วารสาร
จิตวิทยาคลินิกไทย
Thai Journal of Clinical Psychology

ปีที่ 56 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2568 Vol. 56 No. 1 January - April 2025

ISSN 2774-1087 (Online)

วารสาร
จิตวิทยาคลินิกไทย
Thai Journal of Clinical Psychology

ปีที่ 56 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2568 ISSN-2774-1087 (Online)

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

นิพนธ์ต้นฉบับ

- **ประสบการณ์การรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาของผู้ที่เคยเผชิญความรุนแรงในความสัมพันธ์แบบคู่รัก: การวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ** 1
  สาธิดา เต็มกุลเกียรติ, ชมพูนุท ศรีจันทร์นิล
- **ประสบการณ์ทางจิตใจของนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดที่ทำงานกับผู้รับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตาย** 17
  ชิษณุชา เลิศพัฒนกุลธร, วรัญญู กองชัยมงคล, ชมพูนุท ศรีจันทร์นิล
- **ประสบการณ์ของบุคคลวัยทำงานที่มีต่อการเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาผ่านวิดีโอคอล: การวิจัยเชิงคุณภาพ** 33
  กิตินัดดา อิทธิวิทย์, ณัฐสุดา เต้พันธ์
- **ประสบการณ์วัยเด็กของผู้ที่เติบโตมากับพ่อแม่ที่เป็นโรคซึมเศร้า** 50
  ศุภวิชญ์ วชิรบรรจง, อรัญญา ตุ้ยคำภีร์
- **การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการเล่นบำบัดที่ส่งผลต่ออาการของโรคสมาธิสั้นในเด็ก ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2015-2024** 66
  พิมพ์นิภาภัค ศรีน้อยเมือง, ฐิตาภา ชินกิจการ, พลากร สืบสำราญ

บทความฟื้นฟูวิชาการ

- **ผลของการใช้ถาดทรายบำบัดสำหรับปัญหาสุขภาพจิตในเด็กที่ถูกทารุณกรรม** 80
  พรอุมา กำเหนิดนนท์, ปภาพร ไวยวุฒิ, พนมพร พุ่มจันทร์, สุชาดา สกลกิจรุ่งโรจน์, เอื้ออนุช ถนอมวงษ์

Thai Journal of
Clinical Psychology
วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

Vol. 56 No. 1 January-April 2025 ISSN-2774-1087 (Online)

Table of Contents

Editorial statement

Original Articles

- **Counseling Experience of Intimate Partner Violence Survivors: An Interpretative Phenomenological Analysis** 1
  Sathida Temkulkiat, Chomphunut Srichannil
- **Psychological Experiences of Trainee Counselors Working with Clients Who Have Suicidal Ideation** 17
  Chisanucha Lertpattanakultorn, Warunyu Kongchaimongkhon, Chomphunut Srichannil
- **Experiences of Working-age Adults towards Receiving Video Counseling Services: A Qualitative Study** 33
  Kitinatda Itthiwit, Nattasuda Taephant
- **Childhood Experiences of Persons Growing Up with Depressed Parents** 50
  Supawit Vachirabanchong, Arunya Tuicomepee
- **The Systematic Review of the Effects of Play Therapy on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in Children 2015-2024** 66
  Pimniphaphak Srinoimueang, Titapa Chinkijkarn, Phalakorn Suebsamran

Review Articles

- **Effects of Sand Tray Therapy on Mental Health Problems in Abused Children** 80
  Pornuma Kamnerdnond, Papaporn Waiyawuth, Panomporn Phoomchan, Suchada Sakolkjrungroj, Uea-anut Tanomwong

คณะกรรมการอำนวยการ
สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย ปี 2566-2567

คณะที่ปรึกษา

ม.ล.นพ.สมชาย จักรพันธุ์
ผศ.(พิเศษ) สมทรง สุวรรณเลิศ
วัลลี ธรรมโกสิทธิ์
วันชัย ไชยสิทธิ์
ภัทระ แจ้งศิริเจริญ

นายกสมาคม

สุภาวดี นวลมณี

อุปนายก

วนิดา ชนินทยุทธวงศ์
ภูมิ์พงษ์ ขุนฉนมฉ่ำ
ว่าที่ ร.ต.ไพรัช นิภานันท์

คณะกรรมการวิชาการ

รศ.ดร.มานิกา วิเศษสาธร
ผศ.ดร.สมบุญ จารุเกษมทวี
ดร.จันทนี มุ่งเขตกลาง
ดร.ญาดา ธงธรรมรัตน์
ดร.ภัทรวรรธน์ สุขยิรัญ
ดร.รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล
ดร.แสงเดือน ยอดอัญมณีวงศ์
ดร.เอื้ออนุช ถนอมวงษ์
กฤษณะ พวงทอง
ชนิดา วิชัยคำ
ฉัตรมงคล ฉ่ำมาก
ดิษยา มีเพียร
นพวรรณ บัวทอง
ปวิธ สิริเกียรติกุล
พิชญุตม์ สุนาโท
โยธิน จารุจุฑารัตน์
วราภา สยังกูล
สุพรรณี ศิริอาภาวิวัฒน์

กิจการต่างประเทศ

ดร.ปริสุทธิ์ สำราญทรัพย์

สาราณียกร

ผศ.วัฒนะ พรหมเพชร

นายทะเบียน

ประเสริฐ จุฑา
กรทิพย์ วิทยากาญจน์

ปฏิคม

สิริจันทร์ เดชปัญญาวัฒน์

ประชาสัมพันธ์

เอกลักษณ์ วงศ์อภัย
สิธยา อนุสนธิ์
ธีระ เพ็ชรภา

กรรมการจัดหาทุน

ศศกร วิชัย

เหรัญญิก

จิตรพรรณ โพธิ์ไพโรจน์

เลขานุการ

ประภาศรี ปัญญาวชิรชัย
วีร์ เมฆวิลัย

คณะกรรมการกลาง

ผศ.ดร.กุลยา พิสิษฐ์สังฆการ
นาวาเอก (พิเศษ) หญิงพรทิพย์ อินทรวิเชียร
ดร.จารุวรรณ สกุลคู
ดร.นรัญชญา ศรีบูรพา
กมลิน อุ่นจิตติกุล
กานดา ผาวงศ์
ชญานภัส จิตตรัตน์
ดรุณี พัฒนขจร
ธิดารัตน์ ศรีสุโข
นารีรัตน์ พงษ์สิทธิถาวร
ปภาวิน พื้นชมภู
วิชญา โมฬีชาติ
นาวาโทสมบูรณ์ ดอนสนธิ์
สมยศ วุฒิชิรากรณ์
อมรรัตน์ คงชุบ
อุษา ลิ่มซิ้ว

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 Nuanmanee

Vice President

Vanida Chaninyuthwong
Phupong Koonchanumcham
Acting Sub Lt.Pairat Nipanan

Scientific Section

Assoc.Prof.Manika Wisessathorn, PhD
Asst.Prof.Somboon Jarukasemthawee, PhD
Chantanee Mungketklang, PhD
Yada Thongthamarat, PhD
Pattarawat Sukyirun, PhD
Rattanasak Santitadakul, 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
Supannee Siriapawiwat

International Affair

Parisuth Sumransab, PhD

Editorial

Asst.Prof.Wattana Prohmpetch

Registrar

Prasert Chutha
Kornthip Wittayakarn

House Master

Sirichan Dechpanyawat

Public Relation

Akaluck Wong-apai
Sidhaya Anuson
Teera Phetchphar

Financial Manager

Sasakorn Wichai

Treasurer

Jitrapun Popairoj

Secretary

Prapasri Punyavachirachai
Wee Mekwilai

Affair

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

วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

เจ้าของวารสาร: สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย

ที่ปรึกษา:

สุภาวดี	นวลมณี	นายกสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย

บรรณาธิการ:

ผศ.วัฒนะ	พรหมเพชร	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

กองบรรณาธิการ:

ผศ.ดร.เพ็ญประภา	ปริญญาพล	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี
ผศ.ดร.ไชยันต์	สกุลศรีประเสริฐ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.ดร.อารยา	ผลธัญญา	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ดร.ภัทรวรรธน์	สุขยิรัญ	โรงพยาบาลศรีธัญญา
พิณกาญจน์	ศรีศรากร	สถาบันประสาทวิทยา

คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญตรวจผลงานนิพนธ์ต้นฉบับ:

ศ.ดร.ดวงมณี	จงรักษ์	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี
รศ.ดร.สุชีรา	ภัทรายุตวรรตน์	มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.ภมรพรรณ์	ยุระยาตร์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.มานิกา	วิเศษสาธร	มหาวิทยาลัยรามคำแหง
รศ.พวงสร้อย	วรกุล	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี
ผศ.ดร.กุลยา	พิสิษฐ์สังฆการ	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.ดร.สมบุญ	จารุเกษมทวี	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.พ.ต.หญิง ดร.พนมพร	พุ่มจันทร์	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ผศ.ดร.อรพิน	สถิรมน	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ผศ.ดร.เอื้ออนุช	ถนอมวงษ์	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ผศ.ดร.ณัฐวุฒิ	อรินทร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.ดร.แสงเดือน	ยอดอัญมณีวงศ์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.ดร.นัฐพร	โอภาสานนท์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.นิรันดร์	เงินแย้ม	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.พีร	วงศ์อุปราช	มหาวิทยาลัยบูรพา
ผศ.ดร.ธนยศ	สุมาลย์โรจน์	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.สร้อยสุดา	อิ่มอรุณรักษ์	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.พิณนภา	หมวกยอด	มหาวิทยาลัยแม่โจ้
ผศ.ดร.เมธี	วงศ์วีระพันธุ์	มหาวิทยาลัยแม่โจ้
ผศ.ดร.จิระวัฒน์	ตันสกุล	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี
อ.ดร.กุลวดี	ทองไพบูลย์	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อ.ดร.สุพัทธ	แสนแจ่มใส	มหาวิทยาลัยมหิดล
อ.ดร.ปิยาพัทธ์	อารีญาติ	มหาวิทยาลัยแม่โจ้
อ.ดร.สมชาย	เตียวสกุล	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
ดร.จันทนี	มุ่งเขตกลาง	สถาบันราชานุกูล
ดร.นพ.นพพร	ตันติรังสี	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้
ดร.รัตนศักดิ์	สันติธาดากุล	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
ดร.ปริสุทธิ์	สำราญทรัพย์	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
ศศกร	วิชัย	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
Boby S.	Kappen, PhD	James Cook University, Singapore

สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารจิตวิทยาคลินิกไทย:

ตึก 10 ชั้น 3 คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี
181 ถนนเจริญประดิษฐ์ ตำบลรูสะมิแล อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี 94000
โทร.+66 7331 3928-45, +66 62 226 2026 อีเมล์: thaijoclipsy@gmail.com

Thai Journal of Clinical Psychology

Publisher: The Thai Clinical Psychologist Association

Consulting Editor:

Supavadee	Nuanmanee	President of the Thai Clinical Psychologist Association

Editor:

Asst.Prof.Wattana	Prohmpetch	Prince of Songkla University, Pattani Campus

Editorial Board:

Asst.Prof.Penprapa	Prinyapol, PhD	Prince of Songkla University, Pattani Campus
Asst.Prof.Chaiyun	Sakulsriprasert, PhD	Chiang Mai University
Asst.Prof.Araya	Pontanya, PhD	Chiang Mai University
Pattarawat	Sukyirun, PhD	Srithanya Hospital
Pinnakarn	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	Mahasarakham 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.Auranuch	Tanomwong, PhD	Kasetsart University
Asst.Prof.Nattawut	Arin, PhD	Chiang Mai University
Asst.Prof.SaengDuean	Yotanyamaneewong, PhD	Chiang Mai University
Asst.Prof.Nattaporn	Opasanon, PhD	Narasuan University
Asst.Prof.Nirun	Ngenyam, PhD	Narasuan University
Asst.Prof.Peera	Wongupparaj, PhD	Burapha University
Asst.Prof.Thanayot	Sumalrot, PhD	Mahidol University
Asst.Prof.Soisuda	Imaroonrak, PhD	Mahidol University
Asst.Prof.Pinnapa	Muakyod, PhD	Maejo University
Asst.Prof.Metee	Wongweerapun, PhD	Maejo University
Asst.Prof.Jirawat	Tunsakul, PhD	Prince of Songkla University, Pattani Campus
Kulvadee	Thongpibul, PsyD	Thammasat University
Supat	Sanjamsai, PhD	Mahidol University
Piyapat	Areeyay, PhD	Maejo University
Somchai	Teawkul, PhD	Saint Louis College
Chantanee	Mungkhetklang, PhD	Rajanukul Institute
Nopporn	Tantirangsee, M.D., PhD	Southern Institute of Child and Adolescent Mental Health
Rattanasak	Santitadakul, 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: thaijoclipsy@gmail.com

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ (ฉบับย่อ)
Guide for Authors

ต้นฉบับที่ผู้นิพนธ์ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารจิตวิทยาคลินิกไทย จะต้องไม่เคยตีพิมพ์และเผยแพร่ที่ใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น เรื่องที่ลงตีพิมพ์ในวารสารจิตวิทยาคลินิกไทยแล้วถือเป็นลิขสิทธิ์การเผยแพร่โดยสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทยแต่เพียงผู้เดียว การตีพิมพ์หรือเผยแพร่ซ้ำในที่อื่นต้องได้รับอนุญาตจากกองบรรณาธิการวารสารฯ ก่อน

เอกสารต้นฉบับจะได้รับการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความชำนาญในด้านนั้น ๆ จำนวน 3 ท่าน และต้องผ่านการพิจารณาอย่างน้อย 2 ท่าน การพิจารณานี้หมายถึงการพิจารณาเชิงเนื้อหา ระเบียบวิธีวิจัย ความถูกต้องของการใช้สำนวนการเขียน การสะกดคำ รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง ตลอดจนการใช้ไวยากรณ์ทางภาษาทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยกองบรรณาธิการจะนำข้อคิดเห็น ตลอดจนข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิกลับไปยังผู้นิพนธ์เพื่อการปรับปรุงแก้ไข 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)
- มีเลขหน้ากำกับทุกหน้าที่มุมขวาล่าง
- คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ใช้ในเนื้อเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะซึ่งขึ้นต้นด้วยอักษรตัวใหญ่
- จำนวนหน้าของบทความทั้งหมดไม่ควรเกิน 18 หน้า

การเตรียมต้นฉบับและเอกสารเพื่อส่งกองบรรณาธิการ

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

- กิตติกรรมประกาศความยาวไม่เกิน 5 บรรทัด (ถ้ามี)
- เอกสารอ้างอิง (References) ใช้ระบบ APA (the Publication Manual of the American Psychological Association) 7th edition (2020) ทั้งหมด

- **แบบฟอร์มส่งตีพิมพ์** (ใบปะหน้า) โดยระบุ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ คุณวุฒิสูงสุดและสถาบันของผู้นิพนธ์ทุกคน โดยเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พร้อมระบุชื่อ ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ของผู้นิพนธ์ที่รับผิดชอบในการติดต่อกับกองบรรณาธิการ
- **เอกสารอื่น ๆ** (ถ้ามี) ได้แก่ เอกสารรับรองผ่านคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ ในกรณีที่ทำการวิจัยหรือทดลองในมนุษย์

การส่งบทความ

1. นิพนธ์สามารถส่งบทความเพื่อเข้ารับการพิจารณาตีพิมพ์ได้ตลอดทั้งปี หรือตามช่วงเวลาที่วารสารกำหนด (ติดตามระยะเวลาการส่งบทความได้ที่เมนูข่าวประกาศ) ทางระบบวารสารออนไลน์เท่านั้น เอกสารส่งผ่านทางระบบวารสารออนไลน์ (หากเข้าใช้ครั้งแรกให้ลงทะเบียนก่อนที่: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy/login) ดังรายการต่อไปนี้
   1) ไฟล์บทความต้นฉบับ (รูปแบบการเตรียมบทความต้นฉบับ (Template))
   2) แบบฟอร์มส่งตีพิมพ์
   3) เอกสารอื่น ๆ เช่น เอกสารรับรองผ่านคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์

   พร้อมทั้งนี้ ผู้นิพนธ์ต้องกรอกรายละเอียดข้อมูลการส่งพิจารณาบทความของผู้นิพนธ์ในระบบวารสารออนไลน์: Publication ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ได้แก่ Title & Abstract, Contributors, Metadata, และ References ให้ครบถ้วนก่อนส่งบทความ
2. เมื่อผู้นิพนธ์ส่งบทความเข้ามาในระบบแล้ว ต้องรอการแจ้งผลการพิจารณาเบื้องต้นจากบรรณาธิการก่อนว่าอยู่ในขอบข่ายของวารสารและรูปแบบของบทความถูกต้องหรือไม่ เป็นต้น จากนั้นจึงเข้าสู่กระบวนการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งใช้เวลาประมาณ 1 เดือน
3. กองบรรณาธิการจะการแจ้งผลการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน หากผลการพิจารณาให้ปรับแก้ไขเพิ่มเติม ผู้นิพนธ์จะต้องดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิตามแบบฟอร์มการปรับแก้ โดยการติดต่อกับผู้นิพนธ์จะดำเนินการผ่านทางกระทู้ของเลขบทความ (ID) ที่ผู้นิพนธ์ส่งเข้ามาในระบบครั้งแรก และให้ผู้นิพนธ์ตอบกลับหรือส่งไฟล์การแก้ไขต่าง ๆ ของบทความ ในกระทู้ของเลขบทความเดียวกันเท่านั้น
4. เมื่อผู้นิพนธ์ได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ พร้อมส่งผลการปรับแก้ผ่านเรียบร้อยแล้วนั้น บรรณาธิการจะแจ้งตอบรับการตีพิมพ์เผยแพร่ จากนั้นผู้นิพนธ์จะต้องชำระเงินค่าตีพิมพ์เผยแพร่ผ่านชื่อบัญชีสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย ธนาคารกรุงไทย สาขากระทรวงสาธารณสุข ติวานนท์ เลขที่บัญชี 142-0-29451-2 พร้อมทั้งส่งหลักฐานการโอนเงินผ่านระบบวารสารออนไลน์ผ่านในกระทู้ดังกล่าว

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 การอ้างอิงข้อมูลที่มากกว่า 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” ตามด้วยชื่อสกุลผู้แต่งที่ถูกนำข้อมูลมาอ้างและปีพิมพ์

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 ให้ใช้ชื่อกฎหมายและตามด้วยปี กรณีที่เป็นกฎหมายไทยให้อ้างอิงท้ายข้อความโดยระบุชื่อกฎหมายไทยก่อนแล้วตามด้วยชื่อกฎหมายที่แปลงเป็นภาษาอังกฤษ

.....ตามที่พระราชบัญญัติสุขภาพจิต 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 ชิ้นขึ้นไป 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 คนขึ้นไป 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/dowload_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., & Sanderman, 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 วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต (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., Manessis, 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

<u>รูปเล่มหนังสือ</u>

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)

<u>วารสาร</u>

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

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

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

2.7 เว็บไซต์ (Website) และเอกสารที่ดาวน์โหลดจาก Website เป็น pdf files

ปรากฏวันเดือนปีที่เผยแพร่

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

ไม่ปรากฏวันเดือนปีหรือปีที่เผยแพร่

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

* กรณีชื่อผู้เขียนและชื่อเว็บไซต์เป็นชื่อเดียวกัน ให้ตัดชื่อเว็บไซต์ออก

Chailek, C. (2021, May 03). *Who have severe risk with COVID-19?*. The Standard. https://thestandard.co/who-have-severe-risk-with-covid-19/ (in Thai).

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 ชื่อบทความเว็บไซต์มาแทนที่ชื่อผู้แต่ง กลุ่มผู้แต่ง หรือหน่วยงานโดยพิมพ์ด้วย*ตัวเอน (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

กรณีที่นำภาพหรือตารางจากแหล่งข้อมูลหรือเอกสารอื่นมาใช้ แปล หรือดัดแปลง ให้เขียนอ้างอิงในเนื้อหา โดยระบุแหล่งที่มาไว้ในส่วนท้ายของหมายเหตุใต้ภาพ/ตาราง และนำไปใส่ไว้ในรายการอ้างอิงท้ายบทความตามรูปแบบของแหล่งข้อมูล

การระบุรายละเอียดแหล่งที่มาของภาพหรือตาราง มีวิธีการเขียนที่แตกต่างจากการเขียนรายการอ้างอิงในแต่ละประเภทของสารสนเทศ และจะต้องระบุข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับลิขสิทธิ์และการอนุญาตตามรายละเอียดดังนี้

- ลักษณะการนำภาพหรือตารางมาใช้ หากเป็นการพิมพ์ภาพหรือตารางซ้ำให้ระบุว่า “จาก” แต่ถ้ามีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงภาพหรือตารางใด ๆ ให้ระบุ “ดัดแปลงจาก”
- ข้อมูลของแหล่งที่มาตามประเภทของสารสนเทศ
- สถานะลิขสิทธิ์ของผลงานที่นำมา โดยระบุว่า “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 ซึ่งในที่นี้จะใช้ตารางดังกล่าวเป็นตัวอย่างในการระบุที่มาของตารางด้วย

ตัวอย่าง การระบุที่มาของตาราง

ตาราง 1

รูปแบบการระบุที่มาของภาพหรือตาราง

<table>
<tr><th>แหล่งที่มา*</th><th>การนำมาใช้</th><th>รายละเอียดแหล่งที่มา</th><th>ลิขสิทธิ์</th><th>ข้อความการขออนุญาต</th></tr>
<tr><td>หนังสือ</td><td rowspan="2">ไทย
จาก
หรือ
ปรับปรุงจาก</td><td>ดูข้อ 3.1.2.1</td><td rowspan="2">ไทย
สงวนลิขสิทธิ์/ปี/ชื่อเจ้าของผลงาน.
หรือ
สาธารณสมบัติ.
หรือ
CC BY-NC**</td><td rowspan="2">ไทย
พิมพ์ซ้ำโดยได้รับอนุญาต
หรือ
ดัดแปลงโดยได้รับอนุญาต</td></tr>
<tr><td>บทในหนังสือ</td><td>ดูข้อ 3.1.2.2</td></tr>
<tr><td>วารสาร</td><td rowspan="2">อังกฤษ
From
หรือ
Adapted from</td><td>ดูข้อ 3.1.2.3</td><td rowspan="2">ไทย
Copyright/year/by/
ชื่อเจ้าของผลงาน.
หรือ
In the public domain.
หรือ
CC BY-NC**</td><td rowspan="2">อังกฤษ
Reprinted with permission.
หรือ
Adapted with permission.</td></tr>
<tr><td>เว็บไซต์</td><td>ดูข้อ 3.1.2.4</td></tr>
</table>

* สำหรับสารสนเทศอื่นที่ไม่อยู่ในตารางนี้ ให้ระบุรายละเอียดของแหล่งที่มา 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) (ศูนย์นวัตกรรมทางการศึกษาสื่อสิ่งพิมพ์และสื่อออนไลน์, 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

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

บทบาทหน้าที่ของผู้นิพนธ์

- การมีชื่อการเป็นผู้นิพนธ์ (authorship of the paper) ควรจำกัดเพียงบุคคลที่มีส่วนร่วมในบทความอย่างมีนัยสำคัญในแง่การวางกรอบบทความ การออกแบบระเบียบวิธีวิจัย การบริหารโครงการวิจัย การวิเคราะห์ และอภิปรายผลการวิจัย นอกจากนี้ทุกคนที่มีส่วนร่วมในบทความอย่างมีนัยสำคัญควรมีรายชื่อเป็นผู้นิพนธ์ร่วม
- ความริเริ่มและการคัดลอกผลงาน (originality and plagiarism) ผู้นิพนธ์มีหน้าที่รับผิดชอบในเนื้อหา ภาษา และความริเริ่มของบทความ ผู้นิพนธ์ต้องไม่นำการค้นคว้าหรือผลงานของผู้อื่นมาใช้โดยปราศจากการอ้างอิงที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ การคัดลอกผลงานไม่ว่าจะจากบุคคลอื่นหรือของผู้นิพนธ์ถือว่าเป็นการผิดจรรยาบรรณในการเผยแพร่ผลงานและยอมรับไม่ได้ในวงวิชาการ
- หากบทความได้รับทุนสนับสนุน ผู้เขียนต้องระบุแหล่งทุนที่สนับสนุนเอาไว้อย่างเหมาะสม
- ผู้นิพนธ์มีหน้าที่เปิดเผยผลประโยชน์ทับซ้อนที่อาจส่งผลต่อผลการศึกษา แหล่งทุนสนับสนุนโครงการทั้งหมดควรได้รับการเปิดเผย 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
- หากผู้ทบทวนพบว่ามีงานวิจัยที่ผู้นิพนธ์นำมาใช้แล้วไม่ได้อ้างอิงหรือพบการคัดลอกผลงาน รวมถึงพบว่าบทความที่ขอตีพิมพ์ที่ความซ้อนทับกับบทความอื่น 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. มีสิทธิสมัครและได้รับเลือกเป็นกรรมการบริการ (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 อีเมล์ของนายทะเบียน 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 (หลังผ่านความเห็นชอบ)

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

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

สมาชิกวิสามัญ แพทย์ สมาชิกในประเทศ ค่าธรรมเนียมแรกเข้า 300 บาท

สมาชิกสมทบ นักศึกษา สมาชิกในประเทศ ค่าธรรมเนียมแรกเข้า 200 บาท

พร้อมส่งหลักฐานการโอนเงินไปที่ Email: jitrapun.popairoj@gmail.com

อดีตประธานชมรมนักจิตวิทยาคลินิก และนายกสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย

สมทรง	สุวรรณเลิศ	2512 – 2514			
			ณรงค์ศักดิ์	ตะละภัฏ	2515 – 2516
ละเอียด	ชูประยูร	2517 – 2518			
			อุ่นเรือน	อำไพพัสตร์	2519 – 2520
วัลลภ	ปิยะมโนธรรม	2521 – 2522			
			สมทรง	สุวรรณเลิศ	2523 – 2524
ละเอียด	ชูประยูร	2525 – 2526			
			วันชัย	ไชยสิทธิ์	2527 – 2528
ศิริวรรณ	สังข์สุวรรณ	2529 – 2530			
			กิติกร	มีทรัพย์	2531 – 2532
จริยา	วัฒนโสภณ	2533 – 2535			
			อัมพร	รัตนวิทย์	2536 – 2539
วัลลี	ธรรมโกสิทธิ์	2540 – 2543			
			นคร	ศรีสุโข	2544 – 2547
ศศิธร	ภะรตะศิลปิน	2548 – 2549			
			สุจิตรา	อุสาหะ	2550 – 2553
จินตนา	สิงขรอาจ	2554 – 2557			
			เมธี	วงศ์วีระพันธุ์	2558 – 2559
จินตนา	สิงขรอาจ	2560 – 2561			
			จินตนา	สิงขรอาจ	2562 – 2563

สุภาวดี นวลมณี
2564 – ปัจจุบัน
นายกสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทยคนปัจจุบัน

ประวัติบรรณาธิการวารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

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

สมาคมจิตวิทยาคลินิกไทย THE THAI CLINICAL PSYCHOLOGIST ASSOCIATION

บรรณาธิการแถลง

วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย (Online) ฉบับนี้เป็นปีที่ 56 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2568) ซึ่งเป็นฉบับทีมกอง บ.ก. ชุดเก่ารักษาการทำงานร่วมกับทีม บ.ก. ชุดใหม่ ที่อยู่ระหว่างรอทีมคณะกรรมการบริหารสมาคมชุดใหม่ได้รับการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการ ฉบับนี้เริ่มต้นด้วยเรื่องที่น่ายินดีอย่างยิ่งคือ วารสารได้รับการรับรองคุณภาพจากศูนย์ TCI ให้เป็นวารสารกลุ่มที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2572

บทความวิจัยที่ได้รับการคัดสรรฉบับนี้ เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพที่สะท้อนปรากฏการณ์ทางจิตใจเชิงลึกจากการปรึกษา ประสบการณ์วัยเด็ก และการบำบัดไว้อย่างน่าสนใจ จำนวน 6 เรื่องรวมทั้งบทความฟื้นฟูวิชาการจำนวน 1 เรื่อง โดยบทความวิจัยเรื่องแรกเป็น“ประสบการณ์การรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาของผู้ที่เคยเผชิญความรุนแรงในความสัมพันธ์แบบคู่รัก: การวิเคราะห์ปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ” โดย สาธิดา เต็มกุลเกียรติ, ชมพูนุท ศรีจันทร์นิล เรื่องต่อมาเป็น “ประสบการณ์ทางจิตใจของนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดที่ทำงานกับผู้รับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตาย” โดย ชิษณุชา เลิศพัฒนกุลธร, วรัญญู กองชัยมงคล, ชมพูนุท ศรีจันทร์นิล และเรื่อง “ประสบการณ์ของบุคคลวัยทำงานที่มีต่อการเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาผ่านวิดิโอคอล: การวิจัยเชิงคุณภาพ” โดย กิตินัดดา อิทธิวิทย์, ณัฐสุดา เต้พันธ์ เรื่อง “ประสบการณ์วัยเด็กของผู้ที่เติบโตมากับพ่อที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า” โดย ศุภวิชญ์ วชิรบรรจง, อรัญญา ตุ้ยคำภีร์ และเรื่อง “การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการเล่นบำบัดที่ส่งผลต่ออาการของโรคสมาธิสั้นในเด็กตั้งแต่ปี ค.ศ. 2015-2024” โดย พิมพ์นิภาภัค ศรีน้อยเมือง, ฐิติภา ชินกิจการ, พลากร สืบสำราญ และบทความฟื้นฟูวิชาการที่น่าสนใจเรื่องสุดท้ายคือ “ผลของการใช้ถาดทรายบำบัดสำหรับปัญหาสุขภาพจิตในเด็กที่ถูกทารุณกรรม” โดย พรอุมา กำเหนิดนนท์, ปภาพร ไวยวุฒิ, พนมพร พุ่มจันทร์, สุชาดา สกลกิจรุ่งโรจน์, เอื้ออนุช ถนอมวงษ์

บทความที่เผยแพร่ฉบับนี้ หวังว่าจะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านทุกท่านทั้งด้านของความรู้ การประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานด้านจิตวิทยาคลินิกและเป็นฐานต่อยอดความรู้ต่อไปนั้น แม้วารสารจะได้รับการพัฒนาอยู่กลุ่ม 1 แล้วนั้น แต่การพัฒนามาตรฐานวารสาร คุณภาพของบทความ และเผยแพร่องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องยังคงดำเนินและขยายในเชิงพัฒนาต่อไป กองบรรณาธิการวารสารจิตวิทยาคลินิกไทย (Online) ขอขอบพระคุณสมาชิกสมาคมและผู้สนใจทุกท่านที่ได้ติดตามอ่านบทความตลอดมา ท้ายนี้วารสารขอเชิญชวนสมาชิกสมาคม นักจิตวิทยา นักวิชาการ นักวิจัย นักศึกษา และผู้สนใจทุกท่าน ได้ส่งบทความวิจัยหรือบทความฟื้นฟูวิชาการเข้ารับการพิจารณาเพื่อเผยแพร่ลงวารสารในฉบับต่อไปผ่านทางระบบวารสารออนไลน์นี้ได้ตลอดเวลา

วัฒนะ พรหมเพชร
บรรณาธิการ

ข้อเขียนที่ปรากฏในวารสารนี้ ย่อมเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเรื่องนั้นโดยเฉพาะ มิใช่เป็นทัศนะของกองบรรณาธิการหรือบรรณาธิการเสมอไป

วารสาร
จิตวิทยาคลินิกไทย
https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสบการณ์การรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาของผู้ที่เคยเผชิญความรุนแรงในความสัมพันธ์แบบคู่รัก: การวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ

สาธิดา เต็มกุลเกียรติ[1*], ชมพูนุท ศรีจันทร์นิล[2]

[1] *นิสิตปริญญาโท คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*

[2] *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*

[*] ผู้ประพันธ์บรรณกิจ, e-mail: sathida.temk@gmail.com

วันที่รับบทความ: 27 ตุลาคม 2567 | **วันที่แก้ไขบทความ:** 29 พฤศจิกายน 2567 | **วันตอบรับบทความ:** 5 ธันวาคม 2567

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์การรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในผู้ที่เคยประสบกับความรุนแรงในความสัมพันธ์แบบคู่รัก

วัสดุและวิธีการ การวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างเป็นเวลา 74-123 นาที ผู้เข้าร่วมวิจัยเพศหญิงจำนวน 4 คน อายุ 21-28 ปี ที่เคยเข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาด้วยประเด็นปัญหาเกี่ยวกับความรุนแรงในความสัมพันธ์แบบคู่รัก

ผลการศึกษา บทความวิจัยนี้นำเสนอสองประเด็นหลักของผลการวิจัย คือ 1) การปรึกษาทำให้ตระหนักถึงสภาวะที่เผชิญในความสัมพันธ์ ประกอบไปด้วย 4 ประเด็นย่อยดังนี้ (1) การปรึกษาช่วยให้ตระหนักรู้มุมมองที่มีต่อปัญหา (2) การลดการกล่าวโทษตนเอง (3) การตระหนักรู้ถึงอุปสรรคในการออกจากความสัมพันธ์ และ (4) ความขัดแย้งในตนเองทำให้เลี่ยงการปรึกษาต่อ และ 2) การปรึกษาช่วยให้มั่นคงในการยืนหยัดเพื่อตนเอง ประกอบไปด้วย 3 ประเด็นย่อยดังนี้ (1) การปรึกษาช่วยสร้างขอบเขตในการอยู่ในความสัมพันธ์ (2) ความเปลี่ยนแปลงในใจจากการปรึกษาช่วยให้สามารถยุติความสัมพันธ์ได้ และ (3) การปรึกษาช่วยให้เกิดความมั่นคงในการยุติความสัมพันธ์

สรุป ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีต่อการพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับการเผชิญกับความรุนแรงในความสัมพันธ์แบบคู่รัก และการพัฒนาความมั่นคงทางจิตใจในการยืนหยัดออกจากความสัมพันธ์ที่รุนแรงจากมุมมองผู้รับบริการ ซึ่งผู้ให้การปรึกษาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติวิชาชีพที่สอดคล้องกับความต้องการเฉพาะของผู้รับบริการอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: ประสบการณ์การรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา, การวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ, ความรุนแรงในความสัมพันธ์แบบคู่รัก

Thai Journal of Clinical Psychology
https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy

Original Article

Counseling Experience of Intimate Partner Violence Survivors: An Interpretative Phenomenological Analysis

Sathida Temkulkiat[1*], Chomphunut Srichannil[2]

[1] *Master Student, Faculty of Psychology, Chulalongkorn University*

[2] *Assistant Professor, Ph.D., Counseling Psychology, Faculty of Psychology, Chulalongkorn University*

[*] Corresponding author, e-mail: sathida.temk@gmail.com

Received: 27 October 2024 | **Revised:** 29 November 2024 | **Accepted:** 5 December 2024

Abstract

Objectives: The study aimed to gain insight into the psychological experiences of counseling in intimate partner violence survivors.

Materials and methods: This qualitative research employed the Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) method and collected data through semi-structured in-depth interviews ranging from 74-123 minutes. The participants were four women aged 21 to 28 years who had experienced intimate partner violence and sought counseling regarding the relationship.

Results: This article presents two main themes: 1) Experience of counseling increased awareness of the situation, revealing four subordinate themes: (1) Counseling increased awareness in perception of the problem; (2) Counseling lessened self-blame; (3) Awareness of what prevents oneself from leaving the relationship; and 4) Self-conflict leads to avoidance of continuing counseling. 2) Counseling helps with standing up for oneself, consisting of three subordinate themes: (1) Counseling helped create relationship boundaries; (2) Changes resulting from counseling helped end the relationship; and (3) Counseling helped remain stable during the process of ending the relationship.

Conclusion: This research provides an understanding of the psychological experiences of female survivors of intimate partner violence in counseling. The findings have the potential to significantly enhance counselor competence, providing a deeper understanding and more effective strategies for working with women seeking help for intimate partner violence.

Keywords: Counseling experience, Interpretative phenomenological analysis, Intimate partner violence

บทนำ

ความรุนแรงในความสัมพันธ์แบบคู่รัก (intimate partner violence, IPV) เป็นปัญหาที่ส่งผลต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ที่ประสบความรุนแรง พบได้ในทุกเพศ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ตลอดจนผู้มีความหลากหลายทางเพศ (Cho et al., 2020; Peitzmeier et al., 2020) โดยเพศหญิงมีแนวโน้มประสบกับความรุนแรงในความสัมพันธ์แบบคู่รักในอัตราที่สูงกว่าเพศอื่น (Cho et al., 2020; Cunningham & Anderson, 2023) ในประเทศไทย เพศหญิงมีรายงานการประสบความรุนแรงในความสัมพันธ์แบบคู่รัก 15.4% แบ่งเป็นความรุนแรงทางด้านจิตใจ 7.5-15.4% ทางร่างกาย 2.6-10.6% ทางเพศ 3.3-10.4% และพฤติกรรมควบคุม 4.6-28.5% แตกต่างกันตามลักษณะความรุนแรง (Chuemchit et al., 2018) ผู้หญิงที่ประสบกับความรุนแรงในความสัมพันธ์แบบคู่รักนั้นในช่วงแรกมักยังไม่ตระหนักถึงความรุนแรง และยังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงเพื่อยุติการเผชิญความรุนแรงของตนเอง (Eckstein, 2011; Minto et al., 2022) โมเดลความพร้อมทางจิตสังคม (psychosocial readiness model) ที่เสนอโดย Cluss et al. (2006) ระบุว่าปัจจัยที่ช่วยให้เกิดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงนั้นมีทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ตั้งแต่การตระหนักรู้ (awareness) การรับรู้ถึงแรงสนับสนุน (perceived support) และการรับรู้พลังและความสามารถของตน (self-efficacy/ perceived power) Chang et al. (2010) เสนอว่าจุดเปลี่ยนในการสร้างความเปลี่ยนแปลงต่อสถานการณ์ของตนเองในผู้ที่ประสบกับความรุนแรงในความสัมพันธ์นั้นมาจากการตระหนักรู้ถึงผลกระทบจากความรุนแรงต่อตนเอง และการรับรู้อำนาจในตนเองจากการได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสม

ผู้ถูกกระทำความรุนแรงในความสัมพันธ์แบบคู่รักนั้นมีการเข้ารับบริการทางสุขภาพจิตรูปแบบต่าง ๆ แม้ว่าในช่วงแรกของการเข้ารับบริการทางสุขภาพจิตนั้นจะไม่ได้แจ้งปัญหาเจาะจงที่ความรุนแรงในความสัมพันธ์ก็ตาม (Frasier et al., 2001) Ansara and Hindin (2010) พบว่าเพศหญิงมีสถิติการขอความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยามากกว่าเพศชาย (35.1% และ 16.4%) โดย Marsden et al. (2021) พบว่าเพศหญิงที่เข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาส่วนใหญ่รายงานประสบการณ์การปรึกษาที่ได้รับในเชิงลบ ซึ่งมักจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ประสบความรุนแรงในความสัมพันธ์รับรู้ว่าผู้ให้การปรึกษาพูดถึงตนเองมากเกินไป กล่าวโทษ ไม่เชื่อ หรือทำให้สงสัยในตัวเองว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นความรุนแรงจริง ส่งผลให้รู้สึกถูกมองข้าม ในขณะที่ประสบการณ์การปรึกษาทางบวกเกี่ยวข้องกับการมีพื้นที่อย่างเต็มที่ในการพูดถึงปัญหาโดยไม่ถูกตัดสิน การเชื่อในคำพูด ยืนยัน ยอมรับในความรู้สึกของผู้รับการปรึกษา และช่วยยืนยันถึงความรุนแรง ทำให้รู้สึกว่าได้รับความเข้าใจ นอกจากนี้ Lewis et al. (2015) พบว่าการที่ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้ประสบกับความรุนแรงตระหนักถึงอำนาจในตนเองที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ ทำให้เกิดการรับรู้ถึงการควบคุมมากขึ้น และสัมพันธภาพในการบำบัดที่มีความหมายก็ช่วยเสริมสร้างความรู้สึกมั่นคงในตนเองระหว่างกระบวนการเยียวยา

ข้อมูลแสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้ใหญ่วัย 18-44 ปี ซึ่งอยู่ในความสัมพันธ์ที่จริงจัง (committed relationship) เป็นกลุ่มหนึ่งที่มีโอกาสได้รับความช่วยเหลือจากบริการทางสุขภาพจิตมากที่สุดในประเด็นความรุนแรงในความสัมพันธ์แบบคู่รัก (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2023; Paat & Markham, 2019) ในแง่ของรูปแบบการให้บริการปรึกษา Murray et al. (2007) พบว่าการให้บริการปรึกษาแบบคู่โดยทั่วไปมีประสิทธิภาพน้อยกว่า เนื่องจากมีความเสี่ยงที่อำนาจในความสัมพันธ์จะทำให้ไม่กล้าสื่อสารอย่างตรงไปตรงมาในห้องบำบัด และอาจสร้างความเสี่ยงให้ถูกทำร้ายเพิ่มเติมในภายหลัง

การสนับสนุนให้เกิดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นบทบาทสำคัญที่ผู้ให้การปรึกษาสามารถทำได้ อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้รับการปรึกษาที่ทำให้เห็นความเชื่อมโยงว่าสิ่งที่เกิดขึ้นในห้องบำบัดนั้นส่งผลอย่างไรในการรับรู้ของผู้รับการปรึกษา และส่งผลต่อพฤติกรรมการตัดสินใจ และการรับมืออย่างไรบ้าง งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลของผู้ที่เคยประสบ

กับความรุนแรงในความสัมพันธ์แบบคู่รัก โดยศึกษาในผู้ใหญ่ที่เคยอยู่ในความสัมพันธ์ที่จริงจังที่มีความรุนแรงไม่ว่าจะทางร่างกาย จิตใจ ทางเพศ หรือพฤติกรรมควบคุม และได้ยุติความรุนแรงในความสัมพันธ์ของตนเองแล้ว เพื่อตอบคำถามการวิจัยที่ว่า “ประสบการณ์การรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในผู้ที่เคยประสบกับความรุนแรงในความสัมพันธ์แบบคู่รักอย่างไร” โดยมุ่งหวังว่าการตอบคำถามวิจัยนี้จะช่วยพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการและผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาจากมุมมองของผู้ที่เคยเผชิญกับความรุนแรงในความสัมพันธ์แบบคู่รัก นำไปสู่การพัฒนาแนวทางการให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการและสภาพปัญหาของผู้รับการปรึกษาต่อไป

วัสดุและวิธีการ

ผู้วิจัยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพแบบการวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (interpretative phenomenological analysis: IPA) เสนอโดย Jonathan Smith (Smith, 2011, 2017, 2019) มีจุดประสงค์เพื่อมุ่งทำความเข้าใจประสบการณ์เชิงลึกและการให้ความหมายของบุคคลต่อประสบการณ์หนึ่ง ๆ ซึ่งเชื่อว่าจะเป็นฐานเพื่อเข้าใจประสบการณ์นั้น ๆ ต่อไป โดยให้ความสำคัญกับการศึกษาประสบการณ์เฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะบุคคล ว่าให้ความหมายต่อเหตุการณ์เฉพาะหนึ่ง ๆ อย่างไร โดยคุณภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับจำนวนที่มากของผู้ให้ข้อมูล แต่คือการได้ข้อมูลเชิงลึกที่ไม่กระจัดกระจาย ให้ความสำคัญกับความเฉพาะเจาะจงของบริบทซึ่งเป็นจุดสำคัญในการได้มาซึ่งความเข้าใจในความสลับซับซ้อนของประสบการณ์เฉพาะบุคคลและการสะท้อนกลุ่มที่ใกล้เคียงกัน

วิธีการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยโดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแบบเฉพาะเจาะจง (purposive homogeneous sampling) ร่วมกับการเลือกตัวอย่างแบบอ้างอิงด้วยบุคคล (snowball sampling) ด้วยการบอกต่อของผู้สนใจเข้าร่วมวิจัย ตามเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) อายุ 18-35 ปี 2) เป็นเพศใดก็ได้ 3) เคยประสบความรุนแรงในความสัมพันธ์แบบคู่รักที่จริงจัง (committed relationship) เช่น แฟนหรือคู่สมรส 4) ความรุนแรงที่เคยประสบจะเป็นในลักษณะใดก็ได้ อันใดอันหนึ่ง หรือมีร่วมกัน (ความรุนแรงทางร่างกาย ทางจิตใจ หรือทางเพศ) 5) ในระหว่างที่ประสบความรุนแรงในความสัมพันธ์แบบคู่รัก ได้มีการเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงนั้น 6) ในขณะที่ให้ข้อมูลไม่ได้อยู่ในความสัมพันธ์ที่รุนแรงแล้ว (ยุติความสัมพันธ์แล้ว หรืออยู่ในความสัมพันธ์เดิมแต่ยุติความรุนแรงแล้ว) 7) ในขณะให้ข้อมูล ได้ยุติการปรึกษาในประเด็นความรุนแรงดังกล่าวแล้ว 8) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้อย่างดี 9) ยังระลึกถึงประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องได้ 10) มีความยินดีที่จะให้บันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์เพื่อคัดเลือกเบื้องต้น (screening interview) ทางโทรศัพท์ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีลักษณะตรงตามเกณฑ์ที่ตั้งเอาไว้ และนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ร่วมกัน หลังจากการสัมภาษณ์ มีการคัดออกตามเกณฑ์ ได้แก่ 1) ประสบการณ์การรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นไปในลักษณะที่ไม่เป็นมืออาชีพ เช่น มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้ให้การปรึกษานอกขอบเขตการปรึกษา เป็นต้น 2) ประสบการณ์การรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาไม่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ที่มีความรุนแรง และ 3) ประสบการณ์ปรึกษาเป็นการปรึกษาร่วมกับคู่รักไม่ใช่การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล หลังจากนั้นผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยทีละคนตามลำดับ จนได้มาซึ่งประเด็นสำคัญที่ตอบคำถามการวิจัย โดยได้ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้น 4 ราย รายละเอียดข้อมูลเบื้องต้นผู้เข้าร่วมวิจัยดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1
ข้อมูลเบื้องต้นผู้เข้าร่วมวิจัย

นามสมมติ	อายุ (ปี)	เพศของผู้เข้าร่วมวิจัย	เพศของคนรัก	ประเภทความรุนแรงในความสัมพันธ์	จำนวนครั้งที่พบผู้ให้การปรึกษา		
					คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3
พีม	27	หญิง	ชาย	ร่างกาย, จิตใจ, ควบคุม	3	>15	-
เจน	21	หญิง	หญิง	จิตใจ, เพศ, ควบคุม	6	2	>15
บิว	27	หญิง	ชาย	ร่างกาย, จิตใจ, ควบคุม	1	1	1
แก้ม	28	หญิง	หญิง	จิตใจ, ควบคุม	5	5	>10

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัย เป็นผู้ดำเนินการตั้งแต่การกำหนดหัวข้อการวิจัย การเก็บข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยมีการเขียนสะท้อนตนเอง (reflexivity) ตลอดกระบวนการวิจัย เพื่อตรวจสอบและกำกับอัตวิสัยของผู้วิจัยเอง เพื่อให้มั่นใจว่าเกิดความรู้ตัวถึงประสบการณ์ส่วนบุคคลที่อาจมีผลต่อมุมมองของผู้วิจัยในการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ตีความข้อมูล

2. การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ซึ่งมีความยืดหยุ่นและเป็นคำถามปลายเปิด ข้อคำถามหลักเกี่ยวข้องกับประสบการณ์การปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ที่ถูกกระทำความรุนแรง เช่น เกิดอะไรขึ้นบ้างในการปรึกษาหลังจากที่ท่านเปิดเผยเกี่ยวกับความรุนแรงที่ประสบ ท่านรู้สึกอย่างไรหลังจากเปิดเผยเรื่องราวความรุนแรงในระหว่างการปรึกษา การปรึกษาเชิงจิตวิทยาในช่วงดังกล่าวส่งผลต่อท่านอย่างไรบ้าง เป็นต้น ซึ่งคำถามที่ใช้การสัมภาษณ์ได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์ประจำสาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 2 ท่าน และมีการนำไปทดลองใช้ (pilot interview) กับผู้ให้ข้อมูล 1 รายก่อนนำมาใช้สัมภาษณ์จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (เลขที่โครงการวิจัย 660154) ผู้วิจัยพบกับผู้เข้าร่วมงานวิจัยในสถานที่ที่เป็นส่วนตัวและปลอดภัย โดยสัมภาษณ์แบบพบหน้าในห้องประชุมส่วนตัว 1 คน และการประชุมออนไลน์ผ่านวิดีโอโปรแกรม Zoom 3 คน ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัยและอธิบายเกี่ยวกับความยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัย เมื่อได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในรูปแบบเอกสารสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยที่พบหน้าและเอกสารอิเล็กทรอนิกส์สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยที่พบทางออนไลน์ ผู้วิจัยมอบค่าชดเชยการเสียเวลาเป็นเงินจำนวน 200 บาทด้วยการโอนเงินผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ แล้วจึงเริ่มทำการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยขออนุญาตผู้เข้าร่วมวิจัยบันทึกเสียงสัมภาษณ์ โดยใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ 74-123 นาที โดยใช้เวลาเฉลี่ย 91 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์ของการวิจัยเชิงคุณภาพแบบการวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความที่แนะนำโดย Srichannil (2017) และ Smith et al. (2022) ดังนี้ 1) ฟังคลิปเสียงบันทึกเทป พร้อมถอดเสียงสัมภาษณ์เป็นคำพูดแบบคำต่อคำ (verbatim) พร้อมบันทึกการแสดงอารมณ์ต่าง ๆ ที่ปรากฏในน้ำเสียง และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล อ่านบทสัมภาษณ์ซ้ำจนคุ้นเคยกับข้อมูล 2) นำข้อมูลที่ได้จากการถอดเสียงสัมภาษณ์มาใส่ตารางและเลขบรรทัดเพื่อเป็นการจัดระเบียบข้อมูลอย่างเป็นระบบ บันทึกประเด็นสำคัญระหว่างที่อ่าน ทั้งบันทึกเชิงบรรยาย เชิงภาษาและเชิงแนวคิด 3) นำบันทึกประเด็นสำคัญจากขั้นที่แล้วกลับมาอ่านบันทึกซ้ำ เพื่อสกัดข้อมูลลงให้เป็นข้อความเชิงประสบการณ์ ซึ่งมีการตีความของผู้วิจัยร่วมกับข้อมูลด้วย 4) นำข้อมูลเชิงประสบการณ์มาจัดเรียง หาความเชื่อมโยง ความเหมือนและความต่าง โดยจัดเรียง

ข้อความที่คล้ายกันไว้ด้วยกันเป็นหนึ่งกลุ่มใจความสำคัญ และข้อความที่ไม่เกี่ยวข้องถูกตัดออก 5) นำกลุ่มใจความสำคัญมาระบุชื่อ เป็นประเด็นย่อยที่เกี่ยวข้องกันโดยคำนึงถึงการตอบคำถามการวิจัย จัดหมวดหมู่เป็นประเด็นหลักโดยอาจมีการตัดบางใจความสำคัญออกหากไม่เกี่ยวข้องกับใจความอื่น ๆ หรือไม่เกี่ยวข้องกับคำถามการวิจัย แล้วใส่ลงในตาราง 6) เมื่อเสร็จสิ้นการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลรายแรกแล้ว จึงปฏิบัติซ้ำต่อข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลคนถัด ๆ ไป 7) เมื่อครบทุกคนแล้ว ได้นำหมวดหมู่ใจความสำคัญแต่ละฉบับมามองหาความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงหาความเหมือนและความต่าง เพื่อให้ใจความที่ได้ในการรายงานผลวิจัยซึ่งตอบคำถามการวิจัยเป็นอย่างดี

การกำกับและประเมินคุณภาพงานวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยกำกับให้งานวิจัยเป็นไปตามเกณฑ์กำกับคุณภาพของ IPA (Smith, 2011, as cited in Srichannil, 2019) ได้กำหนดประเด็นที่จะศึกษาอย่างชัดเจน มีกลุ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งมีประสบการณ์การรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในความสัมพันธ์ ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถให้ข้อมูลที่มีรายละเอียด และสะท้อนปรากฏการณ์ในใจที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิดในการสัมภาษณ์ ในการเขียนรายงานข้อค้นพบรายงานข้อมูลโดยนำเสนอแยกระหว่างข้อมูลที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัย และการตีความของผู้วิจัยเองเพื่อความตรงไปตรงมาของผลการศึกษา คำนึงถึงการแพร่หลายของใจความสำคัญ แสดงให้เห็นทั้งความคล้ายและความต่างของประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละคนซึ่งมาจากความต่างของบุคคลในการรับรู้ประสบการณ์ เพื่อสนับสนุนใจความสำคัญที่นำเสนอ ซึ่งสอดคล้องกับฐานคิดการศึกษาเฉพาะบุคคล (ideography) ของ IPA และให้พื้นที่ในการนำเสนอแต่ละใจความสำคัญอย่างเพียงพอ และนำเสนอความเชื่อมโยงของข้อมูลทั้งในภาพกว้างและลงรายละเอียดในประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผลการศึกษา

ในบทความนี้นำเสนอส่วนหนึ่งจากผลการศึกษา คือประเด็นหลัก **การปรึกษาทำให้ตระหนักถึงสภาวะที่เผชิญอยู่ในความสัมพันธ์** และ**การปรึกษาช่วยให้มั่นคงในการยืนหยัดเพื่อตนเอง** โดยมีรายละเอียดในแต่ละประเด็นดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1: การปรึกษาทำให้ตระหนักถึงสภาวะที่เผชิญอยู่ในความสัมพันธ์

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่าการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ตระหนักรู้เกี่ยวกับสภาวะที่ตนอยู่ในบริบทของความสัมพันธ์มากขึ้น ขยายความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาในความสัมพันธ์ เปลี่ยนมุมมองที่มีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ภายใต้ใจความสำคัญหลักดังกล่าว ประกอบด้วยใจความสำคัญรองทั้งสิ้น 4 ใจความสำคัญ โดยมีรายละเอียดในแต่ละประเด็นดังนี้

ประเด็นย่อย 1.1 การปรึกษาช่วยให้ตระหนักรู้มุมมองที่มีต่อปัญหา

ผู้เข้าร่วมวิจัย 3 ใน 4 ราย ระบุว่ามีการรับรู้ปัญหาที่ตนประสบอยู่เป็นแบบหนึ่งในตอนแรก และเมื่อมาปรึกษาแล้วทำให้มองปัญหาที่ตนเจออยู่เปลี่ยนไปอย่างที่คิดไม่ถึงด้วยตนเอง ทำให้รู้สึกว่าการปรึกษามีอิทธิพลต่อมุมมองที่มีต่อปัญหามาก

ดังที่บิวระบุว่า *“เหมือน เอ้ยเออว่ะ ลืมนึกไปเลยว่าไม่ใช่ความผิดเรานี่หว่า เหมือนที่ผ่านมามันกระวนกระวายว่าแบบ แล้วเราจะต้องทำยังไงอีกวะ ทำยังไงต่อไปดีวะ เพื่อให้ความสัมพันธ์มันดี เราผิดเองที่ผ่านมาทั้งหมด อะไรอย่างเงี้ย เออเค้าเป็นคนที่บอกว่าไม่ใช่”* (บิว)

จากที่บิวกล่าวว่า *“เหมือน เอ้ยเออว่ะ ลืมนึกไปเลย”* อีกทั้ง *“เป็นสิ่งที่เราคิดไม่ถึง”* สื่อว่ากระบวนการในการปรึกษาทำให้เกิดการสำรวจความคิดตนเองในมุมมองที่ไม่เคยคิดมาก่อน จากที่มาพบผู้ให้การปรึกษาด้วยความเชื่อว่าตนเป็นสาเหตุของปัญหาความรุนแรงในความสัมพันธ์ เมื่อตระหนักรู้จากการปรึกษาแล้วว่าไม่ใช่ความผิดของตนที่ถูกคนรักทำร้าย จึงนำไปสู่การตั้งคำถามต่อตนเองถึงสิ่งที่ตนรับรู้และทำมาตลอด ว่าทำไมตนจึงต้องเป็นผู้พยายามเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อ

รักษาความสัมพันธ์ ซึ่งสื่อถึงการพลิกของความคิดที่มีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอยู่ในความสัมพันธ์

ในทางเดียวกัน เจนกล่าวว่าการปรึกษาช่วยให้เปลี่ยนจากการรับรู้ปัญหาว่าเป็นปัญหาส่วนตัว อย่างการเรียนและการนอนไม่พอ เป็นรับรู้ว่าที่มาของสิ่งตนเผชิญอยู่นั้นเป็นปัญหาจากความสัมพันธ์

“เหมือนกับหนูก็บอกว่าหนูปรับ(เวลานอน)ไม่ได้แล้วมันก็คงไปเอ๊ะอะไรในใจเค้าแล้วเค้าก็เหมือนกับถามต่อว่าทำไมถึงไม่ได้ ทำไมเราถึงคิดว่าทำไม่ได้ แบบ physically เราทำไม่ได้หรอแบบเรานอนไม่หลับหรอ หนูก็แบบอ๋อเปล่า ไม่งั้นหนูจะทะเลาะกับแฟน หนูจะทะเลาะกับแฟน ถ้าหนูเผลอหลับ” (เจน)

คำว่า *“เอ๊ะ”* ที่เจนกล่าวสื่อถึงการสังเกตถึงการกระตุกคิดของผู้ให้การปรึกษาทำให้ตั้งคำถามที่ช่วยชี้ถึงความเชื่อมโยงที่ยังไม่ถูกกล่าวถึงในเรื่องราวของผู้รับการปรึกษา ทำให้เจนได้ตระหนักถึงจุดเชื่อมโยงในเรื่องราวของตนด้วยเช่นกัน

ในกรณีของพีมนั้น ได้เกิดความเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ระดับความชัดเจนของปัญหาที่ตนพบ จากการรับรู้เพียงว่ามักจะเจ็บตัวเมื่อมีการทะเลาะกับคนรัก มาสู่การรับรู้แบบระบุได้ชัดเจนว่าสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่คือความรุนแรงในความสัมพันธ์ ดังที่กล่าวว่า *“พีมสังเกตขึ้นมาในตอนที่เค้าบอกว่าพีมยังแยกไม่ได้ด้วยซ้ำว่า นี่คือการใช้ความรุนแรงรึเปล่า”* (พีม)

จากคำกล่าวของพีมสื่อให้เห็นว่าการสะท้อนของผู้ให้การปรึกษาฟังว่าดูเหมือนพีมยังไม่ชัดเจนกับสิ่งที่เกิดขึ้น ทำให้พีมเริ่มสะกิดใจว่าน่าจะมีอะไรบางอย่างที่ตนควรหาคำตอบ เป็นจุดเริ่มต้นให้กลับไปสังเกตเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในความสัมพันธ์ของตนหลังการปรึกษาครั้งนั้น และหลังจากที่โดนคนรักตบหน้าจึงเกิดความเปลี่ยนแปลงจากที่ไม่แน่ใจ จนเป็นความมั่นใจว่าที่ประสบคือความรุนแรง

ประเด็นย่อย 1.2 การลดการกล่าวโทษตนเอง

ผู้เข้าร่วมวิจัย คือ แก้ม บิว เจน ระบุถึงผลที่ได้รับจากการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ว่าช่วยทำให้เห็นว่าปัญหาที่เกิดขึ้นในความสัมพันธ์นั้นไม่ใช่ความผิดของตนตามที่คนรักมักกล่าวโทษ ทำให้ลดการโทษตัวเองเกี่ยวกับปัญหาในความสัมพันธ์ลง และได้เห็นการมีส่วนของคนรักในปัญหามากขึ้น

ดังที่แก้มกล่าวว่า *“กลายเป็นว่าเราได้ปล่อย feeling โกรธ เราได้ด่าแฟนใน session อ่ะ แล้วมันรู้สึกดีมาก เพราะกลายเป็นว่าพอเราได้โกรธ มันเหมือนเราได้ aware แล้วว่า อ๋อมันไม่ใช่ความผิดเราเว้ย มันเป็นความผิดของแฟน แล้วพอเรารับรู้แบบนั้นอ่ะ การโทษตัวเองมันค่อนข้างจะน้อยลง”* (แก้ม)

แก้มกล่าวถึงการระบายความรู้สึกต่อคนรักในทางลบใน session แล้วทำให้รู้สึกดีมากสะท้อนถึงความเข้มข้นทางอารมณ์ที่ต้องเก็บกดไว้ขณะที่อยู่กับคนรัก การได้ระบายความรู้สึกอย่างเต็มที่ในระหว่างการปรึกษาเป็นการปลดปล่อยอารมณ์ที่ถูกปิดล็อคไว้ออกมา ซึ่งช่วยทำให้สามารถรับรู้อารมณ์โกรธที่ตนมีต่อคนรักจากการโดนกล่าวโทษในความสัมพันธ์ได้ และทำให้ตระหนักรู้ได้ว่าตนไม่ได้เป็นฝ่ายผิดในเรื่องที่เกิดขึ้น อีกทั้งแก้มยังกล่าวว่าผู้ให้การปรึกษา *“มาช่วยกอบกู้เราคืน”* นั้นสื่อถึงการได้รับการช่วยทวงคืนความยุติธรรม จากที่โดนคนรักตัดสินว่าเป็นผู้ผิด ให้ได้เห็นว่าไม่ได้เป็นเช่นนั้น ทำให้หลุดจากการโทษตัวเองทั้งในขณะปรึกษาและตอนกลับไปอยู่กับคนรักด้วย

คล้ายคลึงกับแก้ม การปรึกษากับผู้ให้การปรึกษาของบิวค่อย ๆ สร้างความมั่นใจว่าไม่ใช่ความผิดของตนที่ทำให้คนรักโมโหและกระทำความรุนแรง *“เรารู้สึกว่าอันนั้นคือประโยคปลดล็อคมากว่าจริง ๆ แล้วมันไม่ใช่ความผิดเราเลยที่เราโดนทำร้ายร่างกาย มันเป็นสิ่งที่เราอาจจะอยากฟังอยู่แล้วไม่รู้เหมือนกัน แต่เป็นสิ่งที่เราคิดไม่ถึง ก็คือเค้าทำให้เรารู้สึกว่า เห้ย ที่โดนทำร้ายร่างกายอ่ะ มันไม่ใช่ความผิดของเรานะเว้ย ทำไมเราถึงต้องการมาเปลี่ยนแปลงตัวเองวะ”* (บิว)

การที่ผู้ให้การปรึกษาบอกบิวว่าไม่ใช่ความผิดของบิวเลยที่ต้องมาเจอเหตุการณ์แบบนี้ ทำให้บิวรู้สึกว่าตนได้รับความเข้าใจจากผู้ให้การปรึกษาอย่างมาก และเป็น *“ประโยคปลดล็อค”* อาจจะหมายความว่าการที่ผู้ให้การปรึกษามองว่าตนไม่ผิดนั้นเสมือนเป็นการอนุญาตให้บิวมองว่าตนไม่ผิดเช่นกัน จะเห็นได้ว่าสำหรับบิว การปรึกษาช่วยให้บิวเริ่มรับรู้ว่าตนไม่ผิด ทำให้สามารถหลุดออกจากความยึดมั่นที่จะต้องอยู่ในความสัมพันธ์ต่อเพื่อที่จะทำให้ดีที่สุดและกล้าคิดเรื่อง

เลิกกับคนรัก เนื่องจากเริ่มตระหนักว่าหากว่าต้องยุติความสัมพันธ์ลงก็ไม่ได้หมายความว่าเป็นความผิดของตนเอง

ต่างกับเจน ที่ในตอนแรกเข้ารับบริการปรึกษาด้วยการโทษว่าเป็นความผิดของตนเองที่ทำให้คนรักมีนิสัยที่ไม่ดี มองว่าตนเป็นปัญหาในความสัมพันธ์ แต่เมื่อปรึกษาแล้วทำให้ตระหนักว่าตนไม่ได้เป็นคนเช่นนั้น *"เหมือนหนูอ่ะบอกไปว่า อ๋อหนูไม่ได้รู้สึกอย่างงี้กับทุกคน หมายความว่าหนูไม่ได้รู้สึกว่าหนูเป็น people pleaser กับทุกคน ละเค้าก็พูดทำนองว่า หนูจำประโยคเป๊ะ ๆ ไม่ได้แต่เค้าพูดทำนองว่า แต่ว่าการที่เราอ่ะ รู้สึกว่าเราเป็น people pleaser อ่ะ มันน่ะก็ต้อง apply to context อื่น ๆ ด้วยรึเปล่า แบบชวนคิด ละหนูก็แบบ อื้ม จริงด้วยแต่ไม่อยากยอมรับ"* (เจน)

ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้เจนตั้งคำถามต่อการตีตราตนเอง เจนรับรู้ว่าผู้ให้การปรึกษาช่วยตั้งคำถามเปิดมุมมองใหม่ให้แม้ว่าตนจะรู้สึกยังไม่พร้อมยอมรับทั้งหมดในทันทีก็ตาม แต่ก็ทำให้ตนมีการเปลี่ยนแปลงของความเชื่อเกี่ยวกับต้นเหตุของปัญหาในความสัมพันธ์

ประเด็นย่อย 1.3 การตระหนักรู้ถึงอุปสรรคในการออกจากความสัมพันธ์

ประเด็นย่อยนี้แสดงให้เห็นว่าการปรึกษาช่วยให้ได้ตระหนักรู้ถึงสาเหตุในใจตนเองว่าอะไรทำให้ยังไม่สามารถออกจากความสัมพันธ์ได้ แก้ม พีม และเจน ทั้งสามระบุว่าผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ได้เห็นว่าที่จริงแล้วตนไม่ได้ยังเลือกอยู่ในความสัมพันธ์เพราะความสัมพันธ์นี้เป็นความสัมพันธ์ที่ดี แต่เป็นเพราะอุปสรรคในใจที่แตกต่างกันไปที่ทำให้ยังยึดมั่นกับคนรักคนนี้

ดังที่แก้มกล่าวว่า *"เราไม่ใช่คนแบบ ใจดีหรือคิดถึงคนอื่นขนาดนั้นอ่ะนะ คิดถึงเค้าหรือรักเค้าขนาดนั้น แต่ในตอนนั้นที่เราทำไปอ่ะ ก้อนใหญ่มันคือความกลัวที่กดทับตัวเองอ่ะให้เราไม่เป็นตัวเองอ่ะ จริง ๆ เรารู้สึกว่าตอนนั้นนักจิตทำให้เราเห็นตรงนี้นะ"* (แก้ม)

แก้มใช้คำว่า *"กดทับ"* สื่อว่าผู้ให้การปรึกษาทำให้แก้มเห็นว่าปัจจัยหลักที่ทำให้ไม่สามารถเป็นตัวเองได้คือความกลัวที่รั้งตัวเองไว้ไม่ให้กล้าเป็นตัวเองได้เต็มที่ เพราะในความสัมพันธ์นี้แก้มไม่กล้าทำให้คนรักไม่พอใจ ด้วยกลัวจะสูญเสียคนเดียวที่จะรักและสนับสนุนตนไป และจะต้องอยู่ตัวคนเดียว

คล้ายกันกับแก้ม การเข้ารับการปรึกษาทำให้พีมได้ตระหนักได้ว่าที่ไม่กล้าออกจากความสัมพันธ์นี้เพราะเชื่อว่าคนรักคนนี้เป็นคนเดียวที่ยอมรับในตัวเรา ซึ่งทำให้คิดได้ว่าจะต้องเรียนรู้ที่จะให้ความรักและสร้างความยอมรับในตนเองเพื่อที่จะไม่ต้องยึดอยู่กับคนคนนี้อีก ดังที่กล่าวว่า *"(คนรัก) ยอมรับความเป็นพีมทุกอย่างแล้วพีมไม่ต้องเหนื่อย พีมไม่ต้องอ่อนแอ อ่า พีมสามารถอ่อนแอกับเค้าได้ไรเงี้ย กลายเป็นว่าเนี้ยคือสิ่งที่พีมตามหาจากคนอื่นที่แม้กระทั่งครอบครัวของพีมไม่สามารถให้พีมได้อย่างเงี้ย แต่พีมไปให้ value กับเค้ามาก ๆ เพราะว่า นี่ไง แบบ อือ เนี่ย คือสิ่งที่เราตามหามาตลอด ซึ่งย้อนกลับมาได้อ่ะ ถ้าเราสามารถที่จะทำได้ด้วยตัวเอง มันจะจบโดยที่ไม่ต้องไปร้องขอจากคนอื่น"* (พีม)

จากที่พีมใช้คำว่า *"ตามหา"* การยอมรับมาตลอด สื่อว่าการได้รับการยอมรับในตัวตนนั้นเป็นสิ่งที่พีมรู้สึกขาดหาย และต้องการอยู่เสมอ เพราะครอบครัวซึ่งเป็นคนที่น่าจะต้องให้ความยอมรับได้มากที่สุดก็ยังไม่เคยให้ตนได้ สะท้อนว่าการที่คนรักคนนี้ให้ความยอมรับในตัวของเราได้นั้นมีความหมายกับพีมมาก การที่พีมได้รับรู้ถึงที่มาของสิ่งที่เกิดขึ้นทำให้สามารถเริ่มรับมืออย่างตรงจุดมากขึ้น คือการปรึกษาต่อโดยให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจและยอมรับในตนเอง

ในขณะที่แก้มและพีมได้ตระหนักในระยะแรกของการปรึกษาถึงความกลัวที่จะต้องสูญเสียบุคคลซึ่งเชื่อว่าเป็นคนเดียวที่รักและยอมรับตนไป และใช้ระยะเวลาหนึ่งก่อนตัดสินใจออกจากความสัมพันธ์ได้ในภายหลัง ในกรณีของเจน การตระหนักถึงความกลัวที่จะต้องเผชิญความโดดเดี่ยวนั้นเกิดขึ้นในช่วงของการตัดสินใจออกจากความสัมพันธ์แล้ว แต่มีความคิดลังเลที่จะยอมอยู่กับความสัมพันธ์เดิม ทำให้ผู้ให้การปรึกษาตั้งข้อสังเกตให้กลับมาสนใจสิ่งที่ตนต้องการจริง ๆ ซึ่งคือการไปจัดการเรื่องการนอกใจของคนรักและบอกเลิก *"หนูอ่ะบอกไปว่า ต้องไม่มีใครรักหนูแล้วแน่เลย แบบในชีวิตนี้ต้องไม่มีใครรักหนูแล้วแน่เลย ก็คือหนูคิดถึงอนาคตแล้วใช่มั้ยล่ะ อนาคตที่ไม่มีเค้าอ่ะ แล้วแบบพี่เค้าอ่ะ พี่นักจิตของหนูอ่ะ แบบ เหมือนกับจับหนูไว้เลยอ่ะ ว่าไม่เป็นไร เดี๋ยวเรามา work กันทีหลัง เพื่อไม่ให้หนูแบบ กลับไปว่า เออเรากลับไปอยู่กับปัจจุบันเดิม ๆ ดีกว่า"* (เจน)

การใช้คำว่า *“จับหนูไว้เลย”* สื่อถึงการที่เจนรับรู้ว่าผู้ให้การปรึกษามีความฉับไวในการเห็นความกลัวอนาคตของตน และเตือนสติเจนได้ทัน คำพูดของผู้ให้การปรึกษาสื่อว่าอย่าเพิ่งตัดสินใจบนความกลัวว่าอนาคตจะไม่มีใครรัก และให้ความมั่นใจว่าจะร่วมช่วยรับมือกับความกลัวอนาคตที่จะไม่มีคนรัก ช่วยให้เจนได้ตระหนักถึงสิ่งที่ตนต้องการจริง ๆ โดยไม่กลับไปอยู่ในจุดเดิมเพราะความกลัว

ประเด็นย่อย 1.4 ความขัดแย้งในตนเองจากการปรึกษาทำให้เลี่ยงการปรึกษาต่อ

ประเด็นย่อยนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัย 3 รายกล่าวถึงประสบการณ์ที่สะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ของผู้เข้าร่วมวิจัยว่า การปรึกษาทำให้เกิดความขัดแย้งในใจและเป็นอุปสรรคในการอยู่ในความสัมพันธ์ที่มีความรุนแรงได้อย่างที่เป็นมาในอดีต นำไปสู่ความรู้สึกลำบากใจในการเผชิญหน้าผู้ให้การปรึกษา

ดังที่การบ้านที่ผู้ให้การปรึกษาเตรียมมาให้เจนทำเพื่อสำรวจตนเองทำให้เจนตระหนักว่าปัญหาในความสัมพันธ์นั้นอยู่ที่คนรักและรู้สึกว่าคนรักของตนไม่ดี แต่ด้วยความที่ยังไม่พร้อมที่จะคิดออกจากความสัมพันธ์ดังกล่าว ทำให้ต้องการเลี่ยงที่จะต้องเผชิญกับความรู้สึกทางลบต่อคนรักที่ตนยังอยากอยู่ด้วย และทำให้ตัดสินใจไม่ไปปรึกษาต่อในที่สุด *“เพราะไม่อยาก(เข้าไปปรึกษา) ไม่อยาก มันจะทำให้หนูรู้สึกไม่ชอบแฟนหนูอ่ะ เพราะมันจะรู้ไงว่าแบบ เอ้ยเค้าไม่ได้ดีแต่ถ้าหนูไม่ชอบเค้าอ่ะมันจะทำให้หนูอยู่กับเค้ายากขึ้น หนูไม่ได้คิดนะว่าแบบอ๋อถ้าเราไม่ชอบกับเค้าแล้วเราต้องเลิกกับเค้าแน่เลย หนูไม่ได้คิดเลย ไม่เคยคิดเรื่องเลิกเลย แต่ว่าหนูคิดว่าแบบ เราจะอยู่กับเค้ายากขึ้นถ้าเราไม่ชอบเค้า”* (เจน)

ในการรับรู้ของเจน เจนจำเป็นต้องเลี่ยงการมองว่าคนรักเป็นคนที่ไม่ดีเพื่อที่จะอยู่ในความสัมพันธ์นี้ต่อไปได้ โดยการไม่เข้าปรึกษาต่อ สะท้อนว่าการเข้ารับปรึกษามีส่วนในการทำให้ต้องเผชิญความจริงว่าตนไม่ชอบคนรักของตนเอง ซึ่งทำให้อยู่ในความสัมพันธ์ได้ยากขึ้น

ประสบการณ์ของแก้มแตกต่างกับเจนที่แก้มมีความรู้สึกอายต่อตัวเองด้วยที่ยังเลือกอยู่ในความสัมพันธ์ทั้งที่รู้เช่นนั้น *“ แต่เราว่าลึก ๆ เรา เราอายตัวเองอ่ะ อืม เรารู้สึกว่ายิ่งพูดมันเหมือนยิ่งแบบ ยิ่งชัดว่าควรจะเลิกแต่ก็คือไม่เลิก มันเหมือนเรารู้สึกแบบ รู้แล้วทำไมเรายังโง่อยู่วะ แล้วมันเหมือนการเจอนักจิตมันยิ่งทำให้เรารู้เยอะขึ้นอ่ะ มันก็เลยเหมือนแบบ งั้นอย่า ยังไม่ต้องเจอหรอก”* (แก้ม)

แก้มตีตราตนเองว่าการตระหนักว่าไม่ควรคบกับคนคนนี้ต่อแต่ยังเลือกคบนั้นเป็นความโง่ มองได้ว่าแก้มตระหนักถึงความไม่พร้อมในการออกจากความสัมพันธ์ของตนเองแล้วทำให้ละอายใจต่อตนเองที่ไม่สามารถยืนหยัดเพื่อตนเองได้ด้วยการเลิกกับคนรัก จึงทำให้แก้มตัดสินใจไม่พบผู้ให้การปรึกษาต่อ เพราะเชื่อว่าหากพบต่อจะยิ่งต้องเผชิญกับความละอายใจยิ่งกว่าเดิม

ในขณะที่ความขัดแย้งภายในใจของพีมเกิดจากการรับรู้ว่าผู้ให้การปรึกษาพยายามผลักดันให้ตนออกจากความสัมพันธ์ให้ได้ ในขณะที่ตนยังไม่พร้อม *“พีมรู้สึกเหมือนพีมไม่อยากทำให้นักจิตท่านแรกผิดหวังด้วย เพราะเค้า push พีมมาก เหมือนเค้าเป็นพีมรู้สึกเหมือนเค้าเป็นเหมือน life coach เลย เค้า push พีมมากว่าพีมจะต้องผ่านไปได้อย่างเงี้ย ซึ่งพอพีม fail ปุ๊บพีมไม่กล้ากลับไปหาเค้าอ่ะ อือ แล้วพีมอ่ะบอกเค้าว่าถ้าพีมแบบว่าทำไม่ได้อ่ะ พีมกลัวที่จะต้องมาแบบกลับมา”* (พีม)

พีมรับรู้ว่าผู้ให้การปรึกษามีความคาดหวังต่อตนเอง และแบกรับความกดดันที่จะต้องทำตามที่พูดคุยกันไว้ให้ได้เพื่อไม่ให้ผู้ให้การปรึกษาผิดหวัง จึงเปลี่ยนไปพบผู้ให้การปรึกษาท่านใหม่แทน การที่เจนใช้คำว่า *“fail”* เมื่อกล่าวถึงการกลับไปในความสัมพันธ์นั้น สื่อถึงการรับรู้ว่าในสายตาผู้ให้การปรึกษานั้นการกลับเข้าไปในความสัมพันธ์คือความล้มเหลว และไม่ต้องการถูกตัดสินเช่นนั้น

ประเด็นหลักที่ 2: การปรึกษาช่วยให้มั่นคงในการยืนหยัดเพื่อตนเอง

ใจความหลักนี้ สะท้อนให้เห็นอิทธิพลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาว่าช่วยทำให้เกิดความมั่นคงในการยืนหยัดเพื่อตนเองมากขึ้น ทั้งในการอยู่ในความสัมพันธ์ที่มีลักษณะความรุนแรงและในการออกจากความสัมพันธ์ภายใต้ใจความสำคัญหลักดังกล่าว ประกอบด้วย

ใจความสำคัญรองทั้งสิ้น 3 ใจความสำคัญ โดยมีรายละเอียดในแต่ละประเด็นดังนี้

ประเด็นย่อย 2.1 การปรึกษาช่วยสร้างขอบเขตในการอยู่ในความสัมพันธ์

ในใจความย่อยนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 4 ราย ระบุถึงความชัดเจนในตนเองต่อสถานการณ์ทางลบต่าง ๆ ในความสัมพันธ์

บิวระบุว่าการปรึกษาที่ส่งผลให้เริ่มขีดเส้นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้และวางแผนเลิกกับคนรัก *"ครั้งสุดท้ายที่ตัดสินใจแบบว่า ต้องมีแผนออกจากความสัมพันธ์ (ขำ) วางแผนออกจากความสัมพันธ์ ก็คิดว่า คือรู้อยู่แล้วแหล่ะว่า มันอยู่ด้วยความไม่ไว้ใจละ อะเรื่องผู้หญิงก่อน ก็เลยคิดว่า เดี๋ยวเตรียมตัวเลิก แล้วก็ถ้าเกิดว่า จับได้ปุ๊บ ไปจริง แน่ ๆ ละรอบเนี้ยแบบไม่มีข้ออ้างใด ๆ ละ"* (บิว)

สำหรับบิวการนอกใจเป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ และถ้าจับได้จะยุติความสัมพันธ์ สะท้อนว่าความไว้ใจเป็นสิ่งที่สำคัญในความสัมพันธ์ของตนและไม่สามารถต่อรองได้ บิวกล่าวว่าหากจับได้ *"จะไม่มีข้ออ้างใด ๆ"* ข้ออ้างที่บิวกล่าวถึงหมายถึงคำพูดยื้อความสัมพันธ์ของคนรัก

ในขณะที่ขอบเขตของพีมคือความตั้งใจว่าจะคบหากับคนรักที่ทำให้ตนมีชีวิตที่ดีขึ้นไม่ใช่แย่ลงแบบที่เป็นอยู่ จึงตั้งใจว่าไม่ว่าอย่างไรก็จะออกจากความสัมพันธ์ให้ได้ *"ที่พีมคิดอย่างงั้นเพราะพีมรู้สึกว่าผู้ชายคนนี้จะทำให้ชีวิตพีมดีขึ้นได้ยังไงอ่ะ ในเมื่อเค้าทำให้พีมลืมตัวเองไปหมดเลยว่าพีมเคยเป็นคนที่ดีกว่าเนี้ย อืม พีมเคยดีกว่านี้ตั้งเยอะแยะเลยอ่ะ อืม เค้าจะมาทำให้พีมดีขึ้นได้ยังไง...คือไม่ต้องมาทำให้ดีขึ้นก็ได้แต่ว่าแบบ การที่กูอยู่กับมึงแล้วกูแย่ลงอ่ะ สุดท้ายปลายทางก็ต้องออกมาให้ได้อ่ะ"* (พีม)

คำกล่าวของพีมที่ว่า *"สุดท้ายปลายทางก็ต้องออกมาให้ได้"* สะท้อนว่าพีมตัดสินใจอย่างเด็ดขาดแล้วแต่ก็ตระหนักว่าตนยังต้องใช้เวลาในการค่อย ๆ ออกจากความสัมพันธ์ให้ได้จริง ๆ นอกจากนี้ พีมยังระบุว่า ผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้ที่ช่วยให้พีมตระหนักว่าการตัดสินใจ *"ปักธง"* ว่าจะเลิกกับคนรักให้ได้นั้นเป็นการเริ่มรักตัวเอง ให้คุณค่ากับตัวเอง ไม่ได้รักตัวเองไม่เป็นเลยอย่างที่ตนชอบว่ากล่าวตนเอง สื่อถึงการเสริมอำนาจในตนเองจากการปรึกษา

ทั้งพีมและเจน ยังกล่าวถึงขอบเขตในแง่ของความมั่นใจในความสามารถในการรับมือกับความสัมพันธ์ในอนาคตด้วย ว่าไม่กลัวที่จะมีความสัมพันธ์ใหม่ เพราะได้เรียนรู้แล้ว และเชื่อว่าตนจะสามารถสร้างขอบเขตได้ดีกว่าเดิมหากเจอคนรักที่มีความรุนแรงเหมือนคนรักเก่าอีก

"มันทำให้พีมแบบ รู้จักตัวเองแล้วมันจะง่ายต่อความสัมพันธ์ถัดไปของพีมมากกว่า ที่เราจะไม่เข้าไป เรา ถ้าเราเจอคนแบบนี้อีกหรือว่า อะไรอย่างงี้อีกเราจะไม่ลด boundary เราได้แบบไหน" (พีม)

"แล้วตอนนี้ก็ไม่ได้กลัวการที่จะอยู่ในความสัมพันธ์แล้วแล้วก็รู้ว่าถ้าในอนาคตสมมติเลิกกับคนนี้ไป แล้วแบบต้องไปเจอคนใหม่ ถ้าอิคนใหม่มันเป็นอิ(แฟนเก่า)นะ ยับอ่ะ มันยับ หนูไม่รู้แหล่ะ มันจะต้องไม่ได้ไปทำอย่างงี้กับคนอื่นอ่ะ" (เจน)

พีมตระหนักว่าตนลดขอบเขตของตัวเองลงเพื่อให้อยู่กับคนรักต่อไปได้ โดยตั้งใจว่าจะไม่ทำเช่นนั้นอีก สะท้อนถึงความรู้สึกมั่นคงในตนเองขณะให้สัมภาษณ์ ในขณะที่เจนก็แสดงถึงความมั่นใจในการสร้างขอบเขตของตนเช่นเดียวกันหากต้องเจอคนที่เป็นเหมือนคนรักเก่าอีกในอนาคต เมื่อเทียบกับพีมที่มั่นใจในการสร้างขอบเขตของตนด้วยความรู้สึกสงบและมั่นคงในตนเอง เจนมีความมั่นใจที่เจือด้วยความโกรธสะท้อนในประโยคว่า *"ยับอ่ะ มันยับ"* สื่อว่าตนจะจัดการอะไรบางอย่างในเชิงรุก และ *"มันจะไม่ได้ไปทำอย่างงี้กับคนอื่นอ่ะ"* สื่อถึงการสั่งสอน ซึ่งแสดงถึงความรู้สึกถึงอำนาจในตนเองอีกครั้ง อย่างที่กล่าวต่อมาว่าภูมิใจที่ตนกล้าขัดแย้งและตอบกลับคนรักเก่าแล้ว

ประเด็นย่อย 2.2 ความเปลี่ยนแปลงในใจจากการปรึกษาช่วยให้สามารถยุติความสัมพันธ์ได้

ผู้เข้าร่วมวิจัย 3 รายกล่าวว่า การปรึกษาช่วยให้ตนได้มีมุมมองใหม่ต่อทั้งตนเองและความสัมพันธ์ ซึ่งทำให้เกิดความกล้าที่จะสร้างความเปลี่ยนแปลงในความสัมพันธ์ของตนเอง

พีมระบุว่า *"แล้วมันเริ่มออกมาได้เพราะว่าพีมเริ่มเข้าใจตัวเองเนี่ยแหล่ะ อันเนี้ยคือแบบ จุดเปลี่ยนเลยอ่ะ คือจุดที่ ยากมากนะ มันยากมากแต่ว่า มันถาวรอ่ะ อือ ที่สุด"* (พีม)

พีมใช้กล่าวว่าการเข้าใจตนเองนั้นเป็น *“จุดเปลี่ยน”* ที่ยากมาก แต่ถาวร หมายความถึงการเข้าใจว่าตนไม่กล้าออกจากความสัมพันธ์นี้เพราะโหยหาความยอมรับที่ไม่เคยได้จากใครแม้กระทั่งครอบครัว ทำให้พีมรู้สึกยึดมั่นกับการอยู่กับคนรักคนนี้มาก ความเข้าใจเช่นนี้ทำให้พีมตระหนักว่าตนจะต้องพัฒนาความยอมรับในตนเอง เพื่อที่จะเกิดความกล้าที่จะออกมาจากความสัมพันธ์ที่เป็นความคุ้นเคยนี้ได้ เป็นการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุคือภายในใจตนเอง

คล้ายคลึงกัน เจนระบุว่าผู้ให้การปรึกษามีบทบาทเป็นอย่างมากที่ทำให้ตนเปลี่ยนแปลงมาได้จนถึงจุดที่อยู่ตอนนี้ โดยผู้ให้การปรึกษาช่วยให้เกิดมุมมองใหม่ต่อตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการยุติความสัมพันธ์ที่ตามมา *“แต่ว่า คือมันเปลี่ยนอ่ะพี่ คือมันเปลี่ยนแบบ เปลี่ยนไปเลย เพราะแค่แบบ ละหนูรู้ว่ามันไม่ใช่เพราะตัวหนูคนเดียว ก็ไม่ใช่เพราะ(แฟน)คนใหม่ด้วย มันเป็นเพราะพี่นักจิตเพราะเค้าแบบ เค้าทำให้หนูมองตัวเองใหม่อ่ะ เพราะถ้าหนูมองตัวเองใหม่ไม่ได้อ่ะ ไม่มีอะไร ไม่มีอะไรที่เกิดขึ้น จะสามารถเกิดขึ้นได้เลยอ่ะ แบบ เออ สิ่งที่เกิดขึ้นมันคงไม่เกิดขึ้นใช่”* (เจน)

สำหรับเจน ผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้ที่ทำให้ *“มองตัวเองใหม่”* ซึ่งหมายความถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงของความคิด ตั้งแต่การเลิกมองว่าความคิดตนเองจะผิดเสมอ มองตนเองในแง่ดีมากขึ้น มองว่าตนมีสิทธิ์มีเสียงในชีวิตของตนเอง สามารถเลือกสิ่งที่ต้องการได้โดยไม่จำเป็นต้องยอมตามคนรักหรืออยู่ในความสัมพันธ์ด้วยความกลัว และตอนที่ต้องการออกจากความสัมพันธ์ผู้ให้การปรึกษาก็ช่วยให้มั่นใจว่าตนจะไม่ต้องผ่านไปคนเดียว และในที่สุดคือการปรับตัวใช้ชีวิตโดยไม่มีคนรักคอยควบคุม ทำให้ตนได้ค่อย ๆ สร้างชีวิตที่มาจากทางเลือกของตนเอง

ในขณะที่สำหรับบิวซึ่งไม่ได้รับการปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้การปรึกษามีส่วนช่วยอย่างชัดเจนในช่วงของการเริ่มเห็นว่าไม่ใช่ความผิดของตนที่คนรักกระทำความรุนแรง โดยความเชื่อมั่นว่าตนไม่ผิดนั้นค่อย ๆ หยั่งรากลึกในใจจนเกิดความกล้าที่จะออกจากความสัมพันธ์ด้วยตนเองในภายหลัง *“ครั้งนี้ถูกทำร้ายร่างกายมันรู้สึกว่า เออเราไม่ผิด มันเลยทำให้กล้าที่จะแบบ เอาจริงเป็นจุดเริ่มต้นเหมือนกันนะที่ทำให้กล้าแบบ แล้วเราจะอยู่ไปทำไมวะ เออ อาจจะเป็นหนึ่งประตูบานเล็ก ๆ ที่แบบเปิดไปสู่คำว่าเลิกได้อ่ะ เพราะก่อนหน้านี้ก็คือพยายามปรับปรุงไม่หยุด เพราะว่ามองว่าตัวเองอ่ะผิด”* (บิว)

คำพูดของผู้ให้การปรึกษาที่บอกว่าไม่ใช่ความผิดของเรา ส่งผลให้บิวนำคำพูดนี้มาใช้กับตัวเองเมื่อกลับออกมาอยู่ในความสัมพันธ์กับคนรักแล้วโดนทำร้ายร่างกาย เมื่อรับรู้กับตนเองเช่นนี้บ่อยครั้งก็เริ่มเกิดความเชื่อว่าตนไม่ผิดจริง ๆ และการเลิกกล่าวโทษว่าปัญหาในความสัมพันธ์เป็นความผิดของตนเอง ซึ่งพอทำบ่อย ๆ แล้วรู้สึกดีขึ้น และเกิดความกล้าคิดออกจากความสัมพันธ์ ความเปลี่ยนแปลงจากที่พยายามปรับปรุงตัวเองมาเป็นการเริ่มตั้งคำถามเพื่อเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ของตนเอง

ประเด็นย่อย 2.3 การปรึกษาช่วยให้เกิดความมั่นคงในการยุติความสัมพันธ์

ประเด็นย่อยนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัย คือ เจน แก้ม พีม สะท้อนว่ามั่นคงในช่วงเวลาที่เกิดความรู้สึกสั่นไหว ไม่มั่นใจในการตัดสินใจ ไปจนถึงอารมณ์โกรธและเสียใจ การปรึกษาเชิงจิตวิทยาช่วยทำให้สามารถออกมาจากความสัมพันธ์ได้อย่างมั่นคง

ดังที่เจนระบุถึงประสบการณ์เมื่อปรึกษาผู้ให้การปรึกษาเมื่อลังเลในการตัดสินใจยุติความสัมพันธ์ *“แล้วเค้าก็สะท้อนกลับมาว่า นี่เป็นครั้งแรกเลยนะที่เจนพูดว่าเจนจะไม่กลับไป ... มันดูเป็นประโยคที่ไม่มีอะไรนะ แต่ว่าสำหรับหนูมันคือแบบ ก้าวที่ใหญ่มากเลยอ่ะ เพราะว่าหนูพูดว่าแบบหนูไม่เลิก หนูไม่พร้อมที่จะเลิกมาตั้งกี่ครั้งแล้วอ่ะ จนแบบสุดท้ายแบบ มันเป็นวันที่หนูพูดออกไปเองด้วยซ้ำว่าหนูจะเลิก ไม่เอาแล้ว (เน้นเสียง)”* (เจน)

การสะท้อนของผู้ให้การปรึกษาว่า *“นี่เป็นครั้งแรกที่เจนพูดว่าเจนจะไม่กลับไป”* เป็นประโยคที่มีความสำคัญต่อเจนเป็นอย่างมาก การพูดออกมาว่าจะไม่กลับไปนั้นเป็นสิ่งที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน เจนรับรู้ว่าการที่ผู้ให้การปรึกษาจดจำรายละเอียดเช่นนี้ได้และช่วยสะท้อนให้เห็นความเปลี่ยนแปลงภายในใจนั้น ทำให้เจนกลับมามีความมั่นคงในตนเองได้อีกครั้ง

คล้ายคลึงกันกับแก้ม ซึ่งระบุว่าตนได้ไปพบผู้ให้การปรึกษาหลังจากบอกเลิกความสัมพันธ์กับคนรักไปแล้ว *"มันก็เลยเหมือนยิ่งคอนเฟิร์มเรา พอนักจิตสะท้อนให้เห็นตรงเนี้ยว่า เออตั้งแต่แก้มพูดมาอ่ะ ในทุกอย่างเลยอ่ะ แก้มไม่พูดอย่างนึงเลยคืออยากกลับไปในความสัมพันธ์เนี้ยแปลว่ามันชัดแล้วมั้ยที่เราตัดสินใจออกมา แต่ตอนเนี้ย มันยังแบบมีความเสียใจอยู่อ่ะ"* (แก้ม)

แก้มรู้สึกเสียใจที่ต้องเลิกกับคนรักและโกรธคนรักในสิ่งที่ผ่านมา ทำให้มีความสับสนและต้องการการยืนยันในการตัดสินใจ แก้มรับรู้ว่าการที่ผู้ให้การปรึกษาก็สังเกตและสะท้อนว่าตนไม่ได้พูดถึงความอยากลองกลับเข้าไปในความสัมพันธ์เลยนั้นเป็นเสมือนการยืนยันว่าตนตัดสินใจถูกต้องแล้ว ทำให้แก้มสามารถแยกได้ว่าแม้จะเสียใจแต่ไม่ได้ต้องการกลับไปในความสัมพันธ์

แตกต่างจากประสบการณ์ของพีม ที่ระบุถึงความมั่นคงภายในใจจากความเข้าใจตนเองซึ่งเป็นผลมาจากรับบริการการปรึกษา ทำให้เกิดความสงบ และยุติความสัมพันธ์ได้โดยไม่ติดค้างทางอารมณ์

"พีมคิดว่ามันจบทางใจพีมจริง ๆ เพราะว่าก่อนหน้าเนี้ยพีมพยามออกจากเค้ามาด้วยความโกรธเกลียด ด่าทอ อะไรเงี้ย มาตลอด แล้วครั้งล่าสุดที่มันออกมาได้เพราะว่าพีมรู้สึกว่า พีมไม่โกรธไรเค้าแล้วอ่ะ พีมเหนื่อย อืม แค่เหนื่อยอย่างเดียวเลย แล้วก็ กูเข้าใจแล้วว่ากูเป็นอะไรอยู่ตอนนี้ ต้องกลับมา work กับตัวเองแล้ว อะไรอย่างเงี้ย จุดนั้นน่ะคือจุดที่ควรจะโฟกัส อือแล้ว นั่นแหล่ะค่ะพอพีม ออกมาได้แบบธรรมะมากเลยอ่ะ ไม่โกรธไม่เกลียดอ่ะ มันเลยดูง่ายอ่ะ อืม" (พีม)

การที่ความสัมพันธ์นี้ *"จบทางใจ"* อย่างแท้จริงแล้ว สื่อว่าการเลิกกับคนรักในครั้งสุดท้ายนี้แตกต่างกับทุก ๆ ครั้งตรงที่ไม่ได้รู้สึกโกรธเกลียดแล้ว แต่แทนที่ด้วยความเหนื่อยจากการถูกกระทำความรุนแรงและการต่อสู้เพื่อออกจากความสัมพันธ์ตลอดมา ที่กล่าวว่า *"มันเลยดูง่าย"* สื่อว่าเป็นการแยกจากที่ดูไม่ซับซ้อน ไม่มีอารมณ์ร่วม และ *"ออกมาได้แบบธรรมะมาก"* น่าจะหมายความถึงการไม่หลงในอารมณ์ แต่เป็นการรู้เท่าทันความต้องการของตนเอง และยุติความสัมพันธ์ได้ด้วยใจที่สงบนิ่ง พีมรับรู้ว่าเป็นเพราะการปรึกษาที่ทำให้ได้มุ่งเน้นความสนใจไปที่การทำความเข้าใจและยอมรับตนเอง จึงทำให้สามารถออกจากความสัมพันธ์มาได้

วิจารณ์

จากประสบการณ์การปรึกษาเชิงจิตวิทยาของผู้ที่เผชิญกับความรุนแรงในความสัมพันธ์แบบคู่รัก ข้อค้นพบสะท้อนว่า การปรึกษาช่วยให้ผู้ที่ถูกกระทำความรุนแรงในความสัมพันธ์แบบคู่รักเปลี่ยนแปลงมุมมองที่มีต่อปัญหาและเกิดการตระหนักรู้เพิ่มมากขึ้น แม้ว่าข้อค้นพบจากงานวิจัยของ Nichols et al. (2018) ชี้ว่าผู้ถูกกระทำความรุนแรงมักจะขอความช่วยเหลือเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤติแล้วหรือหลังออกจากความสัมพันธ์ที่รุนแรงมาแล้ว เนื่องจากมักอยู่กับความรู้สึกโทษตัวเองและไม่มั่นใจในตัวเองพอที่จะขอความช่วยเหลือ อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยชิ้นนี้สะท้อนถึงผลของการปรึกษาที่มีต่อผู้ถูกกระทำความรุนแรงที่มาขอความช่วยเหลือที่เข้ารับการปรึกษาด้วยความคิดโทษตัวเองหวังว่าจะปรับเปลี่ยนตนเองเพื่อรักษาความสัมพันธ์ ว่ากลับช่วยลดการโทษตัวเองได้ การที่ผู้ให้การปรึกษาสังเกตเห็นสัญญาณของความรุนแรงและสะท้อนออกมานั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้รับการปรึกษาที่มาด้วยประเด็นที่ไม่ใช่ความรุนแรงในความสัมพันธ์นั้นได้รับความช่วยเหลือต่อไป งานวิจัยนี้ยังพบว่า การปรึกษาช่วยให้ได้ตระหนักว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนคือความรุนแรงที่ไม่สมควรต้องถูกกระทำ ตนไม่ใช่ต้นเหตุของปัญหา เริ่มรับรู้ถึงอิทธิพลของคนรักที่มีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และเริ่มตั้งคำถามกับตนเองว่าทำไมตนต้องเป็นผู้เปลี่ยนแปลงเพื่อแก้ไขความสัมพันธ์นี้ สอดคล้องกับข้อค้นพบของ Trabold et al. (2020) ที่พบว่าการช่วยส่งเสริมสุขภาวะทางจิต เช่น เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพิ่มความมั่นใจในตนเอง และลดความรู้สึกผิด จะช่วยส่งผลทางบวกต่อผู้ที่ประสบกับความรุนแรง นอกจากนี้การปรึกษาเชิงจิตวิทยายังช่วยสะท้อนถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้รับการปรึกษาว่าแม้จะมีอารมณ์ความรู้สึกทางลบเกิดขึ้น ไม่ได้หมายความว่าตนจะต้องการกลับเข้าไปในความสัมพันธ์ ทำให้เกิดความมั่นใจในการตัดสินใจของ

ตนเอง และออกจากความสัมพันธ์ได้ง่ายกว่าที่ผ่านมา ซึ่งเน้นย้ำว่าผู้ให้การปรึกษาสามารถมีบทบาทในการการเอื้อให้เกิด 3 ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความพร้อมในการออกจากความสัมพันธ์ ตามทฤษฎีโมเดลความพร้อมทางจิตสังคมที่เสนอโดย Cluss et al. (2006) ซึ่งได้แก่ การตระหนักรู้ในตนเอง การรับรู้แรงสนับสนุน และการรับรู้พลังและความสามารถของตนเอง

ในขณะที่การปรึกษาไม่ได้ให้ประสบการณ์ในเชิงบวกเสมอไป งานวิจัยชิ้นนี้พบการรับรู้ประสบการณ์รับบริการปรึกษาว่ามีส่วนทำให้เกิดความขัดแย้งภายในใจตนเองเกี่ยวกับการอยู่ในความสัมพันธ์ที่ไม่ดีต่อตนเอง ทำให้ผู้รับการปรึกษาตัดสินใจเลี่ยงการปรึกษาต่อ เพื่อให้ไม่ต้องเผชิญความอึดอัดหรือละอายในใจ ซึ่งสอดคล้องกับคำอธิบายที่ว่าผู้ถูกกระทำความรุนแรงในความสัมพันธ์มักจะปฏิเสธที่จะพูดถึงปัญหากับคนรอบข้างและไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ของตนเอง (Frasier et al., 2001) จะพยายามป้องกันตนเองจากความคิดทางลบต่อคนรัก เพื่อรักษาความเป็นกันและกัน (we-ness) (Eisikovits et al., 1998) สังเกตว่าในงานวิจัยชิ้นนี้แม้ผู้ให้การปรึกษาจะไม่ได้กล่าวโทษผู้รับการปรึกษาโดยตรง แต่ผู้รับการปรึกษาก็รู้สึกละอายใจต่อตนเองและโทษตนเองที่ไม่สามารถออกจากความสัมพันธ์ที่รุนแรงได้ ซึ่งอาจสะท้อนถึงการตีตราภายในตนเองของผู้ถูกกระทำความรุนแรงในความสัมพันธ์ (stigma internalization) ซึ่งเป็นผลมาจากการปลูกฝังอคติของสังคมในการโทษเหยื่อ (Overstreet & Quinn, 2013) จึงเป็นสิ่งสำคัญมากที่ผู้ให้การปรึกษาจะไม่นำความคาดหวังของตนเองมากดดันผู้รับการปรึกษาให้รีบออกจากความสัมพันธ์

ข้อค้นพบยังสะท้อนว่า การปรึกษาช่วยให้เกิดการสร้างขอบเขตให้กับตนเองในการอยู่ในความสัมพันธ์ว่าอะไรที่ยอมรับได้และไม่ได้และวางแผนเพื่อยุติความสัมพันธ์ในเวลาที่เหมาะสม ซึ่งสอดรับกับข้อค้นพบของ Wuest and Marritt-Gray (1999) ว่าการสร้างระยะห่างจากความสัมพันธ์ สร้างขอบเขต และวางแผนในการออกจากความสัมพันธ์ ตลอดจนการผ่านพ้นวิกฤติและการเพิ่มศักยภาพของตนเองนั้นเป็นคือกระบวนการเสริมกำลังป้องกันตนเองและเป็นพื้นฐานในการเป็นอิสระจากความรุนแรงเพื่อป้องกันตนเองจากการเป็นเหยื่อซ้ำอีก นอกจากนี้การศึกษาของ Rhodes and McKenzie (1998) นั้นพบว่าสิ่งที่สำคัญในการช่วยเหลือคือการสำรวจทำความเข้าใจอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลง มากกว่ามองโทษเหยื่อว่าไม่เลือกที่จะเปลี่ยนแปลง ข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้เน้นย้ำการรับรู้ของผู้รับบริการ ว่าประสบการณ์ที่ได้รับจากการปรึกษาซึ่งทำให้เกิดความยอมรับและเข้าใจตนเองนั้นเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ยุติความสัมพันธ์ได้

สรุป

การศึกษาวิจัยในหัวข้อนี้ นำมาสู่การรับรู้ประโยชน์ของการปรึกษาว่าช่วยในการเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับปัญหาในความสัมพันธ์ที่ตนเผชิญอยู่ ได้รับรู้มุมมองที่กว้างขึ้น และลดการโทษตัวเองเกี่ยวกับปัญหาความรุนแรงในความสัมพันธ์ ตลอดจนตระหนักรู้ถึงอุปสรรคในใจต่อการออกจากความสัมพันธ์ ซึ่งส่วนหนึ่งของการตระหนักรู้ต่าง ๆ จากการปรึกษานั้นนำมาสู่ความละอายในตนเองที่ไม่สามารถยืนหยัดเพื่อตนเองได้และทำให้ต้องการเลี่ยงการปรึกษาต่อ นอกจากนี้พบว่าการปรึกษาช่วยให้เกิดความมั่นคงในการยืนหยัดเพื่อตนเอง สร้างขอบเขตในความสัมพันธ์ โดยความเปลี่ยนแปลงภายในใจทำให้มั่นคงในการยุติความสัมพันธ์ในที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับประยุกต์ใช้

ผู้เข้าร่วมวิจัยระบุว่า การตระหนักรู้เกี่ยวกับความรุนแรงในความสัมพันธ์เป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญต่อมุมมองต่อปัญหาที่เผชิญ และการปรึกษาช่วยให้เกิดความมั่นคงในกระบวนการยุติความสัมพันธ์ที่มีความรุนแรงได้ ผู้ให้การปรึกษาสามารถนำแนวทางดังกล่าวไปปรับใช้เมื่อทำงานกับผู้ถูกกระทำความรุนแรงในความสัมพันธ์แบบคู่รัก เช่น การช่วยให้เห็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาและช่วยยืนยันพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของคนรัก การเอื้อให้เกิดความชัดเจนในตัวเองถึงสิ่งที่ยอมรับได้และยอมรับไม่ได้ในความสัมพันธ์ สำรวจอุปสรรคในการออกจากความสัมพันธ์ไม่ว่าจะเป็น

อุปสรรคภายนอกหรือภายในใจ ด้วยท่าทีที่ไม่ตัดสิน นอกจากนี้ ผู้ถูกกระทำความรุนแรงในความสัมพันธ์แบบคู่รักมักมีแนวโน้มที่จะโทษตัวเองโดยเฉพาะในผู้ที่ยังไม่พร้อมที่จะมองคนรักในแง่ลบ การใช้คำถามหรือการสำรวจที่มุ่งเน้นไปที่การประเมินความสัมพันธ์หรือการประเมินคนรักนั้น อาจนำไปสู่การรับรู้ว่าจะต้องเป็นความรับผิดชอบของตนว่าต้องเป็นผู้แก้ไข และพยายามพูดถึงความสัมพันธ์หรือตัวคนรักในแง่ดีเพื่อรักษาให้ความสัมพันธ์ดำเนินต่อไปได้ ความเข้าใจนี้สามารถช่วยให้ผู้ให้การปรึกษาเตรียมพร้อมถึงผลที่อาจเกิดขึ้นได้ในใจของผู้รับการปรึกษา และปรับใช้เพื่อแสดงถึงความเคารพและความเข้าใจในความไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง เพื่อให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยและไว้วางใจในการปรึกษาต่อและลดการยุติการปรึกษาซึ่งจะทำให้ผู้ถูกกระทำความรุนแรงเสียโอกาสในการรับความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

แม้คำจำกัดความความเปลี่ยนแปลงของผู้รับการปรึกษาในงานวิจัยนี้ หมายถึงความเปลี่ยนแปลงในจิตใจและ/หรือพฤติกรรมที่ช่วยลดการถูกกระทำความรุนแรง โดยไม่จำกัดว่าต้องเป็นการยุติความสัมพันธ์เท่านั้น อย่างไรก็ตาม ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 4 คน ออกจากความสัมพันธ์ที่รุนแรงที่กล่าวถึงในการวิจัยแล้ว ข้อค้นพบนี้จึงมาจากมุมมองของผู้ประสบกับความรุนแรงในความสัมพันธ์แบบคู่รักที่ในท้ายที่สุดเลือกยุติความสัมพันธ์ที่มีความรุนแรง และไม่ครอบคลุมถึงประสบการณ์ของผู้ที่สามารถยุติความรุนแรงได้โดยไม่ยุติความสัมพันธ์

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยในอนาคต

แม้งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นเพศหญิงทั้งหมด แต่ผู้เข้าร่วมวิจัย 2 คนนั้นถูกกระทำความรุนแรงโดยคนรักเพศชาย และผู้เข้าร่วมวิจัย 2 คนถูกกระทำความรุนแรงโดยคนรักเพศหญิง และพบประเภทความรุนแรงแตกต่างกันไป การศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในอนาคตควรให้ความสำคัญกับการศึกษาประสบการณ์การรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในเพศอื่น ๆ นอกเหนือไปจากเพศหญิงมากขึ้น เนื่องจากจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าบุคคลเพศอื่น ๆ ทั้งเพศชายและผู้มีความหลากหลายทางเพศก็ประสบความรุนแรงในความสัมพันธ์แบบคู่รักเช่นกัน และอาจทำให้เข้าใจในประสบการณ์ที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น นอกจากนี้อาจเป็นไปได้ว่าข้อค้นพบเกี่ยวกับอุปสรรคในการออกจากความสัมพันธ์มุ่งไปที่ประเด็นเกี่ยวกับความกลัวที่จะสูญเสียบุคคลสำคัญและความกังวลที่จะโดดเดี่ยว เนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดเป็นเพศหญิงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่ไม่มีบุตรและยังไม่ได้สมรส อาจสะท้อนประสบการณ์ความรุนแรงที่ไม่มีปัจจัยของการพึ่งพาคนรักในด้านเศรษฐานะ ที่อยู่อาศัย และความซับซ้อนในการช่วยเหลือเลี้ยงดูบุตร จึงควรศึกษาปัจจัยการพึ่งพาคนรักหรือถูกพึ่งพาโดยคนรักที่กระทำความรุนแรง เพื่อความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ถูกกระทำความรุนแรงในการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น

ผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of interest)

งานวิจัยนี้ไม่มีความขัดแย้งทางผลประโยชน์ / All authors declare no conflicts of interest.

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (Authors' contributions)

สาธิดา เต็มกุลเกียรติ: กำหนดหัวข้อ วางแผนเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล แปลผล และเขียนบทความ *ชมพูนุท ศรีจันทร์นิล*: ร่วมกำหนดหัวข้อ ให้คำแนะนำในการวางแผนและเก็บข้อมูล ร่วมวิเคราะห์และตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล และตรวจสอบบทความ

เอกสารอ้างอิง (References)

Ansara, D. L., & Hindin, M. J. (2010). Formal and informal help-seeking associated with women's and men's experiences of intimate partner violence in Canada. *Social Science & Medicine*, *70*(7), 1011-1018. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.009

Centers for Disease Control and Prevention (2023). *Percentage of U.S. adults aged 18 years and older who had received any mental health treatment or medication in the past 12 months in 2020, by age* [Graph]. Retrieved from https://www.statista.com/statistics/1193042/share-adults-who-received-any-mental-health-treatment-medication-by-age-us/

Chuemchit, M., Chernkwanma, S., Rugkua, R., Daengthern, L., Abdullakasim, P., & Wieringa, S. E. (2018). Prevalence of intimate partner violence in Thailand. *Journal of Family Violence*, *33*, 315-323. https://doi.org/10.1007/s10896-018-9960-9

Chang, J. C., Dado, D., Hawker, L., Cluss, P. A., Buranosky, R., Slagel, L., McNeil, M. & Scholle, S. H. (2010). Understanding turning points in intimate partner violence: Factors and circumstances leading women victims toward change. *Journal of Women's Health, 19*(2), 251-259. https://doi.org/10.1089/jwh.2009.1568

Cho, H., Shamrova, D., Han, J. B., & Levchenko, P. (2020). Patterns of intimate partner violence victimization and survivors' help-seeking. *Journal of Interpersonal Violence*, *35*(21-22), 4558-4582. https://doi.org/10.1177/0886260517715027

Cluss, P. A., Chang, J. C., Hawker, L., Hudson Scholle, S., Dado, D., Buranosky, R., & Goldstrohm, S. (2006). The process of change for victims of intimate partner violence: Support for a psychosocial readiness model. *Women's Health Issues*, *16*(5), 262-274. https://doi.org/10.1016/j.whi.2006.06.006

Cunningham, M., & L. Anderson, K. (2023). Women experience more intimate partner violence than men over the life course: Evidence for gender asymmetry at all ages in a national sample. *Sex Roles*, *89*(11), 702-717. https://doi.org/10.1007/s11199-023-01423-4

Eisikovits, Z., Buchbinder, E., & Mor, M. (1998). "What it was won't be anymore": Reaching the turning point in coping with intimate violence. *Affilia*, *13*(4), 411-434. https://doi.org/10.1177/088610999801300403

Eckstein, J. J. (2011). Reasons for staying in intimately violent relationships: Comparisons of men and women and messages communicated to self and others. *Journal of Family Violence*, *26*(1), 21-30. https://doi.org/10.1007/s10896- 010-9338-0

Frasier, P. Y., Slatt, L., Kowlowitz, V., & Glowa, P. T. (2001). Using the stages of change model to counsel victims of intimate partner violence. *Patient Education and Counseling*, *43*(2), 211-217. https://doi.org/10.1016/S0738-3991(00)00152-X

Lewis, S. D., Henriksen Jr, R. C., & Watts, R. E. (2015). Intimate partner violence: The recovery experience. *Women & Therapy*, *38*(3-4), 377-394. https://doi.org/10.1080/02703149.2015.1059223

Marsden, S., Humphreys, C., & Hegarty, K. (2021). Women survivors' accounts of seeing psychologists: Harm or benefit?. *Journal of Gender-Based Violence*, *5*(1), 111-127. https://doi.org/10.1332/239868020X16040863370635

Minto, K., Masser, B. M., & Louis, W. R. (2022). Identifying nonphysical intimate partner violence in relationships: The role of beliefs and schemas. *Journal of Interpersonal Violence*, *37*(5-6), 2416-2442. https://doi.org/10.1177/0886260520938505

Murray, C. E., Mobley, A. K., Buford, A. P., & Seaman-DeJohn, M. M. (2007). Same-sex intimate partner violence: Dynamics, social context, and counseling implications. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, *1*(4), 7-30. https://doi.org/10.1300/J462v01n04_03

Nichols, E. M., Bonomi, A., Kammes, R., & Miller, E. (2018). Service seeking experiences of college-aged sexual and intimate partner violence victims with a mental health and/or behavioral disability. *Journal of American College Health*, *66*(6), 487-495. https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1440572

Overstreet, N. M., & Quinn, D. M. (2013). The intimate partner violence stigmatization model and barriers to help seeking. *Basic and Applied Social Psychology*, *35*(1), 109-122. https://doi.org/10.1080/01973533.2012.746599

Paat, Y.-F., & Markham, C. (2019). The roles of family factors and relationship dynamics on dating violence victimization and perpetration among college men and women in emerging adulthood. *Journal of Interpersonal Violence*, *34*(1), 81-114. https://doi.org/10.1177/0886260516640544

Peitzmeier, S. M., Malik, M., Kattari, S. K., Marrow, E., Stephenson, R., Agénor, M., & Reisner, S. L. (2020). Intimate partner violence in transgender populations: Systematic review and meta-analysis of prevalence and correlates. *American Journal of Public Health*, *110*(9), e1-e14. https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305774

Rhodes, N. R., & McKenzie, E. B. (1998). Why do battered women stay?: Three decades of research. *Aggression and Violent Behavior*, *3*(4), 391-406. https://doi.org/10.1016/S1359-1789(97)00025-6

Smith, J. A. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology Review*, *5*(1), 9-27. https://doi.org/10.1080/17437199.2010.510659

Smith, J. A., Flowers, P., & Larskin, M. (2022). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research* (2nd edition). SAGE Publications Ltd.

Srichannil, C. (2017). Interpretative phenomenological analysis: A qualitative methodology for psychological research. *Journal of Education*, *28*(3), 1-13. https://ojs.lib.buu.ac.th/index.php/education2/article/view/5611 (in Thai).

Srichannil, C. (2019). Interpretative phenomenological analysis: Quality criteria. *Chiang Mai University Journal of Humanities*, *20*(1), 189-213. Retrieved from https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JHUMANS/article/view/186561 (in Thai).

Trabold, N., McMahon, J., Alsobrooks, S., Whitney, S., & Mittal, M. (2020). A systematic review of intimate partner violence interventions: State of the field and implications for practitioners. *Trauma, Violence, & Abuse*, *21*(2), 311-325. https://doi.org/10.1177/1524838018767934

Wuest, J., & Merritt-Gray, M. (1999). Not going back: Sustaining the separation in the process of leaving abusive relationships. *Violence Against Women*, *5*(2), 110-133. https://doi.org/10.1177/1077801299005002002

วารสาร
จิตวิทยาคลินิกไทย
https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสบการณ์ทางจิตใจของนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดที่ทำงานกับผู้รับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

ชิษณุชา เลิศพัฒนกุลธร[1*], วรัญญู กองชัยมงคล[2], ชมพูนุท ศรีจันทร์นิล[3]

[1] *นิสิตปริญญาโท คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*

[2] *อาจารย์ ดร., สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*

[3] *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*

[*] ผู้ประพันธ์บรรณกิจ, e-mail: Bell_chisanucha@hotmail.com

วันที่รับบทความ: 27 ตุลาคม 2567 | **วันที่แก้ไขบทความ:** 26 พฤศจิกายน 2567 | **วันตอบรับบทความ:** 6 ธันวาคม 2567

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสบการณ์ทางจิตใจของนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดที่ทำงานกับผู้รับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

วัสดุและวิธีการ เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ มีการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างกับนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดที่ทำงานกับผู้รับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตาย จำนวน 5 ราย โดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) การวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนผ่านการบันทึกประเด็นสำคัญ ระบุใจความสำคัญ และจัดหมวดหมู่ใจความสำคัญ การตรวจสอบความน่าเชื่อถือข้อมูลโดยอาจารย์ที่ปรึกษา (peer debriefing)

ผลการศึกษา ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ทางจิตใจและการดูแลตนเองของนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัด พบ 2 ใจความสำคัญหลัก ได้แก่ ใจความสำคัญหลักที่ 1 คือ ความกลัวและไม่เชื่อมั่นในการรับมือกับความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งประกอบด้วย 2 ใจความสำคัญรอง คือ ความไม่เชื่อมั่นจากการคิดว่าตนเองด้อยความสามารถ และความกลัวว่าจะไม่สามารถป้องกันการฆ่าตัวตายได้ และใจความสำคัญหลักที่ 2 คือ การเรียนรู้เพื่อรับมือกับความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งประกอบด้วย 2 ใจความสำคัญรอง คือ การมองเห็นตามความเป็นจริง และ การดูแลและพัฒนาตนเอง

สรุป ประสบการณ์ทางจิตใจของนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดแม้จะมีความกลัวและไม่เชื่อมั่น แต่ก็เรียนรู้การรับมือกับผู้รับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตายด้วยการมองตามความเป็นจริง ดูแลและพัฒนาตนเองจนสามารถทำงานต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ผู้รับบริการ, ประสบการณ์การให้คำปรึกษา, การวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ, ความคิดฆ่าตัวตาย, นักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัด

Thai Journal of Clinical Psychology
https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy

Original Article

Psychological Experiences of Trainee Counselors Working with Clients Who Have Suicidal Ideation

Chisanucha Lertpattanakultorn[1*], Warunyu Kongchaimongkhon[2], Chomphunut Srichannil[3]

[1] *Master Student, Faculty of Psychology, Chulalongkorn University*

[2] *Lecturer, Ph.D., Counseling Psychology, Faculty of Psychology, Chulalongkorn University*

[3] *Assistant Professor, Ph.D., Counseling Psychology, Faculty of Psychology, Chulalongkorn University*

[*] Corresponding author, e-mail: Bell_chisanucha@hotmail.com

Received: 27 October 2024 | **Revised:** 26 November 2024 | **Accepted:** 6 December 2024

Abstract

Objectives: The study gained insight regarding the psychological experiences of trainee counselors working with clients who have suicidal ideation.

Materials and methods: This qualitative research employed the Interpretative Phenomenological Analysis method. Data were collected through semi-structured in-depth interviews with five trainee counselors who have experience working with clients experiencing suicidal thoughts. Participants were selected through purposive sampling. The process was started by noting key points, identified themes and subthemes, and categorized the themes. The credibility of the data was verified by the advisor through peer debriefing.

Results: The research related to the psychological experiences and self-care of trainee counselors identified two main themes. The first major theme, "Fear and Doubt in Handling Suicidal Thoughts," consisted of two subthemes: Self-doubt stemming from perceived incompetence, and Fear of failing to prevent suicide. The second major theme, "Learning to Cope with Suicidal Thoughts," included two subthemes: Realistic Perspectives, and Self-Care and Personal Development.

Conclusion: The psychological experiences of trainee psychologists, despite feelings of fear and lack of confidence, involve learning to cope with clients experiencing suicidal ideation by adopting a realistic perspective. They take care of themselves and engage in self-development, enabling them to continue working effectively.

Keywords: Clients, Counseling experience, Interpretative phenomenological analysis, Suicidal ideation, Trainee counselor

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตหลักทั่วโลก โดยมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 700,000 คนต่อปี และมีอีกกว่า 703,000 คนที่พยายามฆ่าตัวตาย แต่ไม่สำเร็จ (World Health Organization [WHO], 2021) ในประเทศไทย Mongkol (2020) รายงานว่าอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 อย่างไรก็ตาม การฆ่าตัวตายเป็นการสูญเสียที่สามารถป้องกันและช่วยเหลือได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักจิตวิทยาการปรึกษามีบทบาทสำคัญในการลดอัตราการฆ่าตัวตายหรือพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Johnson & Brookover, 2020) ความคิดฆ่าตัวตายมีรากฐานมาจากความสิ้นหวังและความเจ็บปวด (Karthick & Barwa, 2017; Stillion & McDowell, 1991) ดังนั้น การให้คำปรึกษาจึงเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้ระบายความทุกข์ใจในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย โดยการรับฟังด้วยความเข้าใจและไม่ตัดสินถือเป็นหัวใจสำคัญของการสร้างความเปลี่ยนแปลง ช่วยให้ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายได้พิจารณาทางเลือกอื่นในการแก้ไขปัญหา (Reeves, 2010) กระบวนการเหล่านี้ช่วยให้ผู้รับบริการรู้สึกมีคุณค่าและความหวังใหม่ในการใช้ชีวิต (Paulson & Worth, 2002)

นักจิตวิทยาการปรึกษามีบทบาทสำคัญอย่างมากต่อการช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายหรือพฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้ (Johnson & Brookover, 2020) แต่อย่างไรก็ตาม กว่านักจิตวิทยาการปรึกษาจะทำหน้าที่ดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นเต็มไปด้วยความท้าทายอย่างมาก โดยเฉพาะช่วงของการฝึกหัดที่ต้องรับบทบาททั้งนักศึกษา นักวิจัย และนักจิตวิทยาการปรึกษา (Richardson et al., 2020) อีกทั้งนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดหลายคนยังต้องเผชิญกับความกดดันที่จะทำงานเพื่อสามารถช่วยเหลือผู้รับบริการได้อย่างแท้จริง ซึ่งมีความคาดหวังสูงและใจร้อนในการทำงาน ที่จะให้ผลลัพธ์ออกมาดีและสมบูรณ์ที่สุดในการให้บริการ (Skovholt & Rønnestad, 2003) แต่แท้จริงแล้วผู้รับบริการอาจไม่ได้ดีขึ้นทันทีหลังเข้ารับบริการ จึงทำให้เกิดความไม่มั่นใจและการวิจารณ์ตนเอง รวมทั้งการเป็นมือใหม่ที่ยังไม่มีประสบการณ์ ทำให้ยากต่อการนำทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้นที่ได้เรียนมาประยุกต์ใช้ในการให้คำปรึกษาได้ ส่งผลให้เกิดความกังวลและความยากลำบากระหว่างการให้บริการ (Hill et al., 2007) และยิ่งเพิ่มมากขึ้นไปอีกเมื่อต้องเผชิญหน้ากับผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย (McGlothlin et al., 2005) งานวิจัยของ Rossouw et al. (2011) ได้กล่าวถึงความรู้สึกถึงความคาดหวังว่าการทำงานของตนเองจะสามารถช่วยเหลือผู้รับบริการให้พ้นจากการฆ่าตัวตายได้ แต่กลับไม่มีหลักการการทำงานที่สามารถรับประกันได้ว่าผู้รับบริการจะปลอดภัย ซึ่งสิ่งเหล่านี้สร้างความกดดันทางจิตใจ เช่น ซึมเศร้า ความคิดและความทรงจำเชิงลบ ตลอดจนความรู้สึกเศร้า โทษตนเอง และความรู้สึกผิดให้กับนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัด (Kleespies et al., 1993) และหากความช่วยเหลือไม่สำเร็จหรือผู้รับบริการไม่ดีขึ้น อาจเกิดความเศร้าเครียด วิตกกังวล กลัวการถูกตำหนิ รู้สึกว่าตนล้มเหลวและตั้งคำถามถึงความสามารถของตนเอง (Hendin et al., 2000; Hendin et al., 2006; Moerman, 2012) ยิ่งไปกว่านั้น ยังพบอีกว่านักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดมักขาดประสบการณ์และการฝึกอบรมในการจัดการกับสถานการณ์วิกฤตเช่นนี้ (Morris & Minton, 2012)

ปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้นักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดสามารถผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบากนี้ไปได้ มักมาจากการสนับสนุนของอาจารย์นิเทศก์ การยอมรับความสามารถของตนเอง และประสบการณ์จากการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง (Hill et al., 2007) อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทยมีงานวิจัยไม่มากที่มุ่งเน้นศึกษาประสบการณ์ของนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดที่ทำงานกับผู้รับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตาย งานวิจัยเชิงคุณภาพของ Pathomwichaiwat (2003) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของนักจิตวิทยาที่ทำงานกับผู้รับบริการที่เสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย แต่ยังไม่มีงานวิจัยที่เจาะลึกถึงประสบการณ์ของนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดโดยตรง ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ทางจิตใจและการดูแลตนเองของนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดที่ให้การปรึกษากับผู้รับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ในรูปแบบพบหน้า (face-to-face) เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการเตรียมความพร้อมและเป็นแนวทางการพัฒนาศักยภาพในการทำงานกับผู้รับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตายของ

นักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัด รวมถึงบุคลากรที่ทำงานในสายวิชาชีพให้บริการทางสุขภาพจิต

วัสดุและวิธีการ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (interpretative phenomenological analysis: IPA) มีพื้นฐาน 3 ฐานคิดเชิงทฤษฎี (Smith et al., 2009 as cited in Srichannil, 2017) คือ 1) ปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) มุ่งศึกษาทำความเข้าใจประสบการณ์ผ่านมุมมองของบุคคลตามที่ถูกรับรู้ (noema) และให้ความหมายต่อประสบการณ์ที่รับรู้ (noesis) ทั้งนี้ผู้วิจัยตระหนักไม่ให้ประสบการณ์ส่วนตัวเข้ามามีอิทธิพลต่อการวิเคราะห์ข้อมูล 2) อรรถศาสตร์เชิงตีความ (hermeneutic) ใช้ทำความเข้าใจประสบการณ์ของบุคคลในเชิงลึกด้วยการตีความสองชั้น (double hermeneutics) อย่างครอบคลุมทั้งการรับรู้และการตีความของผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีการตีความต่อปรากฏการณ์นั้น ๆ และตีความประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยผู้วิจัยคำนึงถึงความหมายที่ปรากฏชัดเจนและความหมายโดยนัยที่ซ่อนอยู่ เพื่อเข้าถึงความหมายอย่างลึกซึ้ง 3) การศึกษาระดับบุคคล (idiography) มุ่งเน้นเฉพาะกรณี สถานที่ ปรากฏการณ์หรือเหตุการณ์ในแต่ละกรณีที่เกี่ยวข้องกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ เพื่อเข้าใจประสบการณ์ของบุคคลในเชิงลึก ถึงความคล้ายและความแตกต่างระหว่างประสบการณ์ที่มีความเฉพาะ

วิธีการเข้าถึงผู้เข้าร่วมวิจัยหลัก

ผู้วิจัยจัดทำโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์รับสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยระบุเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกอย่างชัดเจน โดยเผยแพร่ผ่านช่องทางสังคมออนไลน์ที่เกี่ยวข้อง และผู้วิจัยติดต่อกลับผู้สนใจที่ลงทะเบียนเข้าร่วมวิจัย และใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) มีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดที่มีประสบการณ์การทำงานกับผู้รับบริการที่มีความคิดหรือความต้องการฆ่าตัวตาย แต่ผู้รับบริการยังไม่มีการพยายามฆ่าตัวตาย และผู้เข้าร่วมวิจัยให้บริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยากับผู้รับบริการตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป และอยู่ในช่วงของการฝึกภาคปฏิบัติในสายงานด้านการบริการการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา (practicum/internship) 2) ผู้รับบริการไม่ได้ฆ่าตัวตาย และกระบวนการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาได้ยุติแล้ว 3) ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถนึกย้อนรวมถึงถ่ายทอดประสบการณ์ในการให้บริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาร่วมกับผู้รับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตายได้ 4) ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย และมีความยินดีในการถ่ายทอดประสบการณ์ในการสัมภาษณ์ ในส่วนของเกณฑ์การคัดออก มีดังนี้ 1) ผู้เข้าร่วมวิจัยยังคงมีความรู้สึกกระทบกระเทือนจิตใจจนไม่สามารถเล่าถึงประสบการณ์หรือการขอถอนตัวออกจากการวิจัย โดยในงานวิจัยมีผู้เข้าร่วมวิจัย 5 รายและไม่ได้มีการคัดออกหรือขอถอนตัวระหว่างกระบวนการให้ข้อมูล หลังจากตรวจสอบว่าผู้เข้าร่วมตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้นัดหมายเพื่อสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยหลัก จนกระทั่งข้อมูลที่พบมีความอิ่มตัว และไม่พบประเด็นใหม่ในการสัมภาษณ์ โดยมีรายละเอียดของผู้เข้าร่วมวิจัย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

แสดงข้อมูลเบื้องต้นของนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัย (นามสมมุติ)	อายุ (ปี)	เพศ	ระดับการศึกษา	สถานะการศึกษาปัจจุบัน	ช่วงให้การปรึกษากับผู้รับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตาย	
					ช่วงที่พบกับผู้รับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตาย	ประสบการณ์การปรึกษาก่อนเจอกับผู้รับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตาย
มิว	25	หญิง	ปริญญาโท	กำลังศึกษา	Internship	ฝึกงานได้ 5 เดือน
ภาค	32	ชาย	ปริญญาโท	สำเร็จการศึกษา	Internship	ฝึกงานได้ 6 เดือน
ไอซ์	34	ชาย	ปริญญาเอก	กำลังศึกษา	Practicum	ช่วงแรกของการฝึก
ไอติม	40	หญิง	ปริญญาโท	กำลังศึกษา	Practicum	ช่วงแรกของการฝึก
ฉลาม	29	ชาย	ปริญญาโท	กำลังศึกษา	Practicum	ช่วงแรกของการฝึก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัยกำลังศึกษาในระดับมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา และผ่านการฝึกฝนด้านการปรึกษาเชิงจิตวิทยากับผู้รับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ทั้งนี้ ได้เรียนรู้และพัฒนาทักษะการฟัง การสะท้อนความคิด การตั้งคำถาม และการตระหนักรู้ถึงอคติของตนเอง รวมถึงผ่านการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยา ทำให้มีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย

2. การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง เป็นคำถามปลายเปิดให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบได้อย่างอิสระและมีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ คำถามครอบคลุมประสบการณ์ กระบวนการ และผลที่จะเกิดขึ้นของนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดเมื่อต้องทำงานผู้มารับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตาย โดยคำถามได้รับการตรวจสอบและปรับแก้จากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์ประจำสาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 2 ท่าน และได้ทำการปรับแก้ก่อนนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้เข้าร่วมวิจัย 1 ราย ซึ่งไม่ได้มีการปรับคำถามสัมภาษณ์เพิ่มเติมอีก ตัวอย่างของคำถาม เช่น ความรู้สึกในช่วงที่รับรู้ว่าผู้รับบริการมีความคิดฆ่าตัวตายเป็นอย่างไร ผลกระทบของความรู้สึกต่อการทำงานเป็นอย่างไร การดำเนินการหลังจากเสร็จสิ้นการปรึกษามีปัจจัยอะไรบ้างที่สามารถช่วยให้ทำงานกับบุคคลที่มีความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละรายเฉลี่ย 70 นาที โดยมีผู้เข้าร่วม 4 ราย ถูกสัมภาษณ์ 1 ครั้ง และมีผู้เข้าร่วม 1 ราย ถูกสัมภาษณ์ 2 ครั้ง โดยครั้งที่สองใช้เวลา 10 นาที ในรูปแบบออนไลน์เพื่อเก็บข้อมูลส่วนบุคคลเพิ่มเติม เนื่องจากข้อมูลมีความจำเป็นสำหรับการวิจัยแต่ไม่ได้สอบถามในผู้เข้าร่วมวิจัยรายแรก กระบวนการเก็บข้อมูลดำเนินการตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงเดือนพฤษภาคม 2567 รวมระยะเวลา 7 เดือน ผู้วิจัยนัดหมายเพื่อสัมภาษณ์แบบพบหน้าจำนวน 4 ราย ในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวภายในมหาวิทยาลัย ซึ่งจัดเตรียมไว้สำหรับการวิจัย และสัมภาษณ์ผ่านการประชุมทางวิดีโอออนไลน์จำนวน 1 ราย ณ สถานที่ที่มีความสะดวกปลอดภัย และเป็นส่วนตัวสำหรับทั้งผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้วิจัย ก่อนทำการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ และสิทธิในการขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยโดยไม่ได้รับผลกระทบ รวมถึงขออนุญาตผู้เข้าร่วมวิจัยในการบันทึกเสียงการให้สัมภาษณ์ทุกครั้งก่อนเริ่มกระบวนการเก็บข้อมูล และไฟล์เก็บข้อมูลวิจัยมีรหัสปกป้องการเข้าถึงข้อมูล นอกจากนี้ ไฟล์เสียงและไฟล์ข้อมูลจะถูกทำลายหลังจากการสิ้นสุดงานวิจัยเป็นเวลา 1 ปี และการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ 201/66 ลงวันที่ 10 ตุลาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินตามขั้นตอนของระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพการวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (interpretative phenomenological analysis: IPA) ตามแนวคิดของ Smith et al. (2022) โดยมีขั้นตอนระเบียบวิธีการวิจัยดังต่อไป 1) ผู้วิจัยถอดเทปบันทึกเสียงความแบบคำต่อคำ (verbatim) เป็นตัวอักษร (transcript) และตรวจสอบความถูกต้อง 2) อ่านข้อมูลซ้ำ ๆ และจดบันทึกประเด็นสำคัญหรือสิ่งที่สังเกตเห็นได้ (exploratory noting) โดยวิเคราะห์คำสัมภาษณ์ทีละประโยค บันทึกเชิงบรรยาย (descriptive comments) การบันทึกเชิงแนวคิด (conceptual comments) และบันทึกด้านภาษา (linguistic comments) 3) สกัดเหลือเพียงข้อความประสบการณ์ (experiential statements) พร้อมตีความ 4) นำข้อมูลมาจัดเรียงและเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ระหว่างกัน และส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องจะถูกตัดไป 5) ระบุชื่อใจความสำคัญประสบการณ์ส่วนบุคคล (personal experiential themes) ของกลุ่มข้อความที่มีความเชื่อมโยงกันและได้จับรวมกลุ่มกัน จัดเรียงลงในตารางใจความสำคัญประสบการณ์ส่วนบุคคล ให้แต่ละหมวดหมู่จะมีทั้งใจความสำคัญหลัก (super-ordinate theme) และใจความสำคัญรอง (sub-ordinate theme)

6) วิเคราะห์ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยคนถัดไปด้วยขั้นตอนเดียวกัน 7) นำข้อมูลที่ได้ของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนมาหาความเหมือนและความต่าง พร้อมทั้งจัดหมวดหมู่ใจความสำคัญของประสบการณ์กลุ่ม (group experiential themes) ร่วมกัน และสรุปเป็นใจความสำคัญหลัก หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้จากการถอดรหัสตีความมาทำความเข้าใจความหมายแล้วจึงตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูลโดยอาจารย์ที่ปรึกษา (peer debriefing)

ผลการศึกษา

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นถึงประสบการณ์ทางจิตใจของนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดที่ทำงานกับผู้รับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย 2 ใจความสำคัญหลัก 4 ประเด็นรอง ที่สามารถอธิบายประสบการณ์ทางจิตใจของนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดที่ทำงานกับผู้รับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตาย รายละเอียด ต่อไปนี้

ใจความสำคัญหลักที่ 1 ความกลัวและไม่เชื่อมั่นในการรับมือกับความคิดฆ่าตัวตาย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การเป็นนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดที่ต้องทำงานกับชีวิตของผู้คนเป็นความรับผิดชอบที่หนักหน่วง ด้วยประสบการณ์ที่จำกัดและอยู่ในช่วงการปรับตัว แต่ถึงอย่างไร การเผชิญหน้ากับผู้รับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตายก็เป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจโดยตรง ดังรายละเอียดที่แสดงดังต่อไปนี้

1.1 การเกิดความรู้สึกไม่เชื่อมั่นจากการคิดว่าตนเองด้อยความสามารถ

ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 4 คน กล่าวถึง การเกิดความไม่เชื่อมั่นในตนเองจากการคิดว่าตนเองด้อยความสามารถในช่วงแรกของการฝึกหัด หนึ่งในผู้เข้าร่วมวิจัย คือ **ฉลาม** ซึ่งได้กล่าวถึงความไม่เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่เกิดจากการไม่มีประสบการณ์ในการทำงาน

“เรามองกันตามตรงเลยนะ แบบชั่วโมงการให้บริการ แทบจะไม่ถึง 15 20 ชั่วโมงเลยด้วยซ้ำ มันยังน้อยอยู่ (...) เราก็รับรู้ตัวเอง ไอ้ความไม่มั่นใจ มันก็แบบใหญ่มากเกินตัวขึ้นเลยตอนนั้น” (ฉลาม)

จากคำกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นความไม่มั่นใจที่เป็นก้อน “*ใหญ่*” มาก จากการขาดชั่วโมงการทำงานจริงที่ทำให้ฉลามรู้สึกว่าความสามารถของตนเองไม่เพียงพอที่จะรับมือกับผู้รับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ในขณะที่**มิ้ว** กล่าวถึงความไม่เชื่อมั่นในตนเองอยู่แล้วตั้งแต่แรกและยิ่งสงสัยในตนเองเมื่อรับรู้ความคิดฆ่าตัวตายของผู้รับบริการที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น

“เราไม่มั่นใจในความสามารถของเราอยู่แล้วเป็นพื้นฐาน บวกกับเราหวั่นใจกับการเจอผู้รับบริการที่แบบ suicidal (...) แล้วเขาพูดว่า เขามีความคิดจะทำ แล้วเราเห็นความเข้มข้นที่มันเพิ่มมากขึ้นอ่ะ (...) มันก็เลยกลับมาสงสัยความสามารถของตัวเองว่า ที่ผ่านมาเราทำดีพอหรือยังนะ ที่ผ่านมาเราน่าจะทำอะไรเพิ่มหรือเปล่า” (มิ้ว)

สำหรับมิ้ว เมื่อความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตายของผู้รับบริการยิ่งเพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดความรู้สึกสงสัยในความสามารถ ซึ่งมิ้วเองก็ไม่ได้เชื่อมั่นในความสามารถที่ตนเองมีอยู่ก่อนแล้ว ในขณะที่ **ไอติม** กล่าวถึงความไม่เชื่อมั่นในการทำงานของตนเองว่าจะสามารถช่วยเหลือผู้รับบริการได้จริงไหม

“*เรารู้สึกแบบ low self ของไอติมน่าจะเป็นว่าก็จะเปรียบเทียบกับ counselor ในทีมคนอื่นที่เขาจบมาตรงสายกว่านี้ (...) บอกเคสนี้ควรจะไปหาน้องอีกคนไหม”* (ไอติม)

จากข้อความข้างต้น ไอติมกล่าวถึงความรู้สึกด้อยความสามารถ เมื่อต้องทำงานกับความคิดฆ่าตัวตาย เนื่องจากไม่เชื่อมั่นว่าความสามารถของตนเองที่มีนั้นจะเพียงพอในการช่วยเหลือผู้รับบริการได้ ในขณะที่**ภาค**เองก็เป็นอีกหนึ่งคนที่ไม่เชื่อมั่นในการทำงานของตนเอง เนื่องจากไม่มั่นใจในทักษะ แม้ว่าจะผ่านการฝึกฝนในช่วงเวลาของการเรียนแล้ว

“*สกิลแล้วความมั่นคงของเราอาจจะยังไม่มากพอ เราก็ไม่รู้สึกว่าสิ่งที่เราพูดไปเนี่ย มันจะดีมากขนาดไหน (...) ทำไม่ได้แน่ ก็เลยกลัวตลอดเวลา (...) ในหลักสูตรเขาไม่ได้ให้เราไป observe การทำงานจริง ๆ จัง ๆ เขาให้แค่ เราทำกับเพื่อน รุ่นพี่ อาจารย์ แต่สุดท้ายถ้าอะไรผิดพลาดก็แค่แบบสั่งคัตอ่ะ แต่เลยพอความ*

เป็นจริงแบบมันสั่งคัดไม่ได้ (...) สุดท้าย มันก็คือ ชีวิตคน" (ภาค)

สำหรับภาคการฝึกฝนตอนเรียนไม่สามารถช่วยให้มั่นใจในการทำงานในสถานการณ์จริงได้ เนื่องจากในสถานการณ์จริงนั้นต้องแบกรับผลกระทบที่ร้ายแรงจากการทำงานของตนเอง

1.2 ความกลัวว่าจะไม่สามารถป้องกันการฆ่าตัวตายได้

ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 4 คน กล่าวถึง ความกลัวว่าจะไม่สามารถป้องกันการฆ่าตัวตายได้ ในขณะที่รับรู้ความคิดฆ่าตัวตายจากผู้รับบริการ ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นได้ระหว่างที่ไม่ได้พบกัน

ในมุมมองของ **ภาค มิ้ว** และ**ไอติม** กลัวผู้รับบริการฆ่าตัวตายและเชื่อว่าผลลัพธ์ของการตายมาจากการทำงานที่ผิดพลาดของตนเอง

"ถ้าพูดอะไรผิด เรา explore เขามากไป ทำให้เขาดาวน์มาก ๆ แล้วรู้สึกเหมือนกับจม (...) เขาเสียใจฆ่าตัวเองตาย เรารึเปล่าที่ทำให้เขาตาย เราที่ช่วยเขาไม่ได้ ก็กลัว กลัว" (ภาค)

"กลัวเขาตาย รู้สึกผิด ที่คิดแว็บขึ้นมาเลย ความรู้สึกผิดที่มันคงเป็นก้อนใหญ่มากมากมากมากมากมากมาก (...) เราทำอะไรได้บ้างในเหตุการณ์ที่ผ่านมา เพื่อที่จะป้องกันไม่ให้มันเกิดขึ้น" (มิ้ว)

"ไอติมเป็นห่วงตัวเองมากกว่า ไม่อยากจะรู้สึกผิดตลอดชีวิต (...) ไอติมกลัว เราไม่อยากมีความรู้สึก guilty มันจะรบกวนจิตใจเรา" (ไอติม)

จากข้อความข้างต้น ภาค มิ้ว และไอติม เชื่อว่าการทำงานของตนเองอาจจะเกิดความผิดพลาดหรือไม่สามารถช่วยเหลือได้จนไปสู่การเสียชีวิตของผู้รับบริการ และหากเกิดขึ้นจริงจะรู้สึกผิดอย่างมาก ทำให้กลัวและกังวลเกี่ยวกับความรับผิดชอบในการช่วยเหลือผู้รับบริการอย่างถูกต้องที่จะป้องกันให้ไม่เกิดการฆ่าตัวตาย ในขณะที่ **ฉลาม** กลัวว่าผู้รับบริการจะฆ่าตัวตายในช่วงระหว่างที่ไม่ได้เจอกัน

"มีกังวลว่า จะหนักขึ้น เราก็เชื่อจริง ๆ นะ ว่ามันมีแนวโน้มว่ามันจะหนักขึ้น" (ฉลาม)

จากข้อความข้างต้น ฉลามกล่าวถึงความเชื่อว่าระดับความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตายมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้น จึงทำให้เกิดความกลัวว่าจะไม่สามารถป้องกันได้ในระหว่างช่วงที่ไม่ได้เข้ารับบริการ

ใจความสำคัญหลักที่ 2 การเรียนรู้เพื่อรับมือกับความคิดฆ่าตัวตาย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า นักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดได้เรียนรู้เพื่อรับมือในการทำงานกับความคิดฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นของผู้รับบริการ ดังรายละเอียดที่แสดงดังต่อไปนี้

2.1 การมองเห็นตามความเป็นจริง

ในประเด็นนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการฝึกฝนและสะสมประสบการณ์ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถตระหนักรู้ว่าทำเต็มที่และไม่ใช่ความผิดของตนเองตลอดจนการเห็นผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของผู้รับบริการ

2.1.1 การตระหนักรู้ว่าทำเต็มที่และไม่ใช่ความผิดของตนเอง

ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 4 คน กล่าวถึง การตระหนักรู้ว่าการเต็มที่และไม่ใช่ความผิดของผู้ให้การปรึกษาหากผู้รับบริการฆ่าตัวตาย ซึ่งการตระหนักรู้นี้ช่วยบรรเทาความกลัวและความรู้สึกผิดลงได้

ในมุมมองของ **มิ้ว ไอติม**และ**ภาค** มีความคล้ายคลึงกันในแง่ที่ทุกคนต่างตระหนักถึงขีดจำกัดของตนเองในบทบาทและข้อจำกัดของตนเอง

"เราเป็นแค่ส่วนนึงในชีวิตเขาอ่ะ เราทำเต็มที่แล้ว อย่าให้ความรู้สึกว่า เขาจะตายไหม จะตายหรือเปล่า มาเป็นความรับผิดชอบของเราแค่คนเดียว (...) ทำมากไปกว่านี้ไม่ได้จริง ๆ อ่ะ พอมันตอบตัวเองแบบนั้น มันก็ calm ความกังวลและความรู้สึกกลัวของเราลง" (มิ้ว)

"ในเซสชั่น เราเต็มที่ของเรา ส่วนนอกเซสชั่นมันไม่ได้อยู่ในการควบคุมเรา มันจะมีปัจจัยอื่น ที่ขึ้นอยู่กับเขาด้วย ซึ่งพอเรามองตรงนี้ชัด ก็รู้สึกว่า การที่เขาลงมือทำร้ายตัวเองสำเร็จ สิ่งที่ไป trigger เขา มันเป็นเรื่องอื่น ไม่เกี่ยวกับเรา เป็นปัจจัยที่เราควบคุมไม่ได้" (ไอติม)

"เราเบากับตัวเองลง สกิลตอนนั้นเราก็มีแค่นั้น เราก็ทำในแบบของเราเต็มที่ (...) มันไม่ใช่เป็นความผิดเรา ต่อให้เราถามไปแล้วเขามีความคิด มันก็ไม่น่า ไม่น่าใช่ความผิดเรา" (ภาค)

จากข้อความข้างต้น มิ้ว ไอติมและภาคต่างยอมรับว่าไม่สามารถควบคุมหรือรับผิดชอบต่อการฆ่าตัวตายของผู้รับบริการได้ทั้งหมด และตระหนักถึงปัจจัยอื่นที่อยู่นอกเหนือการควบคุมและได้ทำเต็มที่แล้วในขอบเขตที่สามารถทำได้ การตระหนักรู้เช่นนี้ทำให้ทั้งสามคนสามารถบรรเทาความรู้สึกผิดลงได้ ในขณะที่ **ไอซ์** ให้ความสำคัญกับการแบ่งปันความรับผิดชอบระหว่างนักจิตวิทยาและผู้รับบริการ

“เราทำเต็มที่ให้เคสทุกคน ทำเต็มที่ทุกครั้ง แต่ว่าเขาก็ต้องทำส่วนของเขาเหมือนกัน เพราะว่า counseling เป็นการทำงานร่วมกัน (...) ถ้าสุดท้ายแล้วเขาเลือกจะตาย มันก็ไม่ใช่ของเราอยู่ดี” (ไอซ์)

ไอซ์มองลึกไปถึงความสำคัญของ "*การทำงานร่วมกัน*" ระหว่างนักจิตวิทยาและผู้รับบริการ ไอซ์เน้นว่าผู้รับบริการเองก็ต้องมีบทบาทและความรับผิดชอบในกระบวนการปรึกษาเช่นกัน โดยหากผู้รับบริการตัดสินใจที่จะฆ่าตัวตาย มันไม่ใช่ความรับผิดชอบที่ตกอยู่ที่นักจิตวิทยาการปรึกษาฝ่ายเดียว

2.1.2 การเห็นผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของผู้รับบริการ

ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 4 คน กล่าวถึง การที่พิจารณาว่าผู้เข้ารับบริการดีขึ้น ทำให้กล้าทำงานกับความคิดฆ่าตัวตาย ดังเช่น การประเมินว่าผู้รับบริการดีขึ้นมาจากการสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนในคำพูดและท่าทาง ซึ่งช่วยให้**มิ้ว ฉลาม** และ**ภาค** กล้าทำงานกับความคิดฆ่าตัวตาย

“ส่วนหนึ่งก็คือว่าผู้รับบริการเข้ามา เขาไม่ได้เข้ามาด้วยความหดหู่ ชีวิตแบบดูแย่ (...) เบาใจขึ้นแล้วก็ ตกตะกอนตัวเองเหมือนกันว่า เราต้องเชื่อมั่นในตัวผู้รับบริการ ในฐานะเป็น person center เรามองว่าคนทุกคนมี ability ที่จะเติบโตได้มี ability ที่จะ taking are of themself อยู่แล้ว” (มิ้ว)

“ความรู้สึกหม่น ๆ ความรู้สึก เหมือนจะแย่แล้วอ่ะ มันไม่เห็นแล้ว มันบางลงไปเยอะละตอนนั้นแล้วก็คือสามารถทำตาม ทำตามสิ่งที่คุยกับ sup มาแล้วก็สิ่งที่ตั้งใจว่าจะทำ ก็คือได้ทำจริง ๆ ” (ฉลาม)

“ความจริงตอนนั้นที่กล้าเพราะว่าอย่างแรกเลย คือ สีหน้าเขาดีขึ้น ไม่ได้เหมือนกับครั้งแรกที่มาถึงหัวเราะแต่ร้องไห้ แล้วก็คุยยากมาก สีหน้าคือแย่อ่ะ” (ภาค)

จากข้อความข้างต้น การสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกของผู้รับบริการทำให้รู้สึกเบาใจและสามารถจัดการอารมณ์ของตัวเองได้ดีขึ้น นอกจากนี้ ยังมองสถานการณ์ตามความเป็นจริงได้ดียิ่งขึ้น ในขณะที่ **ไอซ์** การเปลี่ยนแปลงในผู้รับบริการเป็นการยืนยันถึงความสามารถของตนเองในการช่วยเหลือผู้รับบริการให้ดีขึ้น

“เราช่วยเขาได้ (...) รู้สึกว่ามันดีมาก ๆ เลย ทั้งที่ตอนแรก ตอนที่เขาคุยกับเรา เขาไม่อยากจะแบบมีชีวิตอยู่เกิน 5 ปีแล้วด้วยซ้ำ อยากจะตายแล้วด้วยซ้ำ” (ไอซ์)

สำหรับไอซ์ เชื่อมั่นในตนเองว่าเขาได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ แตกต่างจากอีกสามคนที่มองว่าการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการเป็นการสนับสนุนให้พวกเขารู้สึกสบายใจและมั่นใจในกระบวนการ แต่ไม่ได้มองว่าตนเองมีบทบาทอย่างชัดเจนเท่ากับไอซ์ในการทำให้ผู้รับบริการดีขึ้น

2.2 การดูแลและพัฒนาตนเอง

ในประเด็นนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยได้สะท้อนถึงประสบการณ์การทำงานการดูแลและพัฒนาตนเองในช่วงแรกของการฝึกงาน โดยผู้เข้าร่วมวิจัยได้กล่าวถึงการกลับมาดูแลตนเองเพื่อออกจากเรื่องราวของผู้รับบริการ และการปรึกษากับบุคคลทางวิชาชีพ

2.2.1 การกลับมาดูแลตนเองเพื่อออกจากเรื่องราวของผู้รับบริการ

ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 3 คน กล่าวถึง การให้เวลาในการพักผ่อนและดูแลตนเองในช่วงนอกเวลาทำงาน เป็นการออกจากเรื่องราวของผู้รับบริการเพื่อให้ตนเองได้พักผ่อนและฟื้นฟูในการกลับไปทำงาน

ดังเช่น **มิ้ว ฉลาม**และ**ไอติม** ต่างก็ใช้การทำกิจกรรมที่ตนเองชอบเพื่อฟื้นฟูพลังงานและสุขภาพจิตหลังจากทำงานกับผู้รับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

“เป็นคนชอบอ่านนิยายมาก รู้สึกว่ามันทำให้เหมือนว่าทำให้เราไปอยู่ในโลกอีกโลกนึงอ่ะ (...)มันก็จะช่วยเราฐานะนักจิตจะได้มี space ในการกลับไปทำงานกับผู้รับบริการได้มากขึ้น” (มิ้ว)

“เหมือนกับน้องคนนี้เขากินพลัง พลังใจเราไว้เยอะมากแหละ ดูแลร่างกายตัวเอง ดูแลสุขภาพตัวเองให้มันกลับมา ให้กายกับใจมันแบบมันฟื้นฟูบ้าง ไม่จำเป็นจะต้องพาเขากลับ” (ฉลาม)

“วาดรูปเป็นเหมือนได้ใส่ออกซิเจนให้ตัวเอง แล้วสมองโล่งขึ้น (...) ผ่อนคลายความเครียด (...) ไม่ไปคุยถึง เรื่องนั้นแล้ว คือเหมือนออกจากอีกโลก โลกทำงานแล้วไปอีกโลกนึง” (ไอติม)

จากข้อความข้างต้น ทั้งสามคนใช้กิจกรรมที่ทำให้ตนเองมีความสุขและผ่อนคลายเพื่อเตรียมตัวให้พร้อมสำหรับการทำงานครั้งถัดไป ทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นว่าการดูแลตนเองและการฟื้นฟูพลังงานมีบทบาทสำคัญในการรักษาความสมดุลของชีวิตและการทำงานในฐานะนักจิตวิทยาการปรึกษา

2.2.2 การปรึกษากับบุคคลทางวิชาชีพ

ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนเน้นถึงความสำคัญของการปรึกษากับบุคคลทางวิชาชีพ เช่น อาจารย์นิเทศก์ เพื่อนร่วมวิชาชีพ และการเข้ารับบริการกับนักจิตวิทยาการปรึกษา ซึ่งช่วยในการจัดการความรู้สึกและเพิ่มความมั่นใจในแนวทางการทำงาน

โดยเฉพาะ**อาจารย์นิเทศก์**ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ตระหนักว่าตนเองทำงานได้อย่างเต็มที่และลดความรู้สึกผิด อีกทั้งเพิ่มความมั่นใจในการทำงาน ดังที่**มิ้ว ไอติม** และ**ฉลาม**ได้กล่าวไว้

"อาจารย์เห็นปุ๊บอ่ะ เรารู้สึกว่ามาในทิศทางที่ถูกต้อง ทำให้รู้สึกมั่นใจในแผนการทำงานของเรามากขึ้นมาก ๆ ว่าเรากำลังเดินไปในทางที่มันโอเคนะ เราไม่ได้ทำอะไรสิ่งที่ไม่ดีหรือว่าไม่ควร" (มิ้ว)

“ไอติมก็บอกว่า ไอติมใช้ humanistic นะ เขาก็บอกว่าแบบนั้นก็ใช้ได้ แกไม่ได้ให้ทำอะไรอย่างอื่น (...) ก็สบายใจ พอกลับมาทำงานแล้วมั่นใจขึ้นว่า โอเค อย่างน้อยไม่ผิดทาง” (ไอติม)

“เขาเห็นใกล้กันกับเรา รู้สึกมั่นใจ เพราะเหมือนกับ sup เก่งกว่าเรา มีประสบการณ์มากกว่าเรา แล้วคนที่เรานับถือเขา เขาช่วย validate ตรงนี้ให้” (ฉลาม)

จากข้อความข้างต้น มิ้ว ไอติม และฉลาม ได้รับความมั่นใจจากการยืนยันหรือการรับรองของอาจารย์นิเทศก์ ซึ่งช่วยให้รู้สึกว่าแผนการทำงานและการทำงานที่ผ่านมาของตนเองนั้นอยู่ในทิศทางที่ถูกต้องและเหมาะสม ในขณะที่ **ภาค** ได้กล่าวถึงการสนับสนุนจากอาจารย์นิเทศก์ไม่เพียงช่วยเพิ่มความมั่นใจ แต่ยังให้การสนับสนุนในด้านจิตใจ

“sup ช่วยเพิ่มความมั่นใจขึ้น เขามีความเป็นแม่ดูแลลูกอ่ะ เขาบอกว่า เราทำได้ดี ทำให้รู้สึกเหมือนกับแบบแม่โอ๋ลูกอ่ะ ซึ่งเราก็รู้สึกว่า เราก็ยังไม่ดีหรอก (...) ซัพพอร์ตด้านจิตใจได้ดี (...) เขาบอกว่า เราทำได้ดีแล้วในเวลานั้น มันก็ยังรู้สึกว่า เราควรทำให้ดีกว่านี้แหละ แต่อาจารย์เขาก็บอกว่า สุดท้ายเราก็ยังอยู่ในช่วง intern ทำให้รู้สึกว่า ตอนนั้นทำเต็มที่แล้วของเราตอนนั้น” (ภาค)

ภาคได้รับการสนับสนุนทางจิตใจจากอาจารย์นิเทศก์ ทำให้รู้สึกมั่นใจและสบายใจมากขึ้น และเห็นว่าตนเองทำงานอย่างเต็มที่ ถึงแม้จะมีสิ่งที่ต้องพัฒนา แต่ก็สามารถยอมรับตนเองได้ นอกจากนั้น**เพื่อนร่วมวิชาชีพ**เองก็มีบทบาทสำคัญในการช่วยสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ดังที่**มิ้ว**ได้กล่าว

“เข้าใจนะ มันเหนื่อยนะ กินอะไรไหม มันทำให้เรารู้สึกเหมือนว่า สิ่งที่เราเหนื่อยหรือสิ่งที่เราแบกความรู้สึกแย่ ๆ เอาไว้ หลังจากที่เราออกมาจากการทำผู้รับบริการ มันดีขึ้น” (ภาค)

สำหรับมิ้ว การปรึกษากับเพื่อนร่วมวิชาชีพไม่ได้มุ่งหวังการแก้ปัญหา แต่เพื่อรับการสนับสนุนทางอารมณ์ การแบ่งปันความรู้สึกหนักหน่วงและได้รับความเข้าใจช่วยลดความเครียดและทำให้รู้สึกดีขึ้น นอกจากนี้ **นักจิตวิทยาการปรึกษา**ก็เป็นอีกหนึ่งคนที่สามารถช่วยในเรื่องของการให้คำปรึกษา ดังเช่น**ไอซ์** ที่ความเชื่อของผู้รับบริการที่ไม่สอดคล้องส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ทำให้กระตุ้นความรู้สึกไม่ชอบภายในใจจนปิดกั้นให้ตนเองนั้นไม่สามารถทำงานต่อไปได้

“ตอนนี้ไม่เป็นปัญหาแล้ว คือเมื่อก่อนเป็นคนที่ไม่ค่อยเชื่อ คนที่มีความเชื่อแบบสุดโต่งในทุกแบบ (...) เรารู้สึกว่าเราฟังไม่ค่อยได้ เราตอนนั้นไม่รู้ว่า มันเกิดอะไรขึ้น แต่ตอนนี้มาบำบัดแล้ว (...) บำบัดเรื่องความเชื่อ ไปทำกับนักจิตจริง ๆ เพราะรู้สึกว่ามันกระทบการทำงานมากไป” (ไอซ์)

สำหรับไอซ์ นักจิตวิทยาการปรึกษามีบทบาทสำคัญในการช่วยปรับความเชื่อที่สุดโต่งซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงาน เพื่อไม่ให้กระทบกับงานในอนาคต

วิจารณ์

ผลการวิจัยเผยให้เห็นถึงช่วงแรกของการฝึกงาน นักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดเกิดความไม่มั่นใจในทักษะและความสามารถของตนเองอยู่ก่อนแล้ว และยิ่งหากต้องเผชิญกับผู้รับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตายมักเกิดความวิตกกังวลและสงสัยในความสามารถของตนเองมากกว่าการให้การปรึกษากับผู้รับบริการที่มาด้วยปัญหาอื่น ๆ เนื่องจากต้องแบกรับความกดดันในการรับผิดชอบชีวิตคน ซึ่งอาจทำให้รู้สึกว่าตนเองยังขาดทักษะเพียงพอต่อการให้ความช่วยเหลือ เชื่อมโยงกับผลการวิจัยของ Seed (2019) ที่ได้กล่าวถึง การรับผิดชอบชีวิตคนเป็นภาระใหญ่ที่ทำให้นักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดเกิดความสงสัยในความสามารถและรู้สึกว่าตนเองขาดทักษะที่เพียงพอในการให้ความช่วยเหลือ แม้ก่อนหน้าของการฝึกงานจะมีการฝึกฝนในช่วงเวลาของการเรียน แต่เป็นการฝึกในรูปแบบบทบาทสมมติที่ฝึกกับบุคคลที่อยู่ในสภาวะปกติ จึงทำให้นักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดไม่ได้สัมผัสกับการทำงานที่ยากลำบากหรือกดดันเมื่อต้องมาให้บริการในช่วงเวลาของการฝึกงานจริง ตามที่งานวิจัยที่ได้ระบุถึงประสบการณ์การฝึกงานนั้นแตกต่างจากการเรียนอย่างมาก ในการปฏิบัติจริงนั้นเกิดความรู้สึกท่วมท้นว่าตนเองไม่มีความสามารถเพียงพอต่อการทำงานกับผู้รับบริการ (Hepker, 2007) นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยยังได้ระบุถึง การพบกับการมีระดับความคิดฆ่าตัวตายที่รุนแรงขึ้น ทำให้รู้สึกสงสัยความสามารถของตนเองในการทำงานที่ผ่านมา สอดคล้องกับงานวิจัยของ Steinberg (2009) ซึ่งระบุว่า การขาดประสบการณ์สามารถนำไปสู่ความวิตกกังวลและความสงสัยในตนเองที่เพิ่มมากขึ้นของนักจิตวิทยามือใหม่ ทำให้ปรากฏเป็นการตั้งคำถามภายในถึงความสงสัยความสามารถของตนเองว่าเพียงพอต่อการทำงานหรือไม่

ความกลัวว่าจะไม่สามารถป้องกันการฆ่าตัวตาย ที่เป็นส่วนหนึ่งของสภาพจิตใจที่นักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดต้องเผชิญ โดยสามารถอธิบายความกลัวได้ทั้งหมด 2 ลักษณะ ได้แก่ ความกลัวความรู้สึกผิดหากผู้รับบริการฆ่าตัวตาย และความกลัวว่าผู้รับบริการจะฆ่าตัวตายในช่วงรอยต่อที่ไม่ได้พบกัน ในลักษณะความกลัวแรกคือ ความกลัวความรู้สึกผิดหากผู้รับบริการฆ่าตัวตาย เป็นความกลัวต่อการทำงานของตนเองที่อาจจะไม่สามารถป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้รับบริการได้ทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกผิด ซึ่งเป็นความรู้สึกที่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Pope and Tabachnick (1993) ที่ได้กล่าวว่า การเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายของผู้รับบริการเป็นสิ่งที่นักจิตวิทยากลัวมากที่สุด เพราะส่งผลกระทบอย่างมากต่อเส้นทางอาชีพในการทำงานและสภาพจิตใจที่ต้องแบกรับความรู้สึกผิดและการตำหนิตนเอง (Chemtob et al., 1989) อย่างไรก็ตาม ในงานวิจัยนี้พบว่า นักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดเกิดความรู้สึกผิดเนื่องจากเชื่อว่าการทำงานของตนเองมีส่วนที่ไม่สามารถช่วยผู้รับบริการได้หากจบชีวิตลง จึงได้เริ่มการตั้งคำถามกับตนเองถึงการทำงานว่าทำดีพอแล้วหรือยังที่จะป้องกันการฆ่าตัวตายได้ ลักษณะความกลัวที่สองคือ ความกลัวว่าผู้รับบริการจะฆ่าตัวตายในช่วงรอยต่อที่ไม่ได้พบกัน นักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดยังคงมีความกลัวและกังวลว่าผู้รับบริการอาจจะพยายามฆ่าตัวตายโดยที่ตนเองไม่สามารถป้องกันได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Aherne et al. (2018) ที่ได้ชี้ให้เห็นถึงความรู้สึกกลัวว่าผู้รับบริการอาจจะพยายามฆ่าตัวตายในระหว่างช่วงของการบำบัดในแต่ละครั้งที่ไม่ได้พบกัน เนื่องจากเชื่อว่าตนเองเป็นผู้แบกรับความรับผิดชอบในการช่วยประคับประคองให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนและอยากมีชีวิตต่อไป

นักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดต้องเผชิญกับความรู้สึกผิดและความกังวลที่เกิดขึ้นจากการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงความเป็นไปได้ที่ผู้รับบริการอาจฆ่าตัวตายสำเร็จ แต่ในท้ายที่สุด ผลการวิจัยครั้งนี้ได้เผยให้เห็นถึงแนวทางที่ช่วยจัดการกับความรู้สึกเหล่านี้ก็คือ การตระหนักรู้ว่าตนเองได้ทำเต็มที่ในการทำงาน และมองเห็นตามความเป็นจริงว่าหากเกิดเหตุการณ์ที่ผู้รับบริการฆ่าตัวตายสำเร็จ ผลลัพธ์ที่เลวร้ายดังกล่าวไม่ใช่ความผิดหรือความรับผิดชอบของนักจิตวิทยาที่สามารถควบคุมได้ทั้งหมด แต่ยังขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย

อีกทั้งเป็นการกระทำที่เกิดจากการตัดสินใจของผู้รับบริการ ซึ่งอาจมาจากปัจจัยภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้เช่นกัน เมื่อความเข้าใจในส่วนนี้กระจ่างช่วยทำให้ลดความรู้สึกหนักอึ้งในการทำงานลงได้ สอดคล้องกับงานของ Figueroa and Dalack (2013) ที่ระบุว่าการตระหนักว่าตนเองทำดีที่สุดแล้วเป็นกุญแจสำคัญในการจัดการกับอารมณ์ด้านลบของความรู้สึกผิดในเรื่องการป้องกันการฆ่าตัวตาย อีกประเด็นสำคัญที่พบคือ การที่นักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดแบกรับความกลัวและความรู้สึกผิดในการฆ่าตัวตายของผู้รับบริการ สอดคล้องกับ Rossouw et al. (2011) ที่ชี้ว่าการแบกรับความรับผิดชอบมากเกินไปเป็นปัจจัยที่เพิ่มความกลัวและความรู้สึกผิด อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ยังพบอีกว่า การที่นักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดเริ่มผ่อนความรับผิดชอบต่อการเสียชีวิตของผู้รับบริการลงและตระหนักว่าการปรึกษาต้องอาศัยความร่วมมือจากทั้งสองฝ่าย หรือถ้าหากการฆ่าตัวตายเกิดขึ้นอาจมาจากปัจจัยภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งไม่ใช่ความผิดของนักจิตวิทยาการปรึกษา แนวคิดนี้ช่วยลดความไม่เชื่อมั่นและความผิดจากการแบกรับความรับผิดชอบทั้งหมดต่อชีวิตของผู้รับบริการ

การเห็นผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของผู้รับบริการ มีผลต่อความกล้าถามคำถามเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตาย แม้งานวิจัยของ Lent et al. (2009) ระบุว่า พฤติกรรมของผู้รับบริการที่ดีขึ้นมีผลต่อความเชื่อมั่นในความสามารถของนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัด แต่ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยเห็นผลลัพธ์เชิงบวกจากผู้รับบริการเพียงแค่มีความกล้าในการทำงาน แต่ไม่ได้เชื่อมโยงกับความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งแสดงถึงความซับซ้อนของปัจจัยที่ส่งผลต่อความเชื่อมั่นในการทำงาน การที่นักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดบางคนอาจไม่รู้สึกมั่นใจมากขึ้นอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายใน เช่น การมองความสามารถของตนเองทางลบ ความรู้สึกว่าตนเองยังขาดทักษะหรือความเชี่ยวชาญที่เพียงพอในการรับมือกับผู้รับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตาย หรือการขาดประสบการณ์ในการจัดการกับผู้รับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตาย สิ่งเหล่านี้ทำให้การเห็นผลลัพธ์เชิงบวกอาจไม่สามารถเพิ่มความมั่นใจได้เท่ากันในทุกคน มีเพียงผู้เข้าร่วมวิจัยบางคนเท่านั้นที่รู้สึกว่าการเห็นพัฒนาการของผู้รับบริการช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในการทำงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Vincent (2023) ที่ระบุว่าการเห็นความก้าวหน้าในผู้รับบริการช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในวิธีการที่ใช้ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้เพิ่มมิติใหม่โดยชี้ให้เห็นว่าผลลัพธ์เชิงบวกเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอในการสร้างความมั่นใจให้กับนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดทุกคน

งานวิจัยนี้ยังแสดงให้เห็นว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยในฐานะนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดต่างก็ให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับการดูแลตนเอง ในการให้ตนเองได้พักผ่อนจากการทำงานที่จะช่วยสร้าง "พื้นที่" ทางอารมณ์และจิตใจ เพื่อให้พวกเขาสามารถกลับมาทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในครั้งถัดไป สอดคล้องกับงานวิจัยของ Gilroy et al. (2002) ที่ได้กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับนักบำบัด ในทำนองเดียวกัน Ellis et al. (2018) ได้กล่าวถึงการที่นักบำบัดควรฟื้นฟูและเติมพลังให้ตนเอง ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการจัดการอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อต้องทำงานกับผู้รับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังแสดงให้เห็นว่า นักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดหลายคนตระหนักถึงความจำเป็นของการดูแลตนเองโดยใช้กิจกรรมที่ตนเองชอบ เพื่อสร้างสมดุลระหว่างงานและชีวิตส่วนตัว ซึ่งช่วยลดความเครียดและเพิ่มพลังสำหรับการทำงานในอนาคต สอดคล้องกับงานของ Shapiro et al. (2007) การดูแลตนเองจึงเป็นจุดตัดสำคัญระหว่างความเป็นอยู่ที่ดีของนักจิตวิทยาและความสามารถในการให้บริการที่มีคุณภาพ และในงานวิจัยนี้ยังได้ขยายมุมมองใหม่ คือ นักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดไม่เพียงแต่ให้ความสำคัญกับการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูพลัง แต่การสร้างขอบเขตระหว่างงานและชีวิตส่วนตัวอย่างชัดเจนจะทำให้ไม่จมลึกไปกับเรื่องราวของผู้รับบริการมากเกินไป

ในฐานะนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดที่ประสบการณ์น้อย เมื่อพบกับผู้รับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตายครั้งแรกจึงเกิดความไม่มั่นใจในการทำงานของตนเอง การขอรับความช่วยเหลือจากอาจารย์นิเทศก์ถือว่ามีส่วนช่วยในการทำงานหลากหลายประเด็น ไม่เพียงแต่สามารถช่วยในส่วนของแนวทางการทำงาน แต่ยังเพิ่มความมั่นใจในการทำงาน ตลอดจนการ

สนับสนุนความรู้สึกทางบวกให้กับนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัด โดยผู้เข้าร่วมวิจัยได้ระบุถึงการขอความช่วยเหลือทันทีเมื่อเจอกับผู้รับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Rak et al. (2003) ที่พบว่านักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดมักพึ่งพาการนิเทศเพื่อช่วยยืนยันวิธีการทำงานและลดความกังวล รวมถึงการสนับสนุนทางอารมณ์ ในการช่วยให้รู้สึกมั่นใจในการปฏิบัติและลดความเครียด (Reeves & Mintz, 2001) อีกทั้ง ลักษณะของอาจารย์นิเทศก์ที่ใจดีและให้ความรู้สึกปลอดภัยเองก็มีส่วนเอื้อต่อการทำให้นักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดมองเห็นและยอมรับในสิ่งที่พวกเขาทำอย่างเต็มที่ในช่วงเวลานั้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ McCrea and Bulanda (2008) ที่ได้กล่าวถึง การมีความเมตตาในกระบวนการนิเทศช่วยให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย เอื้อให้ผู้รับการนิเทศสามารถวิเคราะห์ตัวเองและสถานการณ์ที่เผชิญหน้าได้โดยไม่ต่อต้านและเริ่มนำคำแนะนำที่เคยได้รับมามองสถานการณ์อย่างเป็นจริงมากขึ้น (Worthen & McNeill, 1996) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ยังพบเพิ่มเติมว่าอาจารย์นิเทศก์ที่มีลักษณะนี้มีบทบาทสำคัญในการลดแรงกดดันและเพิ่มความมั่นใจในการทำงานว่าพวกเขากำลังทำดีที่สุดในสถานการณ์นั้น การสนับสนุนเช่นนี้ช่วยลดความรู้สึกผิดและยังทำให้พวกเขายอมรับข้อบกพร่องของตนเองได้มากขึ้น โดยไม่รู้สึกว่าตนเองต้องแบกรับความสมบูรณ์แบบ อีกทั้ง เพื่อนร่วมวิชาชีพเองก็มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนทางอารมณ์เช่นกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Steinberg (2009) ที่ได้กล่าวถึงความสำคัญของการแบ่งปันประสบการณ์และความกังวลกับเพื่อนร่วมวิชาชีพ ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและทำให้นักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดรู้สึกว่าความกังวลเหล่านี้เป็นเรื่องปกติในกระบวนการพัฒนาอาชีพ ทั้งนี้ การเข้ารับการปรึกษากับนักจิตวิทยาการปรึกษาก็สามารถช่วยได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Friedlander and Ward (1984) ที่ได้ระบุถึง การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญและนักจิตวิทยาผู้มีประสบการณ์เป็นแหล่งสำคัญในการสนับสนุนและเพิ่มความมั่นใจในการทำงาน

สรุป

งานวิจัยนี้สามารถสรุปได้ว่า นักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดที่ทำงานกับผู้รับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตายต้องเผชิญกับความท้าทายทางจิตใจอย่างมาก โดยเฉพาะความกลัวและความไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง เนื่องจากประสบการณ์ที่ยังจำกัดในช่วงแรกของการฝึกงาน ทำให้เกิดความรู้สึกกดดันที่จะต้องรับผิดชอบชีวิตของผู้รับบริการ ซึ่งการขาดประสบการณ์และความไม่มั่นใจส่งผลให้นักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดต้องเผชิญกับความกลัวว่าจะไม่สามารถป้องกันการฆ่าตัวตายได้ รวมถึงความรู้สึกผิดหากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด อย่างไรก็ตาม ประสบการณ์ทำให้ได้เรียนรู้วิธีการรับมือกับความคิดฆ่าตัวตายของผู้รับบริการ เช่น การตระหนักว่าตนเองทำเต็มที่แล้วและไม่ใช่ความผิดทั้งหมด การดูแลตนเองโดยการพักผ่อน การปรึกษากับบุคคลทางวิชาชีพ และการเห็นผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของผู้รับบริการ มีบทบาทสำคัญในการช่วยบรรเทาความกดดันและเสริมสร้างความมั่นใจในการทำงานได้มีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะ

นักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดมักขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการทำงานกับผู้รับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตาย เนื่องจากกลุ่มผู้รับบริการนี้มีความเสี่ยงสูงและอาจเกิดผลลัพธ์ที่ร้ายแรงได้ การที่นักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดยังคงเป็นมือใหม่และไม่ทราบถึงแนวทางการทำงานที่ชัดเจน ยิ่งยากที่จะสร้างความเชื่อมั่นในตนเองว่าภายใต้การทำงานของตนเองจะทำให้ผู้รับบริการปลอดภัย โดยเฉพาะหากเกิดเหตุการณ์ไม่คาดคิด เช่น การฆ่าตัวตายของผู้รับบริการ ความไม่แน่ใจในทักษะและประสบการณ์ดังกล่าวจึงทำให้เกิดความสั่นคลอนในความมั่นใจของตนเองในการทำงานที่ต้องแบกรับความรับผิดชอบต่อชีวิตของผู้อื่น ดังนั้น ข้อเสนอแนะสำคัญในการนำไปประยุกต์ใช้ คือ การสนับสนุนให้นักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดเรียนรู้ที่จะประเมินทักษะของตนเองในเชิงการพัฒนาตนเอง จะช่วยส่งเสริมมุมมองที่ดี

เกี่ยวกับความสามารถของตนเองและลดความกดดัน อีกทั้งการนิเทศที่สนับสนุนทั้งทักษะการทำงานและอารมณ์อย่างต่อเนื่องในเรื่องของความเชื่อมั่นและความมั่นใจในการทำงาน ตลอดจนความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างอาจารย์นิเทศก์และนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดจะช่วยสร้างพื้นที่ปลอดภัยสำหรับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และพัฒนาทักษะการทำงาน นอกจากนี้การนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อนก็เป็นสิ่งที่สามารถทำได้ในการมีส่วนช่วยสนับสนุนอารมณ์และลดความรู้สึกโดดเดี่ยว หรือการจัดทำการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มที่สามารถให้นักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดได้มาแบ่งปันหรือพูดคุยความรู้สึกที่ตนเองต้องเผชิญ ยิ่งไปกว่านั้น การส่งเสริมการดูแลตนเองก็เป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน เพื่อให้เข้าใจถึงประโยชน์ของการดูแลตนเองทั้งในด้านกายภาพและจิตใจ การนำข้อค้นพบนี้ไปประยุกต์ใช้จะช่วยให้นักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดมีความมั่นใจและทักษะในการทำงานกับผู้รับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการศึกษาประสบการณ์ของนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดในช่วงระยะเวลาที่ยาวขึ้น เพื่อดูว่าการพัฒนาทักษะและการปรับตัวเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรตลอดช่วงการฝึกงาน นอกจากนี้ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการพัฒนาและการปรับตัว ที่จะช่วยพัฒนาการการเป็นนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดที่ทำงานกับผู้รับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตายด้วยความมั่นใจและเชื่อมั่นในตนเอง อีกทั้ง ยังควรมีการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการจัดการทางอารมณ์ของนักจิตวิทยาในระยะยาว รวมถึงศึกษาวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการลดความกลัวและความวิตกกังวลของนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัด เพื่อช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการทำงานกับผู้รับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

ข้อจำกัดของบทความ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่องประสบการณ์ของนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดที่ทำงานกับความคิดฆ่าตัวตาย แต่ในบทความนี้จะนำเสนอให้เห็นถึงประสบการณ์ทางจิตใจที่เกิดขึ้นและการดูแลตนเองของนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดที่ทำงานกับผู้รับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

ผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of interest)

งานวิจัยนี้มีไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกัน ระหว่างผลประโยชน์ส่วนรวมและผลประโยชน์ส่วนตนที่จะมีอิทธิพลต่องานวิจัย ทั้งวัตถุประสงค์ แผนการดำเนินงาน และผลการดำเนินงาน

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (Authors' contributions)

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ ได้แก่ ชิษณุชา เลิศพัฒนกุลธร ผู้เขียนบทความและดำเนินการวิจัย โดยได้รับความช่วยเหลือจาก ดร.วรัญญู กองชัยมงคล ในการช่วยกำหนดหัวข้อ เขียนบทความและตรวจสอบบทความ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชมพูนุท ศรีจันทร์นิล ในการให้คำแนะนำในกระบวนการเก็บข้อมูล การมีส่วนร่วมและการช่วยตรวจสอบในการวิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงการเขียนรายงานผลการวิจัย และการตรวจสอบบทความวิจัย รวมถึง Chat GPT ช่วยตรวจสอบคำผิดและเรียบเรียงภาษาให้เกิดความสละสลวยในการอ่าน

กิตติกรรมประกาศ

บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่องประสบการณ์ทางจิตใจของนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดที่ทำงานกับผู้รับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตาย โดยได้รับทุนสนับสนุนการศึกษาจาก คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารอ้างอิง (References)

Aherne, C., Coughlan, B., & Surgenor, P. (2018). Therapists' perspectives on suicide: A

conceptual model of connectedness. *Psychotherapy Research*, *28*(5), 803-819. https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1359428

Chemtob, C. M., Bauer, G. B., Hamada, R. S., Pelowski, S. R., & Muraoka, M. Y. (1989). Patient suicide: Occupational hazard for psychologists and psychiatrists. *Professional Psychology: Research and Practice*, *20*(5), 294-300.

Ellis, T. E., Schwartz, J. A. J., & Rufino, K. A. (2018). Negative reactions of therapists working with suicidal patients: A CBT/mindfulness perspective on "countertransference". *International Journal of Cognitive Therapy*, *11*(1), 80-99. https://doi.org/10.1007/s41811-018-0005-1

Figueroa, S., & Dalack, G. W. (2013). Exploring the impact of suicide on clinicians: A multidisciplinary retreat model. *Journal of Psychiatric Practice*, *19*(1), 72-77. https://doi.org/10.1097/01.pra.0000426330.41773.15

Friedlander, M. L., & Ward, D. E. (1984). Development and validation of the supervisory styles inventory. *Journal of Counseling Psychology*, *3*(4), 541-557. https://doi.org/10.1037/0022-0167.31.4.541

Gilroy, P., Carroll, L., & Murra, J. (2002). A preliminary survey of counseling psychologists' personal experiences with depression and treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, *33*(4), 402-407. https://doi.org/10.1037/0735-7028.33.4.402

Hendin, H., Haas, A. P., Maltsberger, J. T., Koestner, B., & Szanto, K. (2006). Problems in psychotherapy with suicidal patients. *Am J Psychiatry*, *163*(1), 67-72. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.1.67

Hendin, H., Lipschitz, A., Maltsberger, J. T., Haas, A. P., & Wynecoop, S. (2000). Therapists' reactions to patients' suicides. *The American Journal of Psychiatry*, *157*(12), 2022-2027. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.12.2022

Hepker, N. (2007). *A qualitative investigation into the determinants of perceived stress by intern clinical/counselling psychologists in consultation with a non-fatal suicidal client* [Doctoral dissertation, University of KwaZulu-Natal]. University of KwaZulu-Natal Research Space. https://researchspace.ukzn.ac.za/items/0c66d631-aab3-48bf-a844-5ee2e3dd16a3

Hill, C. E., Sullivan, C., Knox, S., & Schlosser, L. Z. (2007). Becoming psychotherapists: Experiences of novice trainees in a beginning graduate class. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *44*(4), 434-449. https://doi.org/10.1037/0033-3204.44.4.434

Johnson, K., & Brookover, D. (2020). Counselors' role in decreasing suicide in mental health professional shortage areas in the United States. *Journal of Mental Health Counseling*, *42*(2). https://doi.org/10.17744/mehc.42.2.06

Karthick, S., & Barwa, S. (2017). A review on theoretical models of suicide. *International Journal of Advances in Scientific Research*, *3*(9), 101. https://doi.org/10.7439/ijasr.v3i9.4382

Kleespies, P. M., Penk, W. E., & Forsyth, J. P. (1993). The stress of patient suicidal behavior during clinical training: Incidence, impact, and recovery. *Professional Psychology: Research and Practice*, *24*(3), 293-303. https://doi.org/10.1037/0735-7028.24.3.293

Lent, R. W., Cinamon, R. G., Bryan, N. A., Jezzi, M. M., Martin, H. M., & Lim, R. (2009). Perceived sources of change in trainees' self-efficacy beliefs. *Psychotherapy: Theory, Research,*

Practice, Training, *46*(3), 317-327. https://doi.org/10.1037/a0017029

McCrea, K. T., & Bulanda, J. J. (2008). The practice of compassion in supervision in residential treatment programs for clients with severe mental illness. *The Clinical Supervisor*, *27*, 238-267. https://doi.org/10.1080/07325220802480790

McGlothlin, J. M., Rainey, S., & Kindsvatter, A. (2005). Suicidal clients and supervisees: A model for considering supervisor roles. *Counselor Education and Supervision*, *45*(2), 135-146. https://doi.org/10.1002/j.1556-6978.2005.tb00136.x

Moerman, M. (2012). Working with suicidal clients: The person-centred counsellor's experience and understanding of risk assessment. *Counselling and Psychotherapy Research*, *12*(3), 214-223. https://doi.org/10.1080/14733145.2011.628031

Mongkol, N. (2020, April 29). *Suicide in Thailand*. Department of Mental Health. https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2287 (in Thai).

Morris, C. A. W., & Minton, C. A. B. (2012). Crisis in the curriculum? New counselors' crisis preparation, experiences, and self-efficacy. *Counselor Education and Supervision*, *51*(4), 256-269. https://doi.org/10.1002/j.1556-6978.2012.00019.x

Pathomwichaiwat, W. (2003). *Psychological experience of counseling psychologists working with high risk suicidal clients* [Master's thesis, Chulalongkorn University]. Chulalongkorn University Intellectual Repository. https://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/42680 (in Thai).

Paulson, B. L., & Worth, M. A. (2002). Counseling for suicide: Client perspectives. *Journal of Counseling and Development*, *80*(1), 86-93.

Pope, K. S., & Tabachnick, B. G. (1993). Therapists' anger, hate, fear and sexual feelings: National survey of therapist responses, client characteristics, critical events, formal complaints, and training. *Professional Psychology: Research and Practice*, *24*(2), 142-152. https://doi.org/10.1037/0735-7028.24.2.142

Rak, C. F., MacCluskie, K. C., Toman, S. M., Patterson, L. E., & Culotta, S. (2003). The process of development among counsellor interns: Qualitative and quantitative perspectives. *Canadian Journal of Counselling*, *37*(2), 135-150.

Reeves, A. (2010). Understanding suicide, suicide and self-injury: Annihilation and survival, and the counsellor and suicide risk. *In Counselling Suicidal Clients*, *12*, 91-98, 115-124.

Reeves, A., & Mintz, R. (2001). Counsellors' experiences of working with suicidal clients: An exploratory study. *Counselling and Psychotherapy Research*, *1*(3), 172-176. https://doi.org/10.1080/14733140112331385030

Richardson, C. M. E., Trusty, W. T., & George, K. A. (2020). Trainee wellness: Self-critical perfectionism, self-compassion, depression, and burnout among doctoral trainees in psychology. *Counselling Psychology Quarterly*, *33*(2), 187-198. https://doi.org/10.1080/09515070.2018.1509839

Rossouw, G., Smythe, E., & Greener, P. (2011). Therapists' experience of working with suicidal clients. Indo-Pacific *Journal of Phenomenology*, *11*(1), 1-12. https://doi.org/10.2989/IPJP.2011.11.1.4.1103

Seed, A. (2019). Can qualitative research save lives?: The lived experience of trainee therapists working with suicidal clients. In K. Hannes, J. Wyatt, & A. Benozzo (Eds.), *ECQI 2019 Proceedings - Qualitative Inquiry as Activism* (pp. 207-216). KU Leuven NQRL. https://www.researchgate.net/publication/334786236

Shapiro, S. L., Brown, K.W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, *1*(2), 105-115. https://doi.org/10.1037/1931-3918.1.2.105

Skovholt, T. M., & Rønnestad, M. H. (2003). Struggles of the novice counselor and therapist. *Journal of Career Development*, *30*(1), 45-58. https://doi.org/10.1023/A:1025125624919

Smith, J. A., Flowers, P., & Larskin, M. (2022). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research* (2nd ed.). SAGE Publications Ltd.

Srichannil, C. (2017). Interpretative phenomenological analysis: A qualitative methodology for psychological research. *Journal of Education*, *28*(3), 1-13. (in Thai).

Steinberg, J. L. (2009). *Managing anxiety and self-doubt in young neophyte therapists*. [Master's thesis, California State University]. ProQuest Dissertations & Theses Global.

Stillion, J. M., & McDowell, E. E. (1991). Examining suicide from a life span perspective. *Death Studies*, *15*(4), 327-354. https://doi.org/10.1080/07481189108252439

Vincent, C. (2023). *Practitioners' experiences using reflective practices following a client suicide: A qualitative study*. [Doctoral dissertation, Liberty University]. ProQuest Dissertations & Theses Global.

World Health Organization. (2021). *Suicide*. Retrieved May 2, 2024 from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide

Worthen, V., & McNeill, B. W. (1996). A phenomenological investigation of "good" supervision events. *Journal of Counseling Psychology*, *43*(1), 25-34. https://doi.org/10.1037/0022-0167.43.1.25

วารสาร
จิตวิทยาคลินิกไทย
https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสบการณ์ของบุคคลวัยทำงานที่มีต่อการเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาผ่านวิดีโอคอล: การวิจัยเชิงคุณภาพ

กิตินัดดา อิทธิวิทย์[1*], ณัฐสุดา เต้พันธ์[2]

[1] *นิสิตระดับปริญญาโท แขนงวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*

[2] *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แขนงจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*

[*] ผู้ประพันธ์บรรณกิจ, e-mail: ktnd.itth@gmail.com

วันที่รับบทความ: 1 พฤศจิกายน 2567 | **วันที่แก้ไขบทความ:** 2 ธันวาคม 2567 | **วันตอบรับบทความ:** 6 ธันวาคม 2567

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสบการณ์ทางจิตใจของบุคคลวัยทำงานที่มีต่อการเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาผ่านวิดีโอคอลแบบเรียลไทม์ในสังคมไทยช่วงสถานการณ์การระบาดโควิด-19

วัสดุและวิธีการ การศึกษาด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ และเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับมุมมองและปัจจัยในการเลือกใช้ก่อนเข้ารับบริการ อารมณ์ความรู้สึกและแนวคิดการปรับตัวระหว่างเข้ารับบริการ ตลอดจนสิ่งที่ได้เรียนรู้เชิงประสบการณ์หลังเข้ารับบริการ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคคลวัยทำงาน จำนวน 7 ราย อายุระหว่าง 28-42 ปี ซึ่งทั้งหมดล้วนมีประสบการณ์ในการเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาทั้งแบบพบหน้าและผ่านวิดีโอคอล อย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นไป และสิ้นสุดการเข้ารับบริการแล้ว

ผลการศึกษา พบ 5 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย 1) สิ่งที่คำนึงก่อนเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาผ่านวิดีโอคอล 2) การรับรู้อารมณ์และความพยายามในการสื่อสารผ่านวิดีโอคอล 3) การรับรู้ถึงอรรถประโยชน์ของบริการปรึกษาผ่านวิดีโอคอล 4) การรับรู้การเปลี่ยนแปลงเชิงบวกหลังเข้ารับบริการปรึกษาผ่านวิดีโอคอล และ 5) ความมุ่งหวังของผู้รับบริการต่อบริการปรึกษาทางวิดีโอคอล

สรุป ผลการศึกษาช่วยเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจหลากหลายมิติ เกี่ยวกับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาผ่านวิดีโอคอลในประเทศไทย ด้วยเหตุนี้ จึงเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่กำลังแสวงหาความช่วยเหลือ และเริ่มเข้าสู่บริการปรึกษาด้านสุขภาพจิตในการประยุกต์ใช้เป็นแนวทางพัฒนาการมีส่วนร่วมของตนเองในช่องทางออนไลน์ผ่านวิดีโอคอล ตลอดจนเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับนักจิตวิทยาและบุคลากรด้านสุขภาพจิต เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาผ่านวิดีโอคอลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การวิจัยเชิงคุณภาพ, การปรึกษาเชิงจิตวิทยาผ่านวิดีโอคอล, บุคคลวัยทำงาน

Thai Journal of Clinical Psychology
https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy

Original Article

Experiences of Working-age Adults towards Receiving Video Counseling Services: A Qualitative Study

Kitinatda Itthiwit[1*], Nattasuda Taephant[2]

[1] *Graduate Student in Master of Arts (Counseling Psychology), Faculty of Psychology, Chulalongkorn University*

[2] *Assistant Professor in the field of Counseling Psychology, Faculty of Psychology, Chulalongkorn University*

[*] Corresponding author, e-mail: ktnd.itth@gmail.com

Received: 1 November 2024 | **Revised:** 2 December 2024 | **Accepted:** 6 December 2024

Abstract

Objectives: To study the psychological experiences of working-age adults towards receiving real-time video counseling during COVID-19 pandemic.

Materials and methods: The Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) method was employed. The data was collected through semi-structured interviews on perspectives and criteria for selecting video counseling service providers, clients' emotions and adjustment in service encounters, and experiential learnings of receiving services. The research participants were 7 working-age adults, aged between 28-42 years, who had completed and terminated all psychological counseling services, both face-to-face individual counseling and real-time video counseling, at least 2 sessions.

Results: Five main themes were found: 1) Essential considerations before choosing video counseling services. 2) Emotional awareness and attempts to communicate for better engagement through video. 3) The perceived utility of video counseling. 4) The perception of positive changes after completing the video counseling services, and 5) Clients' expectations towards video counseling services.

Conclusion: The research findings had enhanced knowledge and provided better understanding of real-time video counseling services in Thailand. Findings could be beneficial for individuals who are seeking psychological help and entering services, as a guideline on effective and meaningful participation in video counseling, as well as a future guideline and applications for psychologists and mental health professionals to develop psychological service quality and advocate efficient delivery of video counseling service.

Keywords: Qualitative study, Real-time video counseling, Working-age adults

บทนำ

ท่ามกลางวิกฤตการณ์โควิด-19 ในช่วงเวลา 3 ปีที่ผ่านมา อัตราการเติบโตของบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาผ่านวิดีโอคอล ซึ่งเป็นบริการด้านสุขภาพจิตระยะไกลในรูปแบบซิงโครนัส (synchronous service) เติบโตแบบก้าวกระโดดทั่วโลก (Barker & Barker, 2021; Gürcan & Kılıç, 2023) อีกทั้งจากการศึกษาของบริษัทที่ปรึกษาด้านการตลาดระดับโลก คาดการณ์ว่าบริการปรึกษาด้านสุขภาพจิตทางวิดีโอคอลจะขยายตัวอย่างต่อเนื่องในหลายประเทศ ด้วยการเติบโตที่อัตรา 24.3% ตั้งแต่ปี 2023-2030 (Grand View Research, 2024) โดยในประเทศไทย จำนวนผู้ให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในรูปแบบวิดีโอคอลทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชนก็เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงนับเป็นก้าวสำคัญในวงการสุขภาพจิตไทยเช่นกัน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าสมาคมจิตวิทยาอเมริกันปรับใช้มาตรฐานวิชาชีพและประมวลจรรยาบรรณของปี 2017 (American Psychological Association, 2017) ควบคู่กับแนวปฏิบัติฉบับใหม่ของปี 2024 เพื่อรักษาคุณภาพของการให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาทางไกล แต่ก็ยังคำนึงถึงความยืดหยุ่น ทั้งในแง่การเข้าสู่ระบบบริการดิจิทัลของผู้รับบริการ และการปฏิบัติงานผ่านสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศของผู้ให้บริการ (American Psychological Association, 2024) ซึ่งประมวลจริยธรรมและแนวทางปฏิบัติงานดังกล่าวนี้ ไม่เพียงครอบคลุมถึงความรู้ความเข้าใจ และความสามารถของนักจิตวิทยาในการบริหารจัดการภาวะวิกฤตบนโลกออนไลน์ แต่บางส่วนยังถูกนำมาผนวกและประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในคู่มือจรรยาบรรณวิชาชีพนักจิตวิทยาการปรึกษาฉบับแรกของไทยอีกด้วย (Thailand Counseling Psychology Association, 2024)

นอกจากนี้ การศึกษาเชิงประจักษ์ของต่างประเทศจำนวนมากยังสะท้อนให้เห็นว่า บริการปรึกษาทางวิดีโอคอลไม่เพียงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในช่วงวิกฤตการณ์ แต่ประสิทธิภาพของบริการปรึกษาในรูปแบบวิดีโอคอลยังเทียบเท่ากับบริการปรึกษาในรูปแบบพบหน้า โดยความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพของบริการปรึกษาผ่านวิดีโอคอลอยู่ในระดับสูง (Dias et al., 2023; Geller, 2020; Moudatsou et al., 2024; Zeren et al., 2022) อย่างไรก็ตาม หากแม้บริการด้านสุขภาพจิตผ่านวิดีโอคอลจะช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดที่ดีได้ แต่ในบางการศึกษายังพบว่าข้อจำกัดทางกายภาพและปัญหาทางเทคโนโลยีลดทอนประสิทธิภาพของการให้บริการในรูปแบบวิดีโอคอลไม่มากก็น้อย ตลอดจนช่องทางนี้ยังไม่เหมาะกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อนและความเสี่ยงสูง (American Psychological Association, 2014; British Association for Counselling and Psychotherapy, 2023)

ทั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นว่ายังไม่มีงานวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประเด็นศึกษาดังกล่าวในประเทศไทยมาก่อน อีกทั้งยังตระหนักว่าบุคคลวัยทำงาน ซึ่งเป็นเสาหลักของครอบครัว และหัวใจสำคัญต่อเศรษฐกิจของประเทศไทย เป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่ได้รับผลกระทบด้านจิตใจจากวิกฤตการณ์โควิด-19 ไม่มากก็น้อย ทั้งทางตรงและทางอ้อม (Department of Mental Health, 2023; National Innovation Agency, 2023) ด้วยเหตุนี้ การวิจัยครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพในรูปแบบของการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (interpretative phenomenological analysis; IPA) ซึ่งผู้วิจัยมุ่งศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของบุคคลวัยทำงานที่มีต่อการเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาผ่านวิดีโอคอลในบริบทสังคมไทยช่วงสถานการณ์การระบาดโควิด-19 โดยการศึกษานี้จะไม่เพียงช่วยเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการทางความคิด อารมณ์ความรู้สึก และแก่นประสบการณ์ของผู้รับบริการทั้งก่อน-หลังเข้ารับบริการ รวมถึงประโยชน์และข้อจำกัดของบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาผ่านวิดีโอคอล แต่องค์ความรู้ดังกล่าว ยังมีส่วนช่วยในการพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานและการให้บริการในบริบทสังคมไทย ตลอดจนการเพิ่มประสิทธิภาพด้านความปลอดภัยและการเข้าถึงระบบบริการปรึกษาด้านสุขภาพจิตทางวิดีโอคอลในอนาคต

วัสดุและวิธีการ

การออกแบบวิจัย

รูปแบบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ (interpretative phenomenological analysis; IPA) เป็นการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์เฉพาะส่วนบุคคลว่าการรับรู้และให้ความหมายที่บุคคลมีต่อประสบการณ์ดังกล่าวนั้นเป็นอย่างไร โดยมุ่งสำรวจค้นหาปรากฏการณ์ เหตุการณ์และสภาวการณ์ต่าง ๆ ทำความเข้าใจการรับรู้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัว และการให้ความหมายต่อประสบการณ์ผ่านทัศนะที่มีต่อโลกของผู้ให้ข้อมูล (Patterson & Williams, 2002; Smith, 2010) ทั้งนี้ผู้วิจัยยังต้องวิเคราะห์ข้อมูลผ่านการตีความแบบเจาะลึกด้วยการตั้งคำถามอย่างเป็นกลาง และสังเกตความเชื่อมโยงของประเด็นสำคัญต่าง ๆ โดยไม่ด่วนสรุป เพื่อให้เข้าถึงการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนในทุกแง่มุม และฉายให้เห็นภาพภายในโลกประสบการณ์ที่มีความสลับซับซ้อนได้อย่างละเอียดลึกซึ้ง (Smith, 2011; Srichannil, 2017)

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลหลักมีจำนวนทั้งสิ้น 7 ราย โดยในการวิจัยเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความควรมีกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล 6-10 รายหรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว (Srichannil, 2017) และในการศึกษาครั้งนี้ยังพิจารณากลุ่มตัวอย่างร่วมกับเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive sampling) ผ่านการฝากประชาสัมพันธ์กับศูนย์ให้บริการปรึกษาทางจิตวิทยาและสุขภาพจิตต่าง ๆ ที่มีการให้บริการทั้งแบบพบหน้าและออนไลน์ อีกทั้งยังผ่านการแนะนำจากผู้นำเข้าสู่แหล่งข้อมูล (gate keeper) ในเครือข่ายสังคมออนไลน์ส่วนตัวของผู้วิจัย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้ 1) เป็นบุคคลวัยทำงาน อายุระหว่าง 25-59 ปี และอาศัยอยู่ในประเทศไทย 2) เคยเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาผ่านวิดีโอคอลอย่างน้อย 2 sessions ขึ้นไป และสิ้นสุดการรับบริการแล้ว 3) เคยเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลแบบพบหน้ากับนักจิตวิทยาการปรึกษามาก่อน เพื่อที่จะได้สะท้อนภาพรวม ความเหมือนและความต่างของบริการทั้งสองรูปแบบ 4) ไม่ได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ว่ามีอาการทางจิต หรือกำลังอยู่ระหว่างรับการรักษาทางจิตเวช และ 5) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและสามารถถ่ายทอดประสบการณ์ของตนให้กับผู้วิจัยได้ โดยเกณฑ์การคัดออกของผู้ให้ข้อมูลหลักคือ เป็นบุคคลวัยทำงานที่ไม่พร้อมต่อการให้ข้อมูล และไม่ยินดีที่จะให้บันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์

เครื่องมือ

1. ตัวผู้วิจัย นับว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดของการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยซึ่งเป็นนิสิตระดับปริญญาโทแขนงวิชาจิตวิทยาการปรึกษา จึงเตรียมความพร้อมในการดำเนินการวิจัยอย่างเต็มที่ ด้วยการลงทะเบียนเรียนในรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพด้านจิตวิทยาพร้อมทั้งทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นในการวิจัย ประยุกต์ใช้ความรู้ความเข้าใจและทักษะจากประสบการณ์ฝึกงานด้านจิตวิทยาการปรึกษา ร่วมด้วยประสบการณ์การทำงานในด้านอื่นอีก 7 ปี ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เอื้อให้ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์และการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยใจที่เปิดกว้างและยืดหยุ่น

2. โปรแกรม Zoom Meeting โดยระหว่างการดำเนินงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผ่านวิดีโอและบันทึกเสียงด้วยโปรแกรม Zoom Meeting Pro แบบมีอัตราค่าสมาชิก เพื่อรักษาความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคล

3. แนวคำถามสัมภาษณ์ เป็นคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ปลายเปิดที่มีลักษณะอิสระและยืดหยุ่นไปตามความเหมาะสมของการสนทนา ทั้งนี้แนวคำถามดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและเนื้อหาโดยนักจิตวิทยาการปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงจิตวิทยา 3 ท่าน ซึ่งมีข้อเสนอแนะให้ปรับคำที่เหมาะสมกับสถานการณ์และในประเด็นที่ศึกษา อีกทั้งยังถูกนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูลมากที่สุดก่อนเริ่มต้นสัมภาษณ์จริง โดยแนวคำถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน (1) คำถามเกริ่นนำ และ (2) คำถามสัมภาษณ์หลัก ยกตัวอย่างเช่น อะไรทำให้คุณตัดสินใจเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาผ่านวิดีโอคอล คุณ

รู้สึกอย่างไรระหว่างการเข้ารับบริการปรึกษาทางวิดีโอคอล การปรึกษาผ่านหน้าจอมีข้อจำกัดหรืออุปสรรคอย่างไรบ้าง และประสบการณ์ที่คุณได้รับจากการปรึกษาผ่านวิดีโอคอลส่งผลกับคุณอย่างไรบ้าง เป็นต้น

การเก็บข้อมูล

เมื่อการศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ 220.1/63 ในวันที่ 27 มกราคม 2564 ผู้วิจัยจึงเริ่มต้นประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางออนไลน์และศูนย์ให้บริการสุขภาพจิตต่าง ๆ เมื่อมีผู้สนใจลงทะเบียนเข้าร่วมผ่านแบบฟอร์มออนไลน์ ผู้วิจัยจึงทำการติดต่อผู้สมัครเข้าร่วมที่ผ่านการคัดกรองเบื้องต้นในแบบฟอร์มดังกล่าว เพื่อสอบถามความสมัครใจอีกครั้ง พูดคุยเบื้องต้นถึงรายละเอียดที่เกี่ยวข้อง ทำการนัดหมาย ตลอดจนเลือกช่องทางและสถานที่ในการสัมภาษณ์ ช่วงเดือนมีนาคม 2564 โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว ความปลอดภัย และความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 7 รายเป็นหลัก หลังจากนั้นจึงดำเนินการสัมภาษณ์รายบุคคลแบบพบหน้าจำนวน 2 ราย และแบบออนไลน์จำนวน 5 ราย โดยแต่ละรายให้สัมภาษณ์เชิงลึกเป็นจำนวน 1 ครั้ง และใช้เวลาประมาณ 70-120 นาที/ต่อราย ก่อนการสัมภาษณ์และบันทึกเสียงทุกครั้ง ผู้วิจัยได้อธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลรับทราบถึงจุดประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และสิทธิต่าง ๆ ของผู้ให้ข้อมูล รวมถึงขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรในทุกกรณี โดยระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยมีการบันทึกเสียงสนทนาร่วมกับการสังเกตอวัจนภาษาของผู้ให้ข้อมูลอยู่เสมอ เมื่อข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลทั้ง 7 รายมีความครบถ้วนและข้อมูลอิ่มตัวแล้ว ผู้วิจัยจึงยุติการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์แนวปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ มีขั้นตอนดังต่อไปนี้ 1) ถอดบทสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (verbatim) จากเทปบันทึกเสียง และพิมพ์ออกมาเป็นบทสนทนา (transcript) ควบคู่ไปกับตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และความแม่นยำของการถอดความด้วยการอ่านและฟังบทสัมภาษณ์หลาย ๆ ครั้ง เพื่อที่จะบันทึกข้อมูลได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน 2) อ่านบทสัมภาษณ์บรรทัดต่อบรรทัดอย่างละเอียด เพื่อที่จะทำความเข้าใจภาพรวมของเรื่องราวและวิเคราะห์ด้วยการบันทึกประเด็นสำคัญ (comments) ได้อย่างละเอียด โดยมีแนวทางสำหรับการบันทึกดังนี้ การบันทึกเชิงบรรยาย (descriptive comments) ซึ่งสะท้อนความคิด ความรู้สึกและประสบการณ์ที่ปรากฏอย่างเด่นชัดของผู้ให้ข้อมูล การบันทึกเชิงภาษา (linguistic comments) อาทิ การใช้สรรพนามและการใช้โทนเสียงของผู้ให้ข้อมูล เป็นต้น สุดท้ายคือการบันทึกเชิงแนวคิด (conceptual comments) ซึ่งเป็นการบันทึกเนื้อหาและความหมายที่ไม่ปรากฏชัด อาศัยการทำความเข้าใจและการตีความด้วยความรู้และประสบการณ์ของผู้วิจัย 3) แปลงบันทึกประเด็นสำคัญดังกล่าวเป็นใจความสำคัญ (theme) ที่กระชับและสะท้อนถึงแก่นความหมายของข้อมูลวิจัย 4) จัดหมวดหมู่ให้กับใจความสำคัญหลัก (super-ordinate theme) และใจความสำคัญรอง (sub-ordinate theme) โดยกำหนดให้ใจความสำคัญที่มีความเชื่อมโยงกันมาอยู่ในหมวดหมู่เดียวกัน 5) วิเคราะห์ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลรายอื่น ๆ ตามที่ปรากฏอย่างลุ่มลึก จนเสร็จสิ้นการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด และ 6) เขียนอภิปราย สรุปประเด็น และนำเสนอข้อมูลที่สะท้อนใจความสำคัญของแก่นประสบการณ์นั้นได้อย่างเพียงพอ พร้อมกับเขียนถึงข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ (Smith, 2011; Srichannil, 2019) นอกเหนือจากกระบวนการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลจะอิงตามหลักเกณฑ์ของ Smith ในขั้นตอนสำคัญต่าง ๆ เพื่อควบคุมคุณภาพงานวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ ผู้วิจัยยัง 1) ใช้การตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ทั้งผ่านการสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกต การจดบันทึกภาคสนาม และการบันทึกเสียงสนทนา เพื่อนำมาตรวจสอบความถูกต้องในด้านข้อมูล ด้านวิธีการเก็บข้อมูล และด้านการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้วิจัย 2) ดำเนินการวิจัยอย่างเป็นระบบ (audit trail) ในทุกขั้นตอน และ 3) ติดต่อผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของผลการวิจัยกับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล (member checking)

ผลการศึกษา

ในระยะแรกเริ่มของการรับสมัคร มีผู้สมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 28 ราย แต่มีบุคคลวัยทำงานที่ผ่านการคัดกรองเบื้องต้นจำนวน 12 ราย เมื่อได้ทำการติดต่อตามรายนามดังกล่าว เพื่อพูดคุยเบื้องต้นถึงรายละเอียดของโครงการวิจัย และขอทำนัดหมายสัมภาษณ์ ผู้วิจัยพบว่ามีเพียงจำนวน 7 ราย ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้า มีความพร้อมในการให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร ตลอดจนมีความสมัครใจในการให้สัมภาษณ์และบันทึกเสียงสนทนาในช่วงระยะเวลาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลโดยพิจารณาถึงการอิ่มตัวของข้อมูลเป็นหลัก โดยข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมด 7 ราย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1
ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูลหลัก

รายที่	นามสมมติ	เพศ	อายุ	อาชีพ	ประสบการณ์เข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา		สัมภาษณ์ 1 ครั้ง (รูปแบบ/ระยะเวลา)
					ผ่านวิดีโอคอล (รูปแบบ/ครั้ง)	แบบพบหน้า (ครั้ง)	
P01	น้ำ	หญิง	38	เจ้าของกิจการ (ผู้ประกอบการ)	Zoom / 3	4	Online / 120 นาที
P02	แอร์	หญิง	42	พนักงานบริษัทเอกชน	Zoom / 3	5	Online / 120 นาที
P03	ไนซ์	หญิง	30	พนักงานมูลนิธิ/ผู้รับจ้างอิสระ (ฟรีแลนซ์)	Zoom / 3	2	Online / 100 นาที
P04	เค	ชาย	28	พนักงานบริษัทเอกชน	Zoom / 5	1	Online / 110 นาที
P05	ส้ม	หญิง	28	พนักงานบริษัทเอกชน	Zoom / 2	10	Onsite / 100 นาที
P06	นุ่น	หญิง	28	พนักงานบริษัทเอกชน	Telehealth Platform / 6	4	Onsite / 80 นาที
P07	จอย	หญิง	34	เจ้าของกิจการ (ผู้ประกอบการ)	Zoom / 15	8	Online / 70 นาที

จากผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวนทั้งหมด 7 ราย พบว่าประสบการณ์ของบุคคลวัยทำงานที่มีต่อการเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาผ่านวิดีโอคอล แบ่งออกเป็น 5 ประเด็นหลัก

1. สิ่งที่คำนึงก่อนเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาผ่านวิดีโอคอล

หมายถึง ปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอกที่ผู้ให้ข้อมูลนำมาพิจารณาร่วมกัน เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการเลือกแหล่งให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาทางวิดีโอคอล ยามเมื่อมีปัญหาชีวิตเกินจะรับไหว และตระหนักได้ว่าไม่สามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยแบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย ดังนี้

1.1 ความพร้อมของผู้รับบริการในการเข้าสู่บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา พิจารณาจาก 2 องค์ประกอบ 1.1.1) การตระหนักรู้ว่า ‘เกินกำลังที่จะจัดการปัญหาด้วยตนเอง’ ซึ่งครอบคลุมทั้งภาวะทางจิตใจ อารมณ์ความคิดและพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล และ 1.1.2) ความมุ่งมั่นในการแสวงหาความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต โดยการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดที่ตระหนักถึงสัญญาณและอาการของปัญหาสุขภาพจิตตัดสินใจเลือกใช้บริการทางวิดีโอคอลเป็นอันดับแรก แต่ระดับความพร้อมทั้งทางกายและใจในการเข้าสู่บริการปรึกษาผ่านวิดีโอคอลของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนนั้นมากน้อยแตกต่างกันไป อย่างในรายที่รับรู้ว่ากำลังแบกรับปัญหาสุขภาพจิตจนเต็มกลืน ก็มีแนวโน้มสูงในการแสวงหาความช่วยเหลือ และมีความต้องการเข้ารับบริการอย่างเร่งด่วน

“พอดีตกงานหลายเดือนแล้ว มันรู้สึกสูญเสียความมั่นใจ แล้วก็คิดเรื่องไม่อยากมีชีวิตอยู่... มันจะมีช่วงที่ suffer มาก ๆ แบบอยากจะร้องไห้ อยากจะฆ่าตัวตาย ทั้ง ๆ ที่ก็ไม่ได้ทุกข์อะค่ะ ทั้ง ๆ ที่เราก็ไม่รู้ว่าทุกข์อะไร ก็ไม่ได้คำตอบ แต่ก็รู้สึกว่ามันวน ๆ

อย่างนั้นทุกวัน เออ มีวันนึงรู้สึกว่าไม่ไหวแล้ว ลองคุยไหมเผื่อตัวเองจะได้แฮปปี้ขึ้น ก็รีบทำนัดค่ะ ตอนนั้นเลย อยากได้เร็วที่สุด" (ผู้ให้ข้อมูล P02)

1.2 เกณฑ์ที่ใช้ประกอบการพิจารณาบริการปรึกษาผ่านวิดีโอคอล แบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1.2.1) การมีทัศนคติเชิงบวกต่อกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยา 1.2.2) ความเชื่อมั่นต่อคุณภาพของผู้ให้บริการออนไลน์ผ่านวิดีโอคอล 1.2.3) การรับรู้คุณค่าของลักษณะบริการปรึกษาในรูปแบบวิดีโอคอล และ 1.2.4) สถานะทางการเงินที่เหมาะสมและรสนิยมที่ตรงใจ ด้วยเหตุนี้ จึงพบว่าผู้ให้ข้อมูลทั้ง 7 รายไม่เพียงคำนึงถึงคุณลักษณะอันพึงประสงค์ของบริการ แต่รูปแบบบริการผ่านวิดีโอคอลซึ่งเชื่อมให้เข้าถึงนักจิตวิทยาในไทยที่เข้าใจบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของตนเองได้เป็นอย่างดี รวมถึงมีความสอดคล้องกับสถานะทางเศรษฐสังคมของตนเองยังเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้และกำหนดโอกาสในการเข้าสู่บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาทางวิดีโอคอลด้วย ดังนี้

"ไปเสิร์จหาว่าเราอยากได้นักจิตวิทยาที่เก่งและก็เชี่ยวชาญเรื่องนี้ จนเจอนักจิตวิทยาท่านที่ 2 ก็ลองไปฟังคลิป เพราะเขาทำสื่อหลาย ๆ ทาง ก็ลองฟังเขาพูด แล้วก็รู้สึกว่าน่าจะใช่ ดูน่าจะตรงและถนัดกับเรื่องที่เรามีปัญหา ก็เลยลองใช้บริการออนไลน์ของนักจิตวิทยาท่านที่ 2 ดู" (ผู้ให้ข้อมูล P01)

"พี่นักจิตฯ... ทำให้ผมเห็นตัวเองจริง ๆ ว่าความจริงมันเป็นแบบไหน สิ่งที่ผมคิดและรู้สึกอยู่คืออะไร อาจเพราะเขาเข้าใจสังคมไทยด้วยอะ ตอนมีปัญหาครั้งล่าสุด ผมยังอยู่ต่างประเทศ ...ผมเลยปรึกษาออนไลน์กับพี่นักจิตฯ คนนี้มาตลอด มันดีกว่าที่คิดไว้เยอะนะ" (ผู้ให้ข้อมูล P04)

"นักจิตฯ ท่านที่ 2 ราคาก็โอเค ไม่ได้สูงมาก นั่นคือครั้งแรกที่เริ่มค่ะ ...ราคาก็แพงกว่าคนเก่าที่เจอหน้าค่อนข้างเยอะ แต่เรารู้สึกว่ามันตรงกว่า แล้ว budget ไม่ใช่ปัญหาเท่าไหร่ค่ะ" (ผู้ให้ข้อมูล P01)

"จริง ๆ ไนซ์ว่ามัน depend on budget นิดนึง ...ณ โมเม้นท์ที่เราตกงาน มันเป็นเรื่องใหญ่ในการ spend ก็มีแนวโน้มที่จะไม่เลือกใช้ค่ะ จนมาเจอโครงการ J นี่หล่ะที่ให้บริการฟรี แล้วไนซ์มั่นใจในชื่อเสียงสถาบันอยู่แล้ว..." (ผู้ให้ข้อมูล P03)

2. การรับรู้อารมณ์และความพยายามในการสื่อสาร "ผ่านวิดีโอคอล"

คือการที่ผู้ให้ข้อมูลรู้เท่าทันอารมณ์ความรู้สึกและตระหนักถึงสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างชัดเจน ตั้งแต่ในครั้งแรกที่เข้ารับบริการ โดยอารมณ์ความรู้สึกดังกล่าวที่ได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ยังส่งผลต่อการแสดงออกทางความคิด และกำหนดพฤติกรรมการสื่อสารในรูปแบบต่าง ๆ ไม่มากก็น้อย ดังนี้

2.1 ความรู้สึกแรกของการเข้ารับบริการปรึกษาผ่านวิดีโอคอล เกิดจากการประเมินของผู้ให้ข้อมูลว่าสิ่งต่าง ๆ ที่กำลังเผชิญอยู่ส่งผลต่อจิตใจอย่างไร ชวนให้รู้สึกสบายใจและปลอดภัยหรือไม่ โดยพบว่าการรับรู้อารมณ์ของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดในครั้งแรกแบ่งออกเป็น 2.1.1) ความรู้สึกกังวล 2.1.2) ความรู้สึกตื่นเต้น และ 2.1.3) ความรู้สึกสบายใจ ซึ่งอารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้ นำไปสู่พฤติกรรมที่แสดงออกถึงความพยายามในการสื่อสารผ่านวิดีโอคอลมากน้อยแตกต่างกันไป

"มีแอบคิดว่าแถว ๆ เขานั่ง มีใครนั่งอยู่ไหมนะ เขานั่งอยู่คนเดียวรึเปล่านะ... แล้วบางทีก็คิดว่าเขาจะเข้าใจสิ่งที่เราพูดได้แค่ไหน เพราะว่าเขาไม่เห็นแอ็คติ้งทั้งหมดของเรา อย่างเช่น สีหน้า ท่าทาง แววตา บางทีเวลาเราคุยกันทางนี้ เราก็ไม่ได้เห็นแววตากันเท่ากับตาจ้องตากันจริง ๆ แบบนั้น ก็เลยมีบ้างที่ตอนแรก ๆ กังวล เกร็ง ๆ นิดหน่อยค่ะ" (ผู้ให้ข้อมูล P02)

2.2 การปรับตัวให้เข้ากับระบบโดย 'ไม่ให้วิดีโอคอลมาเป็นอุปสรรค' คือการที่ผู้ให้ข้อมูลมีความมุ่งมั่นทุ่มเทในการสื่อสารและสร้างปฏิสัมพันธ์กับนักจิตวิทยาผู้ให้บริการ ทั้งในเชิงวัจนภาษาและอวัจนภาษา เพื่อให้มั่นใจว่าอีกฝ่ายจะได้รับสารอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ โดยการศึกษาพบว่า ความตั้งใจของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สะท้อนผ่าน 2.2.1) 'ความใหญ่และเยอะ' ในการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจน 2.2.2) การมีปฏิสัมพันธ์อย่างยืดหยุ่น โดยคำนึงถึง "คนตรงหน้าจอ" นอกจากนี้ ทักษะพื้นฐานด้านดิจิทัล

ความเข้าใจแบบร่วมรู้สึกและอารมณ์ขันทางบวก ยังช่วยส่งเสริมการปรับตัวทางด้านการสื่อสารผ่านวิดีโอคอลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

"อย่างล่าสุดก็คุยเรื่องตกงาน แล้วก็รู้สึกไม่มีเป้าหมายในชีวิต แต่อาจจะด้วยที่เห็นเพียงแค่ผ่านจอนี้ มองไม่เห็นอะไรมากกว่านี้ แต่ตอนนั้นที่เล่า เรารู้สึกทุกข์มากกว่าที่นักจิตวิทยาเข้าใจ หมายถึงว่านักจิตวิทยารู้ว่าเรากำลังทุกข์ แต่ในเลเวล 10 คะแนน อาจจะรู้สึกว่าเราทุกข์สัก 6 หรือ 7 คะแนน ทั้ง ๆ ที่จริงเรารู้สึกทุกข์สัก 8 คะแนน เหมือนกับว่าเขาไม่สามารถเห็นทั้งหมดของเรา ก็ต้องพยายามทั้งอธิบายและยกตัวอย่างให้เขาเห็นมากขึ้น เข้าใจมากขึ้น ก็อาจจะต้องเล่าด้วยเสียงสูงต่ำมากขึ้นค่ะ... ให้เขาเห็นมือไม้ท่าทางของเราด้วย เวลาเล่าโน้นนี่จะได้เข้าใจง่ายขึ้น เห็นฟีลลิ่งขึ้น" (ผู้ให้ข้อมูล P02)

"โดยส่วนตัวเป็นคนแอ็คติ้งเยอะค่ะ ก็เลยเป็นการง่ายที่เขารับรู้และเข้าใจเราค่ะ ไนซ์ก็เลยรู้สึกว่าไม่มีปัญหาหรือติดขัดเรื่องการสื่อสารเลย" (ผู้ให้ข้อมูล P03)

3. การรับรู้ถึง 'อรรถประโยชน์' ของบริการปรึกษาผ่านวิดีโอคอล

หมายถึง ประสบการณ์ตรงที่ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนเกิดความรู้สึกพึงพอใจต่อบริการ ซึ่งภายใต้ความพึงพอใจนั้น ยังครอบคลุมถึงทัศนคติเชิงบวก การรับรู้คุณค่าของบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาทางวิดีโอคอล และการเล็งเห็นถึงคุณประโยชน์ในการใช้บริการในหลากหลายมิติด้วย โดยการรับรู้ถึงอรรถประโยชน์ดังกล่าวนี้ แบ่งออกเป็น 6 ประเด็นย่อย คือ

3.1 การปรึกษาผ่านวิดีโอคอลสามารถทดแทนแบบพบหน้าได้ โดยความพึงพอใจในคุณภาพบริการของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 7 ราย เป็นไปในทิศทางบวก แต่ระดับความพึงพอใจดังกล่าวจะมากหรือน้อยนั้น ขึ้นอยู่กับว่าผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกับจุดแข็งหรือจุดอ่อนของบริการมากกว่ากัน แม้บางรายจะสะท้อนถึงข้อจำกัดทางกายภาพของบริการ แต่โดยรวมผู้ให้ข้อมูลทุกรายมองว่าวิดีโอคอลเป็นช่องทางที่ทดแทนบริการปรึกษาแบบพบหน้าในห้องบำบัดได้

"จริง ๆ ก็รู้สึกว่าไม่ต้องเจอก็ได้ video call ก็โอเคค่ะ พอเราเห็นหน้ากันแบบนี้ เหมือนที่เรากำลังคุยกันอยู่ผ่านจอ สำหรับน้ำ มันไม่ได้ต่างกันกับการไปเจอเท่าไหร่ น้ำว่าแทนได้เลยค่ะ ให้ 99% แบบเห็นภาษากายซึ่งกันและกันอยู่ดี มันรับรู้ได้ค่ะ น้ำรู้สึกว่าไม่ต่างกัน ข้อดีอีกอย่างคือ น้ำรู้สึกว่าการคุยมันสมูทกว่า เพราะว่าเราเห็นกันแค่นี้อะค่ะ" (ผู้ให้ข้อมูล P01)

3.2 การรับรู้ความสัมพันธ์ผ่านวิดีโอคอลในมุมผู้รับบริการ เป็นกุญแจสำคัญที่ส่งผลให้เกิดการร่วมมือกันระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ อันส่งผลให้กระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาผ่านจอมีโอกาสประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น โดยพบว่าปัจจัยสำคัญที่เอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รับรู้ความสัมพันธ์ผ่านจอตั้งอยู่บนพื้นฐาน ดังนี้ 3.2.1) ความเชื่อมโยงระหว่างกัน ซึ่งต้องอาศัยความสามารถในการประคับประคองอารมณ์ (emotional containment) และสมรรถนะส่วนบุคคลของนักจิตวิทยาผู้ให้บริการ (personal competence) นอกจากนี้ ยังต้องอยู่บน 3.2.2) ความไว้วางใจในความสัมพันธ์ โดยผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่พิจารณาจากคุณสมบัติที่สำคัญของผู้ให้บริการ อาทิ ความเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก การไม่ตัดสิน ความใส่ใจ เป็นต้น เนื่องจากคุณสมบัติเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย และสบายใจระหว่างกัน

"มีอย่างนึงที่น้ำว่ามันสำคัญมากค่ะ ความนิ่งของเขาในการรองรับเรื่องราวทั้งหมดของเราคือโอ้วมันทำให้เราก็นิ่ง แล้วก็มีสติไปด้วย โดยไม่ฟูมฟายเฟอะฟะ ...จนทำให้เราสงบลงไปด้วยค่ะ คือจากตอนแรกเหมือนเราเป็นสัมภาระหนัก ๆ พอเจอเขาแบบนี้อะไรที่หนัก ๆ เหมือนถูกถ่ายออกไป ตัวเราก็เบาลงค่ะโล่งขึ้นเลย" (ผู้ให้ข้อมูล P01)

"อย่างตอนคุยออนไลน์จบ แล้วเขาจะเป็นคนที่ชอบทวนคำถามว่าให้ลองสรุปสั้น ๆ หน่อยว่าวันนี้ได้อะไรบ้าง จอยก็จะสรุปเป็นข้อ ๆ แล้วถ้าตรงไหนที่ยังไม่ครบ เขาก็จะบอกเรา มันก็เหมือน complete ร่วมกันมันดีมากนะคะ" (ผู้ให้ข้อมูล P07)

3.3 'ความสะดวก รวดเร็ว ทันต่อเวลา' ในบริการปรึกษาผ่านวิดีโอคอล นับเป็นคุณสมบัติสำคัญอีกประการที่เอื้อให้ช่องทางนี้เป็นทางเลือกที่คุ้มค่า โดยการศึกษาพบว่าไม่เพียงจะช่วยประหยัดเวลาการเดินทาง

แต่ยังเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดที่กำลังแสวงหาความช่วยเหลือสามารถเข้าถึงแหล่งบริการที่เหมาะสมได้อย่างสะดวกสบาย รวดเร็วและทันใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีฉุกเฉินที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายต้องการความช่วยเหลือทางใจอย่างเร่งด่วน ดังนั้น แนวโน้มและโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงทางปัญหาสุขภาพจิตจึงลดลงไม่มากก็น้อย

"ผมรู้สึกว่าออนไลน์สะดวก ไม่จำเป็นต้องเสียเวลาเดินทางด้วย อาจจะด้วยกิจวัตรของผม แต่ละวันต้องทั้งทำงาน เรียนออนไลน์ เลยเลือกคุยออนไลน์ครับ มันเข้าถึงได้ง่าย วันไหนผมไม่ไหว ผมอยากคุย ผมก็บุ๊คเลย จริง ๆ ผมว่าน่าจะเป็นเรื่องโควิดกับความสะดวกสบายเป็นหลักนะ" (ผู้ให้ข้อมูล P04)

"ชอบออนไลน์ตรงที่ว่า บางทีเราอยู่ในจุดที่ดาวน์มาก ๆ แล้วเราต้องการนักจิตวิทยา หรือใครก็ได้ที่จะฟังเราตอนนั้น เดี๋ยวนั้นหรือเร็วที่สุด มันก็ช่วยได้มากอะค่ะ ก่อนที่เราจะฆ่าตัวตายไปก่อน ...อันนี้มันเลยดีมากในความรู้สึก มันเป็นช่วงที่เรา need help สุด ๆ แล้วตอนนั้น ...แล้วรู้สึกว่าไม่ไหวแล้ว ไม่สามารถสู้กับอะไรได้อีก จะตายแล้วอะค่ะ ก็เลยขอคิว แล้วพอได้คุยกัน ความรู้สึกอยากฆ่าตัวตายก็ลดลง มันก็รู้สึกเจอทางออก มีกำลังใจขึ้นตอนนั้น" (ผู้ให้ข้อมูล P02)

3.4 การปรึกษาทางวิดีโอคอลตอบโจทย์กับไลฟ์สไตล์คนวัยทำงาน โดยพบว่าเอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดยังคงได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาอย่างต่อเนื่องและถูกวิธี นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลบางรายสะท้อนว่าช่องทางดังกล่าวยังช่วยลดข้อจำกัดด้านเวลา ระยะทาง และพื้นที่ ด้วยการเชื่อมโยงผู้ให้ข้อมูลและผู้รับบริการในพื้นที่ห่างไกลเข้าไว้ด้วยกันอย่างไร้รอยต่อ ส่งผลให้บริการยังคงเป็นส่วนหนึ่งในวิถีชีวิตได้อย่างยืดหยุ่นและลงตัว

"จอยรู้สึกว่าออนไลน์ไม่ได้เป็นปัญหา มันเป็นโลกยุคใหม่แล้ว มันมีช่วงที่เขาต้องไปอยู่ที่โรงพยาบาลต่างจังหวัด แล้วถ้ามันต้องบินไปหา มันก็ยากเนอะสำหรับคนทำงาน แต่พอเป็นออนไลน์ มันก็โอเค ...คุยตอนดึก ๆ หลังเลิกงานก็ได้ เวลาคุยกัน เขาให้เวลาเรา 100 % ด้วยซ้ำ ไม่เหมือนตอนคุยกันในห้อง มันเร็วไปหมด ออนไลน์สะดวกและคุยได้ต่อเนื่องกว่าเยอะเลยค่ะ" (ผู้ให้ข้อมูล P07)

3.5 การปรึกษาผ่านวิดีโอคอลเป็น 'ตัวช่วย' ในการลดการตีตราทางสังคม เนื่องจากการศึกษาพบว่าเป็นช่องทางสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้ให้ข้อมูลที่กำลังเผชิญกับการตีตรา และแสวงหาความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตกล้าเริ่มที่จะทะลายกำแพงขวางกั้น เพื่อเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางจิตใจได้อย่างปลอดภัย และเข้าสู่กระบวนการปรึกษาจากพื้นที่ส่วนตัวได้อย่างสบายใจ โดยผู้ให้ข้อมูลบางรายชี้ให้เห็นว่า ช่องทางออนไลน์ผ่านวิดีโอคอลนี้ ช่วยลดความเสี่ยงในการพบปะคนรู้จักที่อาจมีอคติด้านสุขภาพจิต จึงทำให้ไม่พลาดโอกาสในการเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตั้งแต่ต้น ดังนั้น จะเห็นได้ว่าวิดีโอคอลช่วยป้องกันและบรรเทาปัญหาการตีตราด้านสุขภาพใจได้อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

"ถ้าไนซ์บอกที่บ้านว่าไนซ์อยากเข้าไปรับบริการ มันเหมือนเป็นตราบาปของการเป็นนักจิตวิทยาเลยอะ แต่ไนซ์รู้สึกว่าทุกคนเป็นมนุษย์ เราก็มีวันที่เราอ่อนแอได้ใช่มั้ยคะ แต่ด้วยความที่เราเป็นนักจิตวิทยามันค้ำคอหนักหน่วงมาก ที่บ้านจะไม่เข้าใจว่าเธอก็เป็นนักจิตวิทยาเหมือนกัน ทำไมเธอจัดการเรื่องนี้ไม่ได้ มันก็จะเหมือนถูกสังคมตีตราและมา label เราแล้วในระดับหนึ่ง ไนซ์ก็เลยรู้สึกอึดอัด แล้วด้วยตัวของสังคมมันทำให้ไนซ์รู้สึกว่าอึดอัด ทำไมฉันต้องเดินไปหาเขาจะมีคนรู้จักเราป่าววะ อันนี้คือ spotlight effect สุด ๆ ...มันเหมือน anxiety ไปแล้วค่ะ แต่ถ้าเป็นออนไลน์ มันไม่ต้องมาเจออะไรแบบนี้อะค่ะ" (ผู้ให้ข้อมูล P03)

3.6 ความสบายใจในการเปิดเผยตัวตนผ่านบริการปรึกษาทางวิดีโอคอล สัมพันธ์กับความสามารถในการกำหนดพื้นที่ส่วนตัวทั้งทางกายภาพและทางใจด้วยตนเองอย่างอิสระเสรี โดยการศึกษาพบว่า หากผู้ให้ข้อมูลอยู่ในสถานที่ส่วนตัวและปลอดภัยทางจิตใจ หรือสวมใส่เสื้อผ้าตัวโปรดที่เลือกด้วยตนเอง ก็จะยิ่งเอื้อให้เกิดความสบายใจ ซึ่งความสบายใจนี้ ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีส่วนช่วยให้ผู้รับบริการลดเกราะป้องกันทางความรู้สึกลง รวมทั้งกระตุ้นให้เกิดความพร้อมในการเปิดเผยตัวตน และปลดเปลื้องอารมณ์ความรู้สึก ดังที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายสะท้อนให้เห็นว่า ความสบายใจไม่เพียงส่งเสริมความร่วมมือผ่านจอ แต่ยังส่งผลให้มีความกล้าในการถ่ายทอดประสบการณ์กับนักจิตวิทยา

อย่างเต็มเปี่ยม ทั้งนี้ จังหวะของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนอาจจะช้าเร็วแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ส่วนบุคคล และบุคลิกลักษณะนิสัยด้วย

"ไนซ์รู้สึกว่า online counseling มันก็แค่เข้าห้องส่วนตัวใช่มั้ยคะ แค่จอนี้ไม่มีใครรู้แล้ว พอห้องนี้คือห้องของฉัน ห้องที่ฉันจะเป็นยังไงก็ได้ มันปลอดภัย มันสบายใจมากกว่าการเอาตัวเองเข้าไปอยู่ในสังคมข้างนอก มันเป็นห้องที่เราอ่อนแอได้ มันเป็นห้องที่ทำให้รู้สึกว่าไม่จำเป็นต้องเป็นไนซ์ที่เข้มแข็ง มันเป็นพื้นที่ปลอดภัยที่ไนซ์จะเล่าอะไรก็ได้ที่ไนซ์อยากเล่า ไนซ์จะเล่าในมุมที่จะแย่ที่สุด เลวที่สุด ชั่วที่สุด หรือเป็นอะไรก็ได้ เพราะไม่มีใครรับรู้ นอกจากนักจิตฯ แล้วคือไนซ์รู้สึกว่ามันช่วยเราที่เป็นวัยทำงานด้วยค่ะ ได้คุยกันทางออนไลน์จากในห้องเราเอง ทำให้รู้สึกว่าเหมือนมี safe zone เดียวที่เราอ่อนแอได้ โดยที่ไม่มีใครรู้ ไม่ได้เดินไปไหน ไม่มีใครมาเห็นค่ะ" (ผู้ให้ข้อมูล P03)

4. การรับรู้การเปลี่ยนแปลงเชิงบวกหลังเข้ารับบริการปรึกษาผ่านวิดีโอคอล

หมายถึง กระบวนการทำความเข้าใจธรรมชาติของอารมณ์ ความรู้สึก ความคิดภายใน จากหัวใจที่เปี่ยมไปด้วยความพร้อมที่จะยอมรับ ปรับเปลี่ยนมุมมองและปรับตัวอย่างมีสติ เพื่อเอื้อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทิศทางบวก และการเติบโตอย่างเต็มประสิทธิภาพ ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงเชิงบวกอย่างเป็นรูปธรรม อาจเกิดขึ้นมากน้อยแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในระดับบุคคล และปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละบุคคล โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเด็นย่อย

4.1 การเปลี่ยนแปลงภายในตน อาศัยองค์ประกอบสำคัญอีก 2 ประการคือ 4.1.1) การตระหนักรู้ในตนเอง และ 4.1.2) การเรียนรู้จากการลงมือทำ โดยพบว่าหลังเข้ารับบริการปรึกษาผ่านวิดีโอคอล เมื่อผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รู้เท่าทันอารมณ์ความรู้สึกนึกคิด ทั้งทางบวกและทางลบ ก็ถือเป็นก้าวแรกที่มีส่วนช่วยสนับสนุนให้เกิดความพยายามในการทำความเข้าใจตนเองอย่างลึกซึ้ง อันนำไปสู่การเปิดใจยอมรับการเปลี่ยนแปลง การปรับมุมมองในการดำเนินชีวิต และการสร้างแรงจูงใจเชิงบวกในการลงมือทำสิ่งต่าง ๆ เช่น การฝึกฝนทักษะใหม่ ๆ การปฏิบัติกับตนเองด้วยความอ่อนโยน เป็นต้น

"นอกจากรับรู้ตัวเอง ก็ประเมินได้ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นมีอะไรบ้าง หลายสิ่งที่ยุ่งอยู่ในหัวก็ถูกจัดระเบียบ เหมือนถ้าไม่ได้คุย มันจะตีกัน จะรู้สึกยิ่งใหญ่ แต่พอหลายสิ่งที่ยุ่งอยู่ในหัวถูกจัดระเบียบ จะเห็นว่าปัญหามีแค่ 1 2 3 4 เรื่อง ใน 4 เรื่องนี้ อันไหนจัดการไม่ได้ ผมก็ทำความเข้าใจและยอมรับ ส่วนอันไหนไหวจัดการได้ ผมก็ลงมือจัดการเลย ทีละเรื่อง" (ผู้ให้ข้อมูล P04)

"ก่อนหน้าเราจะกดดันตัวเองว่าทำไมไม่หาย เราต้องทำยังไงถึงจะหาย แต่พอคุยกับนักจิตฯ ตอนออนไลน์แล้ว เราก็รู้สึกสบายใจขึ้น ถ้าเราจะเปื่อยไปเป็นปี เราก็ปล่อยไป เราให้เวลาตัวเอง ไม่ได้บังคับให้ตัวเองต้องหายเดี๋ยวนี้ ไม่ได้ตีตัวเองเหมือนเมื่อก่อน ให้เวลาตัวเองจริง ๆ เพราะเรารู้ว่าคนอื่นเองก็เจอเรื่องแบบนี้ รู้สึกแบบนี้ เป็นแบบนี้ได้เหมือนกัน" (ผู้ให้ข้อมูล P06)

4.2 การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น เริ่มต้นจากการมีความสัมพันธ์ที่เป็นมิตรและมั่นคงภายในตัวบุคคล โดยผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สะท้อนว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นปัจจัยเกื้อหนุนสำคัญที่ส่งผลต่อ 4.2.1) สัมพันธภาพที่ดีกับคนที่ใกล้ชิดทางอารมณ์ เช่น สามี/ภรรยา ครอบครัว และเพื่อนสนิท ตลอดจนยังส่งเสริม 4.2.2) สัมพันธภาพที่ดีภายในองค์กร เนื่องจากมนุษยสัมพันธ์ที่เต็มไปด้วยความเข้าอกเข้าใจระหว่างบุคลากร มีส่วนเอื้อให้เกิดบรรยากาศเชิงบวกในทุกระดับ และเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานโดยรวมขององค์กรไม่มากก็น้อย

"อย่างกับเรื่องแฟนคือชัดเจนมาก ก่อนหน้านี้เราไปผูกติดกับเขาแทบตลอดเวลา มีความหึงหวง เราแทบไม่ได้ใช้ชีวิตตัวเองเลย พอเราได้ตกตะกอนปรับปรุงตัว เหมือนเราเป็นคนละคน แฟนก็บอกว่าเหมือนได้แฟนใหม่ ...เขาก็มีชีวิตที่เขาต้องใช้ เหมือนเราได้ชีวิตตัวเองกลับคืนมาด้วย" (ผู้ให้ข้อมูล P05)

"อย่างคนที่ทำงาน พอเรารู้สึกอยากให้เกียรติเขามากขึ้น เวลาเขาเล่าอะไรมา เราก็ไม่ได้ตั้งแง่กับเขา เราก็รับฟังเขา เหมือนแสดงความจริงใจกับเขาจริง ๆ เพราะมันเป็นชีวิตของเขา น้องที่ทำงานก็บอกว่า

ไม่อยากจะเชื่อเหมือนกัน เพราะเปลี่ยนไปมากจริง ๆ (หัวเราะ)" (ผู้ให้ข้อมูล P05)

5. ความมุ่งหวังของผู้รับบริการต่อบริการปรึกษาทางวิดีโอคอล

ความมุ่งหวังของผู้รับบริการต่อบริการปรึกษาทางวิดีโอคอล หมายถึง ความต้องการ และความคาดหวังของผู้ให้ข้อมูลที่มีต่อภาพอนาคตของบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาทางวิดีโอคอลในมิติต่าง ๆ โดยความมุ่งหวังนี้ที่สะท้อนผ่านความรู้สึกนึกคิด มุมมองและทัศนคติ หลังเข้าสู่การรับบริการ ตั้งอยู่บนพื้นฐานความต้องการที่จะช่วยเอื้อให้เกิดความพึงพอใจ เสริมสร้างความเชื่อมั่นต่อบริการ ยกระดับมาตรฐานคุณภาพความปลอดภัยของระบบบริการผ่านรูปแบบวิดีโอคอลในประเทศไทยให้ดีและยั่งยืนยิ่งขึ้น รวมถึงลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมและรายได้ในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต ควบคู่กับการส่งเสริมความตั้งใจในการกลับมาใช้บริการซ้ำไม่มากก็น้อย จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า องค์ประกอบสำคัญของความมุ่งหวังนี้ขึ้นอยู่กับ

5.1 การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานบริการปรึกษาผ่านวิดีโอคอล คือการให้ความสำคัญเรื่องการกำกับดูแลมาตรฐานคุณภาพตามหลักจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ด้วยการตรวจสอบและรับรองคุณสมบัติของบุคลากรผู้ให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ การป้องกันและรักษาความปลอดภัยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการในระบบบริการสุขภาพจิตออนไลน์ การขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในรูปแบบดิจิทัล (digital informed consent) ถือเป็นหัวใจสำคัญที่ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มองว่าไม่เพียงจะสะท้อนถึงความใส่ใจในการปฏิบัติงานอย่างมืออาชีพเท่านั้น แต่ยังแสดงให้เห็นถึงการเคียงข้างผู้รับบริการอย่างจริงใจตั้งแต่เริ่มต้นให้บริการอีกด้วย

"ถ้ามีใบอนุญาตหรืออะไรสักอย่าง มันน่าจะทำให้คนมารับบริการเชื่อมั่นมากขึ้น คือผมหมายถึงความน่าเชื่อถือในตัวนักจิตฯ ส่งผลกับบริการนะ ทั้งออนไลน์และ face-to-face น่าจะมีมาตรฐานที่รับรองตรงนี้ มันน่าใช้กว่า..." (ผู้ให้ข้อมูล P04)

"ถ้าได้แนะนำตัวกันสักหน่อย ได้ sign ร่วมกัน แล้วก็ค่อยเริ่มต้น ก็จะ trust เร็วขึ้น รู้สึกได้ว่านักจิตฯ กำลังจะช่วยเราอยู่ค่ะ เพราะถ้าเรามีปัญหาความไว้ใจความเชื่อใจสำคัญมากเลย เราก็กล้าพูดว่าอะไรเกิดขึ้นบ้าง พูดเรื่องแย่ ๆ ออกไปได้ ไม่ต้องอ้อมไปอ้อมมา ไม่ต้องรอจนกว่าจะไว้ใจขนาดนั้นแล้วค่อยเล่าได้" (ผู้ให้ข้อมูล P07)

5.2 การออกแบบบริการปรึกษาผ่านวิดีโอคอลที่ยึดหัวใจของผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ต้องอาศัยการรับฟังเสียงและความต้องการ การทำความเข้าใจมุมมองและบริบทของผู้รับบริการอย่างเอาใจใส่ รวมถึงการติดตั้งฟังก์ชันต่าง ๆ เพิ่มเข้าไปในตัวระบบบริการ เช่น ประวัติและผลงานของนักจิตวิทยา ช่องทางสำหรับส่ง Q&A กับนักจิตวิทยา แบบประเมินความพึงพอใจต่อการให้บริการในรูปแบบออนไลน์ และปฏิทินออนไลน์ของนักจิตวิทยาผู้ให้บริการ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและตอบโจทย์การใช้งานอย่างแท้จริง โดยผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าปัจจัยเหล่านี้ถือเป็นอีกกุญแจสำคัญที่ช่วยสร้างประสบการณ์เชิงบวกในการใช้บริการ เพราะไม่เพียงเอื้อให้เข้าถึงระบบบริการได้อย่างเต็มประสิทธิภาพและต่อเนื่องยิ่งขึ้น แต่ระบบปฏิบัติการยังส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้รับบริการมี 'อิสระในการตัดสินใจ' (autonomy) มากยิ่งขึ้นด้วย

"ถ้าเราสามารถเห็นตารางของนักจิตวิทยาได้อย่างในแอพฯ ก็ไม่ต้องไลน์ไปถามเขา มันทำให้บางทีเราก็เกรงใจ สมมติเราอาจจะมีชื่อในใจ 3-4 คน เราก็อยากจะดูว่าใครจะแมชกับเรา ใครได้เวลาเท่าไหร่ แล้วมา compare ในหลาย ๆ เรื่อง ค่อยเลือกว่าจะเป็นใครค่ะ" (ผู้ให้ข้อมูล P02)

"ถ้าออนไลน์มีประวัติให้เห็น เรารับรู้ก่อนว่านักจิตฯ คนนี้เชี่ยวชาญอะไร ถนัดด้านไหน สกิลแบบไหน ก็จะรู้สึกสบายใจในการแชร์มากขึ้น เพราะเชื่อมั่นว่าเขาคงได้ยินเรื่องราวเหล่านี้มาแล้ว เราคงไม่ได้แปลกอะไร" (ผู้ให้ข้อมูล P06)

5.3 การขยายบริการปรึกษาทางวิดีโอคอลพื้นฐานอย่างทั่วถึง คือการขยายบริการผ่านวิดีโอคอลให้เข้าถึงบุคคลวัยทำงานทุกระดับอย่างครอบคลุมทั่วถึง ทั้งในเชิงพื้นที่และเวลาเปิดให้บริการ จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อประชาชนทั่วไป กลุ่มคนชายขอบและกลุ่มเปราะบาง เพราะจากการวิจัยพบว่า เป็นช่องทางสำคัญที่ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตบุคคลวัย

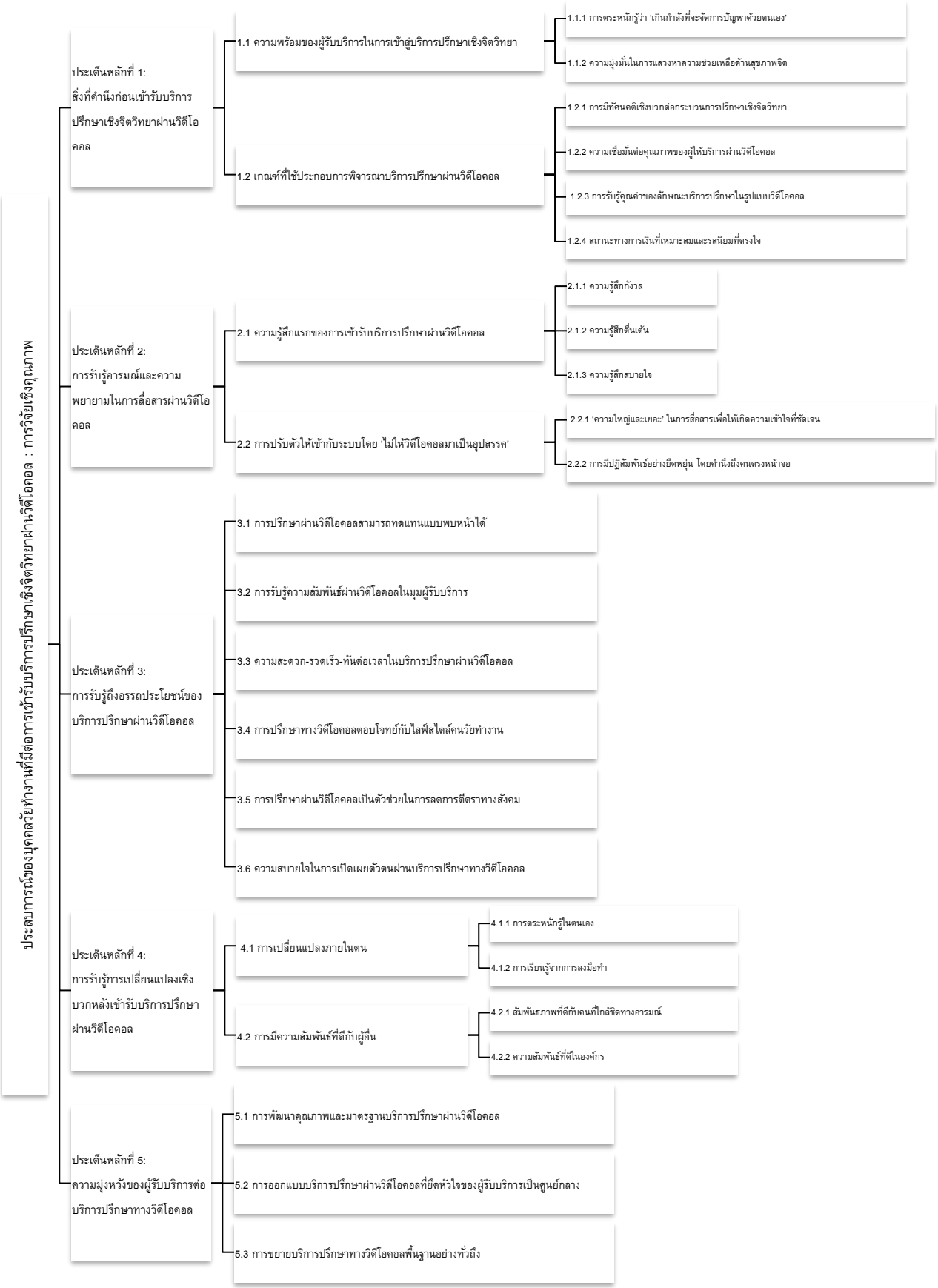
ทำงานที่อาศัยอยู่ในเมือง หรือพื้นที่ห่างไกล เอื้อให้เข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตในยามค่ำคืนได้อย่างง่ายดายขึ้น อีกทั้งยังช่วยลดความเหลื่อมล้ำด้านสาธารณสุข โดยการเปิดโอกาสให้กลุ่มคนชายขอบและกลุ่มเปราะบางในสังคมที่ยังเข้าไม่ถึงสิทธิ สามารถเข้าถึงแหล่งบริการที่มีคุณภาพพร้อมกับเข้าสู่กระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่เหมาะสมได้อย่างเท่าเทียม

“มันก็น่าจะมีทางเลือกมากขึ้น ช่วงเวลาน่าจะมีมากขึ้น อย่างที่เคยนัด ส่วนใหญ่ก็จะเป็นช่วงเวลาทำการ ไม่บ่ายโมงครึ่ง ก็บ่ายสามโมงครึ่ง ก็เป็นอุปสรรคสำหรับคนทำงาน คือถ้าต่อไปทำให้มันหลากหลาย และก็สะดวกมากขึ้น มันจะดีมากเลยค่ะ ... ถ้าช่วงเวลายืดหยุ่น มันก็อาจจะทำให้คนเข้าถึงได้ง่ายขึ้น แล้วก็ตัดสินใจได้ง่ายขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูล P05)

“จริง ๆ อยากให้มันเป็นสวัสดิการ อยากให้มันเป็นถึงขั้นมาจากรัฐบาล ที่คล้าย ๆ ประกันสังคม ...เพราะอันนี้พูดกันตามตรง มันก็ต้องมีทุนทรัพย์ และก็ต้องสนใจที่จะมาหาด้วยตัวเอง ถึงจะมาได้ แล้วถึงแม้เราจะซื้อประกันชีวิต ก็ยังไม่ครอบคลุมตรงนี้เลยค่ะ อีกอย่างเพราะมันมีปัญหาอยู่ทุกส่วน มันเป็นความเหลื่อมล้ำในสังคม มันก็เลยแบบว่า ถ้ารัฐและเอกชนช่วยทำให้ออนไลน์เข้าไปจนถึงส่วนนั้นได้ ก็น่าจะดีขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูล P05)

แผนภูมิที่ 1

ประสบการณ์ของบุคคลวัยทำงานที่มีต่อการเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาผ่านวิดีโอคอล : การวิจัยเชิงคุณภาพ



วิจารณ์

การศึกษาประสบการณ์ของบุคคลวัยทำงานที่มีต่อการเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาผ่านวิดีโอคอล จากผู้ให้ข้อมูลทั้ง 7 ราย สะท้อนให้เห็นว่าความรอบรู้ทางสุขภาพจิต มุมมองเชิงบวกต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางใจ ทักษะในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลขั้นพื้นฐาน และความพร้อมทางการเงิน ไม่เพียงจะมีอิทธิพลเชิงบวกต่อทัศนคติในการเข้ารับบริการปรึกษาด้านสุขภาพจิตทางวิดีโอคอลของบุคคลวัยทำงาน แต่ยังส่งผลต่อความพร้อมในการตัดสินใจเข้าสู่บริการและความรับผิดชอบในการมีส่วนร่วมและปรับตัวในกระบวนการปรึกษาทางวิดีโอคอล ตลอดจนความมุ่งมั่นตั้งใจในการกลับมาใช้บริการซ้ำอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Bird et al. (2019) ที่พบว่าการตระหนักรู้ควบคู่กับทัศนคติทางบวก มีส่วนช่วยกระตุ้นให้บุคคลแสวงหาความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต รวมถึงสนับสนุนให้กลับมาตั้งหลักได้ดีและมั่นคงยิ่งขึ้น

ความพร้อมทางกายใจและทางการเงิน ยังสัมพันธ์กับการรับรู้คุณค่าของบริการในด้านต่าง ๆ โดยพบว่าอิทธิพลของการรับรู้คุณค่าดังกล่าว ไม่เพียงส่งผลต่อความพึงพอใจและความไว้วางใจในภาพรวมของบริการปรึกษาทางวิดีโอคอล แต่ยังเอื้อให้บุคคลวัยทำงานที่มีความพร้อมทางกายใจและทรัพยากรเริ่มต้นพิจารณาจากจุดแข็งของบริการทางวิดีโอคอล จนตัดสินใจเลือกใช้บริการปรึกษาผ่านช่องทางนี้เป็นอันดับแรก สอดคล้องกับการศึกษาเชิงประจักษ์หลายชิ้นของต่างประเทศที่พบว่า ความกังวลต่อโควิด-19 มีอิทธิพลเชิงบวกต่อการรับรู้คุณค่าและความพึงพอใจของบริการในรูปแบบวิดีโอคอล เพราะเป็นช่องทางที่สนับสนุนให้ผู้รับบริการยังคงอยู่ในกระบวนการบำบัดที่เหมาะสมได้อย่างต่อเนื่อง (Shin & Ku 2022; Zeren et al., 2022) นอกจากนี้ ผลการศึกษาในครั้งนี้ยังแสดงให้เห็นว่า ความรู้สึกกังวลยังกลายเป็นปัจจัยเกื้อหนุนที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้รับบริการเกิดความมุ่งมั่นทุ่มเทในการสื่อสารและแสดงออกทางวิดีโอคอลได้อย่างชัดเจนและเต็มเปี่ยมยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Khan et al. (2022) ที่พบว่าความรู้สึกกังวลมีส่วนช่วยผลักดันให้ผู้รับบริการมีความพยายามในการมีส่วนร่วมระหว่างกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาผ่านวิดีโอคอลอย่างสุดความสามารถ และเพิ่มความกล้าในการเปิดเผยตัวตนอีกด้วย

ทั้งนี้ หากแม้ประสิทธิผลของบริการด้านสุขภาพจิตทางไกลผ่านวิดีโอคอลโดยรวมจะไม่ต่างกัน แต่การศึกษาพบว่า หากนักจิตวิทยาการปรึกษาให้ความสำคัญกับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล มีทักษะพื้นฐานด้านดิจิทัล ความเข้าใจแบบร่วมรู้สึกและอารมณ์ขันทางบวก ก็จะยิ่งช่วยเสริมสร้างความรู้สึกไว้วางใจและความรู้สึกปลอดภัยในสัมพันธภาพบนโลกออนไลน์ระหว่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของต่างประเทศที่สะท้อนว่า คุณลักษณะของผู้ให้บริการที่เป็นมิตรและมีอารมณ์ขันทางบวก รวมถึงมีความรู้ความชำนาญในการปฏิบัติงานผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์จะเอื้อให้ทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการก้าวข้ามอุปสรรคในการสื่อสารทางออนไลน์ และปัญหาเชิงเทคนิคไปได้อย่างลื่นไหล (Barker & Barker, 2021; Geller, 2020)

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงตระหนักว่าการจัดโครงการฝึกอบรมเฉพาะทางให้กับนักจิตวิทยา เพื่อเตรียมความพร้อมทักษะด้านดิจิทัล ส่งเสริมความรู้ด้านจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ควบคู่ไปกับการปฏิบัติงานด้านส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเชิงรุกอย่างสร้างสรรค์ของผู้ให้บริการ จะเป็นหัวใจสำคัญในการสร้างความตระหนักรู้และทัศนคติเชิงบวกต่อการแสวงหาความช่วยเหลือของกลุ่มคนวัยทำงานในสังคม อันช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตทางไกลที่มีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียม ทั้งนี้ ผลการศึกษาสะท้อนอีกว่าบริการปรึกษาผ่านวิดีโอคอลยังคงมีช่องว่างของกฎหมายในประเทศไทย สมาคมวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรเร่งจัดทำร่างข้อบังคับมาตรฐานวิชาชีพ ผลักดันข้อบังคับกฎหมายที่ทันสมัย และแนวปฏิบัติที่เป็นไปตามมาตรฐานความปลอดภัยสากล เพราะไม่เพียงจะช่วยคุ้มครองสิทธิของผู้รับบริการและผู้ให้บริการที่อยู่ภายใต้กรอบกฎหมาย แต่ยังขับเคลื่อนให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาผ่านวิดีโอคอลในประเทศไทยเติบโตอย่างยั่งยืน และเป็นนวัตกรรมด้านสุขภาพจิตที่ช่วยยกระดับระบบนิเวศ

ด้านสุขภาพดิจิทัลในไทยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นในอนาคต

สรุป

การศึกษาประสบการณ์ของบุคคลวัยทำงานที่มีต่อการปรึกษาเชิงจิตวิทยาผ่านวิดีโอคอล ได้ขยายความรู้และเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับแก่นประสบการณ์ของบุคคลวัยทำงานที่เคยเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาผ่านวิดีโอคอล มุมมองทัศนคติในการตัดสินใจเข้าสู่บริการ พร้อมกับการรับรู้ทางด้านอารมณ์ความรู้สึก และการปรับตัวเพื่อรับมือกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างเข้ารับบริการ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงหลังเข้ารับบริการ และความคาดหวังต่อระบบบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาผ่านวิดีโอคอลในประเทศไทย โดยผู้รับบริการสามารถนำผลการวิจัยดังกล่าวนี้ไปพัฒนาการมีส่วนร่วมของตนในบริบทออนไลน์ได้ไม่มากก็น้อย ส่วนนักจิตวิทยาผู้ให้บริการสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนามาตรฐานการให้บริการปรึกษาผ่านวิดีโอคอลในประเทศไทยต่อไป

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ยังคงมีข้อจำกัด เนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลจากผู้รับบริการปรึกษาผ่านวิดีโอคอลในช่วงโควิด-19 จึงอาจทำให้ผู้ให้ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้มีประสบการณ์เฉพาะที่มีความจำเป็นในการเข้ารับบริการด้วยสถานการณ์ดังกล่าว งานวิจัยครั้งต่อไป อาจมีการศึกษาประสบการณ์ในการเข้ารับบริการผ่านวิดีโอคอลของผู้รับบริการที่ไม่ได้มีความจำเป็นในการเข้ารับบริการออนไลน์ เนื่องจากปัจจัยทางสถานการณ์ดังกล่าว รวมถึงเสนอให้มีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางในการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาผ่านวิดีโอคอล

ผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of interest)

ผู้นิพนธ์ทุกคนไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกันระหว่างผลประโยชน์ส่วนรวมและผลประโยชน์ส่วนตนในบทความวิจัยฉบับนี้

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (Authors' contributions)

ในการศึกษานี้ ผู้นิพนธ์หลักดำเนินการวิจัยด้วยสัดส่วน 70% โดยทำหน้าที่กำหนดหัวข้อ วางแผนและดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก รวมถึงวิเคราะห์ข้อมูลและเขียนบทความวิจัยฉบับนี้ ส่วนผู้นิพนธ์ร่วมมีบทบาทในการดำเนินการวิจัยด้วยสัดส่วน 30% โดยให้การปรึกษาและคำแนะนำกับผู้นิพนธ์หลักระหว่างกระบวนการวิจัย ตลอดจนตรวจสอบความถูกต้องของบทความ ร่วมอ่านและรับรองต้นฉบับบทความวิจัย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่องประสบการณ์ทางจิตใจในการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาผ่านวิดีโอคอลแบบเรียลไทม์ในบุคคลวัยทำงาน โดยได้รับการสนับสนุนทุนการศึกษาจากคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารอ้างอิง (References)

American Psychological Association. (2014). *What are telehealth and telepsychology?* https://www.apa.org/practice/telehealth-telepsychology

American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. https://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf

American Psychological Association. (2024). *Proposed revision of guidelines for the practice of telepsychology*. https://www.apa.org/practice/guidelines/telepsychology-revisions.pdf

Barker, G. G., & Barker, E. E. (2021). Online therapy: Lessons learned from the COVID-19 health crisis. *British Journal of Guidance & Counselling, 50*(1), 66-81. https://doi.org/10.1080/03069885.2021.1889462

Bird, M. D., Chow, G. M., Meir, G., & Freeman, J. (2019). The influence of stigma on college students' attitudes toward online video counseling and face-to-face counseling. *Journal of College Counseling*, *22*(3), 256-269. https://doi.org/10.1002/jocc.12141

British Association for Counselling and Psychotherapy. (2023). *Good practice in action 047 fact sheet. Working online in the counselling professions*. BACP House. https://www.bacp.co.uk/media/17386/bacp-working-online-in-counselling-professions-fs-gpia-047-feb23.pdf

Dias, M. J., Rathenau, S., Sousa, D., & Santos, J. M. (2023). Therapeutic presence, working alliance, and clients' attitudes toward online therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, *33*(4), 439-456. https://doi.org/10.1037/int0000314

Department of Mental Health. (2023). *Annual report of the Department of Mental Health; fiscal year 2023*. https://dmh.go.th/report/dmh/rpt_year/view.asp?id=468 (in Thai).

Geller, S. (2020). Cultivating online therapeutic presence: Strengthening therapeutic relationships in teletherapy sessions. *Counselling Psychology Quarterly*, *34*(3-4), 687-703. https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1787348

Grand View Research. (2024). *Marketing analysis report. Telehealth market size, share & trends analysis report by product (hardware, software, services), by delivery mode, by disease area, by end-use, by region, and segment forecasts, 2024-2030.* https://www.grandviewresearch.com/industry-analysis/telehealth-market-report

Gürcan, M. B., & Kılıç, A. (2023). Assessment of "online therapy" and "telepsychiatry" topics in the COVID-19 pandemic based on Google Trends data. South. *Clin. Ist. Euras.*, *34*(4), 320-325. https://dx.doi.org/10.14744/scie.2023.68725

Khan, S., Shapka, J. D., & Domene, J. F. (2022). Counsellors' experiences of online therapy. *British Journal of Guidance & Counselling*, *50*(1), 43-65. https://doi.org/10.1080/03069885.2021.1885009

Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Rovithis, M., & Koukouli, S. (2024). Evaluation of online counseling through the working experiences of mental health therapists amidst the COVID-19 pandemic. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *12*(4), 1-15. https://doi.org/10.3390/healthcare12040495

National Innovation Agency. (2023). *Futures of mental health in Thailand 2033*. https://www.nia.or.th/bookshelf/view/237 (in Thai).

Patterson, M. E., & Williams, D. R. (2002). *Collecting and analyzing qualitative data: Hermeneutic principles, methods, and case examples*. Sagamore Publishing, Inc.

Shin, J. H., & Ku, X. (2022). Fear of COVID-19 and its differential effect on attitudes and intentions towards online and face-to-face counseling. *Health Psychology Research*, *10*(3), 37670. https://doi.org/10.52965/001c.37670

Smith, J. A. (2010). Interpretative phenomenological analysis. *Journal of the Society for Existential Analysis*, *21*(2), 186-192.

Smith, J. A. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology Review*, *5*(1), 9-27.

Srichannil, C. (2017). Interpretative phenomenological analysis: A qualitative methodology for psychological research. *Journal of Education*, *28*(3), 13. https://ojs.lib.buu.ac.th/index.php/education2/article/view/5611 (in Thai).

Srichannil, C. (2019). Interpretative phenomenological analysis: Quality criteria. *Chiang Mai University Journal of Humanities*, *20*(1), 189-213. https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JHUMANS/article/view/186561 (in Thai).

Thailand Counseling Psychology Association. (2024). *Counseling psychologist professional ethics*. https://www.thaicounseling.org/_files/ugd/c257b2_a1d49c64689a44ea86365cd400f3b34d.pdf (in Thai).

Zeren, G., Erus, S. M., Amanvermez, Y., Genç, A. B., & Duy, B. (2022). Client's experiences of online counseling: Satisfaction and therapeutic alliance. *Cukurova University Faculty of Education Journal*, *51*(1), 634-658. https://doi.org/10.14812/cufej.843542

วารสาร
จิตวิทยาคลินิกไทย
https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสบการณ์วัยเด็กของผู้ที่เติบโตมากับพ่อแม่ที่เป็นโรคซึมเศร้า

ศุภวิชญ์ วชิรบรรจง[1], อรัญญา ตุ้ยคำภีร์[2*]

[1] *นิสิตหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*

[2] *ศาสตราจารย์ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*

[*] ผู้ประพันธ์บรรณกิจ, e-mail: arunya.t@chula.ac.th

วันที่รับบทความ: 24 ตุลาคม 2567 | **วันที่แก้ไขบทความ:** 2 ธันวาคม 2567 | **วันตอบรับบทความ:** 16 ธันวาคม 2567

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสบการณ์วัยเด็กของผู้ที่เติบโตมากับพ่อแม่ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า

วัสดุและวิธีการ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ เก็บข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง ผู้ให้ข้อมูลหลัก 6 รายเป็นบุคคลทั่วไปที่เคยมีประสบการณ์ช่วงอายุต่ำกว่า 18 ปีอาศัยอยู่กับพ่อแม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลผ่านการบันทึกประเด็นสำคัญ ระบุประเด็นสำคัญ และจัดหมวดหมู่ประเด็นสำคัญ

ผลการศึกษา พบแก่นสาระประสบการณ์ 3 ประเด็น คือ (1) การรับรู้ความไม่ปกติในชีวิต แต่ไม่เข้าใจว่าเป็นโรคซึมเศร้า (รับรู้ว่าพ่อแม่มีอาการซึมเศร้าแต่ไม่เข้าใจโรคนี้ กังวลและรู้สึกผิด คิดว่าตนมีส่วนทำให้เกิดความเจ็บป่วย รู้ว่าพ่อแม่ที่ป่วยอ่อนไหวง่าย ชีวิตครอบครัวเปลี่ยนไป) (2) ความรู้สึกท่วมท้นและไม่แน่ใจว่าจะต้องทำตัวอย่างไรในช่วงวิกฤติของพ่อแม่ (กังวลเกี่ยวกับสุขภาพของพ่อแม่ที่ป่วย ลำบากใจเมื่อต้องรับมือกับพ่อแม่ที่ป่วยตอนอาการกำเริบ หงุดหงิดและไม่พอใจ ขาดความเชื่อมั่นในตัวพ่อแม่ สงสารและเห็นใจพ่อแม่ที่เป็นผู้ดูแล) (3) การปรับเปลี่ยนตนเองเพื่อให้อยู่กับพ่อแม่ที่ป่วยได้ (พยายามปรับตัวเพื่อใช้ชีวิตร่วมกับพ่อแม่ที่ป่วย กำหนดเป้าหมายในชีวิตและรับผิดชอบต่อตนเอง ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยดูแลพ่อแม่ที่ป่วย มีบทบาทใหม่เป็นที่พึ่งทางใจให้พ่อแม่)

สรุป ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงผลทางลบในการเติบโตและอาศัยอยู่กับพ่อแม่ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ซึ่งนักจิตวิทยานักวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ครอบครัวควรได้ตระหนักรู้เพื่อให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา

คำสำคัญ: ประสบการณ์วัยเด็ก, พ่อแม่ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า, การวิจัยเชิงคุณภาพ

Thai Journal of Clinical Psychology
https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy

Original Article

Childhood Experiences of Persons Growing Up with Depressed Parents

Supawit Vachirabanchong[1], Arunya Tuicomepee[2*]

[1] *Master Student of Counseling Psychology, Faculty of Psychology, Chulalongkorn University*

[2] *Professor, Faculty of Psychology, Chulalongkorn University*

[*] Corresponding author, e-mail: arunya.t@chula.ac.th

Received: 24 October 2024 | **Revised:** 2 December 2024 | **Accepted:** 16 December 2024

Abstract

Objectives: To study the childhood experiences of individuals who grew up with parents diagnosed with depression.

Materials and methods: This qualitative research employed the Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) and collected through in-depth interviews using semi-structured questions. The primary informants consist of six individuals who experienced living with parents diagnosed with depression before the age of 18. Data were collected through in-depth interviews using semi-structured questions. Data were analyzed by recording key points, identifying significant themes, and categorizing these themes.

Results: Three main themes of experiences were identified: (1) Noticing Changes but Not Recognizing Depression (recognizing parents' depression without understanding it, feeling worried and guilty for possibly contributing to the illness, acknowledging how fragile parents alter family dynamics); (2) Feeling Overwhelmed and Uncertain about How to Respond During a Parent's Crisis (struggling to cope with the parent's relapses, experiencing frustration and dissatisfaction, lacking confidence in the ill parent's abilities, feeling both pity and compassion for the caregiving parent); (3) Adapting Oneself to Be with Sick Parents (efforts to adjust to living with sick parents, establishing personal goals and responsibilities, assuming the caregiver role, and becoming an emotional support for parents).

Conclusion: The findings highlight the negative impacts of growing up and living with parents suffering from depression. Psychologists, relevant professionals, and families should be aware of these issues to provide appropriate support when problems arise.

Keywords: Childhood experiences, Depressed parents, Qualitative research

บทนำ

องค์การอนามัยโลกกล่าวถึงประสบการณ์อันไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กว่าเป็นประสบการณ์ที่เด็กเผชิญในช่วงต้นของชีวิตโดยอาจเป็นประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงและมีความถี่ในการเกิดขึ้นบ่อยครั้งจนเป็นสาเหตุของความเครียดอย่างต่อเนื่อง (World Health Organization [WHO], 2020) ประสบการณ์อันไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กรวมถึงปัญหาในครอบครัว เช่น ความเจ็บป่วยทางจิตใจของคนในครอบครัว (mental illness in the household) ซึ่งหมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวมีความเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ความเจ็บป่วยทางจิตเวช หรือพยายามฆ่าตัวตาย (WHO, 2020) การศึกษาวิจัยของ Bellis et al. (2014) ในกลุ่มตัวอย่างชาวอังกฤษจำนวน 1,567 คน พบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับคนที่มีคะแนนประสบการณ์ยากลำบากในวัยเด็กเท่ากับศูนย์ คนที่มีคะแนนประสบการณ์ยากลำบากในวัยเด็กสูงมักจะมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ปัญหาทางสุขภาพ และผลลัพธ์ทางลบอื่น ๆ (ได้แก่ สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ถูกกุมขัง และมีโรคอ้วนมากกว่า มีการศึกษาและอาชีพที่แย่กว่า มีสุขภาวะทางจิตและความพึงพอใจในชีวิตต่ำ ใช้ความรุนแรง และมีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง) การศึกษาเชิงประจักษ์ก่อนหน้านี้ยังชี้ให้เห็นถึงผลกระทบด้านลบจากประสบการณ์อันไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กของผู้ที่เติบโตในครอบครัวที่มีพ่อแม่ทำหน้าที่ของตนเองบกพร่องเนื่องจากป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (Van Parys et al. 2014) พ่อแม่ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าส่งผลต่อการเลี้ยงดูบุตรของพวกเขา โดยทำให้พัฒนาการของลูกไม่สามารถพัฒนาไปอยู่ในระดับเดียวกับพ่อแม่ที่ไม่เคยเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน (National Research Council & Institute of Medicine, 2009) นอกจากนี้การที่พ่อแม่เป็นโรคซึมเศร้านั้นยังส่งผลให้ลูกมีปัญหาตามมา เช่น เกิดความเครียด มีความเปราะบางในด้านจิตใจ อารมณ์แปรปรวน (emotion dysregulation) ก้าวร้าว (aggression) ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นถดถอยลง (poorer interpersonal functioning) มีความสัมพันธ์แบบไม่มั่นคง (insecure attachment) ความเปราะบางทางความคิด (cognitive vulnerabilities) ไปจนถึงการเป็นโรคซึมเศร้า (depression) (United Nations International Children's Emergency Fund, 2019)

พ่อแม่มีบทบาทสำคัญในกระบวนการพัฒนาทางจิตวิทยา อารมณ์ และสังคมของเด็ก ซึ่งส่งผลต่อบุคลิกภาพและความสามารถในการปรับตัวในระยะยาว ตามทฤษฎีการพัฒนาจิตสังคมของ Erikson and Erikson (1998) เด็กในแต่ละช่วงวัยต้องเผชิญกับ "วิกฤต" หรือความท้าทายที่ต้องการการสนับสนุนจากพ่อแม่เพื่อพัฒนาองค์ประกอบสำคัญ เช่น ความไว้วางใจ ความเป็นอิสระ และความคิดริเริ่ม หากพ่อแม่ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ปัญหาด้านจิตใจและพฤติกรรมในระยะยาว นอกจากนี้ โมเดล McMaster ที่อธิบายการทำหน้าที่ของครอบครัวโดย Epstein et al. (1983) ชี้ให้เห็นว่าการสื่อสาร การแก้ปัญหา และการตอบสนองทางอารมณ์ในครอบครัวมีผลโดยตรงต่อพัฒนาการและสุขภาพจิตของเด็ก เมื่อพ่อแม่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น โรคซึมเศร้า ความสามารถในการดูแลและสนับสนุนอารมณ์ลูกอาจลดลง เด็กจึงอาจต้องแบกรับภาระทางจิตใจที่ไม่เหมาะสมกับวัย เช่น ความรู้สึกโดดเดี่ยว ความสับสน หรือความกลัวว่าจะสูญเสียพ่อแม่ ส่งผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์และพัฒนาการในระยะยาว ผลการศึกษาวิจัยก่อนหน้านี้ชี้ให้เห็นถึงผลกระทบด้านลบจากประสบการณ์อันไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กของผู้ที่เติบโตในครอบครัวที่มีพ่อแม่ทำหน้าที่ของตนเองบกพร่องเนื่องจากความเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (van Parys et al., 2014) และการศึกษาของ Van Parys and Rober (2013) เกี่ยวกับประสบการณ์ของเด็กอายุ 7-14 ปี ที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ที่เป็นโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่าเด็กรับรู้ถึงพฤติกรรมผิดปกติ เช่น ความเศร้าหรือการแยกตัวของพ่อแม่ แม้ว่าเด็กจะพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าของพ่อแม่ แต่พวกเขาก็รู้สึกว่าตนไม่สามารถพูดคุยเรื่องนี้ได้อย่างสะดวกใจ เด็กหลายคนรู้สึกพวกเขาว่าต้องรับผิดชอบงานในบ้านหรือปกป้องพ่อแม่ รวมถึงให้กำลังใจหรือช่วยให้พ่อแม่ดีขึ้น

นอกจากนี้การศึกษาวิจัยเชิงประจักษ์ ยังบ่งชี้ให้เห็นถึงผลกระทบของประสบการณ์ในวัยเด็กในผู้ใหญ่ที่เติบโตมากับแม่ที่เป็นโรคซึมเศร้า ดังเช่น Van Parys et al. (2014) และ Van Parys et al. (2015) นำเสนอ

ผลการศึกษาประสบการณ์ในวัยเด็กของผู้ใหญ่ที่เติบโตมากับแม่ที่เป็นโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงผลกระทบของการเติบโตในครอบครัวที่มีพ่อแม่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า โดยผู้ใหญ่ที่เติบโตมากับพ่อแม่ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ารายงานผลกระทบด้านบวกว่าพวกเขาเรียนรู้ที่จะไม่แบกรับภาระทั้งหมดด้วยการทำความเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น พวกเขารักษาสมดุลในความสัมพันธ์กับพ่อแม่ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า รวมถึงพยายามปรับตัวและเปลี่ยนบทบาทในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง นอกจากด้านบวก ยังมีผลกระทบด้านลบ เช่น ความยากลำบากในการรับรู้ถึงความรู้สึกของตนเอง ลังเลที่จะพูดคุยในปัญหาที่ตนพบเจอในชีวิตประจำวันกับครอบครัว มีความรู้สึกว่าต้องรับผิดชอบต่อครอบครัว ความรู้สึกไม่ได้รับความรักจากพ่อแม่ ความรู้สึกผิดที่เปิดเผยปัญหาครอบครัวให้คนนอกฟัง เป็นต้น แม้ว่าการศึกษาวิจัยเชิงประจักษ์ที่กล่าวข้างต้นบ่งชี้ผลกระทบของโรคซึมเศร้าของพ่อแม่ต่อเด็กในแง่ของความเครียด ความรับผิดชอบที่มากเกินวัย และการพัฒนาตัวตนของเด็กเมื่อเติบโตขึ้น และยังชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการสนับสนุนด้านจิตใจและการสร้างพื้นที่ปลอดภัยสำหรับเด็กและครอบครัว อย่างไรก็ตามการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์วัยเด็กของผู้ที่เติบโตมากับพ่อแม่ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในบริบทของต่างประเทศ อาจจะไม่ได้สะท้อนถึงผลกระทบด้านอารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรมของเด็ก โดยเฉพาะในบริบทของหลายประเทศตะวันตก การพูดคุยเรื่องสุขภาพจิตเป็นเรื่องปกติและมักได้รับการสนับสนุนจากระบบสุขภาพและการศึกษา (Jorm, 2012) แต่ในประเทศไทย ประเด็นการตีตราเกี่ยวกับโรคซึมเศร้ายังคงมีอยู่ เด็กที่เติบโตมากับพ่อแม่ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าอาจได้รับผลกระทบในด้านการถูกตีตรา (stigma) จากสังคม และอาจรู้สึกอายหรือเกรงกลัวที่จะเปิดเผยปัญหาภายในครอบครัว (Pruksarungruang & Rhein, 2022) จึงอาจทำให้ผลการศึกษาในบริบทหนึ่งอาจไม่สามารถนำไปใช้ในอีกบริบทหนึ่งได้โดยตรง

ผู้วิจัยพบว่าความทุกข์ในใจที่เกิดอย่างบ่อยครั้งของผู้มาปรึกษาในช่วงวัยเด็กนั้นมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตพวกเขาในปัจจุบันด้วย โดยเฉพาะในเรื่องเกี่ยวกับปัญหาในครอบครัว เช่น ความเจ็บป่วยทางจิตใจของคนในครอบครัว ซึ่งปัจจุบันจะพบได้ว่าโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาที่สำคัญและพบบ่อยในคนไทย (Chutha & Makkhlai, 2024) ผู้วิจัยในฐานะนิสิตสาขาจิตวิทยาการปรึกษาได้เรียนรู้และฝึกฝนทักษะในช่วงของการฝึกงานการปรึกษาเชิงจิตวิทยา (counseling internship) ในขณะที่เรียนและฝึกฝนผู้วิจัยพบว่าประสบการณ์ในวัยเด็กนั้นส่งผลต่อจิตใจและการใช้ชีวิตในปัจจุบันของผู้มารับบริการ โดยเฉพาะความสัมพันธ์ของครอบครัวในวัยเด็กนั้นส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในปัจจุบันเป็นอย่างมาก ผู้วิจัยจึงเกิดความสนใจว่าประสบการณ์วัยเด็กของผู้ที่มีพ่อแม่เป็นโรคซึมเศร้านั้นเป็นอย่างไร ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์ทางจิตใจของผู้ที่เติบโตมากับพ่อแม่ที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยได้กำหนดวัตถุประสงค์การวิจัย คือ เพื่อศึกษาประสบการณ์วัยเด็กของผู้ที่เติบโตมากับพ่อแม่ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า โดยเลือกใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ เนื่องจากการวิจัยเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ ให้ความสำคัญในการศึกษาว่า บุคคลมีประสบการณ์ การรับรู้ มุมมอง ตลอดจนการให้ความหมายต่อเหตุการณ์หนึ่งอย่างไร ซึ่งนอกจากการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ผ่านมุมมองของผู้ให้ข้อมูลแล้ว ยังเป็นการทำความเข้าใจและหาความเป็นเหตุเป็นผลของปรากฏการณ์นั้น ๆ ให้ลึกซึ้งผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลและการตีความจากมุมมองผู้วิจัย (Smith et al., 2009) เพื่อให้เข้าใจแก่นของประสบการณ์ให้ได้มากที่สุด ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ประสบการณ์วัยเด็ก (childhood experiences) หมายถึง ประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก (adverse childhood experiences; ACE) ตามคำอธิบายขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่บุคคลเคยเผชิญในช่วงที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี โดยเน้นการเติบโตและอาศัยอยู่กับพ่อแม่ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยหวังว่าความรู้ความเข้าใจประสบการณ์นี้ จะนำไปสู่การตระหนักรู้ถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการสนับสนุนและดูแลประคับประคองจากผู้ใหญ่คนอื่นในบ้าน รวมถึงนักจิตวิทยา นักวิชาชีพที่เกี่ยวข้องอันจะนำไปสู่การดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความและการวิเคราะห์ข้อมูลของ Smith et al. (2009) การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (COA No. 066/67) วันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2567

ผู้ให้ข้อมูลหลัก เป็นบุคคลทั่วไปที่มีประสบการณ์ในช่วงอายุต่ำกว่า 18 ปี เคยอาศัยและเติบโตในครอบครัวที่พ่อหรือแม่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาหรือจิตบำบัด จำนวน 6 คน ซึ่งจำนวนดังกล่าวเพียงพอต่อการวิเคราะห์ถึงความสอดคล้องและความแตกต่างภายในประสบการณ์ของบุคคลและระหว่างบุคคลในปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้ (Smith et al., 2009) ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดคัดเลือกจากผู้ที่มีประสบการณ์แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์กล่าวคือ (1) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ช่วงอายุต่ำกว่า 18 ปี เคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (2) สามารถย้อนระลึกถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาได้ (3) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลทั่วไปและภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายมีรายละเอียดมีดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1
ข้อมูลทั่วไปและภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ID	เพศ	อายุปัจจุบัน	ความสัมพันธ์ในวัยเด็กกับพ่อแม่ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า
01 หนึ่ง	หญิง	24 ปี	คุณหนึ่งมีแม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ตอนคุณหนึ่งอายุ 9 ปี คุณหนึ่งเล่าว่า ในวัยเด็กคุณหนึ่งอาศัยอยู่กัน 3 คน พ่อ แม่ ลูก พ่อเป็นผู้หารายได้หลักด้วยการเปิดร้านขายอะไหล่รถยนต์ ในวันธรรมดาจะอยู่กันสามคนพ่อแม่ลูก และวันหยุดจะมียายมาอยู่ด้วย วัยเด็กแม่เป็นผู้เลี้ยงดูหลัก คุณหนึ่งมักจะไปเที่ยวห้างกับแม่เพียงลำพัง (พ่อทำงาน หยุดวันอาทิตย์วันเดียว) คุณหนึ่งบอกว่าตนเองใกล้ชิดกับแม่ ปัจจุบันคุณหนึ่งยังอาศัยอยู่กับพ่อแม่ แต่คุณยายได้เสียชีวิตไปแล้ว
02 สอง	หญิง	27 ปี	คุณสองมีพ่อป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ตอนคุณสองอายุประมาณ 9 ปี คุณสองเล่าว่า วัยเด็ก คุณสองเติบโตมากับแม่ ตายายและครอบครัวฝั่งแม่ คุณสองมีน้องชายอีก 2 คน น้องชายคนแรกเรียนปี 1 น้องชายคนเล็กเรียน ม.1 บ้านฝั่งแม่ของคุณสองเป็นร้านขายอาหารตามสั่ง พ่อเปิดอู่ซ่อมรถ แยกบ้านกัน กลับบ้านเฉพาะวันหยุดพิเศษ ไม่ค่อยได้อยู่ใกล้ชิดพ่อ คุณสองรับรู้เรื่องราวของพ่อนาน ๆ ครั้งจากคำบอกเล่าของแม่และคนใกล้ตัว พ่อมีงานเป็นโลกทั้งหมดของเขา แม่และผู้ใหญ่ในบ้านจะเป็นผู้แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นต่าง ๆ โดยกันลูก ๆ ออกจากปัญหาไม่ให้รับรู้ว่าเกิดอะไรขึ้น ปัจจุบันคุณสองยังอาศัยอยู่กับพ่อแม่
03 สาม	หญิง	30 ปี	คุณสามมีพ่อป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ตอนคุณสามอายุประมาณ 9 ปี คุณสามเล่าว่า วัยเด็ก คุณสามอาศัยอยู่กับพ่อแม่และน้องสาว พ่อแม่มีอาชีพหลักเป็นเกษตรกร คุณสามอาศัยอยู่กับครอบครัวจนอายุ 18 ปีก็ออกไปอยู่ที่หอพักของมหาวิทยาลัย พอเรียนจบก็กลับมาอาศัยอยู่กับพ่อแม่ไม่นานก็ขอออกไปทำงานที่จังหวัดอื่น พึ่งกลับมาอยู่ที่บ้านได้สามถึงสี่เดือน ตั้งแต่เด็กจำความได้ว่าพ่อแม่มักจะทะเลาะกันแล้วทุกครั้งพ่อจะโทษว่าแม่เป็นฝ่ายผิด พ่อเป็นคนที่มีความเข้มงวดและวางกรอบในการดำเนินชีวิตไว้ให้ เวลาจะทำอะไรจึงต้องปรึกษากับพ่อก่อน ปัจจุบันคุณสามยังอาศัยอยู่กับพ่อแม่
04 สี่	ชาย	28 ปี	คุณสี่มีแม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ตอนคุณสี่อายุ 16 ปี คุณสี่เล่าว่า ตนเองอาศัยอยู่กับพ่อแม่ตั้งแต่เด็กจนโต ปกติจะสนิทกับแม่มากกว่าเวลามีอะไรก็จะเล่าและปรึกษากับแม่จนมาช่วงตอนอยู่ ม.5 แม่กังวลเรื่องน้ำท่วม ทำให้แม่เริ่มเครียดและนอนไม่หลับจนสุดท้ายไปหาหมอก็พบว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ในช่วงนั้นพ่อจะไป ๆ มา ๆ ระหว่างกรุงเทพกับภาคใต้ เนื่องจากทำงานสวนผลไม้ส่วนแม่ก็ทำกิจการร้านชำ แต่พอแม่ป่วยพ่อจึงย้ายขึ้นมาอยู่ประจำกับแม่และช่วยกับทำร้านขายของชำ ปัจจุบันคุณสี่ยังอาศัยอยู่กับพ่อแม่

ID	เพศ	อายุปัจจุบัน	ความสัมพันธ์ในวัยเด็กกับพ่อแม่ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า
05 ห้า	ชาย	28 ปี	คุณห้ามีแม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ตอนคุณห้าอายุ 16 ปี คุณห้าเล่าว่าตนเองอาศัยอยู่กับพ่อแม่และพี่ชาย แม่ทำงานราชการจนเกษียณอายุตอนวัย 50 ปี ตั้งแต่ตอนเด็กพ่อแม่มักจะทะเลาะกันอยู่ตลอด ถึงขั้นที่มีการลงไม้ลงมือ ในครอบครัวลูกจะสนิทกับแม่มากที่สุด ไม่สนิทกับพ่อและพี่ชาย พ่อเป็นคนที่เข้มงวด เวลาผู้ให้ข้อมูลมีปัญหาหรือมีเรื่องอะไรก็จะไม่ได้บอกคนในครอบครัวเพราะไม่ได้รู้สึกสบายใจที่จะเล่าให้ฟัง ปัจจุบันคุณห้าย้ายมาทำงานและอาศัยอยู่ที่จังหวัดกรุงเทพฯ คนเดียว นาน ๆ ครั้งจะติดต่อกับแม่
06 หก	หญิง	18 ปี	คุณหกมีแม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ตอนคุณหกอายุประมาณ 11-12 ปี คุณหกเล่าว่า ตนเองอาศัยอยู่กับพ่อแม่ คุณยาย และน้องสาว พ่อทำงานเป็นวิศวกรและต้องไปควบคุมการก่อสร้างในพื้นที่ต่างจังหวัดสองถึงสามเดือนจึงกลับบ้านครั้งหนึ่ง ส่วนแม่เป็นแม่บ้าน ในช่วงที่คุณหกเรียนอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 คุณหกเริ่มสังเกตเห็นพ่อแม่ทะเลาะกัน และได้ยินเสียงแม่ร้องไห้ตอนกลางคืน แต่ไม่กล้าเข้าไปถามแม่เพราะรู้สึกว่าทำตัวไม่ถูก ต่อมาเมื่อคุณหกเรียนอยู่ขั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 พ่อกลับมาอยู่ที่บ้านแบบถาวรเพื่อดูแลแม่ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า คุณหกได้ทราบจากพ่อเกี่ยวกับอาการป่วยของแม่ จึงเริ่มเปิดใจเข้าไปพูดคุยกับแม่ และมีส่วนร่วมในการดูแลแม่ที่ป่วย ปัจจุบันคุณหกยังอาศัยอยู่กับพ่อแม่

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบไปด้วย

1. ผู้วิจัย เป็นผู้สัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูล โดยก่อนสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ทบทวนและทำความเข้าใจวัตถุประสงค์การวิจัย รวมถึงฝึกซ้อมคำถามสัมภาษณ์ขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับปรุงคำถามสัมภาษณ์ให้มีประสิทธิภาพในการเก็บข้อมูล และได้ทดสอบคำถามสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลโดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาสังเกตการณ์อยู่ในห้องสัมภาษณ์

2. เครื่องบันทึกเสียง ใช้ในการบันทึกข้อมูลขณะสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์และสามารถนำมาทบทวนซ้ำได้

3. แนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม ตัวอย่างคำถาม เช่น “ขอให้ท่านเล่าถึงประสบการณ์เมื่อท่านรู้ว่าพ่อหรือแม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า” คำถามนี้อาจมีคำถามเสริมเพื่อให้เข้าใจบริบทและความรู้สึก ความคิด รวมถึงการรับมือกับประสบการณ์ เช่น “ท่านรู้ตั้งแต่อายุเท่าไหร่ว่าพ่อหรือแม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า? ท่านทราบรายละเอียดเกี่ยวกับความรุนแรง การรักษา หรือระยะเวลาในการป่วยของพ่อหรือแม่มากน้อยเพียงใด? ท่านรู้ได้อย่างไรว่าพ่อหรือแม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า? หลังจากทราบว่าพ่อหรือแม่ป่วยท่านรู้สึกอย่างไร?” คำถามดังกล่าวสามารถปรับเปลี่ยนได้เพื่อเข้าใจถึงประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลให้มากที่สุด ซึ่งแนวข้อคำถามนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีการปรับแก้ก่อนนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ให้ข้อมูล 1 รายที่เคยมีประสบการณ์ช่วงอายุต่ำกว่า 18 ปีเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนเริ่มโครงการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการคัดกรองผู้สนใจให้ข้อมูลและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยได้นัดหมายผู้สนใจให้ข้อมูลที่ผ่านการคัดกรองและมีความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัย เพื่อทำการสัมภาษณ์เป็นเวลาประมาณ 60-90 นาที สุดท้ายผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดบทสนทนาและวิเคราะห์ แล้วจึงเขียนรายงานการวิจัยและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ซึ่งชื่อและข้อมูลส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลจะได้รับการปกปิดเป็นความลับและใช้นามสมมุติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความของ Smith et al. (2009) โดยเริ่มจาก (1) การบันทึกประเด็นสำคัญในประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลด้วยการอ่านและทบทวนบทสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนหลายครั้งเพื่อให้คุ้นเคยกับเนื้อหาประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล พร้อมกับแบ่งข้อความออกเป็นหน่วยความหมายและให้ความคิดเห็นสำหรับแต่ละหน่วย ในขณะเดียวกันก็มีการบันทึก

ความเห็นเกี่ยวกับความคล้ายคลึงและความแตกต่าง การสะท้อนเสียง การขยายความ และความขัดแย้งในประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล (2) การสกัดประเด็นสำคัญ (theme) ประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลให้กระชับและมีความชัดเจน ด้วยการจัดกลุ่มและเชื่อมโยงประเด็นที่มีความเหมือน ความต่างของเรื่องราวประสบการณ์เข้าด้วยกัน พร้อมกับระบุชื่อประเด็นสำคัญของประสบการณ์ส่วนบุคคลดังกล่าว (3) การวิเคราะห์ข้อมูลรายบุคคลของแต่ละรายในลักษณะเดียวกันจนครบ 6 คน จากนั้นจึงนำประเด็นสำคัญ (theme) ประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนมาเปรียบเทียบความเหมือนความต่างและจัดหมวดหมู่ประเด็นสำคัญที่ร่วมกันของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด

สำหรับความน่าเชื่อถือของข้อมูล ข้อมูลผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ อภิปรายหลายรอบ และให้อาจารย์ที่ปรึกษาช่วยตรวจสอบ (peer debriefing) เพื่อให้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลถูกต้องตามประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลมากที่สุด ช่วยลดอคติในตัวผู้วิจัย และลดความผิดพลาดหรือการบิดเบือนข้อมูล

ผลการศึกษา

ประสบการณ์วัยเด็กของผู้ที่เติบโตมากับพ่อแม่ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ครอบคลุมแก่นสาระหลัก 3 ประเด็น ดังนี้

แก่นสาระหลักที่ 1 การรับรู้ความไม่ปกติในชีวิต แต่ไม่เข้าใจว่าเป็นโรคซึมเศร้า

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดรู้ว่าพ่อแม่ป่วยเป็นซึมเศร้าในระยะเวลาที่ต่างกัน (บางคนรู้ตั้งแต่เริ่มป่วย บางคนรู้ในตอนหลังจากพ่อแม่ป่วยแล้วหลายปี) อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงประสบการณ์วัยเด็กของตนว่า พวกเขาสังเกตได้ว่าพ่อแม่ที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามีอาการที่ผิดปกติไป แต่ไม่เข้าใจว่าความผิดปกติเหล่านี้มีสาเหตุมาจากความเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ในประเด็นที่ 1 นี้ประกอบด้วยแก่นสาระย่อย ดังต่อไปนี้

1.1 รู้ว่าพ่อแม่เป็นซึมเศร้า แต่ไม่เข้าใจโรคนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงประสบการณ์ที่พวกเขารู้ว่าพ่อแม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 2 แบบ กล่าวคือ แบบที่ 1 พ่อแม่หรือครอบครัวไม่ได้พูดบอกให้ลูกรู้ตั้งแต่ต้นว่าพ่อแม่ป่วยเป็นซึมเศร้า ลูกมาทราบในภายหลัง และแบบที่ 2 พ่อแม่หรือครอบครัวพูดบอกสื่อสารถึงความเจ็บป่วยของพ่อแม่ที่เป็นโรคซึมเศร้า ตัวอย่างเช่น

“มันนิ่งมาตลอด ไม่มีอะไรเลย เพราะอย่างที่บอกว่าเวลาเขามีปัญหาอะไรเขาจะไม่บอกเรา เขาไม่เคยบอกเราเลย เราไม่เคยรู้เลยว่าที่บ้านเรามีปัญหาอะไรหรือเปล่า มันดีมาตลอด มันอาจจะมีปัญหาก็ได้แต่ว่าแค่เราไม่รู้ เพราะว่าเขาไม่เคยบอกจริง ๆ มันก็เป็นเหมือนความหวังดีแหละ ไม่อยากให้เรารู้ปัญหานะเดี๋ยวเขาแก้กันเอง เดี๋ยวมันก็ผ่านไป ไม่ได้สังเกตเห็น sign เรื่องอะไรมาก่อนเลย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

“ถามพ่อเลย ว่าเป็นมาตั้งนานทำไมไม่บอก เขาก็บอกแค่ว่า บอกไปก็ไม่มีประโยชน์อะไร คือเขามองว่ายังไงเขาก็ไปพบหมออยู่ดี ประโยคใจความประมาณนั้น ยังไงเขาก็ต้องไปคุยอะไรกับหมออยู่ดี” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“หนูเด็กมากช่วงที่แม่เป็นหนูน่าจะอยู่แค่แบบว่าประถมแบบ ป.3 ป.4 ป.5 อะไรแบบนี้ค่ะคือแบบว่าบางครั้งก็เห็นแม่แบบอารมณ์แรงอะไรแบบว่าแล้วบางครั้งแม่ก็นั่งร้องไห้หรือว่าบางครั้งแม่ก็ทะเลาะกับพ่อแล้วก็แบบ แล้วแม่ก็ชอบร้องไห้แต่คือตอนนั้นไม่เข้าใจไม่เข้าใจว่าอันนี้คือโรคซึมเศร้าหรืออันนี้คืออะไร (...) บางวันที่แม่มารับเรา แม่ก็ แม่ก็ดีแม่ก็มีขนมมารอแล้วก็บางวันแม่ก็มารับหน้าบึ้งตึงแล้วก็ดุแบบก็บางทีก็ปรับตัวไม่ทันแต่ว่าตอนนั้นยังไม่รู้ว่ามันคืออะไร” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนประสบการณ์ที่พ่อแม่หรือครอบครัวไม่ได้พูดบอกให้ลูกรู้ตั้งแต่ต้นว่าพ่อแม่ป่วยเป็นซึมเศร้า ลูกมาทราบในภายหลัง ซึ่งในผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2 และผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6 ตีความว่า การที่พ่อแม่หรือคนในครอบครัว หลีกเลี่ยงที่จะพูดถึงหรือปกปิดความเจ็บป่วย เป็นความหวังดีที่พ่อแม่ที่อยากปกป้องลูกจากปัญหา ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3 มองว่าการที่พ่อแม่ปกปิดไม่บอก เป็นการที่พ่อแม่เห็นว่าตนเองไม่สามารถช่วยอะไรกับปัญหานี้ได้ นอกจากการปกปิด ไม่พูดถึงยังถูกตีความว่า ความเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าคือ สิ่งไม่ดีที่เด็กไม่ควรได้รับรู้ ดังประสบการณ์ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

“คนที่บ้านหนูเขาจะไม่ค่อยคุยเรื่องนี้กับลูก ๆ หลาน ๆ เท่าไหร่ เพราะเหมือนเขาเห็นว่าเราเด็กแล้วเขาไม่อยากให้เรารับรู้เรื่องที่มันไม่ดี” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

ส่วนประสบการณ์แบบที่ 2 พ่อแม่หรือครอบครัวไม่ปกปิด หรือบอกลูกตรง ๆ ถึงความเจ็บป่วยของพ่อแม่ที่เป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่แรกนั้น ก็มีส่วนช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลได้เข้าใจว่าสิ่งที่ทำให้พ่อแม่เปลี่ยนแปลงไปจากเมื่อก่อนนั้นเกิดจากอะไร นอกจากนี้ การที่ลูกได้รับทราบว่าพ่อแม่เป็นโรคซึมเศร้า ทำให้เป็นจุดเริ่มต้นที่ช่วยลูกเริ่มเชื่อมโยงความผิดปกติของพ่อแม่ที่สังเกตเห็นกับความเจ็บป่วย และนำไปสู่การทำความเข้าใจ รวมถึงริเริ่มการมีส่วนร่วมในการดูแลพ่อแม่ได้ ตัวอย่างเช่น

“ตอนนั้นอายุประมาณ 9 ขวบ เหมือนเข้าใจว่าพ่อทำงานตลอดจนไม่มีเวลาให้แม่ แม่เลยน้อยใจ คิดว่าพ่อไม่รัก ยิ่งนานวันยิ่งหนักขึ้น พ่อโฟกัสที่งานมาก ส่วนแม่รู้สึกไม่เข้าใจและคิดไปเรื่อย ๆ จนเกิดปัญหา พอถึงช่วงที่แม่บอกว่าเป็นซึมเศร้า หนูจำได้ว่าแม่เริ่มนอนไม่หลับและได้ยินเสียงหลอนอย่างเสียงโซ่ ซึ่งตอนนั้นยังไม่มีใครรู้จักโรคซึมเศร้า จึงคิดว่าแม่คิดไปเอง สุดท้ายแม่ตัดสินใจไปหาหมอเพราะอาการหนักขึ้นค่ะ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“เรามารู้ตอนที่พ่อพาแม่ไปหาหมอแล้วเราไปด้วยเพราะว่าช่วงนั้นก็คือเขาเริ่มนอนไม่หลับ ช่วงนั้นยังไม่รู้ว่าเขาเป็นซึมเศร้ารู้สึกว่าเขานอนไม่หลับแต่อาการเขาแย่มากจน จนไปเริ่มเปลี่ยนหมอแม่บอกหมอคนนี้ไม่ดี คนนี้ไม่ดีเขาก็บอกไม่ดีเขาไม่อยากไปเจอแล้วเราต้องไปหาคนต่อไปก็ไม่รู้ว่าคนที่สองหรือคนที่สามเขาวินิจฉัยว่าเขาเป็นซึมเศร้า” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

“หมอพูดคุยถามผมว่าเออเราแบบรู้พ่อแม่เขาทะเลาะอะไรกันแบบคิดว่า คิดว่าแม่เศร้า ๆ แบบนี้เกิดจากอะไร หมอบอกเพราะแม่ผมเป็นโรคซึมเศร้าแม่ต้องกินยานะ ผมก็แบบอ๋อแบบที่เห็นว่าเขาแบบร้องคือผมเห็นบ่อยนะ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

1.2 กังวลและรู้สึกผิด คิดว่าตนมีส่วนทำให้เกิดความเจ็บป่วย ในช่วงต้นที่พ่อแม่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า มีผู้ให้ข้อมูล 2 ใน 6 ราย เล่าถึงความรู้สึกกังวล ความรู้สึกผิด คิดว่าตนมีส่วนทำให้เกิดความเจ็บป่วย โดยเฉพาะในรายที่ไม่ได้รับรู้ในตอนแรกว่าพ่อแม่ป่วยจะรู้สึกตำหนิตนเอง สงสัยตนเองว่าที่ผ่านมาคำพูดหรือการกระทำของตนส่งผลต่อสภาพจิตใจของพ่อแม่ที่ป่วยหรือไม่

“เราก็เลยนึกย้อนไปถึงตอนที่แกบอกว่ามีอะไรทำไมต้องมาลงกับพ่อ ต้องมาบ่นให้ฟังอะไรงั้นมีอะไรทำไมต้องไปปรึกษาพ่อตลอด ก็เลยรู้สึกว่าเราผิดหรือเปล่าแล้วทำให้อาการพ่อหนักหรือเปล่า เรารู้สึกผิดว่า เรามีส่วนทำให้เขาไม่โอเค เป็นเพราะเราหรือเปล่า เราทำตัวไม่โอเคหรือเปล่า” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“รู้สึกผิดมันจะมีบางช่วงที่เราเผลอปล่อยแม่แบบโดดเดี่ยวหรือเปล่า เราเผลอแบบว่าเออให้เขาไปอยู่คนเดียวรึเปล่าหรือว่าเราทำให้เขารู้สึกแย่ใหม่ในช่วงก่อนหน้านี้ มันเป็นความรู้สึกผิดที่หนูก็เก็บเอามาคิดอีกแล้วเหมือนกับว่าหนูก็เก็บตัวช่วงนั้น หนูก็หลังจากที่รู้ว่าแม่เป็นซึมเศร้าเก็บตัวแบบว่ารู้สึกก็อยู่บ้านใช้เวลากับแม่” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

1.3 รู้ว่าพ่อแม่ที่ป่วยอ่อนไหวง่าย ชีวิตครอบครัวเปลี่ยนไป ผู้ให้ข้อมูล 5 ใน 6 รายเล่าถึงประสบการณ์วัยเด็กว่าพวกเขาสังเกตได้ถึงการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และความคิดของพ่อแม่ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า พ่อแม่ที่ป่วยมีอารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป โดยมีความอ่อนไหวง่ายกับเรื่องราวทั่วไปที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และมองโลกในแง่ร้ายมากขึ้น พวกเขารับรู้ว่าชีวิตประจำวันของตน ไม่อบอุ่นเหมือนเดิม ตัวอย่างประสบการณ์ เช่น

“หนูว่าแม่เขาเหมือนแบบจิตใจเขาอ่อนแอมากขึ้น ก่อนหน้านี้แม่จะค่อนข้างเข้มแข็งกว่านี้ แบบว่าเชื่อมั่นในตัวเองมากกว่านี้ แต่ว่าหลังจากนั้นมารู้สึกเหมือนแม่แบบจะเริ่มแบบว่าจิตใจอ่อนแอมีการแบบเชื่อคนง่ายมากขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“จริง ๆ เป็นเด็กติดพ่อ แล้วจะเล่นด้วยกันทุกเย็น สอนการบ้านเสร็จก็เล่นนู่นนั่นนี่ คือ ตอนเย็นมันจะเป็นแบบนั้นอารมณ์บ้านมันอบอุ่นมันเป็นแบบนั้น แต่ช่วงที่เขาไม่สบายมันก็เงียบหายไปเลย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“แม่เฉื่อยเชื่องช้ามาก ๆ จนเรารู้สึกมันเหมือนคนละคน เหมือนเคยทำอะไรได้เร็วเคยแบบคิดเร็ว ปกติแม่จะเป็นคนสอนการบ้านตลอดแล้วทีนี้

เหมือนเวลาสอนการบ้านแม่ก็ไม่ค่อยมีสมาธิเราถามบางทีเราก็ต้องถามย้ำ ๆ แบบนี้ก็เลยรู้สึกว่าเปลี่ยนไป" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

แก่นสาระหลักที่ 2 ความรู้สึกท่วมท้นและไม่แน่ใจว่าจะต้องทำตัวอย่างไรในช่วงวิกฤติของพ่อแม่

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความรู้สึกท่วมท้น ตามมาด้วยความสับสน ไม่แน่ใจว่าจะตนเองต้องทำตัวอย่างไรในช่วงที่พ่อแม่ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามีอาการกำเริบหรืออยู่ในช่วงวิกฤติมีความคิดอยากทำร้ายตนเอง ประเด็นที่ 2 นี้ประกอบด้วยแก่นสาระย่อย ดังต่อไปนี้

2.1 กังวลเกี่ยวกับสุขภาพของพ่อแม่ที่ป่วย ผู้ให้ข้อมูล 5 ใน 6 ราย กล่าวถึงประสบการณ์ที่ตนเองรับรู้ได้ถึงความคิดหรือการกระทำที่สื่อให้คิดได้ว่าพ่อแม่ของตนเองนั้นมีความคิดที่ไม่อยากจะอยู่บนโลกใบนี้ ซึ่งส่งผลต่อความคิดและความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลที่มีความห่วงกังวลในสุขภาพของพ่อแม่ แม้ว่าการที่พ่อแม่บอกให้ลูกรู้ว่าลูกเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวและเป็นพลังในการใช้ชีวิตอยู่ต่อ อาจทำให้ลูกมีความมั่นคงทางจิตใจขึ้นมาบ้าง แต่ลึก ๆ ผู้ให้ข้อมูลรายงานว่าในใจของพวกเขาก็ยังมีความกังวลและความกลัวซ่อนอยู่ในใจ ตัวอย่างเช่น

"ไม่ค่อยแบบมีโมทิเวชันในการใช้ชีวิตหรือไม่บางทีก็จะบ่นออกมาแล้วก็จะบ่นเอาแบบอยากตาย แต่ว่าทุกวันนี้ที่อยู่ได้เพราะแบบว่ามีลูกค่ะ (...) จริง ๆ รู้สึกว่าเออลึก ๆ ก็กลัวแต่คือรู้ว่าเออรู้ว่าแม่ไม่น่าจะแบบทำแบบอะไรแบบคิดสั้น แต่ว่ารู้สึกว่าลึก ๆ ก็กลัวแล้วก็กังวลว่าแบบถ้าแบบแม่ตายจริง ๆ จะเป็นยังไง" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

"ตอนประมาณ ป.4-ป.5 เราเริ่มดูบัญชีเป็น เขาเคยเอาบัญชีมาให้ดูและบอกว่า 'เผื่อวันหนึ่งพ่อไม่อยู่ มันมีตรงนี้อยู่นะ' ตอนนั้นเรายังเด็กมาก แค่ ป.4 เอง (...) ยังงงเลยว่าทำไมถึงพูดกับเด็กแบบนั้น เขายังเคยบอกว่าเขากลัวจะไม่ได้เห็นเรารับปริญญา เขามักจะพูดประโยคเดิม ๆ (น้ำเสียงเครือ)" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

"ผมก็เป็นห่วงกลัวเขาฆ่าตัวตายมาก แบบมีอยู่ช่วงหนึ่งกลัวว่าเขาจะฆ่าตัวตายหรือเปล่า ดูเศร้ามากแต่เขายังพยายามใช้ชีวิตปกติแบบยังทำอาหารให้กิน ทั้ง ๆ ที่แบบผมรู้เลยว่าแบบเขาเศร้ามากผมก็แบบจริง ๆ ในใจผมก็รู้สึกว่าแบบเหมือนไม่ใช่สงสารหรอกมันเหมือนแบบเห็นใจเขาว่าแบบให้ตายเถอะเศร้าขนาดนี้แล้วยังต้องมาแบบดูแลคนอื่น เหมือนผมเห็นใจเขามากกว่าว่าแบบเขาไม่ควรต้องมาเจอ เขาก็เป็นคนดีนะแต่เหมือนเขาไม่ควรต้องมาเป็นอะไรแบบนี้ (เสียงแผ่ว)" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

2.2 ลำบากใจเมื่อต้องรับมือกับพ่อแม่ที่ป่วยตอนอาการกำเริบ ผู้ให้ข้อมูล 5 ใน 6 รายรายงานว่าประสบการณ์วัยเด็กของพวกเขาได้รับผลกระทบจากความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของพ่อแม่ในช่วงที่มีอาการกำเริบหรือวิกฤต บางรายบอกว่าตนเองรู้สึกสะเทือนใจ ไม่อยากรับมือกับพ่อแม่ที่ป่วย

"แบบแม่โกรธแล้วจะใช้มึงกูตลอดเลยแบบทั้งลูกทั้งกับพ่อ แล้วเราก็กลัวแล้วแบบร้องไห้แล้วร้องไห้เยอะมากแล้วแบบข้างหน้าเราที่นั่งอยู่ก็เป็นแบบเป็นรุ่นพี่ที่เรารู้จัก แต่ว่าเพื่อนกับรุ่นพี่ เขาก็ไม่ทักนะว่าแบบทำไมร้องไห้หรือแบบทำไมแม่เสียงดัง คือเหมือนเขาก็รู้แล้วว่าเรารู้สึกยังไง แต่โหตอนนั้นคือแบบจำไว้เลย คือหลังจากนั้นหนูเลิกแบบไม่เคยพาแม่ไปไหนอีกเลย" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

"แบบส่วนหลัก ๆ เลยผมก็ไม่ได้อยากอยู่ใกล้ ๆ เขาแบบเหมือนมีพลังงาน แล้วเราไม่ได้ต้องการเรายังต้องการอะไรที่แบบสดใสมีความสุขคิดบวก เราเลยไม่อยากกลับไปเจออะไรแบบนั้นที่บ้าน พอกลับไปก็แบบทะเลาะอะไรกันอีกแล้ว เดี๋ยวก็ทะเลาะกับพี่ เดี๋ยวก็ทะเลาะกับพ่อ ผมไม่อยากกลับไปเจออะไรแบบนั้นอีกแล้ว ผมจะเป็นบ้าให้ได้เลยแบบเขาเป็นอะไรกันไม่รู้เขาแบบนู่นนั่นนี่ แม่ผมก็แบบเดี๋ยวก็ร้องเดี๋ยวก็ร้องเดี๋ยวก็นู่นเดี๋ยวก็นี่ แล้วก็มาชอบร้องกับผมไม่รู้เป็นอะไร เพราะเขาบอกว่าเขา ผมสนิทกับเขาที่สุด ก็คือหมายความว่าเรื่อง ๆ ลบ ๆ อะไรที่เขาเจอมาไม่ว่าจะเป็นจากที่จากพ่อหรือว่าจากเอ่อทั้งบ้านอะไรต่าง ๆ เขาจะมาเล่าผมหมดเลย" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

2.3 หงุดหงิดและไม่พอใจ ขาดความเชื่อมั่นในตัวพ่อแม่ ผู้ให้ข้อมูล 6 รายมี 4 รายเล่าถึงประสบการณ์และความรู้สึกที่ตนเองรู้สึกไม่พอใจ หงุดหงิด รำคาญใจ และไม่เข้าใจต่อการที่พ่อแม่ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้านั้นเรียกร้องหรือแสดงออกที่มาก

จนเกินไป หรือแสดงความต้องการด้วยวิธีการพูดแบบประชดประชัน ตัวอย่างประสบการณ์ เช่น

"เอาจริง ๆ บางทีก็แอบรู้สึกว่ารำคาญแม่แบบว่าเหมือนเขาจะเรียกร้องจากเราเยอะ เพราะว่าเขารักเรามาก เขาต้องการจากเรามันแบบมันค่อนข้างจะแบบเยอะมาก ๆ เลยแบบเราต้องทำนู่นทำนี่เราต้องซื้อของแบบอันนี้มาฝากเขา" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

"แล้วก็ที่ผมบอกว่าโทรกันเดือนละครั้งก็เดือนละครั้ง เขาก็จะมีความประชดผมว่าเออทำไมแบบไม่คิดจะกลับบ้านเลยเหรอ ไม่บินกลับบ้านเลยเหรอ ไม่คิดถึงบ้านเหรอแล้วทำไมต้องไปทำงานกรุงเทพฯ ทำไมต้องอะไรประมาณนี้ ประชดอยู่อย่างนั้นแหละจนผมต้องบอกว่าก็นี่มันเป็นชีวิตของผม ผมเลือกเองได้" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังกล่าวถึงความรู้สึกไม่มั่นใจในตัวพ่อแม่ ตามมาด้วยรู้สึกโดดเดี่ยวเมื่อมีปัญหา โดยมองว่าพวกเขาไม่สามารถพึ่งพาพ่อแม่ที่ป่วยได้ ผู้ให้ข้อมูลบางรายรายงานถึงประสบการณ์ที่ตนพยายามจะหลีกเลี่ยงการเข้าไปพูดคุยปรึกษากับแม่ เพราะกลัวว่าตนเองจะนำปัญหาของตนไปทำให้แม่คิดมากหรือเครียดจนอาการแย่ลง หรืออาจจะมองว่าสภาวะจิตใจที่แม่เป็นอยู่นั้นไม่สามารถที่จะช่วยตนเองได้ ตัวอย่างประสบการณ์ เช่น

"ก็อาจจะมีบ้างว่าแบบเรารู้สึกว่าแบบเราอยากปรึกษาแม่เรื่องนี้ แต่เรารู้สึกว่าด้วย condition ของแม่ แม่ก็ไม่สามารถให้คำตอบเราได้ (...) เราก็เลี่ยงไม่คุยกับแม่เราก็แบบคุยกับพ่อไม่ก็เราก็คิดเองละกัน" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

"ตอนนั้นก็มีปัญหาทะเลาะกับเพื่อนมัธยมด้วยนิดนึงแล้วมันเหมือนกับว่าจะเอามาแชร์อะไรกับแม่มันก็ไม่เหมือนแต่ก่อน แต่ก่อนมันมีปัญหาอะไรเราแชร์กับแม่ได้แต่ว่าพอเป็นช่วงนั้นมันก็แชร์กับแม่ไม่ได้พอมันแชร์กับแม่ไม่ได้มันก็ยิ่งรู้สึกโดดเดี่ยว" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

"รู้สึกว่าแบบผมไม่มีใครเลย ผมไม่มีใครให้ปรึกษาเลย แบบว่าผมมีปัญหาผมเพิ่ง เออผมเพิ่งเปลี่ยนงานช่วงนี้เออผมเพิ่งลาออกจากที่เดิมแล้วมันยังอยู่ในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อ สับสน ผมไม่รู้ไม่รู้จะปรึกษาใครเลย แบบพ่อแม่แบบก็มีแต่ว่าไม่ ก็ไม่สามารถพูดได้ (...) ผมรู้สึกว่าผมไม่มีใครเลย ถ้าผมแบบเกิดปัญหาอะไรขึ้นมาก็คงมีแค่ผม มันเป็นเรื่องที่แบบอาจจะต่อเนื่องจากเรื่องแม่ด้วยมั้งว่าแบบผมไม่สามารถพูดอะไรกับเขาได้ ประมาณนั้น ผมรู้ว่าถ้าผมพูดไปมันไม่เกิดประโยชน์อะไรแน่นอนแล้วก็เผลอ ๆ ทำให้ผมทุกข์ใจกว่าเดิม" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

2.4 รู้สึกสงสารและเห็นใจพ่อแม่ที่เป็นผู้ดูแล ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าถึงประสบการณ์ที่พวกเขารู้สึกสงสารและเห็นใจ เมื่อเห็นพ่อแม่ที่รับภาระเป็นผู้ดูแลคนที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ที่ดูเหมือนต้องรองรับอารมณ์ของคนที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า

"เขาไม่ได้ทะเลาะกันให้เราเห็นเราไม่รู้นะว่า topic ที่เขาคุยกันคืออะไร เราจะได้ยินเสียงเตี่ยเสียงดัง ๆ เสียงที่พ่อเขา เสียงผู้ชายที่เขาตะโกนขึ้นมาเราไม่เคยเจอไงคะ เราอยู่บ้านมาเราอยู่กับครอบครัวมาไม่เคยเจอ มันทำให้ แล้วเราก็รู้สึกว่าแม่เขาต้องทนแรงกระแทกด้วย โอ้ยอยากจะร้อง (...) เหมือนแบบ 3 เดือนครั้ง 4 เดือนครั้งอะไรแบบนี้ แล้วพอเราเห็นแต่ละครั้ง หนูช่วยอะไรแม่ไม่ได้ (น้ำเสียงสั่นเครือ)" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

"แม่ก็จะโทรมาร้องไห้ว่าวันนี้แม่เจออะไรมาบ้าง แม่จะพูดเสมอว่าพ่อไม่เคยทำอะไรผิดทุกอย่างโยนความผิดให้แม่ (...) คือความคิดที่กลับมาบ้าน เราเป็นห่วงแม่ว่ากระทบกระเทือน แม่น่าจะหนักขึ้นเพราะว่าตอนนั้นเรารู้แล้วว่าพ่อเป็นซึมเศร้า แต่เมื่อก่อนเราก็ปล่อยเขาอยู่เอง เราก็ทำงานมาหลายปี" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

"ช่วงที่ไม่ได้เข้าใจเขาและช่วงพีคที่เรากับพ่อก็เหมือนจริง ๆ พ่อเนี่ยจะเป็นคนยอมแม่มาก ๆ แล้วเขาดูแลเอาจริง ๆ ส่วนตัวเรารู้สึกพ่อดูแลแม่ดีก็คือไม่ว่าแม่เป็นยังไงพ่อพยายามสู้ พยายามสู้แต่มันอึดอัด" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

แก่นสาระหลักที่ 3 การปรับเปลี่ยนตนเองเพื่อให้อยู่กับพ่อแม่ที่ป่วยได้

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการปรับเปลี่ยนตนเอง เพื่อให้อยู่กับพ่อแม่ที่ป่วยได้ ประเด็นที่ 3 นี้ประกอบด้วยแก่นสาระย่อย ดังต่อไปนี้

3.1 พยายามปรับตัวเพื่อใช้ชีวิตร่วมกับพ่อแม่ที่ป่วย ผู้ให้ข้อมูล 6 ราย 4 รายได้บอกเล่าถึงประสบการณ์ในวัยเด็กที่พวกเขาพยายามปรับตัวเพื่อให้สามารถอยู่กับพ่อแม่ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้ดีขึ้น ด้วยการใช้วิธีการจำยอมทำตามความต้องการของพ่อแม่ ไม่ขัดใจ เพื่อให้พ่อแม่รู้สึกสบายใจแม้จะเป็นสิ่งที่ขัดกับความต้องการของตนเองก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลพยายามปรับตัวด้วยการทำสิ่งที่ชอบแค่ในพื้นที่ส่วนตัวเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความขัดแย้งหรือหลีกเลี่ยงปัญหาที่จะเกิดขึ้น บางรายใช้วิธีการไปเล่าให้พ่อแม่คนใกล้ชิดคนอื่นฟังเพื่อให้สามารถที่จะใช้ชีวิตอยู่กับพ่อแม่ที่ป่วยได้ และบางรายใช้วิธีการถอยห่าง จัดระยะของความสัมพันธ์กับพ่อแม่ที่ป่วย ด้วยการใช้วิธีโทรศัพท์แทนการไปพบหน้า ตัวอย่างประสบการณ์ เช่น

“ทุกวันนี้ถ้าอยู่ในพื้นที่ของเรา เราก็ยังชอบยังติ่งอยู่ แต่อยู่ต่อหน้าพ่อ แม้แต่หยิบโทรศัพท์มาดูข่าวอะไรเกี่ยวกับเรื่องติ่งก็ไม่เคยแสดงให้เขาเห็น รู้ว่าเขาไม่ชอบก็อย่าทำต่อหน้าเขาแค่นั้น (เสียงสูดหายใจแล้วก็ถอนใจเบา ๆ)” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“คือก็เข้าใจนะคือผมพยายามย้ำตัวเองว่าอย่าไปพูดอะไรแรง ๆ กับเขา เมื่อ เมื่อก่อนนะแบบเหมือนแบบถ้าไม่พอใจอะไรก็ ๆ ไม่พูดดีกว่า ทะเลาะกับแม่ผมก็เลยแบบเลี่ยงโดยการแบบโอเคไม่กลับบ้านแค่โทรก็พอ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

“หนูรู้สึกว่าหนูใจเย็นขึ้นปกติหนูจะเป็นคนใจร้อน หนูจะใจร้อนมาก แบบบอกให้ไปซ้ายหนูไปขวา หนูจะมีความคิดเป็นของตัวเองสูงมากจะแบบจะค่อนข้างที่จะดื้อนิดนึง แต่พอแบบมารู้ว่าแบบแม่เป็นแบบนี้คือหนูใจเย็นมาก ๆ ใจเย็นลงมาก บางครั้งแม่พูดอะไรหนูก็พยายามที่จะไม่ขัดใจเขา” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

3.2 กำหนดเป้าหมายในชีวิตและรับผิดชอบต่อตนเอง ผู้ให้ข้อมูล 6 รายมี 4 รายที่บอกเล่าถึงประสบการณ์ในการดูแลฟื้นฟูจิตใจตนเองเมื่ออยู่ในช่วงเวลาที่ตนเองมีสภาพจิตใจที่ย่ำแย่ ด้วยการสร้างแรงจูงใจ ด้วยการกำหนดเป้าหมายในชีวิต การสร้างความหวังให้กับตนเอง ในบางรายที่เกิดความตระหนักว่าพ่อแม่ที่ป่วยไม่สามารถที่จะสนับสนุนด้านการเงินได้เหมือนเดิม ทำให้พวกเขาตัดสินใจที่จะรับผิดชอบชีวิตตนเองในที่สุด ตัวอย่างประสบการณ์ เช่น

“เรายังต้องเรียนต้องทำงานเรายังแบบมี motivation ในการใช้ชีวิต เพราะฉะนั้นเราก็รู้สึกว่าแบบถึงมีคำว่าอยากตายของแม่มันก็มันก็ไม่ได้กระทบอะไรกับเรา เพราะว่าเรารู้สึกว่าข้างในเราก็ยังคิดว่าเรายังอยากอยู่ต่อไป” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“มันไม่ใช่แค่เพราะว่าพ่อเป็นซึมเศร้า มันหลาย ๆ เรื่อง หลัก ๆ คือความมั่นใจของเราลดฮวบ ลดฮวบเลย แล้วก็เรารู้สึกว่าเราต้องโตขึ้น พอ 20 ปุ๊บเรารู้สึกว่าเราต้องโตขึ้นและเราไม่ได้ขอเงินเขาใช้เลยตั้งแต่ 20 สักบาทเดียว รู้สึกต้องโตขึ้นจริง ๆ ความมั่นใจของเราหาย เราต้องโตขึ้นหลายอย่าง รู้สึกว่าเราต้องรับผิดชอบอะไร ๆ มากขึ้นด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

“เพื่อนที่ ม. ก็มีหลายคนที่แบบ เราชอบเล่นดนตรีก็มีหลายคนที่บอกว่ากลับมาเล่นเถอะก็ชวนซ้อม มันก็เลยเหมือนกับมีจุดที่โฟกัสก็กลับมาโฟกัสดนตรีเหมือนเดิม เพราะว่าเราก็ตอนนั้นก็เคว้งไปเลย ก็กลับมาเล่นดนตรีเหมือนเดิมกลับมา ดนตรีก็เป็นสิ่งหนึ่งที่เยียวยา เพื่อนก็เป็นสิ่งหนึ่ง” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

3.3 ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยดูแลพ่อแม่ที่ป่วย ผู้ให้ข้อมูล 6 รายมี 3 รายที่บอกเล่าถึงประสบการณ์ในการสนับสนุนดูแลการใช้ชีวิตประจำวันของพ่อแม่ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า เช่น การไปโรงพยาบาลเป็นเพื่อนแม่ ดูแลอาหารการกิน ดูแลเรื่องการกินยา และพยายามพาแม่ที่ป่วยออกไปหากิจกรรมทำเพื่อให้สภาพจิตใจดีขึ้น

“ต้องไปโรงพยาบาลแบบจิตเวชกับแม่ตั้งแต่แบบเด็ก ๆ (...) จำได้ว่าไปมาตลอดเลยเพราะว่าแม่ไม่มีเพื่อนไป แต่ว่าเวลาไปแม่เขาจะแบบเหมือนแบบไม่ค่อยอยากให้คนอื่นเข้าไปในห้องหมอด้วย (...) พอโตแล้วก็จะแบบ negotiate ได้ว่าแบบว่าบางทีก็มีอย่างอื่นที่ต้องทำก็ไม่ได้ไป แต่ว่าถามว่าแต่ว่าแม่ยังไปโรงพยาบาลอยู่ตลอดแล้วถ้าเราแบบมีโอกาสเราก็แบบต้องไปด้วยแต่ว่าเราก็ไม่ได้เข้าห้องหมออยู่ดีค่ะ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“ก็ดูเขาบ้างก็ถามเขาตอนเย็นก็ถามกินยาหรือยัง ซึ่งเราก็มารู้บางทีว่าเฮ้ยพอเราไปเช็กยาแม่จะพยายามเก็บยาเอง เราก็ถามกินยารึยังแต่พอเราเข้าไปเห็นไม่กินก็เป็นปัญหาทะเลาะกัน จะชวนไปไหนเพราะฉะนั้นการดูแลของเราก็จะเป็นเหมือนแค่หาข้าว

อะไรให้กิน (...) พ่อเล่าให้ฟัง หมอว่าอย่างนี้ก็ฟังตามพ่อบอก เพราะหมอก็จะใช้ก็ต้องชวนเขาทำโน่นทำนี่ แล้วเราก็จะมีความคิดว่าก็จริงก็ถูกต้อง ก็ต้องพาแม่ไปออกกำลังกาย นอนไม่หลับก็ไปออกกำลังกายพาไปเดินพาไปโน่นไปนี่ ก็พาไปกินข้าวพาไปเข้าสังคมอย่าปล่อย หมอก็จะบอก how to มาว่าควรช่วยเขาอย่างไร แล้วเราก็พยายามทำแบบนั้น" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

3.4 มีบทบาทใหม่ เป็นที่พึ่งทางใจให้พ่อแม่ ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 4 รายใน 6 ราย บอกเล่าถึงประสบการณ์ที่เมื่อตนเองเข้าใจโลกและชีวิตมากขึ้น เติบโตขึ้น พวกเขาเริ่มบทบาทใหม่ในการเป็นที่พึ่งทางใจให้กับพ่อแม่ที่ป่วย การคอยรับฟัง พูดคุย ประคับประคองจิตใจของพ่อแม่ที่ป่วย ตัวอย่างประสบการณ์ เช่น

"เขาก็ค่อนข้างพึ่งหนู เหมือนคือเหมือนแม่จะค่อนข้างคาดหวังกับเราค่อนข้างสูงเหมือนแบบเหมือนเขาคิดว่าเราจะต้องแบบรักเขามาก ๆ แบบมาก ๆ เหมือนเขาคิดว่าเขาไม่มีใครรักเขาแล้วนอกจากเรา (...) ถ้าแม่อยากให้ไปไหนด้วยก็คือไปแม่อยากให้ทำอะไรก็ทำ (...) เวลาแม่บอกว่าอยากตายหนูก็จะบอกว่าแบบเออแบบมันเร็วไปนะยังไม่มีใครตายตอนนี้หรอก" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

"จากตอนอกหัก เราเริ่มเข้าใจอะไรมากขึ้น เหมือนเป็นจุดเปลี่ยนที่ทำให้แม่ต้องเปลี่ยนหมอ แต่ครั้งนี้ไม่ได้ฟอร์ซเหมือนแต่ก่อนที่เคยถามว่าทำไมแม่ไม่ทำ ทำไมไม่สู้ แต่หลัง ๆ เปลี่ยนเป็น 'แม่พร้อมไหม? แม่สนใจจะไปหรือยัง? แม่อยากไปไหม?' เพราะถ้าไม่ปรับหรือลดยา มันก็จะไม่เวิร์ค พยายามลดความหงุดหงิดในสิ่งที่แสดงออกกับแม่ พยายามไม่ให้เขารู้สึกว่าโดนบังคับ แต่ก็พูดไปเรื่อย ๆ จนสุดท้ายแม่ตัดสินใจไปเอง" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

"ตอนเรียน 6 ปี ผมโทรหาแม่ทุกวัน เวลาเดิมเหมือนเป็นรูทีนที่ผมทำด้วยความเต็มใจ ถึงแม้จะทะเลาะกันมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะช่วงปี 5 ปี 6 ที่มีปัญหากันบ่อย แต่ผมก็ยังโทรหาแม่ ถามไถ่ว่าเป็นยังไงบ้าง และยังไลน์ไปหาพี่(...) บอกว่าอย่าไปอะไรมากกับแม่เลย" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

"หลังจากที่หนูรู้แล้วที่นี่เนี่ยก็เลยแบบว่าถ้าแม่เครียดอะไรแม่มาคุยกับหนูได้เลยแล้วก็ช่วงหลัง ๆ ก็เลยแบบว่าได้มาสนิทกับแม่มากขึ้นเพราะว่ามีอะไรหนูก็จะบอกแม่ แม่ก็จะบอกหนู พักหลัง ๆ ก็เหมือนหนูโตหนูก็แบบก็เริ่มเข้าใจว่าแบบอันนี้คือแม่เสียใจแม่ต้องการกำลังใจนะแบบว่าแม่แค่ต้องการคำชมเล็ก ๆ น้อย ๆ อย่างเช่นแบบแม่ทำกับข้าวให้ทุกวัน เราไม่ได้ชมว่าแม่ทำอร่อยทุกวัน คือหนูก็หันมาแล้วก็มาคิดว่าแบบบางวันลืมก็จะไลน์ไปบอกแม่บอกว่าอันเนี่ยกินเสร็จแล้วอร่อย คือหนูก็พยายามแบบชมแม่ทุกวันอย่างเช่นแบบวันนี้ทำกับข้าวอร่อยวันนี้แบบว่าแม่แต่งตัวสวย" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

วิจารณ์

ประสบการณ์ของผู้ที่เติบโตมากับพ่อแม่ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในการศึกษาครั้งนี้ สามารถอภิปรายใน 3 ประเด็นตามข้อค้นพบในการศึกษาครั้งนี้

ประเด็นแรก การรับรู้ความไม่ปกติในชีวิตแต่ไม่เข้าใจว่าเป็นโรคซึมเศร้า ในประเด็นแรกนี้ ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงประสบการณ์วัยเด็กของบุคคลซึ่งเติบโตในครอบครัวที่มีพ่อแม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า โดยแต่ละคนมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าของพ่อแม่ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน บางคนรับรู้ตั้งแต่เริ่มมีอาการ ในขณะที่บางคนเพิ่งทราบภายหลังเมื่อพ่อแม่ป่วยมาแล้วหลายปี ซึ่งการศึกษาก่อนหน้านี้ชี้ให้เห็นว่าเด็กที่เติบโตในครอบครัวที่มีพ่อแม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามักจะรับรู้ถึงความไม่ปกติในสภาพแวดล้อม แต่บ่อยครั้งพวกเขาไม่สามารถเชื่อมโยงอาการเหล่านั้นกับโรคซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน เช่นงานวิจัยของ Beardslee et al. (1998) ชี้ว่าเด็กที่เติบโตในครอบครัวที่พ่อแม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามักสัมผัสได้ถึงบรรยากาศที่เต็มไปด้วยความเครียดและความไม่แน่นอน แม้จะรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในอารมณ์หรือพฤติกรรมของพ่อแม่ แต่ขาดข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับสถานการณ์ ส่งผลให้เกิดความสับสนในการปฏิบัติตนในสภาพแวดล้อมที่ไม่มั่นคงนี้

ประเด็นที่น่าสนใจคือ ผู้ให้ข้อมูลที่เติบโตในครอบครัวที่มีพ่อแม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีความแตกต่างในการรับรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของพ่อแม่ กล่าวคือ ผู้ให้ข้อมูลที่รับรู้ตั้งแต่เริ่มมีอาการ โดยพ่อแม่

และครอบครัวพาลูกไปพบแพทย์เพื่อให้เข้าใจถึงโรค ทำให้ลูกมีส่วนร่วมในการดูแลพ่อแม่ ซึ่งงานวิจัยก่อนหน้านี้กล่าวถึงความสำคัญของการสื่อสารที่เปิดเผยและโปร่งใสระหว่างพ่อแม่ที่ป่วย สมาชิกในครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ ไม่เพียงแต่จะช่วยลดความรู้สึกวิตกกังวลและความรู้สึกโดดเดี่ยวของลูกและสมาชิกในครอบครัวได้ แต่ยังส่งผลทำให้พวกเขารู้สึกว่าตนมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษาและการดูแลจิตใจของพ่อแม่ที่ป่วยด้วย (Beardslee et al., 1998; Nolte & Wren, 2016) ในทางตรงกันข้าม ผู้ให้ข้อมูลที่รับรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าของพ่อแม่หลังจากที่พ่อแม่ป่วยมานานหลายปี โดยครอบครัวมักปกปิดหรือหลีกเลี่ยงการพูดถึงโรคซึมเศร้าของพ่อแม่ หรือสื่อเป็นนัยว่าโรคนี้เป็นเรื่องของผู้ใหญ่หรือเป็นเรื่องที่ไม่ดี ทำให้เด็กไม่เข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในบ้าน และอาจเข้าใจผิดว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของปัญหานี้ ซึ่งผลการศึกษาในประเด็นนี้สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ชี้ให้เห็นว่าลูกรับรู้ถึงความผิดปกติของพ่อแม่ แต่ไม่ได้รับการอธิบายหรือทำความเข้าใจกับการที่พ่อแม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ก็จะส่งผลให้ลูกเกิดความเครียดและความวิตกกังวล (Eyre et al., 2014; Nolte & Wren, 2016) นอกจากนี้ DiMarzio et al. (2021) ระบุเพิ่มเติมว่าการที่เด็กไม่ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนอาจเพิ่มความสับสนทางบทบาทในครอบครัวของเด็กได้

ประเด็นที่สอง ความรู้สึกท่วมท้นและไม่แน่ใจว่าจะต้องทำตัวอย่างไรในช่วงวิกฤติของพ่อแม่ ประสบการณ์ในวัยเด็กประเด็นนี้ทำให้เห็นแง่มุมของประสบการณ์ความห่วงกังวลใจเกี่ยวกับสุขภาพของพ่อแม่ ความสะเทือนใจเมื่อพ่อแม่มีอาการกำเริบ ความรู้สึกห่างเหิน และการขาดความเชื่อมั่นในพ่อแม่ รวมถึงความสงสารที่เห็นพ่อแม่แบกรับภาระดูแลที่ปะปนกัน อีกประเด็นที่สำคัญคือการรู้สึกว่าตนเองมีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาของพ่อแม่ ซึ่งการศึกษาของ Meadus and Johnson (2000) ที่ระบุว่าลูกที่มีพ่อแม่ป่วยด้วยโรคจิตเวชก็มีความต้องการรับรู้ข้อมูลจากพ่อแม่มากขึ้น ชี้ว่าการที่เด็กไม่ได้รับข้อมูลหรือไม่ได้รับการมีส่วนร่วมในการรักษาของพ่อแม่ อาจทำให้พวกเขารู้สึกถูกมองข้ามและเข้าใจผิดว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของปัญหา โดยเด็กที่พ่อแม่ไม่ได้พูดถึงความเจ็บป่วยมักรายงานความรู้สึกโดดเดี่ยวหรือขาดการสนับสนุนทางอารมณ์ สับสนและกังวลเมื่อพ่อแม่มีอาการกำเริบหรือมีความคิดทำร้ายตนเอง การศึกษาของ Van Parys et al. (2014) พบว่าเด็กที่เติบโตมากับพ่อแม่ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามักจะเผชิญกับกระบวนการเป็นผู้ดูแลครอบครัวตั้งแต่ยังเด็ก ซึ่งมีผลกระทบต่อการพัฒนาทางอารมณ์และจิตใจของพวกเขา โดยเฉพาะในช่วงที่พ่อแม่มีอาการรุนแรง ก็แสดงให้เห็นถึงการพยายามหลีกเลี่ยงที่จะรับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวเพื่อลดความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในจิตใจตนเอง เด็กที่ต้องเผชิญกับพ่อแม่ที่มีอาการรุนแรงจะรู้สึกท่วมท้นและไม่รู้ว่าควรทำอย่างไร ซึ่งทำให้เกิดความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของพ่อแม่ รวมถึงการพัฒนาความรู้สึกสงสารและการแยกห่างจากพ่อแม่ในระยะยาว งานวิจัยของ Reigstad et al. (2023) ชี้ให้เห็นว่าผลกระทบจากอาการของพ่อแม่ต่อเด็กวัยรุ่นนั้นเกี่ยวข้องกับการพัฒนาความรู้สึกแยกตัวทางอารมณ์และความสงสารเมื่อพ่อแม่มีอาการกำเริบ ซึ่งสัมพันธ์กับการพยายามปกป้องตนเองจากความเจ็บปวดทางจิตใจ

ประเด็นที่สาม การปรับเปลี่ยนตนเอง เพื่อให้อยู่กับพ่อแม่ที่ป่วยได้ ในประเด็นที่สามนี้ ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าถึงประสบการณ์ในการพยายามปรับตัวให้สามารถที่จะใช้ชีวิตกับพ่อแม่ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ไม่ว่าจะเป็นการคอยระวังคำพูดของตนเอง ยอมตามใจพ่อแม่ รวมถึงการพยายามทำความเข้าใจจิตใจของพ่อแม่ให้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ของ Van Parys et al. (2015) ที่แสดงให้เห็นว่าเด็กที่เติบโตมากับพ่อแม่ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามีการปรับตัวเพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกับพ่อแม่ที่ป่วยได้ โดยต้องปรับเปลี่ยนวิธีการตอบสนองเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว ในอีกด้านหนึ่งผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการเรียนรู้ที่จะเป็นผู้ดูแลชีวิตประจำวันของพ่อแม่ที่ป่วย เช่น การดูแลให้พ่อแม่ที่ป่วยรับประทานอาหารและยาตามแผนการรักษา ซึ่งเป็นไปในทางเดียวกับงานวิจัยของ Van Parys and Rober (2013) ที่ระบุว่าการที่เด็กเติบโตมากับพ่อแม่ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจะพัฒนาเป็นผู้ดูแลพ่อแม่ในครอบครัว ซึ่งบทบาทนี้มักจะรวมถึงการให้กำลังใจและสนับสนุนทางอารมณ์

การดูแลเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการ parentification ที่เกิดขึ้นเมื่อเด็กต้องรับหน้าที่ที่เกินกว่าความรับผิดชอบของวัย การที่เด็กต้องปรับตัวในครอบครัวที่พ่อแม่ป่วยทำให้พวกเขามักพยายามหลีกเลี่ยงความขัดแย้งหรือสถานการณ์ที่ทำให้พ่อแม่เครียดเพิ่มเติม โดยพวกเขามักพยายามปรับพฤติกรรม เช่น การเงียบหรือยอมรับในสิ่งที่พ่อแม่ต้องการ เพื่อรักษาความสงบในครอบครัว (Yeh et al., 2010) แต่ในขณะเดียวกันการพยายามเข้าใจอารมณ์ของพ่อแม่ในขณะที่ต้องดูแลพ่อแม่ไปด้วยส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเด็กอาจพัฒนาทักษะด้านการสนับสนุนทางอารมณ์เพื่อช่วยลดความตึงเครียดในครอบครัว (Reigstad et al., 2023)

สรุปและข้อจำกัดในการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนถึงประสบการณ์ทางจิตใจของผู้ให้ข้อมูลที่มีวัยเด็กที่เติบโตมากับพ่อแม่ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งประสบการณ์ที่พวกเขาขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ซึ่งอาจเกิดจากขาดการสื่อสารที่ชัดเจนระหว่างผู้ใหญ่และเด็กภายในบ้าน หรือเนื่องจากธรรมชาติของโรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติของอารมณ์ ซึ่งอาจจะทำให้ยากที่จะเข้าใจเมื่อเปรียบเทียบกับความเจ็บป่วยทางกาย ความไม่เข้าใจนี้ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงทางใจ รวมถึงความรู้สึกผิดและกังวลว่าอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้พ่อแม่เจ็บป่วย นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลยังแสดงถึงความรู้สึกท่วมท้นและความไม่แน่นอนในช่วงวิกฤติของพ่อแม่ เช่น ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของพ่อแม่ที่ป่วยและความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งเป็นภาวะที่ส่งผลต่อสภาพจิตใจของพวกเขาในขณะเดียวกัน พวกเขายังพยายามปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับพ่อแม่ที่ป่วย โดยทำหน้าที่เป็นที่พึ่งพิงให้กับพ่อแม่และเริ่มรับผิดชอบชีวิตของตนเอง

แม้ว่าผลการศึกษาจะให้ภาพของความสำคัญกับการตระหนักถึงอารมณ์ความรู้สึกด้านลบที่เกิดขึ้น การสนับสนุนและดูแลประคับประคองทางอารมณ์จากผู้ใหญ่คนอื่นในบ้าน อันจะนำไปสู่การดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้สัมภาษณ์ผู้ที่มีประสบการณ์ในวัยเด็กที่เป็นการมองย้อนไปในอดีตที่เป็นความทรงจำของพวกเขา และเป็นการสัมภาษณ์เพียงครั้งเดียว ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่าบางประเด็นที่ละเอียดอ่อนอาจไม่ได้ถูกพูดถึงในการศึกษานี้ แนวทางในอนาคตในการจัดการกับปัญหาเหล่านี้อาจรวมถึงการสัมภาษณ์ซ้ำที่สามารถสร้างความไว้วางใจที่จำเป็นในการพูดคุยเกี่ยวกับประเด็นเหล่านี้ นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาได้รับการคัดเลือกเพราะสมาชิกในครอบครัวที่เป็นโรคซึมเศร้าของพวกเขาได้รับการเข้ารับการวินิจฉัยและรับการรักษา อาจเป็นไปได้ว่าพ่อแม่ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่น้อยกว่าอาจมีประสบการณ์ที่แตกต่างกันเกี่ยวกับการใช้ชีวิตร่วมกัน ดังนั้น งานวิจัยครั้งต่อไปอาจเพิ่มการเก็บตัวอย่างที่แตกต่างกันเพื่อรวมกลุ่มผู้ที่เติบโตมากับพ่อแม่ที่ระบุความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และประสบการณ์ของลูกตามเส้นทางการเจ็บป่วยโดยรวมของพ่อแม่ที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

ผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of interest)

ผู้นิพนธ์ทุกคนไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนในบทความวิชาการนี้

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (Authors' contributions)

ศุภวิชญ์ วชิรบรรจง: บทบาท เป็นผู้นิพนธ์ชื่อแรก (first author) ทำหน้าที่ออกแบบการศึกษา รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความต้นฉบับ (70%) อรัญญา ตุ้ยคำภีร์: บทบาทเป็นผู้นิพนธ์ชื่อที่สอง (second author) ทำหน้าที่ ออกแบบการศึกษา ดูแลให้คำแนะนำในการดำเนินการศึกษา ตรวจสอบบทความต้นฉบับ และประสานงานในการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่กับวารสาร (30%)

เอกสารอ้างอิง (References)

Beardslee, W. R., Versage, E. M., & Gladstone, T. R. (1998). Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *37*(11), 1134-1141.

Bellis, M. A., Lowey, H., Leckenby, N., Hughes, K., & Harrison, D. (2014). Adverse childhood experiences: Retrospective study to determine their impact on adult health behaviours and health outcomes in a UK population. *Journal of Public Health (Oxford)*, *36*(1), 81-91. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdt038

Chutha, W., & Makkhlai, K. (2024). *Prevalence of emotional disorders: A national mental health epidemiological survey of Thai people in 2023*. Mental Health Knowledge Repository, Department of Mental Health. https://dmh-elibrary.org/items/show/1681 (in Thai).

DiMarzio, K., Parent, J., Forehand, R., Thigpen, J. C., Acosta, J., Dale, C., & Compas, B. (2021). Parent-child role confusion: Exploring the role of family processes in the context of parental depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *51*(6), 982-996. https://doi.org/10.1080/15374416.2021.1894943

Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster Family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, *9*(2), 171-180. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x

Erikson, E. H., & Erikson, J. M. (1998). *The life cycle completed: Extended version*. W. W. Norton & Company.

Eyre, O., Jones, R. B., Mars, B., Hammerton, G., Sellers, R., Potter, R., Thapar, A., Rice, F., Collishaw, S., & Thapar, A. (2014). Reported child awareness of parental depression. *Psychiatric Bulletin*, *38*(3), 122-127. https://doi.org/10.1192/pb.bp.113.044198

Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, *67*(3), 231-243. https://doi.org/10.1037/a0025957

Meadus, R. J., & Johnson, B. (2000). The experience of being an adolescent child of a parent who has a mood disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *7*, 383-390. https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2000.00319.x

National Research Council and Institute of Medicine. (2009). *Depression in parents, parenting, and children: Opportunities to improve identification, treatment, and prevention*. The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/12565

Nolte, L., & Wren, B. (2016). Talking or keeping silent about parental mental health problems: A grounded theory of parents' decision-making and experiences with their children. *Journal of Marital and Family Therapy*, *42*(4), 731-744. https://doi.org/10.1111/jmft.12177

Pruksarungruang, J., & Rhein, D. (2022). Depression literacy: An analysis of the stigmatization of depression in Thailand. *SAGE Open*, *12*(4). https://doi.org/10.1177/21582440221140376

Reigstad, K. M., Marceau, K., Gunlicks-Stoessel, M. L., VanZomeren, A. A., Westervelt, A., Brand, A. E., Zahn-Waxler, C., Hastings, P. D., & Klimes-Dougan, B. (2023). Parenting processes mediate the link between maternal depressive symptoms and adolescent psychopathology. *Journal of Child and Family Studies*, *32*(3), 716-732. https://doi.org/10.1007/s10826-022-02460-5

Smith, J. A., Flower, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis*. SAGE Publications.

United Nations International Children's Emergency Fund. (2019). *Adverse childhood experiences (ACE) study: Research on adverse childhood experiences in Serbia*. United Nations Children's Fund. https://www.unicef.org/serbia/en/reports/adverse-childhood-experiences-ace-study

Van Parys, H., Bonnewyn, A., Hooghe, A., de Mol, J., & Rober, P. (2015). Toward understanding the child's experience in the process of parentification: Young adults' reflections on growing up with a depressed parent. *Journal of Marital and Family Therapy*, *41*(4), 522-536. https://doi.org/10.1111/jmft.12087

Van Parys, H., & Rober, P. (2013). Trying to comfort the parent: A qualitative study of children dealing with parental depression. *Journal of Marital and Family Therapy*, *39*(3), 330-345. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2012.00304.x

Van Parys, H., Smith, J., & Rober, P. (2014). Growing up with a mother with depression: An interpretative phenomenological analysis. *The Qualitative Report*, *19*(29), 1-18. https://doi.org/10.46743/2160-3715/2014.1245

World Health Organization. (2020, January 28). *Adverse childhood experiences international questionnaire (ACE-IQ)*. https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-(ace-iq)

Yeh, K.-H., Tsao, W.-C., & Chen, W.-W. (2010). Parent-child conflict and psychological maladjustment: A mediational analysis with reciprocal filial belief and perceived threat. *International Journal of Psychology*, *45*(2), 131-139. https://doi.org/10.1080/00207590903085505

วารสาร
จิตวิทยาคลินิกไทย
https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy

นิพนธ์ต้นฉบับ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการเล่นบำบัดที่ส่งผลต่ออาการของโรคสมาธิสั้นในเด็ก ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2015-2024

พิมพ์นิภาภัค ศรีน้อยเมือง[1*], ฐิตาภา ชินกิจการ[1], พลากร สืบสำราญ[2]

[1] *นักจิตวิทยาคลินิก, ฐิตาภา คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาจิตวิทยาคลินิก*

[2] *ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*

[*] ผู้ประพันธ์บรรณกิจ, e-mail: pimniphaphak.s@gmail.com

วันที่รับบทความ: 12 สิงหาคม 2567 | **วันที่แก้ไขบทความ:** 19 กันยายน 2567 | **วันตอบรับบทความ:** 21 ธันวาคม 2567

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อทบทวนและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลของการเล่นบำบัดในการลดอาการของโรคสมาธิสั้นในเด็ก รวมถึงวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิผลดังกล่าว จากการศึกษาที่ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2015-2024

วัสดุและวิธีการ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการเล่นบำบัดที่ส่งผลต่ออาการของโรคสมาธิสั้นในเด็กที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ ค.ศ. 2015-2024 จากฐานข้อมูลทางอินเตอร์เน็ต 5 ฐานข้อมูล ได้แก่ PsycLit, PubMed, ScienceDirect, APA PsycInfo, และ ThaiJo โดยสืบค้นตามแนวทาง PRISMA คัดเลือกบทความซ้ำออก พิจารณาตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก และประเมินคุณภาพบทความด้วย JBI's critical appraisal tools จากนั้นจึงดำเนินการสกัดข้อมูลด้วยการสังเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา งานวิจัยที่ผ่านการคัดเลือกมีจำนวน 23 บทความ เมื่อสังเคราะห์เนื้อหาพบประเด็นเกี่ยวกับประสิทธิผลของการเล่นบำบัดที่ช่วยลดอาการสมาธิสั้นในเด็ก โดยปัจจัยสำคัญของการเล่นบำบัดที่มีอิทธิพลต่อการลดอาการโรคสมาธิสั้น ได้แก่ 1) การพัฒนาการสื่อสารและการตระหนักรู้ 2) การเสริมสร้างความมั่นใจในการแก้ไขปัญหา 3) การพัฒนาทักษะทางสังคมภายใต้ความสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และ 4) การเสริมสร้างทักษะการควบคุมตนเองผ่านกิจกรรมการเคลื่อนไหว อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้อาจมีอคติในการเลือกบทความ เนื่องจากการรวบรวมเฉพาะบทความที่ได้รับการตีพิมพ์และเผยแพร่

สรุป การเล่นบำบัดที่ประกอบด้วยปัจจัยการสื่อสาร ตระหนักรู้ แก้ไขปัญหา พัฒนาทักษะทางสังคม และการควบคุมตนเอง ช่วยลดอาการของโรคสมาธิสั้นทั้งอาการขาดสมาธิและอาการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นในเด็กได้มีประสิทธิภาพขึ้น

คำสำคัญ: อาการโรคสมาธิสั้น, อาการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น, อาการขาดสมาธิ, การเล่นบำบัด

Thai Journal of Clinical Psychology
https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy

Original Article

The Systematic Review of the Effects of Play Therapy on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in Children 2015-2024

Pimniphaphak Srinoimueang[1*], Titapa Chinkijkarn[1], Phalakorn Suebsamran[2]

[1] *Clinical Psychologist, Titapa Clinic Healing Arts Practices, field of Clinical Psychology*

[2] *Assistant Professor, College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University*

[*] Corresponding author, e-mail: pimniphaphak.s@gmail.com

Received: 12 August 2024 | **Revised:** 19 September 2024 | **Accepted:** 21 December 2024

Abstract

Objectives: The objective was to review and synthesize empirical evidence on the effectiveness of play therapy in reducing the symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in children, published from 2015 to 2024. In addition, the study analyzed the significant factors affecting its effectiveness.

Materials and methods: The research included a systematic review of the literature on the effects of play therapy on ADHD symptoms in children published from 2015 to 2024. Five internet databases were searched, including PsycLit, PubMed, ScienceDirect, APA PsycInfo, and ThaiJo. By searching according to PRISMA guidelines, duplicate articles were eliminated. Other articles were then considered based on the inclusion and exclusion criteria. Finally, the data were assessed using JBI's critical appraisal tools, followed by data extraction through content synthesis.

Results: In synthesizing the content relevant to this study, 23 articles were included. The synthesis revealed issues related to the effectiveness of play therapy in reducing ADHD symptoms in children. Key factors of play therapy influencing symptom reduction included: 1) the development of communication and self-awareness, 2) enhancing problem-solving confidence, 3) developing social skills within a safe relational context, and 4) promoting self-regulation skills through movement-based activities. However, this research might be limited in its selection of articles due to the inclusion of only published and disseminated articles.

Conclusion: Play therapy that incorporated factors such as communication, self-awareness, problem-solving, social skills development, and self-regulation helped reduce symptoms of ADHD, including inattention and hyperactivity/impulsivity, more effectively in children.

Keywords: Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms, Hyperactivity-impulsivity, Inattention, Play therapy

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (attention-deficit/hyperactivity disorder; ADHD) ในเด็กเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบทั้งต่อตัวเด็ก ครอบครัว และชุมชน โดยพบความชุกประมาณร้อยละ 5-7 ในเด็กวัยเรียน (American Psychological Association, 2022) อาการหลักของโรคนี้ประกอบด้วยอาการขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น ซึ่งส่งผลกระทบต่อการเรียน พฤติกรรม และความสัมพันธ์ทางสังคมของเด็ก (Barkley, 2015) โรคสมาธิสั้น หมายถึง ภาวะบกพร่องที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาของระบบประสาท (neurodevelopmental disorder) ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการตั้งสมาธิ การควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคล สามารถแบ่งอาการของโรคได้เป็น 3 ประเภท ดังต่อไปนี้ 1) อาการขาดสมาธิ (inattention) คือ การที่บุคคลมีความยากลำบากในการทำตามคำสั่งรวมถึงขาดความเข้าใจในคำสั่ง เนื่องจากปัญหาการจดจ่อ จนไม่สามารถทำงานหรือหน้าที่ให้สำเร็จได้ อีกทั้งมีการออกนอกประเด็น ไม่สามารถวางแผนจัดการสิ่งต่าง ๆ ให้เป็นระเบียบ (APA, 2022) 2) อาการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น (hyperactivity-impulsivity) คือ การที่บุคคลทำกิจกรรมเคลื่อนไหวหรือการแสดงออกเชิงพฤติกรรมที่มากจนเกินไปและไม่เหมาะสม เช่น การวิ่งไป-มา การไม่สามารถอยู่นิ่งกับที่ เขย่าขา พูดขัดคนอื่นหรือพูดจนไม่ฟังคนอื่นรวมถึงไม่สังเกตสถานการณ์รอบข้าง ทำบางอย่างโดยไม่ทันได้คิดไตร่ตรองจนอาจทำให้เกิดอันตราย เช่น การเดินข้ามถนนโดยไม่ทันได้มองว่ารถกำลังมาหรือไม่ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการไม่สามารถยับยั้งหรือรอคอยสิ่งต่าง ๆ ที่ตัวเองต้องการ และการไม่สามารถตัดสินใจโดยพิจารณาผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว (APA, 2022) และ 3) ประเภทที่มีทั้งอาการของ inattention รวมกับ hyperactivity-impulsivity หรือที่เรียกว่า combined presentation (APA, 2022)

กระบวนการบำบัดรักษาอาการโรคสมาธิสั้นประกอบด้วยหลายแนวทาง ไม่ว่าจะเป็น การใช้ยา ซึ่งยาที่เป็นที่นิยมได้แก่ methylphenidate (Ritalin®) และ amphetamines (Adderall®) ที่ทำหน้าที่เพิ่มระดับสารเคมีในสมองที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์และสมาธิ การบำบัดทางจิตใจ เช่น เน้นการปรับพฤติกรรม (behavioral therapy) ที่เสริมสร้างทักษะในการจัดการอารมณ์ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) ที่ช่วยเด็กเรียนรู้วิธีคิดและพฤติกรรมที่ดีขึ้น การฝึกทักษะทางสังคมที่มีโปรแกรมที่ช่วยเด็กฝึกการสื่อสารและการสร้างสัมพันธ์ที่ดี และการบำบัดด้วยการเล่น (play therapy) ที่ช่วยให้เด็กแสดงอารมณ์และพัฒนาทักษะทางสังคมที่เหมาะสม (Chan et al., 2022) จะเห็นได้ว่า การบำบัดด้วยการเล่นสามารถพัฒนาและปรับปรุงทักษะหลายด้านที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมสมาธิและพฤติกรรมของเด็ก ซึ่งในการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้จะศึกษาเกี่ยวกับการเล่นบำบัด

การเล่น (play) ถือเป็นพัฒนาการที่สำคัญของช่วงวัยเด็ก เนื่องจากการเล่นจะช่วยสอนให้เด็กมีวิธีการสื่อสารความต้องการ ความรู้สึก หรือความเป็นตัวเองในรูปแบบเฉพาะของเด็กแต่ละคน รวมไปถึงการส่งเสริมให้เด็กมีทักษะในการเข้าสังคมผ่านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Koukourikos et al., 2021) นักทฤษฎีพัฒนาการหลายท่าน เช่น Piaget และ Vygotsky ได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการเล่นต่อพัฒนาการทางสติปัญญาและสังคมของเด็ก (Lillard, 2013) ปกติแล้วเด็กจะไม่สามารถสื่อสารสิ่งที่ตัวเองคิดหรือสิ่งที่ตัวเองรู้สึกผ่านการใช้ภาษาได้อย่างตรงไปตรงมา เด็กจึงมักใช้การเล่นในการแสดงออกและสื่อสารสิ่งที่ตัวเองกำลังคิด กังวล กลัว หรือความรู้สึกอื่น ๆ เพื่อให้คนอื่นรับรู้ ดังนั้น การเล่นจึงเป็นอีกวิธีการที่นักบำบัดมักใช้ในการทำความเข้าใจและสำรวจโลกภายในและภายนอกของเด็กคนหนึ่ง (Koukourikos et al., 2021) เช่น การใช้การปั้นดินน้ำมันเพื่อปั้นเป็นรูปสัตว์ที่มีอาการบาดเจ็บ เพื่อแสดงออกถึงความกลัวและความวิตกกังวล การใช้ตุ๊กตาเพื่อเล่นบทบาทสมมติเพื่อแสดงออกถึงสถานการณ์หรือปัญหาภายในครอบครัว หรือการใช้บอร์ดเกมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้กติกา ความรู้สึกแพ้ชนะที่ช่วยให้เด็กตระหนักรู้และควบคุมอารมณ์ตัวเอง การเล่นบำบัด (play therapy) มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนประสิทธิผลในการรักษาปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมในเด็ก (Lin & Bratton, 2015) นอกจากนี้ การเล่นบำบัดยังมีส่วนช่วยในการปรับอารมณ์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในเด็ก

เช่น ภาวะซึมเศร้าในเด็ก ความก้าวร้าว ความกังวล และการขาดสมาธิการจดจ่อ (Koukourikos et al., 2021)

การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้จึงมุ่งเน้นเกี่ยวกับการเล่นบำบัด หรือ การเล่นบำบัดที่ส่งผลต่อการลดอาการสมาธิสั้นในเด็กและกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี เนื่องจากโรคสมาธิสั้นหากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมสามารถส่งผลทำให้เกิดภาวะของโรคอื่น ๆ ตามมาเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล หรือแม้แต่ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเพราะขาดการจัดการอารมณ์หรือความคิดที่เหมาะสม (Giupponi et al., 2018) ดังนั้น การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเล่นบำบัดและปัจจัยของการเล่นบำบัดที่ช่วยลดอาการโรคสมาธิสั้นช่วงวัยเด็กและวัยรุ่นตอนต้นจะเป็นประโยชน์ในเชิงป้องกันและบำบัดอาการสมาธิสั้นไม่ให้เกิดความรุนแรงและภาวะโรคแทรกซ้อนร่วมมากขึ้น รวมทั้งเพื่อช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์มีแนวทางในการรักษาและลดอาการโรคสมาธิสั้นด้วยการใช้การเล่นบำบัดที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของการเล่นบำบัดในการลดอาการของโรคสมาธิสั้นในเด็กของวรรณกรรมที่ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2015-2024

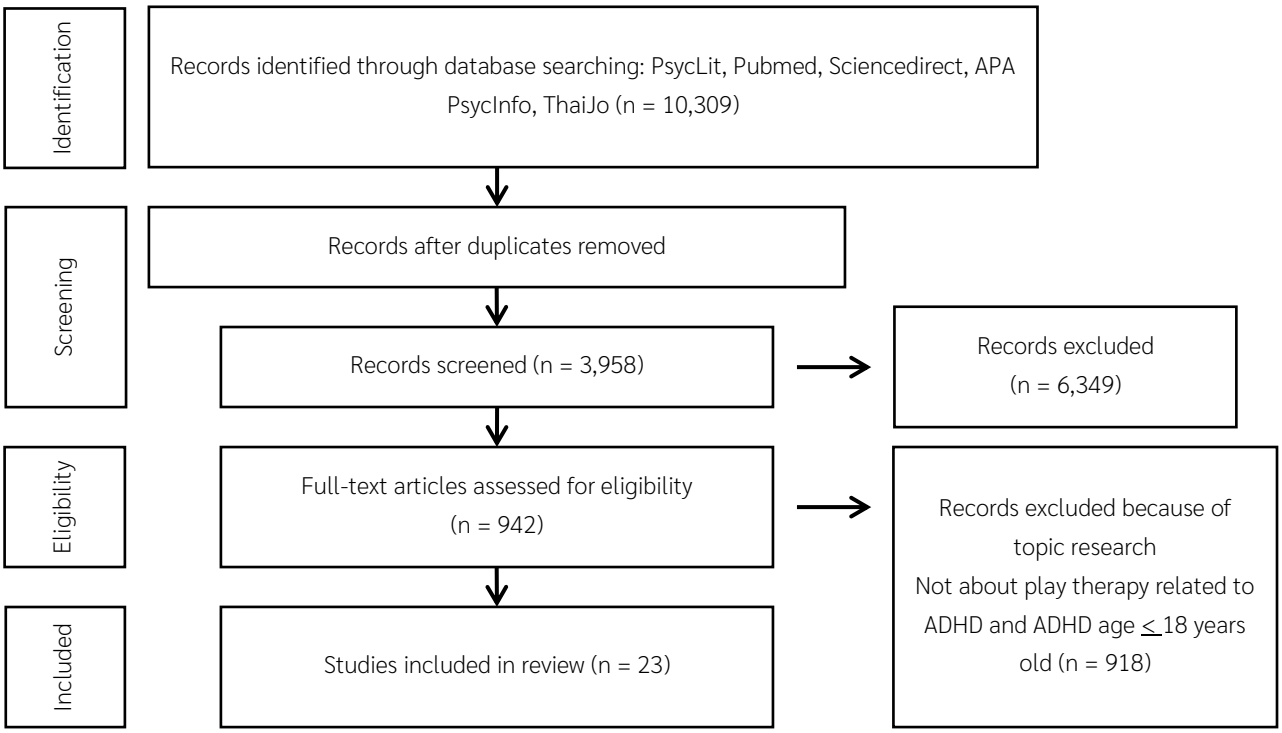
วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ตามแนวทาง PRISMA (preferred reporting Items for systematic reviews and meta-analyses) (Page et al., 2021) โดยทำการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ 5 ฐานข้อมูล ได้แก่ PsycLit, PubMed, ScienceDirect, APA PsycInfo และ ThaiJo ในวันที่ 20 เมษายน 2567 โดยใช้การสืบค้นใช้คำสำคัญและตรรกะบูลีน (Boolean logic) ดังนี้: ("play therapy" OR "play-based intervention") AND ("ADHD" OR "attention deficit hyperactivity disorder") AND (child* OR adolescent*)

เกณฑ์คัดเข้าประกอบด้วย: (1) บทความวิจัยตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2015-2024 (2) งานวิจัยเป็น research articles หรือ journal articles (3) เป็นภาษาอังกฤษหรือไทย (4) เป็นบทความฉบับเต็มที่เข้าถึงได้ (5) กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กหรือวัยรุ่นอายุไม่เกิน 18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น (6) ศึกษาผลของการเล่นบำบัดต่ออาการโรคสมาธิสั้น เกณฑ์คัดออกประกอบด้วย: (1) บทความที่ไม่ใช่งานวิจัย เช่น บทความวิชาการ บทความปริทัศน์ และบทบรรณาธิการ (2) งานวิจัยที่ไม่ได้ระบุรายละเอียดวิธีการศึกษาชัดเจน (3) งานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่

จากการสืบค้นเบื้องต้นพบบทความทั้งสิ้น 10,309 เรื่อง หลังจากคัดกรองชื่อเรื่องและบทคัดย่อตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก เหลือ 3,958 เรื่อง จากนั้นทำการอ่านบทความฉบับเต็มและประเมินตามเกณฑ์อีกครั้ง คงเหลือบทความที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด 23 เรื่อง ดังแสดงในแผนภูมิ PRISMA การประเมินคุณภาพของบทความใช้แบบประเมิน the Joanna Briggs Institute (JBI) critical appraisal checklist สำหรับแต่ละรูปแบบการศึกษา โดยผู้วิจัย 2 คนประเมินอย่างเป็นอิสระ หากมีความเห็นไม่ตรงกันจะปรึกษาผู้เชี่ยวชาญคนที่ 3 เพื่อหาข้อสรุป การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการสังเคราะห์เชิงเนื้อหา (content synthesis) โดยสกัดข้อมูลสำคัญจากแต่ละบทความตามประเด็นที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ได้แก่ รูปแบบการเล่นบำบัด ระยะเวลา ความถี่ ผลลัพธ์ที่วัด และขนาดอิทธิพล จากนั้นจัดกลุ่มและวิเคราะห์แนวโน้มของผลการศึกษา ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1
ขั้นตอนการสืบค้น และคัดเลือกงานวิจัย



หมายเหตุ. ดัดแปลงจาก "The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews," by Page et al., *PLOS Med, 18*(3), (p.10) 2021, (https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003583). Copyright 2021 by Creative Commons Attribution License.

ผลการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเล่นบำบัดสามารถช่วยลดอาการของโรคสมาธิสั้นได้โดยมีปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของการเล่นบำบัดในการลดอาการของโรคสมาธิสั้นในเด็กคือ (1) การพัฒนาการสื่อสารและการตระหนักรู้ (2) การเสริมสร้างความมั่นใจในการแก้ไขปัญหา (3) การพัฒนาทักษะทางสังคมภายใต้ความสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และ (4) การเสริมสร้างทักษะการควบคุมตนเองผ่านกิจกรรมการเคลื่อนไหว ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1
การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเล่นบำบัดที่ส่งผลต่ออาการของโรคสมาธิสั้นในเด็ก ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2015-2024

แหล่งอ้างอิง	วิธีการศึกษา	ผลการวิเคราะห์ปัจจัย	ระดับความน่าเชื่อถือ
Dastamooz et al., 2023	meta-analysis, บทความวิจัย 37 ชิ้น จากฐานข้อมูล Web of Science, Psych INFO, Embase, The Cochrane Library, PubMed, SPORTDiscus, และ CINAHL ตีพิมพ์ช่วงปี ค.ศ. 2015-2022	**ปัจจัยการเสริมสร้างทักษะการควบคุมตนเองผ่านกิจกรรมการเคลื่อนไหว** มีประสิทธิผลในการพัฒนาความไม่จดจ่อของกลุ่ม ความสามารถในการควบคุมยับยั้ง แต่ ไม่บ่งชี้ว่าช่วยในการจัดการอารมณ์สังคม ความจำระยะสั้น ความหุนหันพลันแล่น และพฤติกรรมที่เหมาะสมในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่มีอาการ ADHD	1

แหล่งอ้างอิง	วิธีการศึกษา	ผลการวิเคราะห์ปัจจัย	ระดับความน่าเชื่อถือ
Ginapp et al., 2023	qualitative study, กลุ่มตัวอย่างที่ถูกวินิจฉัยว่ามีอาการ ADHD จำนวน 43 คน เป็นผู้หญิงจำนวน 84% และผู้ชายจำนวน 16%	**ปัจจัยการพัฒนาทักษะทางสังคมภายใต้ความสัมพันธ์ที่ปลอดภัย** ในกลุ่มสังคม online ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการทางความคิดผ่านการพูดคุยแลกเปลี่ยน ซึ่งช่วยลดอาการ ADHD ผ่านการแลกเปลี่ยนวิธีการทางความคิดและวิธีการใหม่ในการรับมือกับปัญหา	3c
Lan et al., 2023	controlled trial without randomized, วัยรุ่นจำนวน 194 คน ผู้หญิงจำนวน 53.1% และผู้ชายจำนวน 46.9% ที่มีการประเมินอาการ ADHD กระบวนการในการตีความการสนับสนุนทางสังคม และความยืดหยุ่นทางความคิด จำนวน 3 ครั้ง	**ปัจจัยในการเสริมความมั่นใจในการแก้ปัญหา** ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีการพัฒนากระบวนการทางความคิดที่ตีความสถานการณ์ทางสังคมและมีวิธีการรับมือกับปัญหาส่งผลต่ออาการ ADHD ที่ดีขึ้น	3a
Liu et al., 2023	systematic review, งานวิจัยจำนวน 10 ชิ้น จากฐานข้อมูล PubMed, ProQuest Dissertations and Theses, Web of Science, EBSCO host, CNKI, Scopus, และ Wanfang ที่ตีพิมพ์ช่วงปี ค.ศ. 1994- 2022	การบำบัดแบบ acceptance and commitment therapy (ACT) ซึ่งเป็น**ปัจจัยการพัฒนาการสื่อสารและตระหนักรู้ในตนเอง** ช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตใจ และกระบวนการทางด้านความคิดที่ช่วยเพิ่มความสามารถด้านการจดจ่อ การตีความ และความยืดหยุ่นทางจิตใจด้วยเทคนิคต่าง ๆ เช่น mindfulness	1
Seery et al., 2023	qualitative study, กลุ่มตัวอย่างที่ถูกวินิจฉัยว่ามีอาการ ADHD จำนวน 49 คน เป็นผู้หญิง จำนวน 67.4% และผู้ชาย จำนวน 32.6%	**ปัจจัยการพัฒนาการสื่อสารและตระหนักรู้ในตนเอง** การใช้บำบัดแบบ acceptance and commitment therapy (ACT) ช่วยปรับกระบวนการทางความคิดและพฤติกรรม เพื่อให้มีวิธีการรับมือกับปัญหาได้	3c
Chan et al., 2022	Consensus, การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผลของการออกกำลังกายที่มีต่อเด็กที่มีอาการ ADHD	**ปัจจัยการเสริมสร้างทักษะการควบคุมตนเองผ่านกิจกรรมการเคลื่อนไหว** มีประสิทธิผลในการช่วยลดอาการ ADHD ช่วยเพิ่ม executive function เพิ่มสารสื่อประสาท เช่น serotonin, dopamine, BDNF การไหลเวียนของเลือดในสมองและเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการทำงานของสมองต่าง ๆ	4
Groenman et al., 2022	meta-analysis, การนำข้อมูลจาก IPDMA มาวิเคราะห์ จากงานวิจัย RCT กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,885 คน ที่มีอายุเฉลี่ย 8.78 ปี ที่มีอาการ ADHD และได้รับการทำพฤติกรรมบำบัดมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม	พฤติกรรมบำบัดที่เน้นการเสริมแรง การสื่อสารความต้องการ และพฤติกรรมที่เหมาะสมตามสถานการณ์ ช่วยพัฒนา**ปัจจัยการพัฒนาการสื่อสารและตระหนักรู้ในตนเอง**สามารถช่วยลดอาการ ADHD และปัญหาพฤติกรรมอื่น ๆ ได้	1
Parkin et al., 2022	systematic review, งานวิจัยจำนวน 13 ชิ้น จากฐานข้อมูล Embase, PubMed, PsychINFO, CINAHL, The Cochrane Library, และ Web Science ที่ตีพิมพ์ช่วงปี ค.ศ. 1980-2021	**ปัจจัยการพัฒนาทักษะทางสังคมภายใต้ความสัมพันธ์ที่ปลอดภัย**ทั้งในการให้ psychoeducation based intervention ที่มีองค์ความรู้เกี่ยวกับ ADHD กับพ่อแม่ การช่วยเหลือสนับสนุนจากโรงเรียน ร่วมกับการบำบัดพฤติกรรมการบำบัดที่มีการให้ความรู้ และการบำบัดอื่น ๆ เช่น การใช้เทคโนโลยีและการเขียนเพื่อควบคุมพฤติกรรมสามารถช่วยลดอาการ ADHD ได้	1
Sun et al., 2022	meta-analysis, งานวิจัย RCTs จำนวน 15 ชิ้น จากฐานข้อมูล Embase, PubMed,	**ปัจจัยการเสริมสร้างทักษะการควบคุมตนเองผ่านกิจกรรมการเคลื่อนไหว**ช่วยเพิ่มความสามารถในการ	1

แหล่งอ้างอิง	วิธีการศึกษา	ผลการวิเคราะห์ปัจจัย	ระดับความน่าเชื่อถือ
	PsychINFO, CINAHL, The Cochrane Library, และ Web Science ที่ตีพิมพ์ช่วงปี ค.ศ. 1980-2021	จดจ่อ ลดอาการ hyperactivity ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมก้าวร้าวกลุ่มที่มีอาการ ADHD และเพิ่ม executive function และ motor skills ในเด็กกลุ่มเด็กที่มีอาการ ADHD ได้	
Wilkes-Gillan et al., 2022	RCT, กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการ ADHD จำนวน 29 คน อายุ 5-11 ปี ถูกสุ่มให้เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 15 คน และเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 14 คน	**ปัจจัยการพัฒนาทักษะทางสังคมภายใต้ความสัมพันธ์ที่ปลอดภัย** ในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดที่ใช้หลักการของ play therapy โดยมีเพื่อนร่วมเล่นในชั่วโมงบำบัดมีการพัฒนาความสามารถด้านการคิด การจัดการอารมณ์ และทักษะทางสังคมที่มีผลต่อการลดอาการ ADHD	1
Yodkaew, Nukaew & Khanchong, 2021	quasi-experiment, เด็กอายุ 7-11 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกปลูกคิด โรงพยาบาลอ่างทอง จำนวน 60 คน ถูกสุ่มเข้าร่วมกลุ่มทดลองเข้าโปรแกรมการเล่นบำบัด จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน	**ปัจจัยการพัฒนาทักษะทางสังคมภายใต้ความสัมพันธ์ที่ปลอดภัย** จากการบำบัดส่งผลต่อกลุ่มทดลองมีทักษะทางสังคมเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนเข้ารับการบำบัด และมากขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม	2
Wong et al., 2019	quasi-experiment, วัยรุ่นที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็น ADHD จำนวน 63 คนอายุ 10-18 ปี ที่ถูกคัดเลือกจากคลินิกส่วนตัวกลุ่มสนับสนุนพ่อแม่ และหน่วยงานบริการทางด้านการศึกษา	**ปัจจัยการพัฒนาการสื่อสารและการตระหนักรู้** ในกลุ่มตัวอย่างที่เชื่อว่า ADHD ส่งผลต่อตัวเองน้อย คาดว่าจะใช้ระยะเวลาในการรักษามากกว่า และความเชื่อในความสามารถของตนในการรับมือ (sense of coherence) มีความสอดคล้องกับความสามารถในการจัดการ ADHD ที่มีประสิทธิภาพในการจัดการมากกว่า	2
Yuenyong and Yunibhand, 2019	quasi-experiment, เด็กอายุ 6-9 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเข้ากลุ่มทดลองที่ได้รับการเล่นบำบัด จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ 20 คน	**ปัจจัยการพัฒนาทักษะทางสังคมภายใต้ความสัมพันธ์ที่ปลอดภัย** ในกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการเล่นบำบัดมีอาการ ADHD แตกต่างจากก่อนเข้ารับการบำบัด และกลุ่มควบคุมที่บ่งชี้ว่าการเล่นบำบัดช่วยลดอาการ ADHD ทั้งในการขาดสมาธิและอาการหุนหันพลันแล่น	2
Giupponi et al., 2018	systematic review, จากฐานข้อมูล PubMed/MEDLINE, Scopus, PsycLit, และ PsycINFO ที่เป็น articles และบทในหนังสือที่ตีพิมพ์ตั้งแต่อดีตจนถึงปี ค.ศ. 2017	**ปัจจัยในการเสริมความมั่นใจในการแก้ปัญหา** สามารถช่วยลดอาการ ADHD ด้านความหุนหันพลันแล่น รวมถึงส่งเสริมให้บุคคลลดความเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย เนื่องจากอาการ ADHD ด้านความหุนหันพลันแล่นมีความเชื่อมโยงกับความสามารถในรับมือกับอารมณ์ของตนเอง	1
Puiu et al., 2018	qualitative review, การทบทวนวรรณกรรมที่เป็น systematic review และเกี่ยวข้องกับ S/fMRI ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็น ADHD และ DBD (disruptive behavior disorders)	**ปัจจัยในการเสริมความมั่นใจในการแก้ปัญหา**ช่วยพัฒนาสมองส่วนต่าง ๆ เกี่ยวข้องกับความก้าวร้าว หุนหันพลันแล่น และการขาดความยับยั้งในการตอบสนอง ซึ่งส่งผลต่อช่วยการลดอาการ ADHD ด้านความหุนหันพลันแล่น รวมถึงลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุคคลที่มีอาการ DBD	2
Cochran and Cochran, 2017	quasi-experiment, กลุ่มตัวอย่างจำนวน 65 คน ถูกนำมาคำนวณในการศึกษาครั้งนี้ เป็นนักเรียนชั้นอนุบาล 3 และชั้นประถมศึกษาปี	**ปัจจัยการสื่อสารและการตระหนักรู้ และปัจจัยการพัฒนาทักษะทางสังคมภายใต้ความสัมพันธ์ที่ปลอดภัย** เอื้อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถลด	2

แหล่งอ้างอิง	วิธีการศึกษา	ผลการวิเคราะห์ปัจจัย	ระดับความน่าเชื่อถือ
	ที่ 5 กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการบำบัดแบบ child-centered play therapy (CCPT) เป็นระยะเวลา 18 sessions	externalizing behaviors เช่น ความก้าวร้าว ความฝ่าฝืนกฎระเบียบ และความไม่รับผิดชอบในหน้าที่และสามารถจัดการปัญหาได้	
Robinson et al., 2017	case-study, เด็กนักเรียนชั้น ป.1 จำนวน 3 คน ที่เข้าเกณฑ์วินิจฉัย 6 ข้อหรือมากกว่าใน DSM-IV และได้คะแนนระดับกลางถึงสูงใน attention deficit disorders evaluation scale (4th ed.; ADDES-4) กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการบำบัดแบบ child-centered play therapy (CCPT) 30 นาที/ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์	**ปัจจัยการสื่อสารและการตระหนักรู้ ปัจจัยการเสริมสร้างความมั่นใจในการแก้ปัญหา และปัจจัยการพัฒนาทักษะทางสังคมภายใต้ความสัมพันธ์ที่ปลอดภัย** ช่วยลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในห้องเรียน พฤติกรรมก่อกวน ความไม่สามารถในการจดจ่อ และเพิ่มพฤติกรรมของเด็กที่ทำตามหน้าที่และการรับมือกับความเครียดได้	3c
Vélez-van-Meerbeke et al., 2017	case-control study, กลุ่มตัวอย่างจำนวน 202 คน กลุ่มทดลองจำนวน 117 คน และเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 85 คน กลุ่มตัวอย่างจะถูกคัดผ่านเกณฑ์ DSM-IV ว่าเข้าเกณฑ์วินิจฉัย ADHD และ BASC ที่ทำโดยพ่อแม่และครู พ่อแม่จะต้องทำ Wender-Utah rating scale โดยมี cut-off point 36 คะแนน และเด็กที่มีปัญหาทางสติปัญญาประเมินโดย WISC-IV จะถูกคัดออก	ปัจจัยทางพันธุกรรมที่ระบุว่าคนในครอบครัวมีอาการ ADHD และปัจจัยทางสภาพแวดล้อม เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว มีความเกี่ยวข้องทางบวกกับการพัฒนาอาการของโรค ADHD โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาภายในครอบครัว อย่างไรก็ตาม **ปัจจัยการพัฒนาทักษะทางสังคมภายใต้ความสัมพันธ์ที่ปลอดภัย**สามารถลดอาการ ADHD ทั้งในเรื่องการขาดสมาธิและความหุนหันพลันแล่นลดลงได้	3b
Winburn et al., 2017	case-study, เด็กผู้ชายชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ที่มีปัญหาพฤติกรรมในห้องเรียน มีความยากลำบากในการทำตามและเชื่อฟังคำสั่ง และมีความก้าวร้าวกับเพื่อน เข้ารับการบำบัดกับนักจิตวิทยาโรงเรียนเป็นเวลา 9 สัปดาห์	**ปัจจัยการพัฒนาทักษะทางสังคมภายใต้ความสัมพันธ์ที่ปลอดภัย** จาก group play therapy และปัจจัยการสื่อสารและการตระหนักรู้ในการทำ individual play therapy มีผลให้เคสตัวอย่างลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในห้องเรียน และสามารถสื่อสารความต้องการของตัวเองได้อย่างเหมาะสม ทำให้ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวกับเพื่อนลดลง	3c
Ayuandita and Handaya, 2016	qualitative study, มารดาที่มีลูกถูกวินิจฉัยว่าเป็น ADHD จำนวน 3 คน ที่เลือกการบำบัดรักษาที่แตกต่างกัน ได้แก่ การใช้ยา พฤติกรรมบำบัด และการใช้ยาควบคู่กับพฤติกรรมบำบัด	ความร่วมมือระหว่างนักจิตวิทยา จิตแพทย์ พ่อแม่ และครู รวมถึง**ปัจจัยการพัฒนาทักษะทางสังคมภายใต้ความสัมพันธ์ที่ปลอดภัย** มีผลอย่างมากต่อผลของการรักษา ADHD อย่างไรก็ตาม สถานภาพทางการเงินมีผลต่อการเลือกวิธีการในการรักษา ADHD	3c
Chan et al., 2016	systematic review, การทบทวนวรรณกรรมจากฐานข้อมูล CINAHL Plus, MEDLINE, PsycINFO, ERIC, และ Cochrane ที่ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 1999-2016 ในประเด็นการรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยรุ่นอายุ 12-18 ปี	**ปัจจัยการเสริมสร้างความมั่นใจในการแก้ปัญหา** ส่งเสริมให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งช่วยลดอาการ ADHD ที่เกี่ยวข้องกับความหุนหันพลันแล่นและส่งผลต่อการเรียนและการจัดการสิ่งต่าง ๆ ได้ดีขึ้น	1
Wilkes-Gillan et al., 2016	RCT, กลุ่มตัวอย่างอายุ 5-11 ปี ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็น ADHD ถูกสุ่มเข้ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดแนว play-based intervention จำนวน 15 คน เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมจำนวน 14 คน ที่ต้องรอในการเข้ารับการบำบัดแนว play-based intervention	**ปัจจัยการพัฒนาทักษะทางสังคมภายใต้ความสัมพันธ์ที่ปลอดภัย**ในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดแนว play-based intervention มี social play skills หรือทักษะทางสังคมในการเล่นกับผู้อื่นเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมี social play skills เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนเข้ารับการบำบัด	2

แหล่งอ้างอิง	วิธีการศึกษา	ผลการวิเคราะห์ปัจจัย	ระดับความน่าเชื่อถือ
Fernández de la Cruz et al., 2015	meta-analysis, กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD จำนวน 579 คน นำมาทำ secondary analyses โดยดึงข้อมูลจาก multimodal treatment study of children with ADHD (MTA)	**ปัจจัยการเสริมสร้างความมั่นใจในการแก้ปัญหา**ช่วยให้เด็ก ADHD เรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาและจัดการอารมณ์ของตนเอง ซึ่งส่งผลต่อการลดความหงุดหงิดฉุนเฉียวและอาการหุนหันพลันแล่นในเด็ก ADHD	1

วิจารณ์

การวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของการเล่นบำบัดในการลดอาการของโรคสมาธิสั้นในเด็ก จากการทบทวนวรรณกรรมที่ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2015-2024 ประกอบไปด้วย

1. การพัฒนาการสื่อสารและการตระหนักรู้ โดยการเล่นบำบัดจะช่วยให้เด็กได้พัฒนาการสื่อสารในรูปแบบของตัวเองผ่านการเล่น ทำให้นักบำบัดเห็นถึงความรู้สึกและอารมณ์ที่แท้จริงของเด็กที่อาจไม่สามารถสื่อสารออกมาอย่างตรงไปตรงมาได้ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการทางทฤษฎีของ Piaget (1952) ที่กล่าวว่าช่วงอายุ 10 ปีแรกของเด็ก เด็กอาจไม่มีความสามารถในการเข้าใจสิ่งที่ซับซ้อนและยังไม่มีกระบวนการทางคิดที่สามารถสื่อสารสิ่งที่เป็นนามธรรมออกมาได้ การเล่นจึงเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้เด็กเกิดความเข้าใจและสื่อสารอารมณ์ของตนเอง (Cattanach, 2008) การที่เด็กมีอาการโรคสมาธิสั้นสามารถสื่อสารอารมณ์ความรู้สึก และความคิดของตัวเองนั้นช่วยให้นักบำบัดสามารถสะท้อนอารมณ์และความคิดดังกล่าวให้เด็กเกิดการตระหนักรู้ในตัวเอง (Cochran & Cochran, 2017) ซึ่งการตระหนักรู้และเท่าทันอารมณ์และความรู้สึกถือเป็นจุดเริ่มต้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเรียนรู้วิธีการใหม่ในการควบคุมอารมณ์ของตน (Seery et al., 2023) สอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่า การเล่นบำบัดที่มีนักบำบัดช่วยให้เด็กพัฒนาการสื่อสารและการตระหนักรู้นั้นมีส่วนช่วยให้เด็กเกิดการเรียนรู้วิธีการในการควบคุมอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้น รวมถึงพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสมในการแสดงออกซึ่งสามารถลดอาการในส่วนของพฤติกรรมที่มากเกินพอดีและความหุนหันพลันแล่น (hyperactivity-impulsivity) รวมถึงพฤติกรรมภายนอกที่เป็นปัญหา (externalizing behaviors) เช่น ความก้าวร้าว การฝ่าฝืนกฎระเบียบ ความไม่รับผิดชอบในหน้าที่ของตัวเอง และการขาดความสามารถในการจดจ่อได้ (Cochran & Cochran, 2017) ปัจจัยด้านการพัฒนาการสื่อสารและการตระหนักรู้ของการเล่นบำบัดจึงสอดคล้องกับหลักการทางทฤษฎีของ Donald Winnicott ที่กล่าวว่าการเล่นเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาความสามารถในการสื่อสารทางอารมณ์และการจัดการทางอารมณ์ของเด็ก ซึ่งการที่เด็กจะสามารถควบคุมอารมณ์ รอคอย และจดจ่อกับบางสิ่งบางอย่างได้นั้นเป็นเรื่องจำเป็นอย่างยิ่งที่เด็กจะต้องเรียนรู้ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เลี้ยงดู โดยการเล่นเป็นส่วนสำคัญของการปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวที่จะช่วยให้ผู้เลี้ยงดูสามารถสะท้อนอารมณ์ของเด็กที่เขาสื่อสารออกมาให้เด็กเกิดความเข้าใจและการตระหนักรู้ในอารมณ์ของตน (Winnicott, 1984)

จะเห็นได้ว่า การพัฒนาการสื่อสารและการตระหนักรู้ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปิดโอกาสให้เด็กได้สื่อสารความรู้สึกของตัวเอง และสร้างการตระหนักรู้ในอารมณ์ของเด็กผ่านการสะท้อนอารมณ์ สามารถช่วยให้เด็กลดอาการโรคสมาธิสั้นที่เกี่ยวข้องกับการขาดความสามารถในการจดจ่อ ความไม่สามารถรอคอย และการแสดงออกถึงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อีกทั้งช่วยลดอาการขาดการยั้งคิด และไตร่ตรอง โดยการเปลี่ยนแปลงวิธีการรับมือต่อปัญหายังส่งผลต่อการพัฒนา executive function ในเด็กที่มีอาการโรคสมาธิสั้นให้สามารถจดจ่อกับสิ่งที่ทำ ควบคุมอารมณ์ ยั้งคิด และไตร่ตรองถึงผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้น ปัจจัยดังกล่าวนี้ยังคงสอดคล้องกับแนวคิดของ Landreth (2012) ที่เสนอว่าการเล่นบำบัดเป็นกระบวนการที่นักบำบัดและครอบครัวสามารถนำไปใช้ในการดูแลเด็กที่มีอาการโรคสมาธิสั้น เนื่องจากการเล่นบำบัดช่วยให้เด็กได้ตระหนัก

รู้ทางอารมณ์ แสดงออก และจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกของตนเองผ่านการเล่นซึ่งเป็นภาษาธรรมชาติของเด็ก

2. การเสริมสร้างความมั่นใจในการแก้ไขปัญหา โดยการเล่นบำบัดเอื้อให้เด็กเชื่อว่าเด็กมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาโดยการไม่ชี้นำในการเล่นของเด็ก และการไม่เร่งรัดให้เด็กทำสิ่งต่าง ๆ ดังนั้น เมื่อเกิดปัญหาต่าง ๆ ระหว่างชั่วโมงการบำบัด นักบำบัดจะช่วยให้เด็กจดจ่อกับสิ่งที่ตนกำลังทำ รวมถึงส่งเสริมให้เด็กมองเห็นและเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง (Cochran & Cochran, 2017) ซึ่งสิ่งนี้มีส่วนสำคัญในการลดอาการที่เกี่ยวข้องกับการขาดความจดจ่อ (inattention) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่าการที่นักบำบัดเชื่อในความสามารถของเด็กและมีบุคลิกภาพที่เต็มไปด้วยความเห็นอกเห็นใจ ยอมรับ และไม่ตัดสินเด็กจะช่วยให้เด็กที่มีอาการโรคสมาธิสั้นกล้าที่จะตัดสินใจและรับผิดชอบการตัดสินใจนั้น แม้ว่าการตัดสินใจนั้นจะผิดพลาดก็ตาม การยอมรับในความผิดพลาดนี้ช่วยให้เด็กเห็นว่าตนเองสามารถเรียนรู้จากความผิดพลาดที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งเป็นการช่วยพัฒนาการตีความปัญหาในรูปแบบใหม่ (cognitive appraisal) และความยืดหยุ่นทางความคิด (cognitive flexibility) ซึ่งมีส่วนสำคัญในการช่วยให้เด็กมีความสามารถในการรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้น การตีความปัญหาในรูปแบบใหม่และความยืดหยุ่นทางความคิดยังสามารถช่วยลดอาการของโรคสมาธิสั้น เช่น การหลีกเลี่ยงการทำงานหรือกิจกรรมที่ต้องการความพยายามและสมาธิ (Cochran & Cochran, 2017) นอกจากนี้ การเสริมสร้างความมั่นใจในตัวเอง (self-efficacy) ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้เด็กเห็นความสามารถในการจัดการกับปัญหาด้วยตนเองก็มีส่วนสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยการที่นักบำบัดช่วยเด็กให้เห็นว่าพวกเขาสามารถวางแผนและแก้ไขปัญหาด้วยตัวเองได้ ซึ่งการรับรู้ตัวเองรูปแบบใหม่นี้จะช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายใน (internalizing behaviors) เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล การหลีกหนีสังคม ความรู้สึกโดดเดี่ยว และความเศร้า (Cochran & Cochran, 2017) อีกทั้งการส่งเสริมให้เด็กที่มีอาการโรคสมาธิสั้นสร้างความยืดหยุ่นทางด้านความคิดจะช่วยเพิ่มการทำงานของสมองส่วนหน้า (frontal cortex) และการทำงานของ executive function ทั้งนี้ อาการโรคสมาธิสั้นมีส่วนในการลดการทำงานของสมองส่วนหน้าทำให้เด็กขาดกระบวนการในการยั้งคิด ไตร่ตรองตามหลักเหตุและผล (Lan et al., 2023) การพัฒนา executive function ผ่านการเล่นบำบัดสอดคล้องกับทฤษฎีของ Barkley (1997) ที่เสนอว่าความบกพร่องของ executive function เป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดอาการโรคสมาธิสั้น

นอกจากนี้ การเสริมสร้างความมั่นใจในการแก้ไขปัญหาช่วยให้เด็กโรคสมาธิสั้นสามารถรับมือกับความเครียดได้ดีขึ้นไม่ว่าจะต้องเผชิญหน้ากับความเปลี่ยนแปลง ความผิดพลาด หรืองานที่มีความยาก โดยปัจจัยดังกล่าวนี้สอดคล้องกับ Koukourikos et al. (2021) ที่กล่าวว่า การเล่นบำบัดที่มีผู้บำบัดทำหน้าที่ปฏิสัมพันธ์อยู่กับเด็กหากแต่ไม่ชี้นำในการเล่นหรือการแสดงออกทางตัวตนหรือพฤติกรรมจะช่วยส่งเสริมให้เด็กได้เรียนรู้ที่จะทำความเข้าใจตัวเองและสื่อสารความต้องการภายใต้สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม รวมถึงเชื่อมั่นในศักยภาพในการแก้ไขปัญหาของตัวเอง ซึ่งนั่นทำให้เด็กมีพัฒนาการทางด้านพฤติกรรมและจิตใจที่ดีตามช่วงวัย

โดยปัจจัยด้านการพัฒนาการสื่อสารและการตระหนักรู้และการเสริมสร้างความมั่นใจในการแก้ไขปัญหานั้นมีความสอดคล้องกับองค์ประกอบของการเล่นบำบัดที่ Axline (1947) นักจิตวิทยาผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้การเล่นบำบัดในการบำบัดและปรับพฤติกรรมเด็กระบุไว้ว่า การเล่นบำบัดมี 8 องค์ประกอบหลักที่สำคัญ ดังนี้ 1) การให้เด็กพัฒนาการสื่อสารและความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น 2) การให้เด็กแสดงการยอมรับในตัวเอง 3) การเปิดให้เด็กได้สื่อสารความรู้สึกของตัวเอง 4) การสร้างการตระหนักรู้ในอารมณ์ของเด็กผ่านการสะท้อนอารมณ์ 5) การเชื่อว่าเด็กมีความสามารถในการแก้ไขปัญหา 6) การไม่ชี้นำในการเล่นของเด็ก 7) การไม่เร่งรัดให้เด็กทำสิ่งต่าง ๆ และ 8) การสร้างขอบเขตของความสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในการบำบัด เพื่อให้เด็กยังคงอยู่กับความเป็นจริงที่จับต้องได้มากกว่าจินตนาการและความเพ้อฝัน หากการเล่นบำบัดมีองค์ประกอบเหล่านี้ เด็กจะสามารถถูกช่วยเหลือเยียวยาทางด้านอารมณ์และพัฒนาบุคลิกภาพอย่างเหมาะสม

3. การพัฒนาทักษะทางสังคมภายใต้ความสัมพันธ์ที่ปลอดภัย โดยการเล่นบำบัดจะทำหน้าที่ส่งเสริมทักษะทางสังคมผ่านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กและนักบำบัด รวมถึงการสร้างขอบเขตของความสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในการบำบัด สิ่งเหล่านี้ส่งเสริมให้เด็กที่มีอาการโรคสมาธิสั้น สังเกตสถานการณ์ทางสังคม บุคคลและสิ่งรอบตัวมากขึ้น (Cochran & Cochran, 2017) รวมถึงฝึกการยับยั้งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จากการสังเกตปฏิกิริยาโต้ตอบของนักบำบัด (Wilkes-Gillan et al., 2016) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่า การเล่นบำบัดนั้นมีส่วนช่วยในการพัฒนาทักษะทางสังคมของเด็กโรคสมาธิสั้น (Yodkaew, Nukaew & Khanchong, 2021) และช่วยให้เด็กโรคสมาธิสั้นลดอาการขาดสมาธิและอาการหุนหันพลันแล่น (Yuenyong & Yunibhand, 2019) จะเห็นได้ว่า การส่งเสริมทักษะทางสังคมและการสร้างขอบเขตของความสัมพันธ์ที่ปลอดภัยนั้นสามารถลดอาการ พฤติกรรมที่มากจนไม่เหมาะสมร่วมกับความหุนหันพลันแล่น (hyperactivity-impulsivity)

4. การเสริมสร้างทักษะการควบคุมตนเองผ่านกิจกรรมการเคลื่อนไหว โดยปัจจัยนี้จะช่วยให้เด็กได้เรียนรู้วิธีการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมผ่านการทำกิจกรรมในสภาพแวดล้อมที่ถูกควบคุม และการฝึกหัดในสถานการณ์ที่ปลอดภัยจะช่วยให้เด็กสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่า การมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวทางร่างกายในการเล่นบำบัดสามารถส่งเสริมการพัฒนาของ executive function ที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจดจ่อ ตัดสินใจ รวมถึงความสามารถในการควบคุมกำกับพฤติกรรมและอารมณ์ (Sun et al., 2022) และยังสอดคล้องกับงานงานวิจัยที่ระบุว่า กิจกรรมการเคลื่อนไหวทางร่างกายที่มากพอยังสามารถเปลี่ยน neurobiological mechanism ทำให้โครงสร้างและการทำงานของสมองส่วน bilateral amygdala, accumbens, hippocampus, และ frontal lobes เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการจดจ่อและควบคุม (Dastamooz et al., 2023) ดังนั้น กิจกรรมการเคลื่อนไหวทางร่างกายในการเล่นบำบัดจึงช่วยลดอาการโรคสมาธิสั้นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นของการขาดความสามารถในการจดจ่อ (inattention) อย่างไรก็ตาม การออกกำลังหรือกิจกรรมการเคลื่อนไหวไม่ได้มีอิทธิพลมากพอที่จะช่วยลดอาการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่มากเกินพอดี เช่น หัวเราะหรือพูดเสียงดังในสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสม และความหุนหันพลันแล่น (hyperactivity-impulsivity) รวมถึงไม่ได้ช่วยลดปัญหาทางด้านการเข้าสังคม (Sun et al., 2022)

สรุป

การเล่นบำบัดมีปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดอาการโรคสมาธิสั้นในเด็กทั้งในด้านการขาดสมาธิ (inattention) และพฤติกรรมที่มากเกินพอดี/หุนหันพลันแล่น (hyperactivity-impulsivity) ได้แก่ การพัฒนาการสื่อสารและการตระหนักรู้ ซึ่งช่วยให้เด็กสามารถสื่อสารและเข้าใจอารมณ์ของตัวเอง ทำให้ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ดีขึ้น การเสริมสร้างความมั่นใจในการแก้ไขปัญหาช่วยให้เด็กพัฒนาความยืดหยุ่นทางความคิดและสามารถรับมือกับงานที่ต้องใช้สมาธิ การพัฒนาทักษะทางสังคมช่วยให้เด็กสามารถสังเกตและควบคุมพฤติกรรมในสถานการณ์ทางสังคมได้อย่างเหมาะสม และการเสริมสร้างทักษะการควบคุมตนเองผ่านกิจกรรมการเคลื่อนไหวที่ช่วยพัฒนา executive function เช่น การจดจ่อและการตัดสินใจ ซึ่งช่วยลดอาการขาดสมาธิและเพิ่มความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

ข้อเสนอแนะ

1. การเล่นบำบัดมีศักยภาพในการช่วยลดอาการโรคสมาธิสั้นในเด็กทั้งในด้านการขาดสมาธิ (inattention) และพฤติกรรมที่มากเกินพอดี/หุนหันพลันแล่น (hyperactivity-impulsivity) หากบุคลากรทางการแพทย์จะนำวิธีการดังกล่าวไปปรับใช้ ควรพิจารณาปัจจัยการเล่นบำบัดด้านการพัฒนาทักษะทางสังคม การสื่อสาร การจัดการอารมณ์ และการแก้ปัญหา และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยการวิจัยที่ใช้กลุ่มตัวอย่างเฉพาะเจาะจง เพื่อประเมินประสิทธิผลของการเล่นบำบัดในกลุ่มเด็ก ADHD อย่างละเอียด นอกจากนี้ ยังควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาว

(longitudinal studies) เพื่อติดตามพัฒนาการของเด็กที่ได้รับการบำบัดจนถึงวัยผู้ใหญ่ และเพื่อประเมินผลของการเล่นบำบัดในการลดอาการและพัฒนาการของโรคสมาธิสั้นในระยะยาว

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการเล่นบำบัดแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม เพื่อประเมินว่ารูปแบบใดมีประสิทธิผลมากกว่าสำหรับอาการโรคสมาธิสั้นในเด็กประเภทต่าง ๆ

เอกสารอ้างอิง (References)

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Fifth edition, text revision* (DSM-5-TR). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

Axline, V. M. (1947). *Play therapy: The inner dynamics of childhood*. Houghton Mifflin Company.

Ayuandita, E., & Handaya, R. M. (2016). The successful ADHD therapy result based on mother's therapy decision making process. Procedia-*Social and Behavioral Sciences*, *217*, 1098-1102. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.02.121

Barkley, R. A. (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.). Guilford Press.

Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, *121*(1), 65-94. https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.65

Cattanach, A. (2008). *Play therapy with abused children* (2nd ed.). Jessica Kingsley Publishers.

Chan, E., Fogler, J. M., & Hammerness, P. G. (2016). Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents: A systematic review. *JAMA*, *327*(18), 1792-1807. http://doi.org/jama.2016.5453

Chan, Y. -S., Jang, J. -T., & Ho, C. -S. (2022). Effects of physical exercise on children with attention deficit hyperactivity disorder. *Biomedical Journal*, *45*(2), 265-270. https://doi.org/10.1016/j.bj.2021.11.011

Cochran, J. L., & Cochran, N. H. (2017). Effects of child-centered play therapy for students with highly-disruptive behavior in high-poverty schools. International *Journal of Play Therapy*, *26*(2), 59-72. http://dx.doi.org/10.1037/pla0000052

Dastamooz, S., Sadeghi-Bahmani, D., Farahani, M. H. D., Wong, S. H. S., Yam, J. C. S., Tham, C. C. Y., & Sit, C. H. P. (2023). The efficacy of physical exercise interventions on mental health, cognitive function, and ADHD symptoms in children and adolescents with ADHD: An umbrella review. *eClinicalMedicine*, *62*, 1-15. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102137

Fernández de la Cruz, L., Simonoff, E., McGough, J. J., Halperin, J. M., Arnold, L. E., & Stringaris, A. (2015). Treatment of children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and irritability: Results from the multimodal treatment study of children with ADHD (MTA). *Journal of The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *54*(1), 62-17. http://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.006

Ginapp, C. M., Greenberg, N. R., Macdonald-Gagnon, G., Angarita, G. A., Bold, K. W., & Potenza, M. N. (2023). The experiences of adults with ADHD in interpersonal relationships and online communities: A qualitative study. *SSM-Qualitative Research in Health*, *3*, 1-9. https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2023.100223

Giupponi, G., Giordano, G., Maniscalco, I., Erbuto, D., Berardelli, I., Conca, A., Lester, D., Girardi, P., & Pompili. (2018). Suicide risk in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatria Danubina*, *30*(1), 2-10. https://doi.org/10.24869/psyd.2018.2

Groenman, A. P., Hornstra, R., Hoekstra, P. J., Steenhuis, L., Aghebati, A., Boyer, E. B., Buitelaar, J. K., Chronis-Tuscano, A., Daley, D., Dehkordian, P., Dvorsky, M., Franke, N., DuPaul, G. J., Gershy, N., Harvey, E., Hennig, T., Herbert, S., Langberg, J., Mautone, J. A., ... & van den Hoofdakker, B. J. (2022). An individual participant data meta-analysis: Behavioral treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *61*(2), 144-158. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.02.024

Koukourikos, K., Tsaloglidou, A., Tzeha, L., Iliadis, C., Frantzana, A., Katsimbeli, A., & Kourkouta, L. (2021). An overview of play therapy. *Materia Socio-Medica*, *33*(4), 293-297. https://doi.org/10.5455/msm.2021.33.293-297

Lan, X., Ma, C., & Ma, Y. (2023). "Three pills" (cognitive reappraisal × social support × cognitive flexibility) and their impact on ADHD symptoms in early adolescence: Synergistic or compensatory effect?. *Personality and Individual Differences*, *211*, 1-7. https://doi.org/10.1016/j.paid.2023.112246

Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of the relationship* (3rd ed.). Routledge.

Lillard, A. S. (2013). Playful learning and Montessori education. *American Journal of Play*, *5*(2), 157-186.

Lin, Y.- W., & Bratton, S. C. (2015). A meta-analytic review of child-centered play therapy approaches. *Journal of Counseling & Development*, *93*, 45-58. https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2015.00180.x

Liu, H., Liu, N., Chong, S. T., Koh, E. K. B. Y., & Badayai, A. R. A. (2023). Effects of acceptance and commitment therapy on cognitive function: A systematic review. *Heliyon*, *9*(3), e14057. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e14057

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... & Moher, D. (2021). *The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews*. *PLOS Med*, *18*(3). https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003583

Parkin, R., Mc Nicholas, F., & Hayden, J. C. (2022). A systematic review of interventions to enhance adherence and persistence with ADHD pharmacotherapy. *Journal of Psychiatric Research*, *152*, 201-218. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.05.044

Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children*. International Universities Press.

Puiu, A. A., Wudarczyk, O., Goerlich, K. S., Votinov, M., Herpertz-Dahlmann, B., Turetsky, B., & Konrad, K. (2018). Impulsive aggression and response inhibition in attention-deficit/hyperactivity disorder and disruptive behavioral disorders: Findings from a systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *90*, 231-246. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.04.016

Robinson, A., Simpson, C., & Hott, B. L. (2017). The effects of child-centered play therapy on the behavioral performance of three first grade students with ADHD. *International Journal of*

Play Therapy, *26*(2), 73-83. http://dx.doi.org/10.1037/pla0000047

Seery, C., Leonard-Curtin, A., Naismith, L., King, N., Kilbride, K., Wrigley, M., Boyd, C., McHugh, L., & Bramham, J. (2023). The understanding and managing adult ADHD programme: A qualitative evaluation of online psychoeducation with acceptance and commitment therapy for adults with ADHD. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *29*, 254-263. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.08.005

Sun, W., Yu, M., & Zhou, X. (2022). Effects of physical exercise on attention deficit and other major symptoms in children with ADHD: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, *311*, 1-9. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114509

Vélez-van-Meerbeke, A., Talero-Gutiérrez, C., Zamora-Miramón, I., & Guzmán-Ramírez, G. M. (2017). Attention deficit hyperactivity disorder: From parents to children. *Neurología (English Edition)*, *32*(3), 158-165. https://doi.org/10.1016/j.nrleng.2015.09.001

Wilkes-Gillan, S., Bundy, A., Cordier, R., Lincoln, M., & Chen, Y-W. (2016). A randomised controlled trial of a play-based intervention to improve the social play skills of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *PLoS ONE*, *11*(8), e0160558. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160558

Wilkes-Gillan, S., Cordier, R., Bundy, A., Lincoln, M., Chen, Y-W., Parsons, L., & Cantrill, A. (2022). A pairwise randomised controlled trial of a peer-mediated play-based intervention to improve the social play skills of children with ADHD: Outcomes of the typically developing playmates. *PLoS ONE*, *17*(10), e0276444. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276444

Winnicott, D. W. (1984). *Therapeutic consultations in child psychiatry*. Routledge. http://doi.org/10.4324/9780429483882

Winburn, A., Gilstrap, D., & Perryman, M. (2017). Treating the tiers: Play therapy responds to intervention in the schools. *International Journal of Play Therapy*, *26*(1), 1-11. http://dx.doi.org/10.1037/pla0000041

Wong, I. Y. T., Hawes, D. J., & Dar-Nimrod, I. (2019). Illness representations among adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: Associations with quality of life, coping, and treatment adherence. *Heliyon, 5*(10), e02705. *https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02705*

Yodkaew, N., Nukaew, O. & Khanchong, W. (2021). The effectiveness of a play-therapy program on social skills of children with attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD). The Southern College Network *Journal of Nursing and Public Health*, *8*(2), 259-272. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/241869/169156 (in Thai).

Yuenyong, K. & Yunibhand, J. (2019). The effect of play therapy on symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in children aged 6-9 years. *Royal Thai Navy Medical Journal*, *46*(2), 429-441. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nmdjournal/article/view/184501/148901 (in Thai).

วารสาร
จิตวิทยาคลินิกไทย
https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy

บทความฟื้นฟูวิชาการ

ผลของการใช้ถาดทรายบำบัดสำหรับปัญหาสุขภาพจิตในเด็กที่ถูกทารุณกรรม

พรอุมา กำเหนิดนนท์[1*], ปภาพร ไวยวุฒิ[1], พนมพร พุ่มจันทร์[2], สุชาดา สกลกิจรุ่งโรจน์[2], เอื้ออนุช ถนอมวงษ์[2]

[1] *นิสิตปริญญาตรี ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์*

[2] *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์*

[*] ผู้ประพันธ์บรรณกิจ, e-mail: aommy.pornuma@gmail.com

วันที่รับบทความ: 2 ตุลาคม 2567 | **วันที่แก้ไขบทความ:** 26 พฤศจิกายน 2567 | **วันตอบรับบทความ:** 26 ธันวาคม 2567

บทคัดย่อ

บทความฟื้นฟูวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอประวัติความเป็นมาของถาดทรายบำบัด กระบวนการใช้ถาดทรายเพื่อการบำบัด การใช้ถาดทรายบำบัดสำหรับปัญหาสุขภาพจิตในเด็กที่ถูกทารุณกรรม ยกตัวอย่างการใช้ถาดทรายบำบัดเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในเด็กที่ถูกทารุณกรรม ผู้นิพนธ์ได้รวบรวมข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ปี ค.ศ. 2009-2024 โดยใช้ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของ Thai Journal Online (ThaiJO) และ Google Scholar ผลการรวบรวมข้อมูลแสดงให้เห็นว่า มีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประโยชน์ของการบำบัดด้วยถาดทรายที่สามารถช่วยปรับแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในวัยเด็กที่ถูกทารุณกรรมได้ เช่น การลดระดับความวิตกกังวล การปรับตัวให้เข้ากับความทรงจำไม่ดีที่เกิดขึ้นในอดีต รวมไปถึงการพัฒนาอารมณ์และความคิดของเด็กให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งการบำบัดด้วยถาดทรายเหมาะสำหรับเด็กที่ประสบปัญหาในการถ่ายทอดความคิด ความรู้สึกเป็นคำพูด เด็กเป็นศูนย์กลาง นักบำบัดชวนให้เด็กนึกคิดถึงปัญหาหรือสถานการณ์ทำให้เด็กสามารถแสดงออกผ่านถาดทรายได้อย่างอิสระ ดังนั้น การบำบัดด้วยถาดทรายเป็นหนึ่งในการเล่นบำบัดเพื่อให้เด็กได้ระบายความรู้สึกภายในใจ มีข้อจำกัดในการสื่อสาร ช่วยให้เด็กได้สำรวจและแสดงออกถึงความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของตนเองมากกว่าการเล่าเรื่อง เทคนิคนี้เข้าไปในระดับลึกของจิตใจจนเกิดความเข้าใจใหม่เกี่ยวกับตนเองในเชิงบวก นอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือที่สนับสนุนการเติบโตและเสริมสร้างการพัฒนาเชิงคิดสร้างสรรค์ มีการอธิบายถึงวิธีการ เทคนิคและอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในถาดทรายบำบัดสำหรับเด็ก ผู้บำบัดควรมีความเชี่ยวชาญและผ่านการฝึกอบรมการทำถาดทรายบำบัด

คำสำคัญ: เด็กถูกทารุณกรรม, ปัญหาสุขภาพจิต, ถาดทรายบำบัด

Thai Journal of Clinical Psychology
https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy

Review Article

Effects of Sand Tray Therapy on Mental Health Problems in Abused Children

Pornuma Kamnerdnond[1*], Papaporn Waiyawuth[1], Panomporn Phoomchan[2], Suchada Sakolkjrungroj[2], Uea-anut Tanomwong[2]

[1] *Bachelor of Science, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Kasetsart University*

[2] *Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Kasetsart University*

[*] Corresponding author, e-mail: aommy.pornuma@gmail.com

Received: 27 October 2024 | **Revised:** 26 November 2024 | **Accepted:** 26 December 2024

Abstract

This academic review aims to present the history of sand tray therapy, the therapeutic processes involved, and its application for addressing mental health issues in abused children. It provides examples of using sand tray therapy to alleviate mental health problems in children who have experienced abuse. The author has gathered information from relevant documents published between 2009 and 2024, utilizing electronic databases such as Thai Journal Online (ThaiJO) and Google Scholar. The data collection results indicate that reveal empirical evidence of the benefits of sand tray therapy in addressing mental health issues in abused children. These include reducing anxiety levels, helping children adapt to negative past memories, and improving emotional and cognitive development. Sand tray therapy is particularly suitable for children who struggle to express their thoughts and feelings verbally. It is a child-centered approach where the therapist encourages the child to reflect on their problems or situations, allowing them to freely express themselves through the sand tray. Thus, sand tray therapy serves as a form of play therapy, enabling children to release inner feelings, overcome communication barriers, and explore and express their thoughts, emotions, and feelings more effectively than through verbal storytelling. This technique delves into the deeper levels of the psyche, fostering a new positive understanding of oneself. Additionally, it serves as a tool to support growth and enhance creative development. The process involves detailed explanations of the methods, techniques, and equipment used in sand tray therapy for children. Therapists practicing this method should possess specialized expertise and undergo proper training in sand tray therapy.

Keywords: Abuse children, Mental health problem, Sand tray therapy

บทนำ

การทารุณกรรมเด็ก (child abuse) เป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและพบได้ทั่วโลก โดยข้อมูลจากกรมกิจการเด็กและเยาวชนระบุว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2563 มีเด็กไทยที่ตกเป็นเหยื่อของการทารุณกรรมถึง 1,950 ราย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการทารุณทางร่างกาย รองลงมาคือการล่วงละเมิดทางเพศและการทารุณทางจิตใจ (Department of Children and Youth, 2020) ผู้ที่กระทำทารุณกรรมเด็กส่วนใหญ่มักเป็นคนในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดกับเด็กมากกว่าจะเป็นคนแปลกหน้า (Becker, 2024) โดยคำว่า “การทารุณกรรม” หมายถึง การกระทำที่ก่อให้เกิดความเสียหายหรือบาดเจ็บแก่เด็กในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภทหลัก ได้แก่ (1) การทารุณกรรมทางร่างกาย (physiological abuse) เช่น การทุบตีหรือกระทำความรุนแรงต่อร่างกายจนทำให้บาดเจ็บ (2) การทารุณกรรมทางเพศ (sexual abuse) เช่น การลวนลาม ลูบคลำ หรือการข่มขืน และ (3) การทารุณกรรมทางจิตใจ (psychological abuse) เช่น การตะคอก ดูถูกเหยียดหยาม การเพิกเฉย หรือทำเหมือนเด็กไม่มีตัวตน (Sukawanich, n.d.b)

เด็กที่เคยถูกทารุณกรรมในช่วงวัยดังกล่าวได้รับการบำบัดรักษาใน 2 รูปแบบหลัก คือ ระยะสั้นและระยะยาว โดยในระยะสั้น เช่น การทำจิตบำบัดในกรณีเด็กที่มีความผิดปกติทางใจ การจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการป้องกันปัญหาการทารุณกรรม รวมถึงการสร้างความตระหนักรู้ถึงปัญหาดังกล่าว ส่วนในระยะยาว เช่น การจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาและการส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวเพื่อสร้างครอบครัวที่อบอุ่น อย่างไรก็ตาม แนวทางการดูแลทั้งสองระยะนี้อาจยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ เนื่องจากในรูปแบบการรักษาระยะสั้น มีการขาดการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้และข้อมูลได้ไม่ทั่วถึงให้ทราบถึงประชาชนคนทั่วไปอย่างเพียงพอ และในการรักษาระยะยาว ยังประสบปัญหาในการจัดงบประมาณหรือการส่งเสริมจากภาครัฐ ภาคเอกชนและองค์กรต่าง ๆ ในการจัดหาสถานที่ให้คำปรึกษาที่เพียงพอ จนไม่สามารถที่จะบริการอย่างทั่วถึงในบางพื้นที่ ส่งผลให้เด็กบางคนไม่ได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสม (Department of Children and Youth, 2020)

เด็กที่ถูกทารุณกรรมจะได้รับผลกระทบที่แตกต่างกันไปตามระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ โดยผลกระทบที่พบได้สามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้านหลัก ได้แก่ (1) ผลกระทบด้านร่างกาย คือ เด็กอาจมีพัฒนาการทางร่างกายที่ผิดปกติ เช่น การเจริญเติบโตที่ล่าช้า การขาดสารอาหาร หรือการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง สำหรับเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ อาจเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ (2) ผลกระทบด้านจิตใจ คือ การถูกทำร้ายอย่างรุนแรงหรือเกิดซ้ำบ่อยครั้งสามารถส่งผลต่ออารมณ์และจิตใจของเด็ก เช่น ความหงุดหงิด อารมณ์แปรปรวน รู้สึกไม่ปลอดภัย ขาดความอบอุ่น และเกิดความหวาดระแวงต่อผู้อื่น นอกจากนี้ เด็กอาจประสบภาวะซึมเศร้า มีความเครียดอย่างรุนแรง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ประสิทธิภาพในการเรียนลดลง และมีแนวโน้มที่จะพึ่งพาสารเสพติด หรือแม้กระทั่งมีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย (The Center for the Protection of Children’s Right Foundation, 2021; Na Manorom, 2022; Sukawanich, n.d.a; Chandarasiri, 2023) และ (3) ผลกระทบด้านพฤติกรรม คือ เด็กที่เคยประสบกับความรุนแรงอาจแสดงพฤติกรรมที่ผิดปกติในอนาคต เช่น การใช้ความรุนแรงต่อตนเองหรือผู้อื่น ความหวาดกลัวต่อสถานการณ์รุนแรง มีภาวะตื่นตัวตลอดเวลา หรือแสดงอาการเครียดหลังเผชิญเหตุการณ์รุนแรง เด็กบางคนอาจมีพฤติกรรมถดถอย เช่น การปัสสาวะรดที่นอนหรือการดูดนิ้วหัวแม่มือ รวมถึงอาการมึนงงหรือสับสนในบางสถานการณ์ (Relationship Australia New South Wales, 2023) การใช้ถาดทรายบำบัดเป็นวิธีที่ช่วยกระตุ้นการสื่อสารและแสดงออกถึงประสบการณ์ในชีวิตผ่านสัญลักษณ์และการกระทำที่ไม่ต้องใช้คำพูด เนื่องจากเด็กบางคนอาจรู้สึกอึดอัดหรือไม่กล้าแสดงความรู้สึกออกมาเป็นคำพูด วิธีนี้จึงช่วยให้เด็กค่อย ๆ เปิดใจ รับมือกับประสบการณ์ที่เคยเผชิญและสามารถจัดการกับความทรงจำเหล่านั้นได้อย่างเหมาะสม (Tornero & Capella, 2017) ถาดทรายบำบัดสามารถช่วยแก้ไขปัญหาได้ใน 3 ด้านสำคัญดังกล่าวข้างต้น ได้แก่ (1) ด้านร่างกาย เมื่อผู้ป่วย

สามารถลดความเครียดและปัญหาทางจิตใจได้ ปัญหาทางร่างกายมีแนวโน้มที่จะพัฒนาในทางที่ดีขึ้น (2) ด้านจิตใจ ช่วยลดอาการของปัญหาสุขภาพจิต โดยให้ผู้ป่วยสามารถระบายความรู้สึกที่อัดอั้นลงในถาดทราย ซึ่งช่วยให้รู้สึกผ่อนคลายและลดความรู้สึกทางลบ ทำให้จิตใจฟื้นฟูกลับสู่สภาพปกติได้ง่ายขึ้น (3) ด้านพฤติกรรม เมื่อสภาพจิตใจได้รับการดูแลและปรับปรุงให้ดีขึ้น ย่อมส่งผลให้พฤติกรรมของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีตามมา เพราะฉะนั้น การบำบัดด้วยถาดทรายจึงถือเป็นวิธีที่ช่วยส่งเสริมทั้งร่างกาย จิตใจและพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน (Tanphet, 2019; Chanviboon, 2020; Likitparinya, 2021)

ช่วงวัยเด็กถือเป็นช่วงเวลาสำคัญในการวางรากฐานพฤติกรรมและบุคลิกภาพ ผู้ปกครองจึงควรดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด มอบความรักและความอบอุ่นอย่างเพียงพอ ควรทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่พวกเขา เนื่องจากในวัยนี้เด็กจะเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากการเลียนแบบผู้ปกครองที่อยู่ใกล้ชิด หากต้องการให้เด็กเติบโตไปในทิศทางไหนผู้ปกครองควรแสดงให้เห็นผ่านการกระทำ ไม่ใช่เพียงการพูดอย่างหนึ่งแต่ทำอีกอย่างหนึ่ง ซึ่งจะไม่เกิดผลใด ๆ ต่อการเรียนรู้ของเด็ก นอกจากนี้ เมื่อเด็กทำสิ่งใดประสบความสำเร็จ ควรให้คำชมเชยเพื่อช่วยเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเองให้แก่พวกเขา (BrainFit Studio, n.d)

วัยเด็กเป็นช่วงที่เด็กมักเล่นและสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนวัยเดียวกัน โดยส่วนใหญ่มักเป็นเพศเดียวกับตนเอง การเริ่มจับกลุ่มกับเพื่อนช่วยให้เด็กได้เรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่นนอกเหนือจากสมาชิกในครอบครัว เด็กจะเริ่มเข้าใจกฎเกณฑ์และกติกาสังคม รวมถึงมารยาทและนิสัยใจคอของผู้อื่น พร้อมทั้งปรับพฤติกรรมบางอย่างที่เคยชินให้เหมาะสมมากขึ้น อย่างไรก็ตาม เด็กอาจมีพฤติกรรมเอาแต่ใจหรือแสดงอารมณ์ตามที่ตนรู้สึกกับพ่อแม่หรือคนในครอบครัว เนื่องจากเด็กมองว่าบุคคลเหล่านี้เป็นที่พึ่งพิงและพร้อมยอมรับการแสดงออกของตนได้มากกว่าคนภายนอก (Khetjapok, 2022) หากเด็กต้องเผชิญกับการทารุณกรรม อาจส่งผลให้ปรับตัวในสังคมได้ยาก มีปัญหาในการสร้างความสัมพันธ์และอาจแสดงพฤติกรรมความรุนแรงที่เลียนแบบมาจากผู้ปกครองได้ นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสิ่งแวดล้อมในช่วงวัยนี้ยังส่งผลต่อสภาพอารมณ์ของเด็ก ซึ่งอาจเปลี่ยนแปลงได้ง่ายหากเผชิญกับความเครียดหรือปัญหาที่เกินความสามารถในการรับมือของตนเอง ดังนั้น ผู้ใหญ่จึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนและช่วยเหลือเด็กในวัยนี้ เพื่อให้พวกเขาสามารถพัฒนาตนเอง ปรับตัวเข้าสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีพัฒนาการเป็นไปตามวัย (Saritniran & Kunthajun, 2015; Thanawatkulsiri, 2016)

การศึกษาเกี่ยวกับการใช้ถาดทรายบำบัดเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในเด็กที่ประสบปัญหาการถูกทารุณกรรมยังคงมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยส่วนใหญ่มาจากบทความวิชาการในต่างประเทศ ในขณะที่บทความวิชาการในประเทศไทยยังคงมีจำนวนจำกัด ด้วยเหตุนี้ คณะผู้จัดทำจึงมีความสนใจจัดทำบทความวิชาการฉบับนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) นำเสนอประวัติความเป็นมาของถาดทรายบำบัด (2) อธิบายกระบวนการใช้ถาดทรายเพื่อการบำบัด (3) อธิบายการใช้ถาดทรายบำบัดสำหรับปัญหาสุขภาพจิตในเด็กที่ถูกทารุณกรรม (4) ตัวอย่างการใช้ถาดทรายบำบัดสำหรับปัญหาสุขภาพจิตในเด็กที่ถูกทารุณกรรม และ (5) ผลจากการใช้ถาดทรายบำบัดในกรณีดังกล่าว คณะผู้จัดทำได้รวบรวมข้อมูลและเอกสารวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อให้บทความฉบับนี้สามารถเป็นประโยชน์ต่อกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ นักวิจัย นักวิชาการ บุคลากรทางการแพทย์และประชาชนทั่วไป โดยมุ่งหวังให้เกิดความเข้าใจในประโยชน์ของถาดทรายบำบัดและเห็นถึงความสำคัญของการนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในเด็กที่ถูกทารุณกรรม

วัสดุและวิธีการ

การดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทางวิชาการที่เกี่ยวข้องระหว่างปี ค.ศ. 2009 ถึง 2024 โดยมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายคือเด็กวัยกลาง ช่วงอายุ 6-12 ปี คำค้นที่ใช้ประกอบการสืบค้น ได้แก่ คำภาษาไทย คือ ถาดทรายบำบัด ถาดทรายบำบัดในวัยเด็ก ถาดทรายบำบัดในวัยเด็กตอนกลาง ปัญหาสุขภาพจิต การถูก

ทารุณกรรม เด็กถูกทารุณกรรม และคำภาษาอังกฤษ คือ sand tray therapy, play therapy, middle childhood, child, mental health, abuse, abuse children โดยฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ Thai Journal Online (ThaiJO) และ Google Scholar ผลการรวบรวมข้อมูลพบเอกสารทั้งหมด 30 รายการ แบ่งเป็นบทความภาษาอังกฤษจำนวน 5 บทความ บทความภาษาไทย 1 บทความ ข้อมูลในเว็บไซต์ออนไลน์ภาษาอังกฤษจำนวน 8 เรื่อง ข้อมูลในเว็บไซต์ออนไลน์ภาษาไทยจำนวน 13 เรื่อง วิทยานิพนธ์ภาษาไทยจำนวน 1 ฉบับ หนังสือวิชาการอิเล็กทรอนิกส์ภาษาอังกฤษจำนวน 1 ฉบับ และสื่อการเรียนการสอนอิเล็กทรอนิกส์ภาษาไทยจำนวน 1 เรื่อง ทางคณะผู้จัดทำจึงได้เรียบเรียงและนำเสนอใน 5 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ ประวัติความเป็นมาของถาดทรายบำบัด การใช้ถาดทรายเพื่อการบำบัด การใช้ถาดทรายบำบัดสำหรับปัญหาสุขภาพจิตในเด็กที่ถูกทารุณกรรม ตัวอย่างการใช้ถาดทรายบำบัดสำหรับปัญหาสุขภาพจิตในเด็กที่ถูกทารุณกรรมและผลจากการใช้ถาดทรายบำบัดสำหรับปัญหาสุขภาพจิตในเด็กที่ถูกทารุณกรรม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประวัติความเป็นมาของถาดทรายบำบัด

ถาดทรายบำบัด (sand tray therapy) ถูกคิดค้นโดย Margaret Lowenfeld นักวิจัยทางการแพทย์ด้านเวชศาสตร์เด็ก ในปี ค.ศ. 1929 โดยถาดทรายบำบัดมีจุดเริ่มต้นจากการรักษาเด็กที่มีปัญหาเลี้ยงยากในค่ายกักกันช่วงสงครามระหว่างรัสเซียกับโปแลนด์ ผลจากการบำบัดแสดงให้เห็นว่าเด็กสามารถควบคุมพฤติกรรมได้ดีขึ้นและลดความเครียดจากสถานการณ์ในสังคม (Homeyer, n.d.) การบำบัดได้รับการพัฒนาขึ้นโดยจิตแพทย์และนักจิตวิทยาที่ทำงานกับเด็ก ซึ่งมักเผชิญปัญหาว่าเด็กไม่สามารถสื่อสารความรู้สึกออกมาได้อย่างตรงไปตรงมา การใช้ถาดทรายจึงกลายเป็นตัวกลางที่ช่วยลดช่องว่างระหว่างวัย ถาดทรายบำบัดเป็นรูปแบบหนึ่งของการเล่นบำบัด (play therapy) และผสมผสานแนวคิดจากการบำบัดแนวซาเทียร์ (Satir transformational systemic therapy) เหมาะสำหรับเด็กที่ชื่นชอบการเล่นบทบาทสมมติ (Marie, 2022) โดยถาดทรายจะประกอบด้วยของเล่นขนาดเล็กที่หลากหลาย เพื่อให้เด็กสร้างโลกแห่งการเล่นที่สะท้อนความรู้สึกในใจ การบำบัดด้วยถาดทรายมักใช้กับผู้ที่เผชิญเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจ มีความทุกข์ บาดแผลในใจหรือเคยประสบเหตุการณ์เลวร้ายในอดีต รวมถึงผู้ที่กำลังเผชิญปัญหาปัจจุบันที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต การใช้ถาดทรายช่วยทำลายกำแพงที่เป็นความกลัวในใจของผู้รับการบำบัด กระตุ้นให้พวกเขาเปิดใจและกล้าสื่อสารกับแพทย์มากขึ้น (Chanviboon, 2020; Jirawattanakul, 2021)

การใช้ถาดทรายบำบัดจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นหากนำไปใช้กับบุคคลที่เหมาะสม เช่น ผู้ที่มีความยากลำบากในการถ่ายทอดความคิดหรือความรู้สึกออกมาเป็นคำพูด ผู้ที่กำลังประสบความทุกข์ ความเศร้าหรือมีบาดแผลในจิตใจ ผู้ที่มีความทรงจำไม่ดีในวัยเด็กหรือเคยเผชิญเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจ (post-traumatic stress disorder: PTSD) รวมถึงผู้ที่ป่วยเป็นโรควิตกกังวล (anxiety disorder) โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) หรือกำลังเผชิญปัญหาชีวิตที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์และความรู้สึกในช่วงเวลานั้น (Tanphet, 2019; PlukRak, 2020)

การใช้ถาดทรายเพื่อการบำบัด

การใช้ถาดทรายบำบัดนั้น ในหน่วยงานควบคุมบางแห่งจำเป็นต้องมีการรับรองและฝึกอบรมการเป็นนักบำบัดด้วยถาดทราย (International Association for Sand Tray Therapy) (Tee-Melegrito, 2022)

ทรายที่ใช้สำหรับถาดทรายบำบัดควรเลือกใช้ทรายที่มีเนื้อทรายมีความละเอียดและสามารถขึ้นรูปได้ดีกว่าทรายจากชายหาด หากจำเป็นต้องใช้ทรายจากชายหาด ควรล้างทำความสะอาดหลายครั้งหลังการบำบัดเพื่อกำจัดเกลือที่อาจกัดกร่อนสีภายในของกล่องทราย ในส่วนของถาดทราย ยังมีการถกเถียงเกี่ยวกับขนาดที่เหมาะสมสำหรับการใช้งาน โดยการปฏิบัติในปัจจุบันตามแนวทางของ Dora Kalff (Kalff, 1980) คือ

ถาดทรายควรมีลักษณะเป็นกล่องสี่เหลี่ยมขนาดประมาณ 57×72×7 ซม. โดยด้านล่างและด้านข้างของถาดจะทาสีน้ำเงิน ถาดทรายควรมี 2 แบบ คือ ถาดที่บรรจุทรายชื้นเล็กน้อยและถาดที่บรรจุทรายแห้ง เพื่อให้เหมาะกับการใช้งานในแต่ละสถานการณ์ ขนาดของถาดทรายควรพิจารณาให้เหมาะสมกับมุมมองของผู้ใช้งาน โดยให้ครอบคลุมขอบเขตการมองเห็นโดยไม่ต้องหันศีรษะ สำหรับเด็กเล็ก อาจเลือกใช้ถาดขนาดเล็กเพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการและการใช้งานของเด็ก

โดยทั่วไป สมองของผู้ที่มีปัญหาภายในจิตใจมักไม่สามารถแสดงออกหรือบอกเล่าอารมณ์ของตัวเองได้อย่างชัดเจน เนื่องจากในช่วงที่เกิดปัญหา สมองซีกซ้ายและสมองซีกขวาทำงานไม่ประสานกัน ส่งผลให้การพูดและการสื่อสารบกพร่อง การบำบัดด้วยถาดทรายจึงถูกนำมาใช้เพื่อช่วยให้สมองทั้งสองซีกกลับมาทำงานร่วมกัน ในกระบวนการนี้ ตุ๊กตาบนถาดทรายถูกใช้เป็นสื่อกลางในการดึงภาพความคิดและอารมณ์ในจิตใจของเด็กออกมา เพื่อช่วยให้เด็กสามารถอธิบายเหตุการณ์และแสดงออกทางตรรกะในรูปแบบที่จับต้องได้ ตุ๊กตาที่เด็กเลือกใช้ในแต่ละครั้งจะสะท้อนความคิดและความรู้สึกของพวกเขา ซึ่งอาจแตกต่างกันไปตามสภาพจิตใจ ตัวอย่างเช่น ตุ๊กตาตัวหนึ่ง หากเด็กที่กำลังมีความสุขหยิบขึ้นมาเล่น อาจมองว่าตุ๊กตานี้สดใสร่าเริง ในทางกลับกัน หากเป็นเด็กที่มีอารมณ์เศร้าหมองตุ๊กตาเดียวกันนี้อาจถูกมองว่าเศร้าและหดหู่ สิ่งนี้แสดงให้เห็นว่าตุ๊กตาเป็นตัวแทนของความรู้สึกที่เด็กกำลังเผชิญในช่วงเวลานั้น (Saritniran & Kunthajun, 2015; Tanphet, 2019)

การบำบัดด้วยถาดทรายเกิดขึ้นเมื่อผู้รับการบำบัดใช้ตุ๊กตาหรือสิ่งของขนาดเล็กจำนวนมากในถาดที่เต็มไปด้วยทรายเพื่อสร้างฉากที่สะท้อนโลกภายในของตนเอง นักบำบัดจะสังเกตการเลือกรูปร่างและการจัดเรียงตุ๊กตา รวมถึงสิ่งของอื่น ๆ ในถาดทราย ระหว่างการบำบัด นักบำบัดอาจให้คำแนะนำและพูดคุยกับผู้รับการบำบัดเกี่ยวกับการเลือกตุ๊กตา สิ่งของ การจัดวางและความหมายเชิงสัญลักษณ์ที่แฝงอยู่ ระยะเวลาในการบำบัดแต่ละครั้งอยู่ที่ประมาณ 30-60 นาที โดยกำหนดเวลาการบำบัดเป็นรายสัปดาห์หรือสองสัปดาห์ (Vallejo, 2024) นักบำบัดอาจถ่ายภาพถาดทรายในแต่ละช่วงการบำบัดเพื่อวิเคราะห์และติดตามการเปลี่ยนแปลงของฉากที่ผู้รับการบำบัดสร้างขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป ในช่วงท้ายของการบำบัด นักบำบัดจะพูดคุยเกี่ยวกับการจัดเรียงสิ่งต่าง ๆ ในถาดทราย ตัวอย่างเช่น การสอบถามว่าเหตุใดสัตว์เลี้ยงจึงถูกขังในกรง ในขณะที่สัตว์ที่อันตรายกว่าสามารถเดินอยู่นอกกรงอย่างอิสระ การสนทนาเหล่านี้ช่วยให้นักบำบัดและผู้รับการบำบัดค้นพบความหมายที่ซ่อนอยู่ในถาดทรายและเข้าใจความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่ผู้รับการบำบัดกำลังเผชิญได้ชัดเจนยิ่งขึ้น (Art Therapy Resources, 2022)

อุปกรณ์ในถาดทรายบำบัดมักประกอบด้วยสิ่งของหลากหลายหมวดหมู่ในจำนวนที่เหมาะสม ตัวอย่างเช่น การสร้างฉากในถาดทรายที่เต็มไปด้วยของเล่นขนาดเล็ก ซึ่งอาจรวมถึงสัตว์ในฟาร์ม ไดโนเสาร์ คน รถยนต์ ต้นไม้ รั้ว ประตู อาคารต่าง ๆ ฯลฯ นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบเฉพาะ เช่น โต๊ะเรียนในโรงเรียน ผู้คนจากวัฒนธรรมที่หลากหลาย บ้านจำลอง ฯลฯ เพื่อกระตุ้นจินตนาการ เด็กสามารถใช้ตัวแทนสัญลักษณ์ต่าง ๆ ได้ตามต้องการ เช่น ทหาร คนทำงาน เจ้าหญิง ม้า คนแคระ หรือสิ่งของอื่น ๆ ที่เหมาะสมกับการเล่าเรื่องของตนเอง (Morin, 2024)

สิ่งของที่นำมาใช้ในถาดทรายนั้นเป็นแบบทั่วไป (Amatruda, n.d.) ได้แก่ (1) สัตว์ สามารถจำแนกออกเป็นสัตว์ป่า เช่น สิงโต เสือ ม้าลาย สัตว์เลี้ยง เช่น แมว สุนัข สัตว์ยุคก่อนประวัติศาสตร์ เช่น ไดโนเสาร์ แมมมอธ สัตว์แฟนตาซี เช่น มังกร ยูนิคอร์น สัตว์ในฟาร์ม เช่น วัว แพะ ไก่ สัตว์ปีก เช่น เป็ด นกฮูก หงส์ แมลง เช่น ผีเสื้อ แมงมุม มด สัตว์ทะเล เช่น ปลา ฉลาม โลมา และสัตว์เลื้อยคลาน สัตว์สะเทินน้ำสะเทินบก เช่น กบ จระเข้ งู (2) สิ่งของแฟนตาซี สามารถจำแนกออกเป็นครึ่งมนุษย์-ครึ่งสัตว์ เช่น นางเงือก สัตว์ประหลาด เช่น สัตว์ประหลาด 2 หัว และสิ่งของเรื่องเล่าแฟนตาซี เช่น แม่มดและพ่อมด เจ้าชายและเจ้าหญิง ราชาและราชินี (3) อาหาร เช่น ไข่ เค้ก สุรา (4) พืช เช่น ต้นไม้ (ผลัดใบและเขียวชอุ่มตลอดปี) ดอกไม้ กระบองเพชร (5) หิน เปลือกหอยและฟอสซิลจากภูเขา (6) อาคาร เช่น ปราสาท บ้าน กระท่อมน้ำแข็ง

(7) ป้าย เช่น หน้าจอ รั้ว ป้าย (8) ยานพาหนะ เช่น รถยนต์ รถฉุกเฉินและกู้ภัย (9) คน เช่น คนหลากสีผิว คนหลากหลายช่วงอายุ บุคคลในประวัติศาสตร์ (10) สิ่งของที่มีความเกี่ยวข้องกับการต่อสู้ เช่น มีด ดาบ ทหาร กองทัพ อัศวิน คาวบอย อินเดียนแดง และมนุษย์ต่างดาว (11) สิ่งของที่มีความเกี่ยวข้องกับจิตวิญญาณ เช่น เทพเจ้า มันดาลา ตัวเลขจากศาสนาต่าง ๆ (12) สิ่งของเบ็ดเตล็ด เช่น หินอ่อน อัญมณี ดาว เกล็ดหิมะ (13) ธาตุต่าง ๆ เช่น ดิน ไฟ และน้ำ รวมทั้งสิ่งของในเชิงสัญลักษณ์ เช่น เทียนและไม้ขีดไฟของจริง

อุปกรณ์ที่เป็นประโยชน์อื่น ๆ ที่ควรมี ได้แก่ น้ำ ภาชนะ ทราย (เปียกและแห้ง) ขี้ผึ้ง กาว เทป (มีประโยชน์ในการประกอบสิ่งของเข้าด้วยกัน เช่น นกบนบ้าน) และพลาสติกแรปเพื่อให้น้ำอยู่ในทะเลสาบและไม่ถูกดูดซึมลงสู่ทราย ดินเหนียวหรือแป้งโดว์ อุปกรณ์ศิลปะอื่น ๆ ที่ช่วยให้สามารถสร้างตัวเลขของตัวเองมีความสำคัญอย่างยิ่ง มักจะเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการบำบัดในการทำวัสดุและการสร้างบางสิ่งบางอย่างของตัวเองทั้งหมด ดังนั้น การบำบัดด้วยถาดทรายจึงกลายเป็นประติมากรรมที่แสดงถึงมุมมองใหม่ที่มีสร้างสรรค์ (Amatruda, n.d.) การบำบัดด้วยถาดทรายใช้ระยะเวลาที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับระดับความบอบช้ำในอดีตและความท้าทายที่ผู้รับการบำบัดกำลังเผชิญ ซึ่งอาจใช้เวลาเพียงหนึ่งเดือนหรือยาวนานกว่าหนึ่งปี (Tee-Melegrito, 2022)

การใช้ถาดทรายบำบัดสำหรับปัญหาสุขภาพจิตในเด็กที่ถูกทารุณกรรม

จากการศึกษาพบว่า ช่วงวัยเด็กตอนกลาง (อายุ 6-12 ปี) เป็นวัยที่เหมาะสมสำหรับการใช้ถาดทรายบำบัด เนื่องจากเด็กในวัยนี้เริ่มเข้าสู่ระบบการศึกษาอย่างจริงจัง ทำให้เผชิญกับปัญหาที่หลากหลายมากขึ้น รวมถึงการฝึกควบคุมอารมณ์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ (Thanawatkulsiri, 2016) ในกระบวนการบำบัดด้วยถาดทราย ผู้ป่วยจะเลือกของเล่นที่สนใจและสร้างเรื่องราวตามจินตนาการ หลังจากนั้นจะมีการพูดคุยเกี่ยวกับตัวละครที่ถูกเลือกและนำมาใช้ตกแต่งถาดทราย พร้อมกับค่อย ๆ เปิดเผยเรื่องราวชีวิตและปัญหาที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ ตัวละครที่ถูกเลือกมักสะท้อนถึงตัวตนของผู้ป่วยเอง ในช่วงเริ่มต้นของการบำบัด ผู้ป่วยอาจรู้สึกไม่มั่นใจที่จะเริ่มสร้างฉากหรือจัดวางตัวละคร แต่เมื่อเวลาผ่านไป พวกเขาจะเริ่มใช้ตัวละครต่าง ๆ ในถาดทราย ซึ่งตัวละครเหล่านี้มักสะท้อนจิตใต้สำนึกของผู้ป่วยออกมาอย่างชัดเจน (Tanphet, 2019)

ตัวอย่างการใช้ถาดทรายบำบัดสำหรับปัญหาสุขภาพจิตในเด็กที่ถูกทารุณกรรม

โดย Tornero and Capella (2017) ได้ทำการบำบัดเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ การบำบัดด้วยถาดทรายช่วยให้เด็กสำรวจและเล่าเรื่องราวประสบการณ์ชีวิตในรูปแบบใหม่ โดยเฉพาะพฤติกรรมการขุดหรือซ่อนวัตถุในทราย ซึ่งพบได้บ่อยในเด็กที่เผชิญกับการล่วงละเมิดทางเพศ การวิเคราะห์ความหมายของพฤติกรรมเหล่านี้ต้องคำนึงถึงมุมมองเฉพาะของเด็กแต่ละคน เนื่องจากความหมายที่เด็กกำหนดให้กับวัตถุต่าง ๆ อาจแตกต่างกันไป

วัสดุที่ใช้ในการบำบัด เช่น หุ่นจำลอง คน สัตว์เลี้ยงและสัตว์ป่า โดยเฉพาะงู ซึ่งมักปรากฏในถาดทราย งูอาจสื่อถึงอันตราย ความกลัว หรือการควบคุม ในบางกรณี เด็กอาจใช้ตัวละครในถาดทรายเพื่อสะท้อนถึงประสบการณ์และความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการล่วงละเมิด พฤติกรรมเชิงสัญลักษณ์ เช่น การรวมตัวหรือกำจัดงู อาจสะท้อนถึงความพยายามในการจัดการกับความทรงจำที่เจ็บปวด เด็กจะเริ่มเปิดเผยเรื่องราวของตนเองเมื่อรู้สึกถึงความปลอดภัยในพื้นที่บำบัด

นอกจากนี้ ถาดทรายบำบัดยังช่วยเป็นกลไกในการควบคุมอารมณ์ โดยเฉพาะในช่วงที่เด็กกำลังเผชิญความทุกข์ การสร้างและทำลายฉากในถาดทรายอย่างอิสระช่วยให้เด็กปลดปล่อยความรู้สึกที่ถูกกดทับและได้รับความรู้สึกถึงการควบคุมชีวิตอีกครั้ง

นักบำบัดมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้สังเกตการณ์และผู้สนับสนุน ช่วยแนะนำเด็กในการค้นหาความหมายและทำความเข้าใจกับความรู้สึกของตนเอง หลังการบำบัด เด็กจะค้นพบประเด็นสำคัญในชีวิตที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวก การเล่นทรายยังมอบ

ประสบการณ์ทางประสาทสัมผัสที่ส่งเสริมการผ่อนคลาย ความโล่งใจและความรู้สึกพึงพอใจ ซึ่งช่วยเสริมสร้างสุขภาวะทางร่างกายและจิตใจของเด็กให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ผลจากการใช้ถาดทรายบำบัดสำหรับปัญหาสุขภาพจิตในเด็กที่ถูกทารุณกรรม

ผลการใช้ถาดทรายบำบัดสำหรับปัญหาสุขภาพจิตในเด็กที่เผชิญความรุนแรงและเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา ได้รับการประเมินผ่านการสังเกตพฤติกรรมทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษา โดยการสังเกตเหล่านี้ดำเนินการหลายครั้ง ทำให้สามารถเปรียบเทียบและเห็นความแตกต่างของพฤติกรรมก่อนและหลังการบำบัดได้อย่างชัดเจน (Tornero & Capella, 2017) ทำให้เห็นได้ว่าสามารถช่วยให้มีความกล้าที่จะเผชิญหน้ากับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่กระทบต่อจิตใจ (Mendoza & Bradley, 2021) สามารถยอมรับและปรับตัวกับสถานการณ์นั้น ๆ ได้ (Ben-Amitay et al., 2009) รวมไปถึงสามารถลดระดับความก้าวร้าวทางอารมณ์ได้ (Saeidmanesh et al., 2023) เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีและเป็นไปในเชิงบวก ช่วยบรรเทาประสบการณ์เดิมเชิงลบที่ได้พบเจอมา ทำให้หลังจากการบำบัดด้วยทรายนั้นเกิดการเรียนรู้ว่าสามารถเผชิญหน้าประสบการณ์เชิงลบนั้นได้ (Ben-Amitay et al., 2009) ตระหนักถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยเองอาจละเลยมันไปก่อนหน้านี้ (Maree et al., 2012)

ข้อจำกัดของการใช้ถาดทรายบำบัดคือ การวิเคราะห์ในแต่ละกรณีมีความแตกต่างกัน ส่งผลให้นักบำบัดไม่สามารถสำรวจรายละเอียดเชิงลึกของแต่ละกรณีได้อย่างครอบคลุม การตีความสัญลักษณ์อาจมีความคลุมเคลือ บางคนอาจต่อต้านแนวคิดการบำบัดด้วยถาดทราย เนื่องจากมีความคิดว่าการเล่นทรายหรืออุปกรณ์ของเล่นเป็นเพียงกิจกรรมที่เป็นงานอดิเรกของเด็ก และอาจลืมคิดในมุมมองว่า การเล่นทรายสามารถที่จะประยุกต์กับการบำบัดรักษาสำหรับเด็กที่ต้องการความช่วยเหลือได้ นอกจากนี้ การใช้กรอบแนวคิด เช่น การถูกทารุณกรรมทางเพศ อาจนำไปสู่อคติในการตีความผลลัพธ์ ประสบการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจซึ่งสะท้อนผ่านการเล่นทรายยังจำเป็นต้องได้รับการศึกษาเพิ่มเติม อีกทั้งผู้บำบัดจำเป็นต้องมีความเชี่ยวชาญและความชำนาญเฉพาะด้านเพื่อให้สามารถใช้วิธีการบำบัดนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Tornero & Capella, 2017)

อย่างไรก็ตาม การบำบัดด้วยถาดทรายในกลุ่มเด็กวัยกลางในประเทศไทยยังไม่ได้รับความนิยมเท่าที่ควร เนื่องจากขาดการประชาสัมพันธ์เรื่องข้อมูลและการให้ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับการบำบัดด้วยถาดทรายที่เพียงพอให้กับประชาชนคนภายนอก และการขาดงบประมาณในการจัดซื้ออุปกรณ์ในการบำบัดที่เพียงพอซึ่งต้องอาศัยหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและองค์กรต่าง ๆ ช่วยส่งเสริมในงบประมาณเหล่านี้ ซึ่งจากการศึกษาจะเห็นได้ว่า การใช้ถาดทรายบำบัดเหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับเด็กที่พูดไม่เก่ง ขาดความมั่นใจในการสื่อสาร ไม่สามารถเรียบเรียงความคิด หรือแสดงความรู้สึกของตนเองได้ โดยเฉพาะเด็กที่เคยประสบกับการทารุณกรรม ผู้นิพนธ์จึงให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตของเด็กวัยกลางที่มีปมในใจจากการถูกทารุณกรรมและไม่สามารถถ่ายทอดออกมาเป็นคำพูดได้ การศึกษากระบวนการบำบัดด้วยถาดทรายเผยให้เห็นว่าวิธีนี้เป็นทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับการช่วยเหลือเด็กกลุ่มนี้

สรุป

การบำบัดด้วยถาดทรายเป็นหนึ่งในวิธีการเล่นบำบัดที่ช่วยระบายอารมณ์ เหมาะสำหรับบุคคลที่มีข้อจำกัดในการสื่อสาร ไม่สามารถเล่าเรื่อง เรียบเรียงหรือแสดงความรู้สึกของตนเองได้ วิธีการนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในกระบวนการจิตบำบัด โดยผู้บำบัดจะช่วยกระตุ้นความทรงจำหรือความรู้สึกด้านลบที่ผู้รับการบำบัดเคยประสบมา รวมถึงการเยียวยาบาดแผลทางจิตใจในอดีตผ่านการเล่นทราย

หลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการบำบัดด้วยถาดทรายในหลายด้าน เช่น การลดความเครียด ความคิดด้านลบ และความวิตกกังวล ตลอดจนการส่งเสริมพัฒนาการและการใช้ชีวิตของเด็กให้ดีขึ้น เนื่องจากการเล่นเป็นส่วนสำคัญในชีวิตประจำวันของเด็ก การบำบัดด้วยถาดทรายจึงเปิดโอกาสให้เด็ก

ได้ระบายหรือเปิดเผยความคิด อารมณ์ และความรู้สึกอย่างอิสระ แทนการเก็บกดซึ่งอาจส่งผลเสียต่อการดำเนินชีวิตในอนาคต

การบำบัดที่ประสบความสำเร็จมักเกิดขึ้นเมื่อผู้รับการบำบัดสามารถเล่าเรื่องและถ่ายทอดปัญหาผ่านการใช้อุปกรณ์ขนาดเล็กในกระบะทราย เช่น การเล่าเหตุการณ์ในอดีตที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงหรือการถูกทารุณกรรม วิธีนี้ยังเหมาะสำหรับผู้ที่ชื่นชอบการเล่นบทบาทสมมติ เนื่องจากช่วยให้พวกเขาแสดงออกได้ในรูปแบบที่ปลอดภัย

อย่างไรก็ตาม การบำบัดด้วยถาดทรายมีข้อควรระวัง เนื่องจากอาจกระตุ้นอารมณ์ด้านลบอย่างรุนแรงจนส่งผลเสียต่อผู้รับการบำบัด ดังนั้น ผู้บำบัดควรมีความเชี่ยวชาญและผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทางเพื่อให้สามารถดำเนินการบำบัดได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวถึงข้างต้น ผู้นิพนธ์เห็นว่าเนื้อหาต่าง ๆ มีความเชื่อมโยงทางสังคม โดยเป็นความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและทัศนคติของคนในสังคม ซึ่งมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือเด็กที่ถูกทารุณกรรม การเล่น เช่น การเล่นบทบาทสมมติสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการบำบัดได้ หากส่งเสริมให้ผู้คนในสังคมมีความรู้ ความใส่ใจ และความเข้าใจในกระบวนการเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ ของการบำบัดด้วยถาดทราย ไม่ใช่เป็นเพียงแค่การเล่นบทบาทสมมติที่เป็นเพียงงานอดิเรกของเด็ก แต่เป็นทางเลือกในการบำบัดอีกแขนงหนึ่งที่เป็นตัวช่วยในการรักษาเด็กที่ถูกทารุณกรรม ทราบถึงประโยชน์ของการบำบัดที่เหมาะกับเด็กที่มีปัญหากับการสื่อสารเรื่องราวต่าง ๆ ซึ่งจะเพิ่มโอกาสให้เด็กได้รับการรักษามากขึ้น และยังเป็นช่องทางเลือกในการรักษาที่มีความหมายสำคัญสำหรับเด็กที่กำลังเผชิญปัญหา โดยสามารถช่วยให้บุคคลนั้นกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติอีกครั้ง

นอกจากนี้ หน่วยงานภาครัฐ เอกชน และองค์กรอิสระต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ยังมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการส่งเสริมและพัฒนาให้บริการรักษาและช่วยเหลือเด็กที่ถูกทารุณกรรม หากมีการร่วมมือกันในการพัฒนาการช่วยเหลือให้ครอบคลุมมากขึ้น เช่น การเพิ่มงบประมาณสำหรับการรักษาในสถานพยาบาล มีห้องสำหรับการบำบัดที่เป็นหลักเป็นแหล่ง การจัดหาเครื่องมือและทรัพยากรที่พร้อมในการรักษา อย่างเช่น อุปกรณ์ ตุ๊กตา ของเล่นต่าง ๆ ที่ต้องใช้ในการบำบัด รวมถึงการให้ความรู้และความเข้าใจแก่ประชาชนผ่านการประชาสัมพันธ์ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับเรื่องถาดทรายบำบัด เพื่อให้เกิดความตระหนักรู้และให้ความสำคัญกับปัญหานี้อย่างจริงจัง ก็จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการช่วยเหลือเด็กที่ได้รับผลกระทบจากการทารุณกรรม

เอกสารอ้างอิง (References)

Amatruda, K. (n.d.*). Guidelines for setting up the sandtray*. PsychCEU. https://www.psychceu.com/sandplay.html

Art Therapy Resources. (2022). *Common toys to include in your sand tray therapy kit*. https://arttherapyresources.com.au/toys-sandtray/

Becker, S. (2024, November 5). *Child maltreatment*. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment

Ben-Amitay, G., Lahav, R., and Toren, P. (2009). Psychiatric assessment of children with poor verbal capacities using a sandplay technique. *Primary Psychiatry*, *16*(12), 38-44.

BrainFit Studio. (n.d.). *Let's understand children's emotional development!*. https://www.brainfit.co.th/th/blog-th/ม า ท ำ ความเข้าใจพัฒนาการด้านอารมณ์ของเด็กๆกันเถอะ (in Thai).

Chandarasiri, P. (2023, September 23). *The effects of being child abuse and neglect*. Child Impact. https://childimpact.co/learning/violence-attacked-child (in Thai).

Chanviboon, C. (2020, June 17). *Sand tray therapy: Let your feelings out in a sand tray*. HelloKhunmor. https://hellokhunmor.com/สุขภาพจิต/ปัญหาสุขภาพจิตแบบอื่น/ทรายบำบัด/ (in Thai).

Department of Children and Youth. (2020, July 18). *Recommendations on solving child abuse problems. Office of the National Economic and Social Development Council*. https://opendata.nesdc.go.th/dataset/recommendations-on-solving-child-abuse-problems (in Thai).

Homeyer, L. E. (n.d.). *The history of sand therapy. World Association of Sand Therapy Professionals*. https://worldsandtherapy.org/page/history

Jirawattanakul, P. (2021). *The effect of sand tray therapy on self-esteem of high-school victims of bullying*. [Doctoral dissertation, Chulalongkorn University]. Chula Digital Collection. https://digital.car.chula.ac.th/cgi/viewcontent.cgi?article=6128&context=chulaetd (in Thai).

Maree, J. G., Ebersohn, L., and De Villiers, D. (2012). Combining Ericksonian and sandplay approaches to therapy with children who manifest depression as a developmental barrier. *Journal of Psychology in Africa*, *22*(2), 221-228.

Marie, S. (2022, September 7). *Sand tray therapy: Evidence, benefits, and more*. Healthline. https://www.healthline.com/health/mental-health/sand-tray-therapy

Kalff, D. M. (1980). *Sandplay: A psychotherapeutic approach to the psyche*. California State University, Northridge. https://www.csun.edu/~hcedp007/Kalff-1980.pdf

Khetjapok, P. (2022). *Social development in middle childhood* [Unpublished manuscript]. Faculty of Humanities, Surindra Rajabhat University. https://e-learning.srru.ac.th/pluginfile.php/95981/mod_resource/content/1/พัฒนาการทางสังคมวัยเด็กตอนกลาง.pdf?forcedownload=1 (in Thai).

Likitparinya, K. (2021, March 28). *Life on the sand tray: Using sand tray therapy to address loss and discuss death*. Peaceful Death. https://peacefuldeath.co/ชีวิตบนถาดทราย/ (in Thai).

Mendoza, K., & Bradley, L. (2021). Using storytelling for counseling with children who have experienced trauma. *Journal of Mental Health Counseling*, *43*(1), 1-18. https://doi.org/10.17744/mehc.43.1.01

Morin, A. (2024, February 11). *How sand tray therapy works. Playing in the sand is not just for kids*. Verywell Mind. https://www.verywellmind.com/what-is-sand-tray-therapy-4589493

Na Manorom, N. (2022, June 16). *Effects of children being exposed to violence*. Thai Health Promotion Foundation. https://oscc.consulting/media/69 (in Thai).

PlukRak. (2020). *Sand tray therapy*. https://plukrak.co.th/therapy/satir-in-sandtray/ (in Thai).

Relationship Australia New South Wales. (2022, December 12). *The impact of domestic and family violence on children*. https://www.relationshipsnsw.org.au/th/blog/impact-domestic-violence-on-children/ (in Thai).

Saeidmanesh, M., Demehri, F., & Anari Z. A. E. (2023). Effect of sand play therapy on aggression and emotional adjustment of children with hearing impairment. *Auditory and Vestibular Research*, *32*(3), 198-203. https://doi.org/10.18502/avr.v32i3.12935

Saritniran, P., & Kunthajun, N. (2558). The Satir model in sand tray therapy for children with

psychiatric disorders. *Sunpasitthiprasong Medical Journal*, *36*(3), 151-158 (in Thai).

Sukawanich, N. (n.d.a) *Trauma: Why do childhood traumas affect adulthood?*. iSTRONG. https://www.istrong.co/single-post/why-childhood-trauma-affects-adulthood (in Thai).

Sukawanich, N. (n.d.b). *Why do adults abuse children? Invite you to get to know child abuse to stop the cycle of violence*. iSTRONG. https://www.istrong.co/single-post/prevention-guidelines-child-abuse (in Thai).

Tanphet, T. (2019, July 4). *Sand tray therapy: Unlock difficult-to-tell sad stories through sand tray therapy*. The Potential. https://thepotential.org/life/sand-tray-therapy/ (in Thai).

Thanawatkulsiri, P. (2016, August 28). *Middle childhood* [Prezi presentation]. Prezi. https://prezi.com/hpd9di4dvrcj/middle-childhood/ (in Thai).

The Center for the Protection of Children's Right Foundation. (2021, March 23). *Child sexual abuse: A critical issue adults must prevent!*. https://www.thaichildrights.org/articles/childsexualabuse/ (in Thai).

Tee-Melegrito, R. A. (2022, April 26). *Sand tray therapy: Definition, uses, and Techniques*. Medical News Today. https://www.medicalnewstoday.com/articles/sand-tray-therapy-definition-uses-and-techniques

Tornero, M., & Capella, C. (2017). Change during Psychotherapy through sand play tray in children that have been sexually abused. *Frontiers in Psychology*, *8*(617), 1-12. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00617

Vallejo, M. (2024, October 11). *What is sand tray therapy?*. Mental Health Center Kids. https://mentalhealthcenterkids.com/blogs/articles/sand-tray-therapy

นิพนธ์ต้นฉบับ

- ประสบการณ์การรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาของผู้ที่เคยเผชิญความรุนแรงในความสัมพันธ์แบบคู่รัก: การวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ
  (Counseling Experience of Intimate Partner Violence Survivors: An Interpretative Phenomenological Analysis)
- ประสบการณ์ทางจิตใจของนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดที่ทำงานกับผู้รับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตาย
  (Psychological Experiences of Trainee Counselors Working with Clients Who Have Suicidal Ideation)
- ประสบการณ์ของบุคคลวัยทำงานที่มีต่อการเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาผ่านวิดีโอคอล: การวิจัยเชิงคุณภาพ
  (Experiences of Working-age Adults towards Receiving Video Counseling Services: A Qualitative Study)
- ประสบการณ์วัยเด็กของผู้ที่เติบโตมากับพ่อแม่ที่เป็นโรคซึมเศร้า
  (Childhood Experiences of Persons Growing Up with Depressed Parents)
- การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการเล่นบำบัดที่ส่งผลต่ออาการของโรคสมาธิสั้นในเด็ก ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2015-2024
  (The Systematic Review of the Effects of Play Therapy on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in Children 2015-2024)

บทความฟื้นฟูวิชาการ

- ผลของการใช้ถาดทรายบำบัดสำหรับปัญหาสุขภาพจิตในเด็กที่ถูกทารุณกรรม
  (Effects of Sand Tray Therapy on Mental Health Problems in Abused Children)

สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย
สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ถนนติวานนท์
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทร 02-5908017 มือถือ 081-8762440 แฟกซ์ 02-1495542