thai Journal of Clinical Psychology

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

Review Article

Negative Mood Management of Adolescent Affected by Digital Technology

Saroj Wannapokin¹, Hattakorn Samretdee^{2*}

¹ นักจิตวิทยาฝึกปฏิบัติงานด้านจิตวิทยาคลินิก

² นักจิตวิทยาคลินิก สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

* Corresponding author, e-mail. hattakorn@kku.ac.

Received: 9 January 2024 | Revised: 5 February 2024 | Accepted: 18 April 2024

Abstract

Generation Z adolescents are consistently interconnected with the internet and various social networking platforms, showcasing a notable aptitude for adapting to and expertly utilizing technology. However, this perpetual exposure to vast amounts of information poses a potential drawback, as it may influence their cognitive processes, emotions, and behaviors. Effective management of the negative impact of digital technology necessitates appropriate emotional regulation. A review of existing literature suggests that adolescents can regulate their emotions by employing strategies emotional regulation techniques and leveraging technological resources. Seeking guidance from parents and teachers is also recommended. The author aims to discuss managing negative moods caused by digital technology. The article will benefit those studying teenagers and can serve as a guide for enhancing their emotional regulation skills.

Keywords: Adolescent, Generation Z, Negative mood management

บทนำ

กลุ่มบุคคลที่เติบโตมาพร้อมกับเทคโนโลยีดิจิทัล กล่าวคือผู้ที่เกิดในช่วง พ.ศ. 2538-2555 ปัจจุบัน พ.ศ. 2567 บุคคลดังกล่าวมีอายุประมาณ 11-28 ปี เรียกโดยย่อว่า เจนเนอเรชัน Z คาบเกี่ยววัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นกลุ่มแรกที่มีความสัมพันธ์กับเทคโนโลยีสื่อสารอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สามารถเชื่อมต่อกับโลกภายนอกได้ตลอดเวลา เช่น เว็บไซต์ สื่อสังคมออนไลน์ และข้อมูลที่หลากหลายจากอินเทอร์เน็ต (Salleh et al., 2017) ข้อดี คือ ส่งผลให้บุคคลกลุ่มดังกล่าวสามารถปรับตัวให้เข้ากับเทคโนโลยีได้อย่างรวดเร็ว สามารถใช้เครื่องมือสื่อสารได้อย่างคล่องแคล่ว และมีการเชื่อมต่อกับสังคมออนไลน์ในระดับสูง (Mahapatra et al., 2022) ส่วนข้อเสียของการเข้าถึงข้อมูลอินเทอร์เน็ตได้ตลอดเวลา คือ ข้อมูลที่ได้รับสามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ส่งผลให้มองปัญหาว่าเป็นสิ่งที่ใหญ่ขึ้น และเป็นเรื่องใกล้ตัวมากขึ้น รวมถึงข้อมูลเหล่านั้นอาจแฝงไปด้วยข้อมูลไม่พึงประสงค์ ข่าวดง ความรุนแรง หรืออาจมีการสอนทำร้ายตนเอง ซึ่งเป็นอันตรายต่อเด็กและวัยรุ่นได้ (Moscrip, 2019) อีกทั้งยังส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตาย กลัวสังคม โรคสมาธิสั้น คุณค่าในตนเองลดลง (Pasam, 2019)

จากการทบทวนวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการอารมณ์ไม่ได้ของวัยรุ่นกับการใช้เทคโนโลยีในระดับที่เป็นปัญหา ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ห่อถัก (systematic review) ได้จำนวนทั้งสิ้น 39 เรื่อง พบว่า การใช้เทคโนโลยีในระดับที่ก่อให้เกิดปัญหาของวัยรุ่น เช่น การติดเกม ติดสื่อสังคมออนไลน์ ติดอินเทอร์เน็ต และติดโทรศัพท์มือถือ ล้วนมีความสัมพันธ์ต่อการจัดการอารมณ์ไม่ดีขึ้น (emotion dysregulation) (Yang et al., 2022) ผู้นิพนธ์จึงมีความสนใจทบทวนวรรณกรรมในการศึกษาเรื่องการจัดการอารมณ์ด้านลบของวัยรุ่นที่ได้รับผลกระทบของเทคโนโลยีดิจิทัล การทบทวนได้ถูกเรียบเรียงเป็นประเด็นในบทความครั้งนี้ ดังนี้ คำนียามเด็กและวัยรุ่น วัยรุ่นเจนเนอเรชัน Z ผลกระทบของเทคโนโลยีดิจิทัลต่อสภาวะอารมณ์ในวัน รุ่ยเจนเนอเรชัน Z อารมณ์ด้านลบและผลกระทบตอ วัยรุ่น การจัดการอารมณ์ แนวทางการช่วยเหลือสำหรับ

ผู้ปกครองและครู และแนวทางการช่วยเหลือสำหรับ นักจิตวิทยาคลินิก เพื่อเป็นประโยชน์ในการให้ความรู้ ความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมวัยรุ่นที่กำลังก้าวสู่วัยผู้ใหญ่ สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น อันจะส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตที่ดีต่อไป

คำนียามเด็กและวัยรุ่น

ในมนุษย์ พัฒนาการของเด็กนั้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างในช่วงแรกเกิดและจะแสดงผลในชวงวัยรุ่น โดยวัยเด็ก (childhood) ถูกแบ่งออกเป็น 3 ช่วง (Likhar et al., 2022) คือ วัยเด็กตอนต้น วัยเด็กตอนกลาง และวัยรุ่น โดย 1) วัยเด็กตอนต้น (early childhood) อายุ 0-6 ปี 2) วัยเด็กตอนกลาง (middle childhood) อายุ 6-12 ปี จากวัยเด็กตอนต้นสู่วัยเด็กตอนกลางเป็นช่วงที่พัฒนาด้านของความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ และพฤติกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นรากฐานการพัฒนาบุคลิกภาพ ความแตกต่างทางเพศ หรือแม้แต่กระทั่งพยาธิสภาพทางจิตได้ในอนาคต (National Research Council, 1984; DelGiudice, 2018) และ 3) วัยรุ่น (adolescent) อายุ 12-18 ปี เป็นช่วงเปลี่ยนจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ มีฮอร์โมนเพศเพิ่มมากขึ้น รวมถึงการพัฒนาลักษณะเฉพาะทางเพศ (secondary sex characteristics) เช่น กล้ามเนื้อและไขมันเพิ่มขึ้น มีการตอบสนองต่ออารมณ์ไวขึ้น (emotional reactivity) โดยการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายดังกล่าวเกิดขึ้นพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน เช่น ใช้เวลาร่วมกับผู้ปกครองลดลง และทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนมากขึ้น ความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) โดยการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของวัยรุ่น ถูกกระตุ้นส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมได้จากปัจจัยภายในและภายนอก (Jaworska & MacQueen, 2015)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) (Singh et al., 2019) ได้นิยามวัยรุ่น (adolescent) ไว้ว่าเป็นชวงวัยของชีวิตระหว่างวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ อายุ 10-19 ปี โดยเป็นชวงวัยพิเศษสำหรับพัฒนาบุคคล และเป็นชวงเวลาสำคัญสำหรับสร้างรากฐานที่ดีของกายและใจ โดยวัยรุ่นต้อง

เผชิญกับสภาวะที่เปลี่ยนแปลง มีการเติบโตขึ้นทั้งทางกาย ความคิด และจิตใจ ส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นให้มึนงงแบบการคิด ความรู้สึก และการปฏิสัมพันธ์เฉพาะบุคคล มีพัฒนาการของการคิดวิเคราะห์ ให้เหตุผลที่ซับซ้อนมากขึ้น มีการค้นหาตัวตน สร้างอัตลักษณ์ สร้างความสัมพันธ์ทางสังคม และเป็นช่วงที่อาจประสบกับอุปสรรคทางสังคม เช่น การขาดโอกาสทางการศึกษา การหางาน การท้องก่อนวัยอันควร โรคทางเพศสัมพันธ์ ความรุนแรง (Singh et al., 2019)

วัยรุ่นเจนเนอเรชัน Z

เจนเนอเรชัน Z คือ ผู้ที่เกิดในช่วงปีระหว่างปี ค.ศ. 1995-2012 หรือ พ.ศ. 2538-2555 และจากการทบทวนวรรณกรรมพบการกำหนดช่วงเกิดแตกต่างกัน เช่น ค.ศ. 1990 หรือหลัง ค.ศ. 1990, ค.ศ. 1990-1999, ค.ศ. 1991-2000, ค.ศ. 1993-2012, ค.ศ. 1993-2005 และหลัง ค.ศ. 1995 (Dolot, 2018) และมีช่วงอายุคาบเกี่ยววัยรุ่น คือ 10-19 ปี (Singh et al., 2019) เจนเนอเรชัน Z เป็นกลุ่มคนที่เป็นที่รู้จักกันในนามชาวดิจิทัลโดยกำเนิด (digital natives) เป็นเจนเนอเรชันที่มีความเป็นตัวเองสูง (me generation) และยังได้ชื่ออีกชื่อว่า iGeneration อีกด้วย โดยผู้ที่เกิดในช่วงเจนเนอเรชัน Z นอกจากจะเกิดในยุคของการแข่งขัน ปัญหาอาชญากรรมในระดับสูง ความไม่มั่นคงทางกฎหมาย ไปจนถึงปัญหาสิ่งแวดล้อม และพวกเขายังเป็นกลุ่มคนรุ่นแรกที่ได้เผชิญหน้ากับผลกระทบทางเทคโนโลยีดิจิทัลโดยตรงอย่างเว็บไซต์สื่อสังคมออนไลน์ (social networking site) และข้อมูลที่ล้นหลามจากอินเทอร์เน็ต (Salleh et al., 2017) ในปัจจุบันวัยรุ่นเจนเนอเรชัน Z เป็นบุคคลรุ่นใหม่ที่กำลังจะเข้าสู่ช่วงวัยของการทำงาน และด้วยสภาพแวดล้อมที่พวกเขาเติบโตมาเอง ส่งผลให้พวกเขาเป็นรุ่นที่มีศักยภาพในการปรับเปลี่ยนเข้ากับเทคโนโลยีได้มากที่สุด และเป็นช่วงวัยที่เชื่อมโยงกับสังคมออนไลน์มากที่สุดเช่นกัน (Mahapatra et al., 2022) อีกทั้งมีมุมมองเป้าหมายในชีวิต กล่าวคือ มีชีวิต และมีความสุข (live and enjoy) ในขณะที่เจนเนอเรชัน X, Y มองว่าทำงานเพื่อมีชีวิต และทำงานอย่างมีความสุข ตามลำดับ (Mahapatra et al., 2022) จึงอาจจะเห็นได้ว่ามุมมองชีวิตของวัยรุ่นเจนเนอเรชัน Z ดังกล่าวส่งผลให้รูปแบบ

การใช้ชีวิตเพื่อตอบสนองให้มีความสุขก็แตกต่างกันไปด้วย โดยบุคคลกลุ่มเจนเนอเรชัน Z เมื่อเริ่มต้นทำงานจะให้ความสำคัญกับการทำงานที่มีความหมาย (meaningful work) เป็นอันดับแรก (Chillakuri, 2020) ซึ่งบางครั้งการมุ่งหวังให้ได้งานที่ตอบโจทย์เป้าหมายในชีวิตของตนนั้น ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจ และนำไปสู่อารมณ์ทางลบอื่น ๆ ได้

ผลกระทบของเทคโนโลยีต่อสภาวะอารมณ์ในวัยรุ่นเจนเนอเรชัน Z

เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลในยุคสมัยก่อน ๆ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี เช่น โทรศัพท์มือถือ หรือสังคมออนไลน์ ได้ส่งผลต่อเจนเนอเรชัน Z ทั้งด้านการสื่อสาร การเข้าสังคม และการรับข้อมูล โดยบุคคลในช่วงนี้เป็นช่วงที่เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างมากของสังคมที่มีความเปิดกว้าง เช่น มีการยอมรับชนกลุ่มน้อยมากขึ้น ประธานาธิบดีบิลคลินตันแรกในสหรัฐอเมริกา การแต่งงานระหว่างเพศเดียวกันอย่างถูกกฎหมาย การรับรู้ข้อมูลหลากหลายส่งผลให้เจนเนอเรชัน Z เปิดรับและยอมรับความแตกต่างมากขึ้น โดยประสบการณ์ดังกล่าวได้เหนี่ยวนำความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ (empathy) ผู้อื่นมากขึ้น (Moscrip, 2019) ด้วยเจนเนอเรชัน Z ที่เติบโตมาพร้อมกับโทรศัพท์มือถือ สังคมออนไลน์ และสัญญาณอินเทอร์เน็ตแบบไร้สาย จากข้อมูลทางสถิติสองในสามของประชากรวัยรุ่นในสหรัฐอเมริกาต่างมีโทรศัพท์มือถือเพื่อใช้ในการตรวจสอบข้อมูลถึงมากถึง 80 ครั้งต่อวัน (Twenge, 2017)

วัยรุ่นในช่วงเจนเนอเรชัน Z จำนวนมากมีแนวโน้มการใช้เทคโนโลยีเข้ามาแทนที่การมีปฏิสัมพันธ์ในชีวิตจริง โดยใช้ชีวิตโอเกม สื่อสังคมออนไลน์ และโทรศัพท์มือถือเพื่อหลีกเลี่ยงที่จะเผชิญความยากลำบากในชีวิตจริง และการหันไปใช้สิ่งเหล่านี้แทน ส่งผลให้การมีปฏิสัมพันธ์แบบซึ่งหน้าลดลง (Moscrip, 2019) ซึ่งการเชื่อมโยงใช้สื่อออนไลน์ในระดับสูง ส่งผลให้มีความผูกพันกับอินเทอร์เน็ตที่สูงตามไปด้วย จากแบบสอบถามในเด็กวัยรุ่น 13-17 ปี พบรายงานมากถึงร้อยละ 90 กล่าวว่า “พวกเขาจะอารมณ์ไม่ดีอย่างมากเมื่อได้รับโทษระงับการใช้งานอินเทอร์เน็ต” และ

บางส่วนยังได้รายงานเพิ่มเติมว่า “พวกเขาารู้สึกอารมณ์ไม่ดีกับการถูกห้ามใช้โทรศัพท์มากกว่าการโดนหักค่าขนม” (Turner, 2015) การเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ตลอด 24 ชั่วโมงส่งผลให้วัยรุ่นเจนเนอเรชั่น Z สามารถเข้าถึงข่าวสารได้มากกว่าคนรุ่นก่อน ข้อดี คือ ทำให้สามารถตามข่าวสารได้ทันทั่วทั้งที่ แต่ข้อเสีย คือ สามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างไม่มีที่สิ้นสุด และทำให้เปลี่ยนแปลงการรับรู้ระดับความรุนแรงของปัญหาว่าเป็นสิ่งที่ยิ่งใหญ่และใกล้ตัวมากขึ้น รวมถึงข้อมูลเหล่านั้นอาจแฝงไปด้วยข้อมูลไม่พึงประสงค์ บางเว็บไซต์อาจเสนอข่าวที่เป็นเท็จ ความรุนแรง หรืออาจมีการสอนเกี่ยวกับการทำร้ายตนเอง หากไม่ได้รับการควบคุมการใช้จากผู้ปกครอง การเข้าถึงอินเทอร์เน็ตอาจเป็นอันตรายต่อเด็กและวัยรุ่นได้ (Moscrip, 2019)

การใช้งานอินเทอร์เน็ตในวัยรุ่นที่มากกว่า 6-8 ชั่วโมงต่อวัน มีความเสี่ยงสูงต่ออาการซึมเศร้า (Wu et al., 2022) เกิดความก้าวร้าวรุนแรง ความเสี่ยงทางเพศ การใช้สารเสพติด และพฤติกรรมการกินผิดปกติ (Pasam, 2019) นอกจากนี้ ยังส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า กลัวสังคม ความคิดฆ่าตัวตาย โรคสมาธิสั้น คุณค่าในตนเองลดลง (low self-esteem) และปัญหาทางด้านกระบวนการรู้คิด (Yang et al., 2022) ซึ่งสอดคล้องกับความสามารถในการจัดการอารมณ์ได้ไม่ดี (Ariana, 2022) นอกจากนี้ การสื่อสารผ่านอินเทอร์เน็ตลดการติดต่อสื่อสารแบบเผชิญหน้า (face-to-face) ส่งเสริมการแยกตัวจากสังคมเพิ่มขึ้น รวมถึงพบความทุกข์ที่สูงขึ้นของอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าในวัยรุ่น (Bor et al., 2014)

การใช้เวลากับสื่อสังคมออนไลน์ และการเล่นเกม ส่งผลต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตในระยะยาว โดยการใช้เทคโนโลยีเพื่อเข้าถึงข้อมูล และใช้งานสื่อสังคมออนไลน์อย่างหนัก สามารถก่อให้เกิดความรู้สึกกลัวการตกกระแส (fear of missing out: FoMO) คือ การใช้สังคมออนไลน์บนความรู้สึกกังวลว่าตนจะพลาดบางสิ่ง มีทำพฤติกรรมซ้ำ เพื่อให้ตนยังรู้สึกเชื่อมโยงกับสังคม และสังคมออนไลน์สามารถเพิ่มความเข้มข้นของอารมณ์ด้านลบ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Santos et al., 2023) นอกจากนี้ ยังพบว่าการเล่นเกมคอมพิวเตอร์ส่งผลให้คุณภาพชีวิตวัยรุ่นลดลง (Gupta & Sharma, 2021)

อารมณ์ด้านลบและผลกระทบต่อวัยรุ่น

อารมณ์ ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้นิยามความหมายของอารมณ์ คือ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตโดยผ่านทางตา หู จมูก ลิ้น กาย และใจ สื่อความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลงไปตามสิ่งเร้า อารมณ์อาศัยปรกตินิสัย และความรู้สึก (Sriamphai, 2010) ส่วนนิยามต่างประเทศมีคำที่หลากหลาย เช่น ความรู้สึก (affect) เป็นคำรวมกันของอารมณ์แสดง (emotions) และอารมณ์ภายใน (mood) ซึ่งการเลือกใช้คำสามารถพิจารณาได้หลายรูปแบบโดยคำนึงจากระยะเวลา ความรุนแรง ความเฉพาะเจาะจง ความรื่นรมย์ และระดับของความตื่นตัว (Niven, 2013) ด้านประสาทจิตวิทยานิยามอารมณ์ คือ แบบแผนพฤติกรรมที่มีความเป็นอัตโนมัติ และมีจุดประสงค์ชัดเจนในกระบวนการรู้คิด โดยอารมณ์มี 3 หน้าที่หลัก ได้แก่ 1) การประสานงาน อารมณ์ช่วยในการประสานงานกันระหว่างอวัยวะและเนื้อเยื่อ ซึ่งส่งผลให้ร่างกายตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ 2) ส่งสัญญาณ ช่วงของอารมณ์เป็นสัญญาณที่แสดงถึงสภาวะของบุคคลในขณะนั้น ๆ โดยมนุษย์แสดงสภาวะของตนเองด้วยภาษา อวัจนภาษาและการส่งสัญญาณทางระบบประสาท และ 3) ส่งข้อมูล อารมณ์ส่งสัญญาณข้อมูลสู่สมองเพื่อตีความและประเมินผลประสบการณ์ทางอารมณ์ รวมถึงอารมณ์สามารถถูกกระตุ้นเร้าจากสถานการณ์ ทุกอารมณ์ล้วนเริ่มต้นจากการเผชิญกับสิ่งเร้าที่มีคุณสมบัติเฉพาะ สถานการณ์เดียวกันอาจทำให้เกิดความรู้สึกที่แตกต่าง เช่น สงบหรือกังวล เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม การแสดงออกทางอารมณ์สามารถเรียนรู้เปลี่ยนแปลงได้มากกว่าการถ่ายทอดทางพันธุกรรม โดยอารมณ์สามารถเหวี่ยงนำก่อให้เกิดกระบวนการที่หลากหลาย เช่น การรับรู้ ความสนใจ การเรียนรู้ ความจำ การตัดสินใจ ทักษะคิด และแบบแผนทางจิต (mental schemes) (Oggiano, 2022)

อารมณ์ด้านลบ คือ สภาวะที่ร่างกายตื่นตัวอย่างมาก ปรากฏในช่วงที่จิตใจมีภาวะกังวล กลัว และโกรธ ซึ่งอารมณ์ด้านลบส่งผลให้เกิดความเครียด และความสามารถในการจดจ่อมีสมาธิลดลง (Lee & Yoo, 2020) อารมณ์ต่าง ๆ สามารถเหวี่ยงนำให้เกิดพฤติกรรมต่างกัน โดยความกังวลส่งผลให้บุคคลมีแรงจูงใจทำพฤติกรรมบางอย่างเพื่อป้องกันสิ่งไม่ดีที่อาจเกิดขึ้น

และอาจผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ได้ ความกลัวส่งผลให้บุคคลพยายามหลีกเลี่ยงอันตราย แต่หากมีอาการด้านลบมากเกินไปอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Barrett & Bliss-Moreau, 2009; Geng et al., 2020; Rowe & Fitness, 2018) ความบกพร่องในการจัดการอารมณ์ (dysfunctional emotion regulation) มีความสัมพันธ์กับพยาธิสภาพทางจิต ข้อเสียของการจัดการอารมณ์ไม่ได้ คือ มีความเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช ลดคุณภาพชีวิตโดยรวมของวัยรุ่น (Cracco et al., 2017; Eadeh et al., 2021) ข้อดีของความสามารถในการจัดการอารมณ์ได้ดี คือ เป็นปัจจัยส่งเสริมและป้องกัน ช่วยให้เกิดความยืดหยุ่นทางจิตใจ (psychological flexibility) ความสามารถในการฟื้นตัว (resilience) และคุณภาพชีวิต (Daniel et al., 2020; Morrish et al., 2018) ซึ่งความยืดหยุ่นทางจิตใจหมายถึง ความสามารถในการปรับเปลี่ยนสถานการณ์ ความคิด เลือกใช้การตอบสนองที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ความสามารถในการฟื้นตัว หมายถึง ความสามารถในการรับมือกับปัญหา พัฒนาตนเองภายใต้สภาวะที่ยากลำบากให้กลับคืนสู่สภาวะปกติได้ และคุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึง การมีความหวัง (sense of hope) ความเชื่อมั่นในตัวเอง (self-efficacy) เห็นคุณค่าของชีวิต (meaning of life) รู้สึกกังวลและเศร้าลดลง มีความสุขมากขึ้น

การจัดการอารมณ์

การจัดการอารมณ์ ด้านจิตวิทยามักใช้เทคนิควิธีการที่เรียกว่า ความสามารถในการจัดการอารมณ์ (emotional regulation; ER) คือ ความสามารถในการควบคุม ประเมิน และปรับเปลี่ยนการตอบสนองต่ออารมณ์หนึ่งให้มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นหรือลดลง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ปรับตัวได้เหมาะสมต่อสภาพแวดล้อมรอบข้าง และทำให้ความต้องการของอารมณ์นั้นสัมฤทธิ์ผล ซึ่งมีส่วนสำคัญในพัฒนาการวัยรุ่นและส่งผลต่อเนื่องต่อการปรับตัวตลอดช่วงชีวิต (Eadeh et al., 2021; Gullone et al., 2010; Morrish et al., 2018) โดยความสามารถในการจัดการอารมณ์นี้จะเริ่มพัฒนาขึ้นตั้งแต่ช่วงก่อนวัยเรียนและพัฒนาเรื่อยมาถึงในช่วงวัยเด็ก (Zeman et al., 2006) จนเมื่อ

บุคคลได้พัฒนาเข้าสู่ช่วงวัยรุ่น มีแนวโน้มจัดการอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมเพิ่มขึ้น เนื่องจากการควบคุมอารมณ์ทางลบสามารถทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น (Cracco et al., 2017; Gullone et al., 2010) ปัจจัยด้านร่างกายเป็นผลจากการทำงานของเปลือกสมองส่วนบนของกลีบสมองหน้าผาก (dorsolateral prefrontal cortex: dlPFC) และเยื่อหุ้มสมองส่วนหน้าระดับต่ำกว่าหน้าผาก (ventrolateral prefrontal cortex: vlPFC) ในสมองส่วนหน้าทำหน้าที่ในการควบคุมอารมณ์นั้นเติบโตได้ช้ากว่าเมื่อเทียบกับ amygdala และ ventral striatum และจากการทำงานที่ไม่สมดุลของสมองส่งผลให้วัยรุ่นมีความไม่มั่นคงทางอารมณ์ และมีอารมณ์รุนแรงขึ้น (Martin & Ochsner, 2016) รวมถึงปัจจัยด้านสังคมมีผลต่อการพัฒนาทางอารมณ์ เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน หรือ คนในครอบครัว หากมีความสัมพันธ์ที่ดีอยู่ในสภาพแวดล้อมเหมาะสมไม่มีความรุนแรงทางกายหรือวาจา สามารถส่งผลต่อภาวะอารมณ์ของวัยรุ่นได้เช่นกัน (Chervonsky & Hunt, 2019)

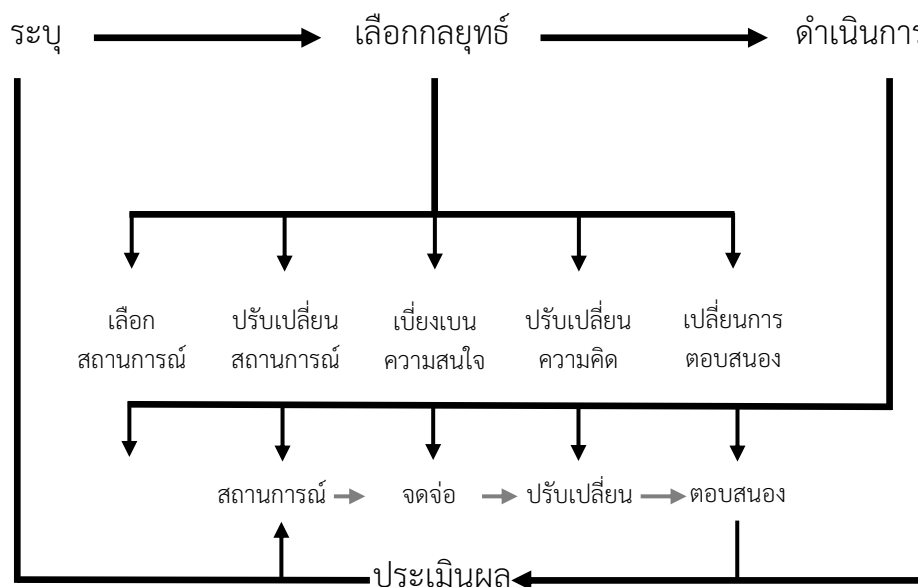
กลยุทธ์ในการจัดการอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด เนื่องจากทำแล้วบรรลุผลตามเป้าหมาย ส่งผลให้ปรับตัวได้ดี มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในระยะยาวของสุขภาพจิตและกาย ประกอบด้วยกลยุทธ์ 5 อย่าง (Gross, 2015) ได้แก่ 1) การเลือกสถานการณ์ (situation selection) หลีกเลี่ยงเข้าไปจัดการปัญหาในสถานการณ์ที่อาจเต็มไปด้วยอารมณ์ 2) การปรับเปลี่ยนสถานการณ์ (situation modification) ปรับเปลี่ยนมุมมองต่อสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม หรือเปลี่ยนที่อยู่ย้ายสถานที่ 3) การเบี่ยงเบนความสนใจ (attentional deployment) ด้วยการฟังเพลง จดบันทึก ทำกิจกรรมอื่น 4) การเปลี่ยนความคิด (cognitive change) คือคิดในมุมมองที่แตกต่างออกไปเพื่อให้อารมณ์เปลี่ยนแปลง หรือใช้วิธีการยอมรับโดยตรง 5) การเปลี่ยนการตอบสนอง (response modulation) เป็นการแสดงออกของพฤติกรรมใหม่ในสถานการณ์เดิม เช่น ปกติใช้วิธีการตอบโต้ เปลี่ยนเป็นตอบสนองควบคุมอารมณ์ด้วยสติ หายใจให้ช้าลง

แบบจำลองการจัดการอารมณ์อย่างเป็นระบบจำเป็นต้องมีการประเมินผลของการดำเนินการจากกลยุทธ์หรือเทคนิคที่เลือกใช้ เพื่อบรรลุเป้าหมายสูงสุด คือ การเปลี่ยนการตอบสนอง เปลี่ยนพฤติกรรมให้แตกต่างออกไปจากเดิม กระบวนการจัดการอารมณ์อย่าง

เป็นระบบ (Uusberg et al., 2019) อ้างอิงบทความวิจัย เรื่องการจัดการอารมณ์ (McRae & Gross, 2020) การปรับเปลี่ยนของอารมณ์เกิดตามลำดับดังนี้ 1) ระบบอารมณ์ความรู้สึก 2) คัดเลือกกลยุทธ์จัดการอารมณ์ 5 แบบ เช่น เลือกสถานการณ์ เปลี่ยนสถานการณ์ เบี่ยงเบนความสนใจ ปรับเปลี่ยนความคิด และเปลี่ยนการ

ตอบสนอง 3) ดำเนินการ นำตนเข้าไปสู่สถานการณ์นั้น จดจ่อ ปรับเปลี่ยน และตอบสนอง ทำกระบวนการนี้ซ้ำ ร่วมกับประเมินว่าได้ผลที่ดีหรือไม่ 4) ประเมินผล หากไม่เปลี่ยนแปลงเริ่มกระบวนการใหม่ รายละเอียดดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กระบวนการจัดการอารมณ์อย่างเป็นระบบ (emotion regulation)



หมายเหตุ. ดัดแปลงจาก “Emotion regulation,” by K. McRae, and J. J. Gross, 2020, *Emotion*, 20(1), p. 2 (<https://doi.org/10.1037/emo0000703>)

ตัวอย่างการปรับใช้แบบจำลองกระบวนการจัดการอารมณ์อย่างเป็นระบบ เช่น ในสถานการณ์ลงรูปถ่ายในอินสตาแกรมแล้วไม่ได้รับการกดไลก์รูปจากเพื่อน หรือได้รับยอดไลก์น้อยจากที่คาดหวังไว้ ขั้นแรกให้เรารับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ เช่น เศร้า เสียใจ อับอาย ไม่พอใจ เครียด และระบุให้ได้ว่ามีความรู้สึกอะไรเกิดขึ้นในใจ อาจมีหลายความรู้สึก ลำดับถัดไปเป็นการคัดเลือกกลยุทธ์ หรือเทคนิควิธีการสำหรับจัดการอารมณ์ เช่น จากเดิมเคยร้องไห้รู้สึกเสียใจเพราะเพื่อนไม่ไลก์รูป เราจึงเลือกใช้เทคนิค “เลือกสถานการณ์” ตัดสินใจแล้วดำเนินการวางโทรศัพท์มือถือแล้วทำกิจกรรมอื่น หลีกเลี่ยงการเข้าไปดูโทรศัพท์ว่าใครกดไลก์ สังเกตตนเองว่าการเลือกดำเนินการเช่นนั้นทำให้อารมณ์ความรู้สึกทางลบในขั้นแรกเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางบวกหรือไม่ หากอารมณ์

ไม่เปลี่ยนให้เลือกใช้กลยุทธ์ใหม่ แล้วติดตามผลของการดำเนินการอีกครั้ง โดยวัยรุ่นสามารถใช้กระบวนการดังกล่าวเพื่อจัดการอารมณ์ของตนได้

ผู้นิพนธ์เสนอแนะการจัดการอารมณ์ทางลบตามระดับความรุนแรงของอารมณ์ มี 3 ระดับ ดังนี้ 1) อารมณ์ระดับอ่อน ควบคุมจัดการได้ ใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น หากิจกรรมทำ ดูภาพยนตร์ ฟังเพลง วาดรูป เป็นต้น 2) อารมณ์ระดับกลาง มีความรบกวนจิตใจระดับปานกลาง ประคับประคองให้ดำเนินชีวิตได้ ใช้การปรับเปลี่ยนวิธีคิด มองในมุมใหม่ และ 3) อารมณ์ระดับรุนแรง มีความเข้มข้นของอารมณ์ค่อนข้างสูง ท่วมท้น ว้าวุ่นใจ โกรธมาก ใช้การเปลี่ยนการตอบสนอง โดยการทำกิจกรรมเคลื่อนไหวให้ช้าลง หายใจให้ลึก นานและช้า เพื่อกระตุ้นระบบพาราซิมพาเทติกให้

ทำงาน ลดความเครียดในร่างกายลงได้ (Gholamrezaei et al., 2022)

การใช้เทคโนโลยีเพื่อจัดการอารมณ์ แนนอนว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์ (social media) ในระดับที่มากเกินไปส่งผลให้การกำกับควบคุมอารมณ์ทำได้ยากขึ้น แต่กิจกรรมบางอย่างทางออนไลน์สามารถช่วยลดปล่อยอารมณ์ทางลบได้ เช่น การดูคลิปวิดีโอหรือสื่อที่เกี่ยวข้องแมว ทำให้อารมณ์ดีขึ้น แต่ข้อเสียคือส่งผลให้เกิดพฤติกรรมผัดวันประกันพรุ่ง หลีกเลียงงานและความรับผิดชอบ (Myrick, 2015) การใช้โทรศัพท์มือถือ (smartphone) เพื่อการจัดการอารมณ์ด้านลบ เช่น เบื่อและเครียด มีประสิทธิภาพในแง่การค้นหาสิ่งที่ต้องการสามารถเพิ่มระดับความพึงพอใจ แต่สามารถควบคุมจัดการอารมณ์ได้เพียงไม่กี่ชั่วโมง (Shi et al., 2023) ใช้ Facebook และ Twitter เพื่อเป็นหลุมหลบภัยทางจิตใจจากแรงกดดันที่ได้รับในแต่ละวัน (Boyd, 2014) และการแสดงความคิดเห็นของผู้ใหญ่ในพื้นที่สื่อออนไลน์ของวัยรุ่นที่มักแสดงออกทางอารมณ์แบ่งปันผ่านสื่อออนไลน์สามารถช่วยลดอารมณ์ทางลบและเพิ่มอารมณ์ทางบวกของวัยรุ่นได้ (Blumberg et al., 2016) แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับสุขภาพจิตพบประมาณ 3 ใน 4 ของการศึกษามุ่งเน้นไปที่การเจ็บป่วยทางจิต และมีการศึกษาเพียงเล็กน้อยพบว่าการเปลี่ยนรูปแบบปฏิสัมพันธ์ในสื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตที่ดีขึ้น (Schønning et al., 2020) จากการศึกษาของ Modecki et al. (2017) ได้แนะนำโปรแกรมพัฒนาความสามารถจัดการอารมณ์ จัดการปัญหา และการตัดสินใจสำหรับวัยรุ่น มี 5 วิธี ได้แก่ 1) ช่วงประถมศึกษา เสริมสร้างทักษะสัมพันธ์เชิงบวกกับครูและเพื่อน ซึ่งมีประโยชน์อย่างมากในแง่ช่วยให้เด็กมีความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น 2) ส่งเสริมความสามารถในการจัดการอารมณ์ การจัดการปัญหา และการตัดสินใจ 3) กระตุ้นการคิดวิเคราะห์ในรูปแบบการเรียนรู้แบบลงมือทำ (active learning) ช่วยให้วัยรุ่นได้เรียนรู้จากประสบการณ์ที่หลากหลาย ด้วยการลงมือทำร่วมกันกับผู้อื่น 4) สอนวัยรุ่นให้รับรู้ เฝ้าระวังหน้า และจัดการอารมณ์ และ 5) สอนวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจจากอารมณ์เชิงลบที่เหมาะสม โดยสรุปการใช้เทคโนโลยีเพื่อจัดการ

อารมณ์ส่งผลดีและเสีย ควรเลือกใช้อย่างพอเหมาะพอควร

แนวทางการช่วยเหลือสำหรับผู้ปกครองและครู

ผู้ปกครองถือเป็นหนึ่งในหัวใจสำคัญในการช่วยเหลือเด็กและวัยรุ่นในการบำบัดรักษาทั้งโรคความผิดปกติภายในและภายนอก (internalizing and externalizing disorders) ซึ่งผู้ปกครองเป็นผู้มีอิทธิพลทางสังคมอย่างมาก และควรคำนึงถึงการแสดงออกของผู้ปกครองที่ส่งผลต่อการจัดการอารมณ์ของวัยรุ่น ดังนี้ 1) ผู้ปกครองควรตระหนักว่าตนไม่ได้ชักจูงให้ลูกแสดงพฤติกรรมจัดการอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม 2) สังเกตว่าไม่ได้กำลังส่งเสริมให้ลูกแสดงพฤติกรรมทางลบ และ 3) คอยสังเกตวิธีการเข้าสังคมของลูกว่าปรับตัวไปในทางที่ดีขึ้นหรือไม่ (Zeman et al., 2006) ดังนั้น ผู้ปกครองควรแสดงแบบอย่างที่ดีต่อวัยรุ่น ควบคุมจัดการอารมณ์ได้เมื่อใช้เทคโนโลยี มีความสงบเวลาเสื่อ แสดงท่าที่ไม่เห็นด้วยแต่เตือนบอกห้ามทักท้วงทันทีเมื่อวัยรุ่นมีการตอบโต้เพื่อนทางโซเชียลด้วยถ้อยคำรุนแรง หยาดคาย ด่าประจาน หรืออารมณ์ฉุนเฉียวหลังใช้เทคโนโลยี และคอยติดตามสังเกตว่าลูกมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนจริงหรือไม่ หากสังเกตไม่ได้เนื่องจากมีภาระงานมาก ใช้การสอบถามกับเด็กโดยตรง ถามด้วยน้ำเสียงเป็นมิตร และไม่รีบร้อนเอาคำตอบ เช่น ช่วงนี้ความสัมพันธ์กับเพื่อนเป็นอย่างไรบ้าง? มีงานกลุ่มใหม่แล้วเป็นอย่างไรบ้าง? เพื่อนสนิทชื่ออะไร? เป็นต้น เนื่องจากครอบครัวมีอิทธิพลต่อวัยรุ่นมากกว่าเพื่อนและครู (Izaguirre et al., 2021) ทั้งยังเป็นต้นแบบทางอารมณ์ให้แก่เด็ก โดยในด้านการสังเกต ผู้ปกครองเป็นต้นแบบทางอารมณ์จากการติดต่อทางอารมณ์ (emotion contagion) และการอ้างอิงทางสังคมและตัวแบบ (social referencing and modeling) ส่วนในด้านการแสดงพฤติกรรมของผู้ปกครอง เกิดจากการกำกับอารมณ์ (emotional-coaching) การตอบสนองต่ออารมณ์ของผู้ปกครอง (reaction to emotion) การสนับสนุนของผู้ปกครองให้เด็กรับรู้และควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม (encouragement

of and perceived control over emotion) การสอนเกี่ยวกับวิธีในการจัดการอารมณ์ (teaching emotion regulation strategies) และการสอนการเลือกในการแสดงออก (niche-picking) (Morris et al., 2007) ประโยชน์ของการส่งเสริมทักษะจัดการอารมณ์ทั้งตัววัยรุ่นและผู้ปกครองส่งผลให้วัยรุ่นจัดการอารมณ์ได้ดีขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (Zeman et al., 2006)

ส่วนในด้านของสังคมโรงเรียน คุณครูสามารถให้ความช่วยเหลือได้โดยการส่งเสริมด้านความยืดหยุ่นทางจิตใจและกิจกรรมเสริมความฉลาดทางอารมณ์ เช่น การชื่นชมยินดี (gratitude) การมีสติ (mindfulness) และกิจกรรมที่เสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการอารมณ์และคุณภาพชีวิตในวัยรุ่น (Izaguirre et al., 2021)

แนวทางการช่วยเหลือสำหรับนักจิตวิทยาคลินิก

เมื่อวัยรุ่นได้รับการกระตุ้นจากเทคโนโลยี ดิจิทัล สื่อสังคมออนไลน์ อินเทอร์เน็ต สมาร์ทโฟน ก่อให้เกิดอารมณ์ทางลบที่ยากจะจัดการได้ เช่น โกรธ เศร้า กังวล ระวังว่าตนจะถูกกล่าวอ้างในทางลบในโลกโซเชียล สับสน คิดเรื่องเดิมซ้ำ ๆ คุณค่าในตนเองลดลง ติดเกมจนเสียหน้าที่การทำงาน วัยรุ่นบางรายอาจมีภาวะแยกตัว กลัวการเข้าสังคม พูดติดขัดเวลาเผชิญหน้ากับคนอื่น นักจิตวิทยาคลินิกจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือโดยประเมินปัญหา วางแผนการบำบัดรักษา เลือกใช้เทคนิควิธีการตามรูปแบบปัญหา เช่น ควบคุมความโกรธไม่ได้ ใช้เทคนิคจัดการความโกรธ (anger management) มีปัญหาทักษะการเข้าสังคม กลัวการพูดหน้าชั้น ใช้การฝึกทักษะสังคม (social skills training) ส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตกับวัยรุ่นกลุ่มใหญ่ ใช้การให้ความรู้เชิงสุขภาพจิต (psychoeducation) มีปัญหาพฤติกรรมติดเกมควบคุมเวลาที่ใช้เล่นไม่ได้ ไม่สนใจกิจกรรมอื่น ใช้จิตบำบัดปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy: CBT) (Likritalakul & Koomsiri, 2022) มีความวิตกกังวล มีอาการทางกายอันสืบเนื่องมาจากความกังวล เช่น มวนท้อง คลื่นไส้ อาจใช้การเขียนบำบัด (writing therapy)

(Panmaha et al., 2022) และหากต้องการเพิ่มคุณค่าในตนเอง (self-esteem) เพิ่มอารมณ์ด้านบวก และลดอารมณ์ด้านลบ ใช้ซาเทียร์โมเดล (Satir model) (Lau et al., 2019) เป็นต้น นักจิตวิทยาคลินิกควรเลือกใช้เทคนิควิธีการตามความเหมาะสมกับปัญหา เพื่อประโยชน์สูงสุดในการจัดการอารมณ์ทางลบของวัยรุ่น

สรุป

การจัดการอารมณ์ด้านลบของวัยรุ่นที่ได้รับผลจากเทคโนโลยีดิจิทัล พัฒนาการวัยเด็กมีผลต่อช่วงวัยรุ่นในการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ พฤติกรรมทางสังคม และลักษณะบุคลิกภาพ วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีความพิเศษสำหรับพัฒนาตนเอง วางรากฐานที่มั่นคงของกายและใจ เป็นวัยอันต้องเผชิญหน้ากับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ ทำให้วัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะมีความไม่มั่นคงทางอารมณ์และมีอารมณ์ที่รุนแรงขึ้น ส่งผลให้ช่วงวัยดังกล่าวเป็นช่วงเวลาที่น่ากังวล และการมีปัญหในช่วงวัยนี้จึงอาจส่งผลกระทบยาวไปถึงวัยผู้ใหญ่ได้ ส่วนวัยรุ่นเจนเนอเรชั่น Z เป็นเด็กที่เกิดมาพร้อมเทคโนโลยี อินเทอร์เน็ต เว็บไซต์ สื่อสังคมออนไลน์ สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ตลอดเวลา มีการรับรู้ข้อมูลที่หลากหลาย ส่งผลให้เจนเนอเรชั่น Z ข้อดีคือ ยอมรับความแตกต่าง สามารถติดตามข้อมูลข่าวสารได้อย่างทันทั่วทั้งที่ข้อเสียคือ มีปฏิสัมพันธ์แบบเผชิญหน้าลดลง มีความกังวลเมื่อเข้าสังคม และการใช้งานอินเทอร์เน็ตในวัยรุ่นที่ต่อเนื่องยาวนานมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ภาวะกลัวสังคม ความคิดฆ่าตัวตาย โรคสมาธิสั้น คุณค่าในตนเองลดลง และมีปัญหาทางกระบวนการรู้คิด การสังเกตอารมณ์ด้านลบที่เกิดจากผลกระทบจากการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสามารถสังเกตผ่านกระบวนการทางร่างกาย เช่น ตื่นตัวอย่างมาก กระสับกระส่าย ความรู้สึกภายใน กลัว กังวล โกรธ ซึ่งอารมณ์ด้านลบดังกล่าวส่งผลให้เกิดความเครียดได้ และหากมีอารมณ์ด้านลบมากเกินไปอาจจัดการอารมณ์ได้ยากลำบาก และมีความเสี่ยงต่อโรคทางจิตใจ

การจัดการอารมณ์จึงถือเป็นทักษะที่จำเป็นอย่างมาก เป็นปัจจัยส่งเสริมป้องกัน ช่วยให้เกิดความยืดหยุ่นทางจิตใจ ความสามารถในการฟื้นตัวจากสถานการณ์เลวร้าย และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งการ

จัดการอารมณ์ คือ ความสามารถในการควบคุม ประเมิน ปรับเปลี่ยนการตอบสนองต่ออารมณ์ให้ทวีความรุนแรง ลดลง มีเป้าหมายเพื่อให้ปรับตัวได้อย่างเหมาะสมกับ สภาพแวดล้อมรอบข้าง และหาทฤษฎีการจัดการ อารมณ์ได้ยังมีส่วนช่วยต่อการพัฒนาทางอารมณ์และ การปรับตัวตลอดช่วงชีวิต ผู้นิพนธ์เสนอแนะการจัดการ อารมณ์ทางลบตามระดับความรุนแรงของอารมณ์ มี 3 ระดับ ดังนี้ 1) อารมณ์ระดับอ่อน ควบคุมจัดการได้ ใช้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2) อารมณ์ระดับกลาง มีความรบกวนจิตใจระดับปานกลาง ประคับประคองให้ ดำเนินชีวิตได้ ใช้การปรับเปลี่ยนวิธีคิด มองในมุมใหม่ และ 3) อารมณ์ระดับรุนแรง มีความเข้มข้นของอารมณ์ ค่อนข้างสูง ท่วมท้น ว้าวุ่นใจ ใช้การเปลี่ยนการตอบสนอง โดยการทำกิจกรรมเคลื่อนไหวให้ช้าลง

การช่วยเหลือวัยรุ่นที่ได้รับผลกระทบของ เทคโนโลยีดิจิทัล ผู้ปกครองควรมีการแทรกแซง เป็น ต้นแบบที่ดีทางอารมณ์ กำกับควบคุมอารมณ์ตนเองได้ ชักจูงให้วัยรุ่นปรับจากอารมณ์ด้านลบเป็นด้านบวก ส่วนครูสามารถช่วยเหลือด้วยกิจกรรมส่งเสริมความ ฉลาดทางอารมณ์ เสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ เพื่อให้วัยรุ่นได้เรียนรู้และเป็นเกราะคุ้มกันทาง สุขภาพจิตที่ดีต่อไปในอนาคต ส่วนนักจิตวิทยาคลินิก ควรประเมินปัญหาและเลือกใช้เทคนิควิธีการการ ช่วยเหลือที่เหมาะสมกับปัญหา เพื่อประโยชน์สูงสุดในการจัดการอารมณ์ทางลบของวัยรุ่น

เอกสารอ้างอิง (References)

Ariana, R. (2022). *Thailand internet user behavior 2022*. Electronic Transactions Development Agency (ETDA). (in Thai).

Barrett, L. F., & Bliss-Moreau, E. (2009). Affect as a psychological primitive. *Advances in Experimental Social Psychology*, 41, 167-218. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2884406/>

Blumberg, F. C., Rice, J. L., & Dickmeis, A. (2016). Chapter 6 - Social media as a venue for emotion regulation among adolescents. In S. Y. Tettegah (Ed.), *Emotions, Technology, and Social Media*

(pp. 105-116). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801857-6.00006-3>

Bor, W., Dean, A. J., Najman, J., & Hayatbakhsh, R. (2014). Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(7), 606-616. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24829198/>

Boyd, D. (2014). *It's complicated: The social lives of networked teens*. Yale University Press.

Chervonsky, E., & Hunt, C. (2019). Emotion regulation, mental health, and social wellbeing in a young adolescent sample: A concurrent and longitudinal investigation. *Emotion*, 19(2), 270. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29697988/>

Chillakuri, B. (2020). Understanding generation Z expectations for effective onboarding. *Journal of Organizational Change Management*, 33(7), 1277-1296. <https://doi.org/10.1108/JOCM-02-2020-0058>

Cracco, E., Goossens, L., & Braet, C. (2017). Emotion regulation across childhood and adolescence: Evidence for a maladaptive shift in adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26, 909-921. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28190138/>

Daniel, S. K., Abdel-Baki, R., & Hall, G. B. (2020). The protective effect of emotion regulation on child and adolescent wellbeing. *Journal of Child and Family Studies*, 29(7), 2010-2027. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01731-3>

DelGiudice, M. (2018). Middle childhood: An evolutionary-developmental synthesis. In N. Halfon, C. B. Forrest, R. M. Lerner, & E. M. Faustman (Eds.), *Handbook of life course health development* (pp. 95-108). Springer. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK543707/pdf/Bookshelf_NBK543707.pdf

- Dolot, A. (2018). The characteristics of generation Z. *E-Mentor*, 74(2), 44-50. <https://www.e-mentor.edu.pl/arttykul/index/numer/74/id/1351>
- Eadeh, H.-M., Breaux, R., & Nikolas, M. A. (2021). A meta-analytic review of emotion regulation focused psychosocial interventions for adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24(4), 684-706. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34275057/>
- Geng, Y., Gu, J., Zhu, X., Yang, M., Shi, D., Shang, J., & Zhao, F. (2020). Negative emotions and quality of life among adolescents: A moderated mediation model. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20(2), 118-125. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32550851/>
- Gholamrezaei, A., Van Diest, I., Aziz, Q., Pauwels, A., Tack, J., Vlaeyen, J. W. S., & Van Oudenhove, L. (2022). Effect of slow, deep breathing on visceral pain perception and its underlying psychophysiological mechanisms. *Neurogastroenterology & Motility*, 34(4), e14242. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34378834/>
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Gullone, E., Hughes, E. K., King, N. J., & Tonge, B. (2010). The normative development of emotion regulation strategy use in children and adolescents: A 2-year follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(5), 567-574. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19845818/>
- Gupta, M., & Sharma, A. (2021). Fear of missing out: A brief overview of origin, theoretical underpinnings, and relationship with mental health. *World Journal of Clinical Cases*, 9(19), 4881. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8283615/>
- Izaguirre, A., Fernández, L., Rodríguez, A., & Palacios, E. G. (2021). Adolescent life satisfaction explained by social support, emotion regulation, and resilience. *Frontiers in Psychology*, 12, 694183. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8496342/>
- Jaworska, N., & MacQueen, G. (2015). Adolescence as a unique developmental period. *Journal of Psychiatry & Neuroscience: JPN*, 40(5), 291. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4543091/>
- Lau, W. K.-W., Leung, P. P.-Y., & Chung, C. L.-P. (2019). Effects of the Satir model on mental health: A randomized controlled trial. *Research on Social Work Practice*, 29(7), 775-785. <https://psycnet.apa.org/record/2019-52484-005>
- Lee, J., & Yoo, S. K. (2020). Recognition of negative emotion using long short-term memory with bio-signal feature compression. *Sensors*, 20(2), 573. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31968700/>
- Likhar, A., Baghel, P., Patil, M., & Patil, M. S. (2022). Early childhood development and social determinants. *Cureus*, 14(9), <https://doi.org/10.7759/cureus.29500>
- Likritalakul, T., & Koomsiri, P. (2022). Cognitive behavioral therapy (CBT) with internet gaming disorder. *Thai Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 71-84. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy/article/view/252958/> (in Thai).
- Mahapatra, G. P., Bhullar, N., & Gupta, P. (2022). Gen Z: An emerging phenomenon. *NHRD Network Journal*, 15(2), 246-256. <https://doi.org/10.1177/26314541221077137>
- Martin, R. E., & Ochsner, K. N. (2016). The neuroscience of emotion regulation development: Implications for education. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 10,

- 142-148. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2016.06.006>
- McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion*, 20(1), 1-9. <https://doi.org/10.1037/emo0000703>
- Modecki, K. L., Zimmer-Gembeck, M. J., & Guerra, N. (2017). Emotion regulation, coping, and decision making: Three linked skills for preventing externalizing problems in adolescence. *Child Development*, 88(2), 417-426. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28195431/>
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, 16(2), 361-388. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2743505/>
- Morrish, L., Rickard, N., Chin, T. C., & Vella-Brodrick, D. A. (2018). Emotion regulation in adolescent well-being and positive education. *Journal of Happiness Studies*, 19(5), 1543-1564. <https://doi.org/10.1007/s10902-017-9881-y>
- Moscip, A. N. (2019). Generation Z's Positive and Negative Attributes and the Impact on Empathy After a Community-Based Learning Experience [Master's thesis, University of North Florida]. *UNF Graduates Theses and Dissertations*. <https://digitalcommons.unf.edu/etd/908>
- Myrick, J. G. (2015). Emotion regulation, procrastination, and watching cat videos online: Who watches Internet cats, why, and to what effect? *Computers in Human Behavior*, 52, 168-176. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.06.001>
- National Research Council. (1984). *Development during middle childhood: The years from six to twelve*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/56>
- Niven, K. (2013). Affect. In M. D. Gellman, & J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of behavioral medicine* (pp. 49-50). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_1088
- Oggiano, M. (2022). Neurophysiology of emotions. In T. Heinbockel (Ed.), *Neurophysiology-networks, plasticity, pathophysiology and behavior* (pp. 1-18). IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.106043>
- Panmaha, K., Phoomchan, P., Tanomwong, U., & Sakolkijrungraj, S. (2022). Writing therapy for test anxiety. *Thai Journal of Clinical Psychology*, 53(3), 76-90. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy/article/view/260937> (in Thai)
- Pasam, R. S. (2019). Advances in digital technology: Effect on child and adolescent behavior. *Archives of Mental Health*, 20(2), 37-40. https://journals.lww.com/amhe/fulltext/2019/20020/advances_in_digital_technology_effect_on_child.2.aspx
- Rowe, A. D., & Fitness, J. (2018). Understanding the role of negative emotions in adult learning and achievement: A social functional perspective. *Behavioral Sciences*, 8(2), 27. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29461487/>
- Salleh, M. S. M., Mahbob, N. N., & Baharudin, N. S. (2017). Overview of "generation Z" behavioural characteristic and its effect towards hostel facility. *International Journal of Real Estate Studies*, 11(2), 59-67.
- Santos, R. M. S., Mendes, C. G., Sen Bressani, G. Y., de Alcantara Ventura, S., de Almeida Nogueira, Y. J., de Miranda, D. M., & Romano-Silva, M. A. (2023). The associations between screen time and mental health in adolescents: A systematic review. *BMC Psychology*, 11(1), 127. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01166-7>

- Schønning, V., Hjetland, G. J., Aarø, L. E., & Skogen, J. C. (2020). Social media use and mental health and well-being among adolescents-A scoping review. *Frontiers in Psychology, 11*. 1-15. <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2020.01949/full>
- Shi, Y., Koval, P., Kostakos, V., Goncalves, J., & Wadley, G. (2023). "Instant happiness": Smartphones as tools for everyday emotion regulation. *International Journal of Human-Computer Studies, 170*, 102958. <https://doi.org/10.1016/j.ijhcs.2022.102958>
- Singh, J. A., Siddiqi, M., Parameshwar, P., & Chandra-Mouli, V. (2019). World Health Organization guidance on ethical considerations in planning and reviewing research studies on sexual and reproductive health in adolescents. *Journal of Adolescent Health, 64*(4), 427-429. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30904091/>
- Sriamphai, R. (2010, May 31). *Mood*. Office of the Royal Society. <http://legacy.orst.go.th/?knowledge=อารมณ์-๓๑-พฤษภาคม-๒๕๕๓/> (in Thai).
- Turner, A. (2015). Generation Z: Technology and social interest. *The Journal of Individual Psychology, 71*(2), 103-113. <https://helenagmartins.wordpress.com/wp-content/uploads/2019/04/turner2015.pdf>
- Twenge, J. M. (2017). *iGen: Why today's super-connected kids are growing up less rebellious, more tolerant, less happy--and completely unprepared for adulthood--and what that means for the rest of us*. Atria.
- Uusberg, A., Taxer, J. L., Yih, J., Uusberg, H., & Gross, J. J. (2019). Reappraising reappraisal. *Emotion Review, 11*(4), 267-282. <https://doi.org/10.1177/1754073919862617>
- Wu, H., Ji, J.-M., Qian, Y., Jin, X.-H., Yu, H.-R., Liu, X.-M., Du, L., Fu, X.-L., & Chen, H.-L. (2022). Relationship between depressive symptoms and internet usage time among adolescents: Results from a nationwide survey. *Psychiatry Research, 313*, 114603. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114603>
- Yang, H., Wang, Z., Elhai, J. D., & Montag, C. (2022). The relationship between adolescent emotion dysregulation and problematic technology use: Systematic review of the empirical literature. *Journal of Behavioral Addictions, 11*(2), 290-304. <https://doi.org/10.1556/2006.2022.00038>
- Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C., & Stegall, S. (2006). Emotion regulation in children and adolescents. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 27*(2). 155-168. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16682883/>

นิพนธ์ต้นฉบับ

- คำตอบรอสส์ชาคของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ต้องการผ่าตัดปลูกถ่ายไต
(Rorschach Responses in Chronic Kidney Disease Patients Requiring Renal Transplantation)
- การใช้กิจกรรมศิลปะเพื่อส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเองสำหรับวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์เด็กบ้านเวียงพิงค์
(Using Art Activities to Promote Self-Esteem among Teenagers in the Ban Viengping Children's Home)
- การพัฒนาแบบประเมินการรู้คิดทางสังคมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
(The Development of the Social Cognition Assessment Tool for Psychiatric Rehabilitation of Chronic Schizophrenia Patients)
- ความเชื่อตัวกลางที่เกี่ยวข้องกับความเป็นหญิงด้านการดื่มสุราและ Drunkorexia ในนักศึกษาปริญญาตรีหญิง
(Feminine Intermediate Beliefs about Alcohol Use and Drunkorexia Among Female Undergraduate Students)

บทความฟื้นฟูวิชาการ

- การเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมช่วงวัยเด็กตอนต้น: ในบริบทประเทศไทย
(The Social and Emotional Learning of Young Children: In Thai Context)
- การจัดการอารมณ์ด้านลบของวัยรุ่นที่ได้รับผลจากเทคโนโลยีดิจิทัล
(Negative Mood Management of Adolescent Affected by Digital Technology)



สมาคมจิตวิทยาคลินิกไทย

สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ถนนติวานนท์

อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

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