



วารสาร

จิตวิทยาคลินิกไทย

Thai Journal of Clinical Psychology

ปีที่ 52 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2564 Volume 52 Number 1 January-June 2021

- บรรณาธิการแถลง

นิพนธ์ต้นฉบับ

- พฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนกับความเครียดในนักศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- พฤติกรรมการรังแกในนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6
- ความเครียดและภาวะซึมเศร้าในพ่อแม่ของนักเรียนที่เตรียมตัว สอบเข้ามหาวิทยาลัย

บทความฟื้นฟูวิชาการ

- บาดแผลทางจิตใจ : การคัดกรองและการประเมินผู้ได้รับผลกระทบสำหรับนักจิตวิทยาคลินิก
- การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ
- โควิด-19 : การประยุกต์ใช้แนวคิดการยอมรับและพันธะสัญญาในการเพิ่มสุขภาวะในความปกติใหม่



วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

THAI JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY

ISSN 2774-1087 (Online)

ปีที่ 52 ฉบับที่ 1

VOLUME 52 NUMBER 1

มกราคม-มิถุนายน 2564

JANUARY-JUNE 2021

สารบัญ

- บรรณาธิการแถลง

นิพนธ์ต้นฉบับ

- พฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนกับความเครียดในนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 1
ณัฐพงษ์ พัฒน์ไชยพูน, ณัฐวุฒิ อรินทร์
Natthapong Patchaipoon, Natthawut Arin
- พฤติกรรมการรังแกในนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ระดับชั้น 16
ประถมศึกษาปีที่ 4-6
ชญญาพัชร กองวิธธาตาสิริ, พัชรินทร์ เสรี, วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์
Chanyaphat Kongwirathadasiri, Patcharin Seree, Wimontip Musikaphan
- ความเครียดและภาวะซึมเศร้าในพ่อแม่ของนักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัย 31
สุดสบาย จุลกัทัพพะ, ทิฆัมพร หอสิริ, นาทวีณา ดำรงพิพัฒน์สกุล
Sudsabay Chulakadabba, Tikumporn Hosiri, Nartweena Dumrongpiphsakul

บทความพิเศษวิชาการ

- บาตแผลทางจิตใจ : การคัดกรองและการประเมินผู้ได้รับผลกระทบสำหรับ 41
นักจิตวิทยาคลินิก
อารยา พลธัญญา, กุลวดี ทองไพบูลย์
Araya Pontanya, Kulvadee Thongpibul
- การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 62
นฤมล พระใหญ่, สิริพร ครามานนท์, ภาสกร คุ่มศิริ
Narulmon Prayai, Sittiporn Kramanon, Passakorn Koomsiri
- โควิด-19: การประยุกต์ใช้แนวคิดการยอมรับและพันธะสัญญาในการเพิ่มสุขภาวะ 75
ในความปกติใหม่
เมธี วงศ์วิระพันธุ์, ปิยะพันธุ์ นันตา, อานนท์ สีดาเพ็ง, ทัศนัย จันทร์ศรีสุคต, อภิชาติ ไตรแสง
Matree Vongverapant, Piyaphan Nunta, Anon Seedapeng, Gunn Chansrisukot, Apichart Traisaeng

คณะกรรมการอำนวยการ สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย ปี 2564-2565

คณะที่ปรึกษา

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

นายกสมาคม

สุภาวดี นวลมณี

อุปนายกสมาคม

วนิดา ชนินทุทวงศ์
ภูมิพงษ์ ขุนนมนำ
ว่าที่ ร.ต.ไพรัช นิภาพันธ์

คณะกรรมการวิชาการ

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

กิจการต่างประเทศ

ดร.ปรีสุทธิ์ สำราญทรัพย์

สาราณียกร

ผศ.วัฒน์ะ พรหมเพชร
สิริกุล จุลศิริ

นายกะเบียน

สมบัติ ประเสริฐแก้ว

ปฏิคม

มะลิวรรณ ออสน์เทียะ ชูทาร์
ชฎานภัส จิตตรัตน์

ประชาสัมพันธ์

เอกลักษณ์ วงศ์อภัย

เหรียญก

จิตรพรรณ โพธิ์ไพโรจน์

เลขานุการ

ประภาศรี ปัญญาวิชชัย
ศจี รุกขพัฒน์กุล

คณะกรรมการกลาง

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

Executive Committee

Of The Thai Clinical Psychologist Association 2021-2022

Advisory Board

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

President

Supavadee Nuanmanee

Vice President

Vanida Chaninyuthwong
Phupong Koonchanumcham
Acting Sub Lt.Pairat Nipanan

Scientific Section

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

International Affair

Parisuth Sumransab, PhD

Editorial

Asst.Prof.Wattana Prohmpetch
Sirikul Chulkeeree

Registrar

Sombat Prasertkaew

House Master

Maliwan Oosanthia Soutar
Chayanapat Jittarat

Public Relation

Akaluck Wong-apai

Treasurer

Jitrapun Popairoj

Secretary

Prapasri Punyavachirachai
Sajee Rukkhawattanakul

Affair

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

วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

ผู้จัดพิมพ์:

สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย

ที่ปรึกษา:

สุภาวดี นวลมณี

นายกสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย

บรรณาธิการ:

ผศ.วิวัฒน์ พรหมเพชร

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

กองบรรณาธิการ:

สิริกุล จุลศิริ

สำนักวิชาการ กรมสุขภาพจิต

ผศ.เพ็ญประภา ปริญญาผล

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

ผศ.ดร.ไชยันต์ สกฤตศรีประเสริฐ

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อ.ดร.อารยา ผลธัญญา

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

พินภาณูจน์ ศรีศรากร

สถาบันประสาทวิทยา

คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ:

ศ.ดร.ดวงมณี จรุงกิจ

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

รศ.ดร.สุธีรา ภัทราวุฒวรรตน์

มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.มานีกา วิเศษสาร

มหาวิทยาลัยรามคำแหง

รศ.พวงสร้อย วรกุล

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

ผศ.ดร.กุลยา พิสิทธิ์สูงเนิน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ.พ.ต.หญิง ดร.พนมพร พุ่มจันทร์

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผศ.ดร.อรพิน สติธมน

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผศ.ดร.ณัฐภูมิ อรินทร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผศ.ดร.นิรันดร์ เงินแย้ม

มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผศ.ดร.สร้อยสุดา อัมมอรุณรักษ์

มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร.ธนยศ สุมลย์โรจน์

มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร.จิระวัฒน์ ต้นสกุล

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

อ.ดร.สมบุญ จารุเกษมทวี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ.ดร.เอื้ออนุช ถนอมวงษ์

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

อ.ดร.แสงเดือน ยอดอัญมณีวงศ์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อ.ดร.สมชาย เตียวสกุล

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

อ.ดร.กุลวดี ทองไพบูลย์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

อ.ดร.นัฐพร โอภาสานนท์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

อ.ดร.พีร วงศ์อุปราช

มหาวิทยาลัยบูรพา

อ.ดร.เมธี วงศ์วีระพันธุ์

มหาวิทยาลัยแม่โจ้

อ.ดร.ปิยาพัทธ์ อารีญาติ

มหาวิทยาลัยแม่โจ้

อ.ดร.พินนภา หมวกยอด

มหาวิทยาลัยแม่โจ้

อ.ดร.สุพัทธ แสนแจ่มใส

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ดร.นพ.นพพร ตันติรังสี

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12

ดร.ภัทรวรรณ สุขยิทธิ

โรงพยาบาลศรีธัญญา

ดร.รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

ดร.ปรีสุทธิ์ สำราญทรัพย์

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ศศกร วิชัย

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

Boby S.Kappen, PhD

James Cook University, Singapore

สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารจิตวิทยาคลินิกไทย:

ตึก 10 ชั้น 3 คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

181 ถนนเจริญประดิษฐ์ ตำบลรูสะมิแล อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี 94000

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

Thai Journal of Clinical Psychology

Publisher:

The Thai Clinical Psychologist Association

Consulting Editor:

Supavadee Nuanmanee

President of the Thai Clinical Psychologist Association

Editor:

Asst.Prof.Wattana Prohmpetch

Prince of Songkla University, Pattani Campus

Editorial Board:

Sirikul Chulkeeree

Bureau of Mental Health Academic Affairs, DMH

Asst.Prof.Penprapa Prinyapol

Prince of Songkla University, Pattani Campus

Asst.Prof.Chaiyun Sakulsriprasert, PhD

Chiang Mai University

Araya Pontanya, PhD

Chiang Mai University

Pinnakorn Srisarakorn

Neurological Institute of Thailand

Board of Reviewers:

Prof.Doungmani Chongruksa, PhD

Prince of Songkla University, Pattani Campus

Assoc.Prof.Sucheera Phattharayuttawat, PhD

Mahidol University

Assoc.Prof.Manika Wisessathorn, PhD

Ramkhamhaeng University

Assoc.Prof.Puangsoi Worakul

Prince of Songkla University, Pattani Campus

Asst.Prof.Kullaya Pisitsungkagarn, PhD

Chulalongkorn University

Asst.Prof.Panomporn Phoomchan, PhD

Kasetsart University

Asst.Prof.Orapin Sathiramon, PhD

Kasetsart University

Asst.Prof.Nattawut Arin, PhD

Chiang Mai University

Asst.Prof.Nirun Ngenyam

Narasuan University

Asst.Prof.Soisuda Imaroonrak, PhD

Mahidol University

Asst.Prof.Thanayot Sumalrot, PhD

Mahidol University

Asst.Prof.Jirawat Tunsakul, PhD

Prince of Songkla University, Pattani Campus

Somboon Jarukasemthawee, PhD

Chulalongkorn University

Auranuch Tanomwong, PhD

Kasetsart University

SaengDuean Yotanyamaneewong, PhD

Srinakarinwirot University

Somchai Teawkul, PhD

Saint Louis College

Kulvadee Thongpibul, PsyD

Thammasat University

Nattaporn Opananon, PhD

Narasuan University

Peera Wongupparaj, PhD

Burapha University

Metee Wongweerapun, PhD

Maejo University

Piyapat Areeyay, PhD

Maejo University

Pinnapa Muakyod, PhD

Maejo University

Supat Sanjamsai, PhD

Srinakarinwirot University

Nopporn Tantirangsee, M.D., PhD

Mental Health Center 12

Pattarawat Sukyirun, PhD

Srithanya Hospital

Rattanasak Santitadaku, PhD

Child and Adolescent Mental Health Rajanakarindra Institute

Parisuth Sumransab, PhD

Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

Sasakorn Vichai

Child and Adolescent Mental Health Rajanakarindra Institute

Boby S.Kappen, PhD

James Cook University, Singapore

Editorial Address:

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

181 Charoenpradit Road, Rusamelae, Maung, Pattani 94000

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

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ (ฉบับย่อ)

Guide for Authors

ต้นฉบับที่ผู้นิพนธ์ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารจิตวิทยาคลินิกไทย จะต้องไม่เคยตีพิมพ์ และเผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น เรื่องที่ลงตีพิมพ์ในวารสารจิตวิทยาคลินิกไทยแล้วถือเป็นลิขสิทธิ์การเผยแพร่โดยสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทยแต่เพียงผู้เดียว การตีพิมพ์หรือเผยแพร่ซ้ำในที่อื่นต้องได้รับอนุญาตจากกองบรรณาธิการวารสารฯ ก่อน

เอกสารต้นฉบับจะได้รับการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความชำนาญในด้านนั้น ๆ อย่างน้อย 2 ท่าน การพิจารณานี้หมายถึงการพิจารณาเชิงเนื้อหา ระเบียบวิธีวิจัย ความถูกต้องของการใช้สำนวนการเขียน การสะกดคำ รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง ตลอดจนการใช้ไวยากรณ์ทางภาษา ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยกองบรรณาธิการจะนำข้อคิดเห็น ตลอดจนข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิกลับไปยังผู้นิพนธ์เพื่อการปรับปรุงแก้ไข ทั้งนี้การพิจารณาดังกล่าวจะดำเนินการโดยเจ้าของผลงานและผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้พิจารณาผลงานจะไม่ทราบชื่อซึ่งกันและกัน ตลอดจนชื่อหน่วยงานของแต่ละฝ่าย เพื่อความเป็นธรรมและการปราศจากอคติในการพิจารณาผลงานวิชาการ

ประเภทของบทความที่วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย ตีพิมพ์เผยแพร่มี 6 ประเภท ได้แก่

- 1.นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)** หรือบทความรายงานการวิจัย
- 2.บทความวิชาการ (Editorial)** เป็นบทความซึ่งวิเคราะห์ผลงานทางการแพทย์หรือสุขภาพจิต หรือเป็นข้อคิดเห็น เพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ
- 3.บทความพินิจวิชาการ (Review article)** เป็นบทความจากการรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ผลเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าของเรื่องนั้นในสถานการณ์ปัจจุบัน
- 4.รายงานเบื้องต้น (Preliminary Report)** หรือรายงานสังเขป (short communication) เป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ต้องศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมหรือศึกษาเสร็จแล้วกำลังเตรียมต้นฉบับซึ่งมีส่วนประกอบที่สำคัญเช่นเดียวกับนิพนธ์ต้นฉบับ หรือบทความพินิจวิชาการ
- 5.รายงานผู้ป่วย (Case Report)** เป็นรายงานเกี่ยวกับผู้ป่วยที่สนใจ ไม่เคยมีรายงานมาก่อนหรือมีรายงานน้อยราย
- 6.ปกิณกะ (Miscellany)** เป็นบทความที่ไม่สามารถจัดเข้าในประเภท 1 ถึง 5 ได้ แต่มีเนื้อหาอันเป็นประโยชน์ในสาขาวิชาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของวารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

การเตรียมต้นฉบับเบื้องต้น (สำหรับบทความทุกประเภท)

- พิมพ์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรม Word Processor for Window ขนาดตัวอักษร Browallia UPC ขนาด 16 และให้พิมพ์ข้อความ 1 สดมภ์ (1 Column) ต่อ 1 หน้ากระดาษ A4 โดยให้พิมพ์ห่างจากขอบกระดาษทุกด้านไม่น้อยกว่า 2.5 ซม.(1 นิ้ว)

- มีเลขหน้ากำกับทุกหน้าที่มุมขวาล่าง
- คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ใช้ในเนื้อเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะซึ่งขึ้นต้นด้วยอักษรตัวใหญ่
- จำนวนหน้าของบทความทั้งหมดไม่ควรเกิน 15 หน้า

การเตรียมต้นฉบับและเอกสารเพื่อส่งกองบรรณาธิการ

- ใบปะหน้า (ตามแบบฟอร์มที่กำหนด) ระบุ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ คุณวุฒิสูงสุดและสถาบันของผู้นิพนธ์ทุกคน โดยเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พร้อมระบุชื่อ ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ของผู้นิพนธ์ที่รับผิดชอบในการติดต่อกับกองบรรณาธิการ
 - บทคัดย่อให้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 300 คำ พร้อมระบุคำสำคัญ (key word) 3-5 คำ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
 - เนื้อเรื่องสำหรับนิพนธ์ต้นฉบับที่เป็นงานวิจัย ประกอบด้วยบทนำ วัสดุและวิธีการ ผลการศึกษา วิเคราะห์ และสรุป สำหรับบทความไม่จำเป็นต้องแบ่งเช่นนี้
 - กิตติกรรมประกาศความยาวไม่เกิน 5 บรรทัด (ถ้ามี)
 - เอกสารอ้างอิง (References) ใช้ระบบ APA (the Publication Manual of the American Psychological Association) 6th edition (2010) ทั้งหมด
-

ตัวอย่างการเขียนรายการอ้างอิง

วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย กำหนดให้ผู้นิพนธ์ใช้การอ้างอิงและเขียนรายการเอกสารอ้างอิง โดยใช้ระบบ APA (the Publication Manual of the American Psychological Association) 6th edition (2010) ตามรายละเอียดดังนี้

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

ผู้เขียน	ก่อนข้อความ	ท้ายข้อความ
	ชื่อผู้แต่ง (ปีที่พิมพ์)	(ชื่อผู้แต่ง, ปีที่พิมพ์)
1 คน	Prohmpetch (2021)	 (Prohmpetch, 2021)
2 คน	Pontanya and Thongpibul (2016)	(Pontanya & Thongpibul, 2016)
3-5 คน	อ้างครั้งแรก Seeley, VanPutte, Regan, and Russo (2016) อ้างครั้งต่อไป Seeley et al. (2016)	อ้างครั้งแรก (Seeley, VanPutte, Regan, & Russo, 2016) อ้างครั้งต่อไป Seeley et al. (2016)
6 คนขึ้นไป	Wasserstein et al. (2005)	 (Wasserstein et al., 2005)
หน่วยงาน	Child and Adolescent Mental Health Rajanakarindra Institute (2018)	 (Child and Adolescent Mental Health Rajanakarindra Institute, 2018)

กรณีที่อ้างอิงถึงเอกสารในงานที่ศึกษาแต่ไม่สามารถหาเอกสารหรือต้นฉบับดั้งเดิมได้ เนื่องจากไม่มีการพิมพ์หรือให้บริการตามปกติแล้ว ให้ระบุชื่อเอกสารต้นฉบับแล้วตามด้วยคำว่า “อ้างถึงใน” หรือ “as cited in” ตามด้วยชื่อผู้แต่งที่ถูกนำข้อมูลมาอ้างและปีพิมพ์

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

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

2. การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ

- ถ้าผู้แต่งไม่เกิน 7 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และใส่ “&” คั่นหน้าชื่อคนสุดท้าย ถ้าผู้แต่งมากกว่า 8 คนขึ้นไป ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ตามด้วย ... เว้นวรรคและชื่อผู้แต่งคนสุดท้าย
- ให้เรียงลำดับแต่ละรายการตามตัวอักษรภาษาอังกฤษ (A-Z)
- ถ้าเอกสารภาษาไทย ให้แปลรายการอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษและเติมคำว่า (in Thai) ต่อท้ายรายการอ้างอิงนั้น

2.1 บทความ (Article)

Author, A. A., Author, B. B., & Author, C. C. (Year). Title of article. *Title of Periodical, volume number*(issue number), pp-pp.

Author, A. A., Author, B. B., & Author, C. C. (Year). Title of article. *Title of Periodical, volume number*(issue number), pp-pp. doi:xxxxxx

Author, A. A., Author, B. B., & Author, C. C. (Year). Title of article. *Title of Periodical, volume number*(issue number), pp-pp. Retrieved from <http://www.xxxxxxx>

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. (in Thai).

Qasim, T., Obeidat, M., & Al-Sharairi, S. (2017). The effect of smartphones on human health relative to user's addiction: A study on a wide range of audiences in Jordan. *International Journal of Medical, Health, Biomedical, Bioengineering and Pharmaceutical Engineering*, 11(5), 282-2.

2.2 หนังสือ

2.2.1 หนังสือทั้งเล่ม

Author, A. A. (Year). *Title of work*. Location: Publisher.

Author, A. A. (Year). *Title of work*. Retrieved from <http://www.xxxxxxx>

Author, A. A. (2006). *Title of work*. doi:xxxxx

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

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

2.2.2 บทในหนังสือ

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

- ถ้าหนังสือมีหมายเลข DOI ให้ระบุ doi:xxxxxx ทำรายการอ้างอิง
- ถ้าเป็นหนังสือที่เผยแพร่ทางออนไลน์ ให้ระบุ Retrieved from <http://www.xxxxxxx> แทนที่สถานที่พิมพ์ (Location) และชื่อสำนักพิมพ์ (Publisher)

Volk, A. A., Farrell, A. H., Franklin, P., Mularzyk, K. P., & Provenzano, D. A. (2016).

Adolescent bullying in schools: An evolutionary perspective. In D. Geary and D. Berch (Eds.), *Evolutionary perspectives on child development and education* (pp. 167-191). Switzerland: Springer International Publishing.

2.3 วิทยานิพนธ์ปริญญาเอกหรือปริญญาโท (Doctoral dissertation or master's thesis)

Author, A. A. (Year). *Title of doctoral dissertation or master's thesis* (Doctoral dissertation or master's thesis). Name of Institution, Location.

Author, A. A. (Year). *Title of doctoral dissertation or master's thesis* (Doctoral dissertation or master's thesis). Retrieved from <http://www.xxxxxxx>

- ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ปริญญาเอกหรือปริญญาโทจากฐานข้อมูลสถาบันหรือเว็บไซต์ให้ระบุ Retrieved from <http://www.xxxxxxx> แทนที่สถานที่พิมพ์ (Location) และชื่อสำนักพิมพ์ (Publisher)

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, Bangkok. (in Thai).

Marnie, L. R. (2010). *Evaluating the Bender Visual Motor Gestalt Test II as a Diagnostic Screening Instrument Among Clinically Referred Children and Adolescents* (Doctoral dissertation). Retrieved from <https://researchrepository.wvu.edu/>

2.4 เอกสารจากเว็บไซต์ (Website)

Author, A. A. (Year, Month Date). *Title of page*. Site name. Retrieved from <http://www.xxxxxxx>

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

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

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

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

*** ผู้พิมพ์สามารถศึกษาการอ้างอิงและการเขียนรายการเอกสารอ้างอิงโดยใช้ระบบ APA 6th edition (2010) เพิ่มเติมที่



จริยธรรมการเผยแพร่ผลงาน (Publication Ethics)

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

บทบาทของบรรณาธิการ

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

บทบาทหน้าที่ของผู้พิมพ์

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

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

บทบาทหน้าที่ของผู้ทบทวน

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

สมาชิกของสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย

“สมาชิกของสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย มีหน้าที่สร้างความเข้าใจในวัตถุประสงค์ กฎ ระเบียบของสมาคมฯ เพื่อให้การช่วยเหลือส่งเสริม และเผยแพร่กิจกรรมต่าง ๆ ของสมาคมฯ ให้บรรลุเป้าหมาย”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ระหว่างสมาชิก
2. ส่งเสริมและควบคุมคุณภาพงานด้านจิตวิทยาคลินิกและจิตวิทยาแก่สมาชิกทั้งด้านการปฏิบัติและวิชาการ
3. เพื่อร่วมมือกันผลิตผลงานการวิจัยทางด้านจิตวิทยาคลินิก และสุขภาพจิตให้เป็นประโยชน์ต่อชุมชน
4. เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางด้านจิตวิทยาคลินิกและสุขภาพจิตแก่ประชาชน
5. ร่วมมือกับสมาคมและสถาบันอื่นๆ 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 และประทับเครื่องหมายของสมาคมในโอกาสอันสมควรตลอดอายุการเป็นสมาชิก
6. มีสิทธิจะขออนุญาตตรวจสอบทรัพย์สินของสมาคมฯ และขอเปิดอภิปรายแสดงความไม่ไว้วางใจคณะกรรมการบริหารสมาคมฯ ได้ (เฉพาะสมาชิกสามัญ)

การสมัครสมาชิกสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย

1. ช่องทางหลัก

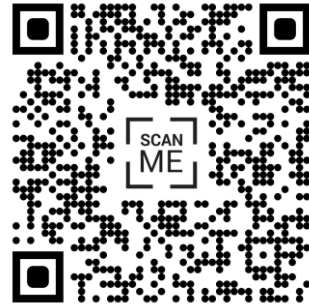
สมัครผ่านระบบออนไลน์ i-Regist ที่หน้าเว็บไซต์ของสมาคมฯ

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

โปรดเตรียมเอกสารแนบเป็นไฟล์นามสกุล .jpg, .png หรือ PDF แล้ว

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

หรือ Line ID: tcpa.regis



2. ช่องทางรอง

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

2.2 สมัครผ่านทางไปรษณีย์ โดยการ download ใบสมัครและกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ส่งไปที่

คุณจิตรพรรณ โพธิ์โพโรจน์

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

ประวัติบรรณาธิการ วารสารจิตวิทยาคลินิก

ยวดี	กิตติคุณ	2512 - 2513
ณรงค์ศักดิ์	ตะละภัก	2513 - 2514
ดวงมาลย์	เริกสำราญ	2515 - 2516
กิติกร	มีทรัพย์	2517 - 2522
วันชัย	ไชยสิทธิ์	2523 - 2524
สมบัติ	ดาปัญญา	2525 - 2526
ชัยวัฒน์	วงศ์อาษา	2527 - 2530
อมรากล	อินโอรานนท์	2531 - 2532
อุษา	ชูชาติ และ	
อมรากล	อินโอรานนท์	2533 - 2535
สุชีรา	ภักทรายุทธวรรณ์	2536 - 2537
จุฑาทิพย์	วงศ์สุวรรณ	2538 - 2539
ชนิษฐา	บำเพ็ญผล	2540 - 2543
สุชีรา	ภักทรายุทธวรรณ์	2544 - 2545
จริยา	จันทร์ระ	2546 - 2547
สร้อยสุตา	อิมอรุณรักษ์	2548 - 2549
ปรานี	ชาญณรงค์	2550 - 2553
จริยา	จันทร์ระ	2554 - 2555
วิลาสินี	ชัยสิทธิ์	2556 - 2557
แสงเดือน	ยอดอัญมณีวงศ์	2558 - 2559
แสงเดือน	ยอดอัญมณีวงศ์ และ	
ส่องโสม	พึงพงศ์	2560 - 2561
ไชยันต์	สกุลศรีประเสริฐ	2562 - 2563
วัณณะ	พรหมเพชร	2564 - 2565

บรรณาธิการแถลง

วารสารจิตวิทยาคลินิกไทยนี้ เป็นปีที่ 52 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน 2564) ถือเป็นเล่มแรก ที่เริ่มเผยแพร่แบบออนไลน์ผ่านระบบ ThaiJo และได้รับอนุมัติจากมติที่ประชุมคณะกรรมการสมาคม นักจิตวิทยาคลินิกไทยครั้งที่ 2/2564 ให้เปลี่ยนชื่อวารสารจากเดิมชื่อ “วารสารจิตวิทยาคลินิก” มาเป็น ชื่อ “วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย” (Thai Journal of Clinical Psychology) เพราะเมื่อเข้าสู่ระบบออนไลน์ พบว่าชื่อวารสารเดิมซ้ำกับวารสารต่างประเทศ วารสารเล่มนี้ยังเป็นการเริ่มต้นการทำงานของทีม บรรณาธิการวารสารชุดใหม่จากคณะกรรมการบริหารสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทยชุดใหม่ ปี 2564-2565 และคณะกรรมการผู้ทบทวนบทนิพนธ์ (Board of reviewer) ที่ประสานกันทั้งชุดเก่าและชุดใหม่ เพื่อเอื้อต่อการพิจารณาบทความที่เข้มแข็งจากหลากหลายหน่วยงานทางจิตวิทยาคลินิกและหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ต่างก็ร่วมกันทำงานแบบปกติใหม่ (New normal) ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโค วิด-19 ระลอก 3 ที่หนักกว่าในรอบที่ผ่านมา ในขณะที่ผู้รับวัคซีนเริ่มเปลี่ยนกลุ่มจากที่บุคลากรทาง การแพทย์สู่ประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง และประชาชนทั่วไปได้เริ่มทยอยรับวัคซีนป้องกันโควิด-19 โดยคาดการณ์กันว่าหลังจากผู้คนส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนแล้วจะเกิดภูมิคุ้มกันหมู่ (Herd immunity) ขึ้นใน ประเทศ สถานการณ์การระบาดน่าจะลดลง ผู้คนก็จะใช้ชีวิตได้ตามปกติต่อไป อย่างไรก็ตามมาตรการ ป้องกันเบื้องต้น เช่น สวมหน้ากากอนามัย การรักษาระยะห่าง ก็ยังคงจำเป็น อย่าเพึ่งประมาทกันนะ ครับ จะเห็นได้ว่าจุดเริ่มต้นของทีมบรรณาธิการชุดใหม่ครั้งนี้ แม้จะอยู่ภายใต้ความท้าทายของ สถานการณ์ภัยพิบัติของโรคระบาด แต่ไม่สามารถหยุดการพัฒนาและความก้าวหน้าทางวิชาการของ จิตวิทยาคลินิกไทย แต่กลับขยายขีดความสามารถและสร้างประสบการณ์ในการรับมือให้ครอบคลุม ภาวะวิกฤติโรคระบาดดังบทความที่จะนำเสนอในฉบับนี้

สำหรับบทความในฉบับนี้มีทั้งนิพนธ์ต้นฉบับและบทความฟื้นฟูวิชาการ โดยนิพนธ์ต้นฉบับ เป็นเรื่องเกี่ยวกับปัญหาทางจิตใจในกลุ่มนักเรียนนักศึกษาและผู้ปกครองที่ทันกับสถานการณ์ในปัจจุบัน ได้แก่ พฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนกับความเครียด พฤติกรรมการรังแกในนักเรียนที่มีความบกพร่อง ทางการเรียนรู้ และความเครียดและภาวะซึมเศร้าในพ่อแม่ของนักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้า มหาวิทยาลัย ส่วนบทความฟื้นฟูวิชาการจะเป็นประโยชน์ต่องานจิตวิทยาคลินิกและผู้สนใจภายใต้ สถานการณ์ภัยพิบัติจากโรคระบาดโควิด-19 อยู่ขณะนี้ ซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับบาดแผลทางจิตใจใน มุมมองของการคัดกรองและประเมินผู้ได้รับผลกระทบ การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และการ ประยุกต์ใช้แนวคิดการยอมรับและพันธสัญญาในการเพิ่มสุขภาวะในความปกติใหม่ในช่วงสถานการณ์ โควิด-19 นี้

ทีมบรรณาธิการชุดใหม่ มีเจตนารมณ์มุ่งมั่นสู่การพัฒนาคุณภาพของบทความทุกเรื่องตาม หลักวิชาการและวิชาชีพเพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based) ทั้งระดับชาติและนานาชาติ และเอื้อประโยชน์ต่อการประยุกต์สู่มาตรฐานงานวิชาชีพจิตวิทยาคลินิกไทยที่เข้มแข็ง การจะขับเคลื่อน งานสู่ความสำเร็จนี้ทางทีมงานบรรณาธิการชุดใหม่ได้รับการสนับสนุนหลักจากสมาคมนักจิตวิทยา คลินิกไทยและขอขอบพระคุณนายกสมาคมฯ อาจารย์สุภาวดี นวลมณี ที่เอื้ออำนวยความสะดวกงาน

วารสารและอนุเคราะห์ให้เข้ารับบรมระบบ ThaiJo2.0 สำหรับบรรณาธิการวารสาร รวมทั้งรองศาสตราจารย์ ดร.เอกรินทร์ สังข์ทอง คณบดีคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ที่เอื้อเฟื้อสถานที่และสนับสนุนสำนักงานชั่วคราวของกองบรรณาธิการ และผู้ทบทวนบทนิพนธ์โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่ตอบรับและร่วมเป็นผู้อ่านพิจารณาบทความทุก ๆ ท่าน นอกจากนี้ขอขอบคุณทีมบรรณาธิการชุดเดิมที่ร่วมด้วยช่วยงานวารสารชุดใหม่ทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่น และกองบรรณาธิการที่มาจากหลากหลายหน่วยงานทางจิตวิทยาคลินิก อาจารย์วีรพงศ์ เณลิมรุ่งโรจน์ หลักสูตรจิตวิทยาคลินิก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ช่วยงานด้านเอกสารวารสาร ผู้นิพนธ์บทความทุก ๆ ท่านที่ได้นำผลงานวิจัยและองค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่องานจิตวิทยาคลินิกและทันตต่อสถานการณ์ปัจจุบัน รวมถึงสมาชิกวารสารจิตวิทยาคลินิก นักจิตวิทยาคลินิกและผู้สนใจทุก ๆ ท่าน ซึ่งการเปลี่ยนเป็นออนไลน์ครั้งนี้ทุกท่านสามารถอ่านและดาวน์โหลดจากเว็บไซต์วารสารได้ตลอดเวลา ทำให้มีความสะดวกในการเข้าถึงและมีโอกาสใช้ประโยชน์จากบทความวารสารจิตวิทยาคลินิกไทยได้มากยิ่งขึ้น

บรรณาธิการและทีมบรรณาธิการขอเป็นกำลังใจให้ทุกคนผ่านพ้นภัยพิบัติโรคระบาดโควิด-19 ไปด้วยกัน และเชิญชวนสมาชิกสมาคม นักจิตวิทยาคลินิก นักจิตวิทยา และผู้สนใจทุก ๆ ท่านส่งบทความเผยแพร่และร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อวงการวิชาการและวิชาชีพทางจิตวิทยาคลินิกให้บรรลุวัตถุประสงค์ของวารสารจิตวิทยาคลินิกไทยที่จะส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการ องค์ความรู้ใหม่ ๆ ที่มีคุณภาพและเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานและเครือข่ายจิตวิทยาคลินิกต่อไป

วัฒน์ะ พรหมเพชร

บรรณาธิการ

ข้อเขียนที่ปรากฏในวารสารนี้ ย่อมเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเรื่องนั้นโดยเฉพาะ มิใช่
เป็นทัศนะของกองบรรณาธิการหรือบรรณาธิการเสมอไป



Thai Journal of Clinical Psychology

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

Original Article

พฤติกรรมการใช้สมาร์ตโฟนกับความเครียดในนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Smartphone Usage Behavior and Stress in Chiang Mai University Students

ณัฐพงษ์ พัฒน์ไชยพูน^{1*}, ณัฐวุฒิ อรินทร์²

¹ วิทยาศาสตร์บัณฑิต (จิตวิทยา) สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

² ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Natthapong Patchaipoon^{1*}, Natthawut Arin²

¹ Bachelor of Science (Psychology) in Clinical Psychology, Chiang Mai University

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

* Corresponding author: e-mail. natthapong.patchai@gmail.com

Received: 8 August 2020 | Revised: 24 September 2020 | Accepted: 30 September 2020

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอิทธิพลของพฤติกรรมการใช้สมาร์ตโฟนกับความเครียด 2) เพื่อศึกษาเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับความเครียดจากพฤติกรรมการใช้สมาร์ตโฟนในนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ **วัสดุและวิธีการ** กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่เรียนในปีการศึกษา 2562 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 430 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมการใช้สมาร์ตโฟนและแบบวัดความเครียดสวนปรุง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์ และการวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์รายบุคคลจำนวน 6 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาโดยจัดกลุ่มข้อความที่สอดคล้องกัน **ผลการศึกษา** พฤติกรรมการใช้สมาร์ตโฟนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .416$) และมีอิทธิพลต่อความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($\beta = .416$) โดยสามารถทำนายความเครียดได้ร้อยละ 17.3 นอกจากนี้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ การใช้สมาร์ตโฟนมีความเกี่ยวข้องกับความเครียดดังนี้ 1) การเสพสื่อทางลบ 2) การใช้สมาร์ตโฟนอย่างต่อเนื่อง 3) การคาดหวังการตอบรับ และ 4) การเปรียบเทียบกับตนเองกับสังคม **สรุป** พฤติกรรมการใช้สมาร์ตโฟนมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อความเครียด

คำสำคัญ: พฤติกรรมการใช้สมาร์ตโฟน, ความเครียด, นักศึกษาปริญญาตรี

Abstract

Objectives: This research aims to 1) study a correlation and regression between smartphone usage behavior and stress, 2) and study conditions related to stress from smartphone usage behavior on Chiang Mai University students. **Materials and methods:** Four hundred and thirty undergraduate Chiang Mai University students in 2019 were randomly selected by Purposive Sampling method. The tools of this research are Smartphone Addiction Scale: Thai Short Version (SAS-SV-TH) and Suanprung Stress Test 20 (SPST-20). Descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient and simple regression statistics were performed to examine the correlation and regression of smartphone usage behavior on stress, and 6 undergraduate students were interviewed for qualitative data, analyzed by categorize the contents. **Results:** There is a significant positive correlation ($r = .416$, $p < .01$) between smartphone usage behavior and significantly affect to stress ($\beta = .416$, $p < .01$). Smartphone usage behavior can predict stress in students for 17.3%. Additionally, the result of quantitative data showed conditions related stress from smartphone usage include 1) Consumption of negative media 2) Continuing using of smartphone 3) Expectation for response and 4) Social comparison. **Conclusion:** Smartphone usage behavior has correlation and effect to stress.

Keywords: Smartphone usage behavior, Stress, Undergraduate students

ที่มาและความสำคัญ

สมาร์ทโฟน (Smartphone) ถือได้ว่าเป็นอุปกรณ์ชนิดหนึ่งที่เข้ามามีบทบาทในการใช้ชีวิตของคนยุคปัจจุบัน สมาร์ทโฟนคือโทรศัพท์มือถือที่มีระบบปฏิบัติการคล้ายคลึงกับคอมพิวเตอร์ มีโปรแกรมประยุกต์ต่าง ๆ มีหน้าจอสัมผัส และสามารถเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตประเภท 3G และ Wi-Fi ได้โดยอาจมีขนาดหน้าจอตั้งแต่เล็กกว่า 5 นิ้วไปจนถึง 7 นิ้ว (Siamphone, 2557; Kingkeaw, 2015) จากข้อมูลของ National Statistical Office and Ministry of Digital Economy and Society (2018) จะพบว่าแนวโน้มการใช้งานอินเทอร์เน็ตผ่านสมาร์ทโฟนนั้นมีสูงมากขึ้นและช่วงอายุที่ใช้งาน

มากที่สุดคือ 15-24 ปี จึงพอจะประมาณการได้ว่าคนไทยมีอัตราการใช้งานสมาร์ทโฟนมากขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น

พฤติกรรมการใช้งานสมาร์ทโฟนในกลุ่มวัยรุ่นมีความหลากหลาย โดยจะใช้งานผ่านโปรแกรมประยุกต์ที่มีอยู่ภายในเครื่องสมาร์ทโฟนหรือดาวน์โหลดเสริมเข้ามา เช่น ใช้ติดต่อสื่อสาร ใช้สืบค้นข้อมูล เครือข่ายสังคมออนไลน์ เพื่อความบันเทิง เพื่อการศึกษา ใช้ในกรณีฉุกเฉิน หรืออำนวยความสะดวกสบายในด้านอื่น ๆ (Wattanakun, Phiwhom, & Chansawang, n.d.)

อย่างไรก็ตาม แม้การใช้สมาร์ทโฟนจะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตได้ แต่การใช้อย่างมากเกินไปอาจเข้าข่ายมีพฤติกรรมเสพติดทำให้เกิดโรคซึมเศร้าและก่อให้เกิดความเครียดได้ (Silangam,

2018) โดยตามความหมายของ Kwon, Lee, et al. (2013) พฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟนมี 6 องค์ประกอบ คือ 1) ครอบงำการใช้ชีวิตประจำวัน หมายถึง การใช้สมาร์ทโฟนแล้วส่งผลเสียต่อการวางแผนชีวิต การพักผ่อน การมีสมาธิจดจ่อกับงาน เกิดผลเสียต่อร่างกายตามส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ดวงตา ข้อมือ และหลังคอ เป็นต้น 2) คาดหวังผลลัพธ์ทางบวก หมายถึง ความรู้สึกมีความสุขที่จะได้คลายเครียดด้วยการใช้สมาร์ทโฟน เมื่อไม่ได้ใช้จะรู้สึกว่างเปล่า 3) อาการถอน หมายถึง มีอาการขาดความอดทนและรู้สึกไม่สบายอย่างมากเมื่อไม่ได้ใช้สมาร์ทโฟน นึกถึงแต่สมาร์ทโฟน ต้องการใช้อยู่ตลอดเวลา หากถูกขัดขวางจะรู้สึกโกรธ 4) มุ่งเน้นสัมพันธ์ทางออนไลน์ หมายถึง เน้นสร้างสัมพันธ์ทางกับคนรอบข้างและสังคมผ่านสมาร์ทโฟนมากกว่าชีวิตจริงโดยอยู่ในรูปแบบของเครือข่ายสังคมออนไลน์ 5) ใช้มากเกินไป หมายถึง ใช้งานอย่างควบคุมไม่ได้ และ 6) ความอดทน หมายถึง ล้มเหลวเมื่อพยายามควบคุมการใช้งานทุกครั้ง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่างานวิจัยเชิงปริมาณจำนวนมากที่กล่าวถึงผลของการใช้สมาร์ทโฟนที่มีต่อสุขภาพจิตในเชิงลบ โดยในการศึกษาผลของการใช้สมาร์ทโฟนหรือแท็บเล็ตในนิสิตเภสัชศาสตร์ พบว่าพฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟนมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพกาย และความเครียดในระดับปานกลางถึงสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chuemongkon, Inthitanon, & Wangsate, 2019) และงานวิจัยของต่างประเทศ ที่มีการศึกษาพฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟนต่อความเครียด ผลการเรียน และความพึงพอใจในชีวิตในนักศึกษา พบว่าพฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดและทางลบต่อผลการเรียนกับความพึงพอใจในชีวิต (Samaha & Hawi, 2016) อีกทั้งยังมีการศึกษาการ

ใช้สมาร์ทโฟนกับความสุขทางใจในนักศึกษาของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเชียงใหม่ก็พบว่า การใช้สมาร์ทโฟนมากเกินไปมีผลทำให้ความสุขทางใจต่ำลง (Tangmunkongvorakul, Musumari, Thongpibul, Srithanaviboonchai, Techasrivichien, Sugimoto, Ono-Kihara & Kihara, 2019)

ทั้งนี้จากการทบทวนเอกสาร การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการหรือเงื่อนไขที่สัมพันธ์กับความเครียดได้จากพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนในรูปแบบงานวิจัยเชิงคุณภาพยังมีอยู่อย่างจำกัด มีเพียงการศึกษาหนึ่งที่น่าสนใจเกี่ยวกับรูปแบบเนื้อหาการใช้ของสมาร์ทโฟนจนเกิดอาการติดสมาร์ทโฟนในนักเรียน พบว่ารูปแบบการใช้เพื่อเครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social Network) ทำให้ติดสมาร์ทโฟนได้มากกว่าเกมส์ (Jeong, Kim, Yum, & Hwang, 2016) แต่ยังไม่ได้มีการศึกษาเชิงลึกเพื่อค้นหาเงื่อนไขที่ก่อให้เกิดผลทางลบจากรูปแบบการใช้งานดังกล่าว เพราะหากพิจารณาร่วมกับวรรณกรรมที่ทบทวนมาจะพบว่าพฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟนและการใช้สมาร์ทโฟนมากเกินไปจะส่งผลกระทบทางลบต่อทั้งร่างกายและสภาพจิตใจ (Physical & Mental) ความเครียดที่มีผลต่อร่างกายนั้น มีสาเหตุมาจากการใช้ร่างกายทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องยาวนาน (Physical overload) โดยไม่ได้พักผ่อน หรือทำกิจกรรมที่ไม่เป็นไปตามวิถีชีวิตของคนปกติทั่วไป (Irregular lifestyle) (Sinha, 2008; Thoits, 2010) สันนิษฐานแนวคิดของ Miller, Smith, and Rothstein (1994) ที่กล่าวว่าการทำงานอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้พักผ่อนจะทำให้ไม่สามารถควบคุมจัดการชีวิตได้ จึงอาจพอจะสรุปได้ว่าการใช้สมาร์ทโฟนมากจะทำให้เกิดความเครียดและความเหนื่อยล้าสะสมขึ้นจนควบคุมจัดการกับความเครียดนั้นได้ยากมากขึ้น ทั้งนี้งานวิจัยนี้เชื่อว่าการใช้สมาร์ทโฟนอาจมี

ความเกี่ยวข้องกับความเครียดอีกหลายเงื่อนไข ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงเพิ่มระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาเงื่อนไขที่สัมพันธ์กับความเครียดเพิ่มเติม

จากที่กล่าวมาทั้งหมดคณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปริมาณการใช้สมาร์ทโฟนกับความเครียดในนักศึกษามหาวิทยาลัย และทำความเข้าใจถึงเงื่อนไขที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการใช้สมาร์ทโฟนอันนำไปสู่แนวทางการป้องกันแก้ไขต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอิทธิพลของพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนกับความเครียดในนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับความเครียดจากการใช้สมาร์ทโฟนในนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. พฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนมีอิทธิพลทางบวกต่อความเครียดในนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ข้อตกลงเบื้องต้น

การศึกษครั้งนี้ใช้คำว่า ‘พฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟน’ แทน ‘พฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟน’ ที่วัดได้จากแบบประเมิน

พฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟน เนื่องจากเป็น การศึกษาเชิงสำรวจไม่ได้ใช้เพื่อการวินิจฉัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ นักศึกษามหาวิทยาลัย เชียงใหม่ ระดับปริญญาตรีที่กำลังศึกษาในปี การศึกษา 2562 มีจำนวน 29,907 คน คำนวณ กลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) โดยกำหนด Effect size = 0.15 (medium size) ค่าความ คลาดเคลื่อน = 0.05 และค่าอำนาจการทำนาย = 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 89 คน อย่างไรก็ตาม ตามกฎทั่วไป (Rule of Thumb) ของ Green (1991) ได้อ้างว่า ขนาดกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการวิเคราะห์การถดถอยใด ๆ นั้นควรมี อย่างน้อย 200 คน ผู้วิจัยจึงได้เก็บกลุ่มตัวอย่าง เกินกว่าที่กำหนดเพิ่มความน่าเชื่อถือทางสถิติ และป้องกันอัตราการตอบกลับต่ำ โดยใช้วิธีการ สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงได้เท่ากับ 430 คน เป็นการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ประกาศรับสมัครและ มีนักศึกษาที่สมัครใจ (Voluntary Selection) รวมถึงมีการแนะนำต่อกันมา (Snowball Selection) โดยถามความสมัครใจผู้ที่ถูกแนะนำต่ออีกครั้ง ได้จำนวน 6 คน เป็นนักศึกษาปริญญาตรี มหาวิทยาลัเชียงใหม่ที่กำลังศึกษาอยู่ในปี การศึกษา 2562 เป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ในการเก็บข้อมูลทั้งสองส่วนมีเกณฑ์ การคัดเข้าดังนี้

1. เป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นปริญญาตรี ปี การศึกษา 2562
3. เป็นผู้ใช้งานสมาร์ทโฟนในปัจจุบัน
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของนักศึกษา ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปี กลุ่มคณะที่ศึกษา

2. แบบประเมินพฤติกรรมการติดสมาร์ตโฟน ฉบับสั้น ฉบับภาษาไทย (Smartphone Addiction Scale: Thai Short Version; SAS-SV-TH) จำนวน 10 ข้อ ซึ่งถูกพัฒนามาจากฉบับสั้น ภาษาอังกฤษสำหรับวัยรุ่นของ Kwon, Kim, Cho, and Yang (2013) ถูกแบ่งเป็น 5 องค์ประกอบ จากแบบทดสอบพฤติกรรมการติดสมาร์ตโฟน (Charoenwanit & Soonthornchaiya, 2019) ได้แก่

- 1) ด้านการรบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน
- 2) ด้านอาการถอน
- 3) ด้านการมุ่งเน้นสัมพันธภาพออนไลน์
- 4) ด้านการใช้มากเกินไป
- 5) ด้านความอดทน

โดยในแบบประเมินพฤติกรรมการติดสมาร์ตโฟนฉบับสั้น ฉบับภาษาไทยได้มีการนำมาทดลองกับกลุ่มคนอายุ 18-23 ปี จำนวน 100 คน พบว่าค่าความเชื่อมั่นในภาพรวมอยู่ที่ 0.94 และในรายข้อจะมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ 0.76-0.97 ในแบบประเมินจะถามเกี่ยวกับการใช้สมาร์ตโฟนของตนเอง หากได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 31 ในเพศชาย และ 33 คะแนนในเพศหญิงจึงจะถือว่าติดสมาร์ตโฟน นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .891

ข้อคำถามแต่ละข้อประกอบด้วยตัวเลือกประมาณค่าที่แบ่งคะแนนเป็น 6 ระดับตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างมากได้ 1 คะแนน ไปจนถึงเห็นด้วยอย่างมากได้ 6 คะแนน (Charoenwanit & Soonthornchaiya, 2019) โดยนักศึกษาที่ได้คะแนนสูงหมายถึงมีพฤติกรรมการใช้สมาร์ตโฟนที่มากกว่านักศึกษาที่ได้คะแนนต่ำ

3. แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test; SPST-20) ซึ่งมีจำนวนข้อทั้งหมด 20 ข้อ การแบ่งระดับความเครียดของแบบวัดความเครียดที่สร้างได้เป็น 4 ระดับคือ เครียดต่ำ เครียดปานกลาง เครียดสูง และเครียดมาก มีค่าความเชื่อมั่นมากกว่า 0.7 และมีความแม่นยำตรงตามสภาพกว่า 0.27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำแบบวัดไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .911

มีเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่รู้สึกรู้สึกเครียดเลยได้ 1 คะแนนจนถึงรู้สึกเครียดมากที่สุดได้ 5 คะแนน ในกรณีที่เหตุการณ์ในข้อคำถามไม่เคยเกิดขึ้นเลยในช่วง 6 เดือน ให้ข้ามและได้ 0 คะแนน (Mahatnirankun, Phumphaisan & Tapunya, 1997) ทั้งนี้นักศึกษาที่ได้คะแนนสูงหมายถึงมีความเครียดมากกว่านักศึกษาที่ได้คะแนนต่ำ

4. การสัมภาษณ์เชิงคุณภาพแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) เป็นคำถามปลายเปิดโดยข้อคำถามได้ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญว่าเหมาะสมสำหรับการสัมภาษณ์ เพื่อมุ่งเน้นทำความเข้าใจเงื่อนไขที่ทำให้เกิดความเครียดจากการใช้สมาร์ตโฟน โดยใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที ต่อการสัมภาษณ์ 1 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 ผู้วิจัยทำการขออนุญาตใช้แบบทดสอบ Smartphone Addiction Scale: Thai Short Version (SAS-SV-TH) หรือแบบประเมินพฤติกรรมการติดสมาร์ตโฟนฉบับสั้น ฉบับภาษาไทย (Charoenwanit & Soonthornchaiya, 2019) จากผู้พัฒนาแบบทดสอบผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์

1.2 เมื่อได้รับอนุญาตให้ใช้แบบประเมินพฤติกรรมการณ์การติดสุมาร์โฟนแล้ว ผู้วิจัยจึงได้เข้าไปประชาสัมพันธ์ตามห้องเรียนต่าง ๆ เพื่อขออนุญาตเข้าประชาสัมพันธ์เก็บข้อมูลหลังหลังมีการเลิกเรียนกระบวนการเรียนการสอนและได้เริ่มเก็บข้อมูลในช่วง ตุลาคม พ.ศ. 2562

1.3 ในการเข้าประชาสัมพันธ์ในห้องเรียน ผู้วิจัยได้อธิบายแก่กลุ่มตัวอย่างถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล

1.4 เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมแล้วจึงทำการเก็บข้อมูลและนำข้อมูลไปวิเคราะห์ในขั้นตอนถัดไป

2. ขั้นตอนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1 ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อออนไลน์เพื่อขอสัมภาษณ์ นักศึกษาปริญญาตรีมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2562 โดยได้แจ้งขอความยินยอมเก็บข้อมูลและขออนุญาตเข้าสัมภาษณ์

2.2 เมื่อมีผู้ให้ข้อมูลอาสาสมัครเข้ามาแล้วผู้วิจัยจึงชี้แจงวัตถุประสงค์ของงาน ขออนุญาตบันทึกเสียง และขอความยินยอม

2.3 เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมแล้วจึงนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการขอสัมภาษณ์ล่วงหน้าตามที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก พร้อมทั้งขอผู้ให้ข้อมูลช่วยแนะนำผู้ให้ข้อมูลหลักท่านอื่นต่อไปโดยการสัมภาษณ์จะอยู่ในช่วงธันวาคม พ.ศ. 2562 ถึง มกราคม พ.ศ. 2563

2.4 เมื่อผู้วิจัยเก็บข้อมูลสัมภาษณ์เสร็จสิ้นจึงมีการถอดข้อความจากบันทึกเสียงตรวจสอบความถูกต้องและทบทวนของข้อมูลที่ได้ หากพบว่าขาดตกบกพร่องจะทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติมก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ในขั้นตอนถัดไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ (Chi-square) สถิตินสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) และการถดถอยอย่างง่าย (Simple regression analysis)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลจากการบันทึกเสียง จะถูกถอดความแบบคำต่อคำ (Verbatim) โดยจัดเรียงบทสนทนาแยกตามผู้พูดและใช้นามแฝงแทนชื่อของผู้ให้ข้อมูล และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยการฟังบันทึกเสียงซ้ำและตรวจสอบข้อความที่ถอดมา หลังจากนั้นจึงมีการตีความข้อมูลที่ได้ไปที่ละส่วนก่อนนำข้อมูลจากการตีความที่มีความเชื่อมโยงจัดเป็นหมวดหมู่ (Categories)

ข้อมูลที่ถูกรวบรวมจัดเป็นหมวดหมู่ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนจะถูกนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมโยงกันเพื่อที่จะสรุปประเด็นสำคัญที่มีความสอดคล้องตรงกันและเป็นเรื่องเดียวกัน

3. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อช่วยยืนยันข้อมูลว่าตรงกับสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการสื่อสารโดยไม่ถูกบิดเบือนจาก ทักษะคติ อารมณ์ ความคิด และประสบการณ์ส่วนตัวของผู้วิจัยเอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ผู้วิจัยได้แจ้งถึงวัตถุประสงค์การวิจัย และได้สอบถามความสมัครใจทุกครั้งก่อนการเก็บข้อมูล

2. ผู้ให้ข้อมูลสามารถสอบถามรายละเอียดการวิจัยครั้งนี้ได้ สามารถปฏิเสธ หรือยุติการให้ข้อมูลได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล

3. ผู้วิจัยได้แจ้งถึงการนำข้อมูลไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้น และข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ส่วนการนำเสนอข้อมูลต่อสาธารณะจะเปิดเผยเพียงภาพรวมที่ไม่มีการชี้ชัดถึงตัวตนผู้ให้ข้อมูล

4. ในการเข้าสัมภาษณ์ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนการบันทึกเสียงทุกครั้ง

5. การจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบจะถูกจัดเก็บด้วย 2 รูปแบบ คือ 1) จัดเก็บด้วยคอมพิวเตอร์ โดยมีการตั้งรหัสผ่านไว้เพื่อปกป้องข้อมูล 2) จัดเก็บเป็นเอกสารภายในตู้โดยมีการปิดล็อก

อยู่ตลอดเวลา ผู้ที่เข้าถึงข้อมูลนี้ได้มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้น

6. ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทุกชนิดที่ถูกจัดเก็บไว้ไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบของข้อมูลดิจิทัลด้วยการล้างพื้นที่เก็บข้อมูลไม่ให้ติดค้างอยู่ในระบบ และทำลายข้อมูลเอกสารด้วยเครื่องทำลายเอกสาร หลังเสร็จสิ้นการวิจัย 1 ปี

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ มีผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 430 คน สามารถอธิบายลักษณะกลุ่มตัวอย่างได้ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ลักษณะข้อมูล		จำนวน (ร้อยละ)	พฤติกรรมการใช้สมาร์ตโฟน		ความเครียด	
			$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
เพศ	ชาย	125 (29.1)	32.51	9.28	54.73	16.96
	หญิง	305 (70.9)	34.49	8.75	53.70	16.77
	รวม	430 (100)	33.92	8.94	54.00	16.81
ชั้นปี	1	285 (66.3)	33.48	9.01	51.22	16.42
	2	84 (19.6)	36.05	9.39	59.30	17.39
	3	29 (6.7)	33.00	6.93	58.07	15.21
	4 ขึ้นไป	32 (7.4)	33.06	8.25	61.09	14.40
	รวม	430 (100)	33.92	8.94	54.00	16.81
กลุ่มสาขาวิชา	วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	131 (30.5)	33.63	9.03	56.43	16.61
	วิทยาศาสตร์สุขภาพ	192 (44.6)	32.94	8.79	48.74	15.73
	มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	107 (24.9)	36.01	8.84	60.46	16.13
	รวม	430 (100)	33.92	8.94	54.00	16.81

อายุเฉลี่ย (ปี) $\bar{X}$ = 19.25 ปี

จากตารางที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอยู่ที่ร้อยละ 70.9 ส่วนเพศชายร้อยละ 29.1 เป็นนักศึกษาชั้นปี 1 อยู่ที่ร้อยละ 66.3 ปี 2 ร้อยละ 19.6 ปี 3 ร้อยละ 6.7 และปี 4 ร้อยละ 7.4 เมื่อแยกตามกลุ่มสาขาวิชาพบว่านักศึกษาส่วน

ใหญ่เรียนอยู่สายวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ร้อยละ 44.6 สายวิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีร้อยละ 30.5 และสายมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ร้อยละ 24.9

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนกับความเครียด

	ความเครียด	
	r	p
พฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟน (รวม)	.416**	.000
แบ่งตามองค์ประกอบ		
1. ด้านการรบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน	.362**	.000
2. ด้านอาการนอน	.349**	.000
3. ด้านการมุ่งเน้นสัมพันธภาพออนไลน์	.221**	.000
4. ด้านการใช้มากเกินไป	.270**	.000
5. ด้านความอดทน	.286**	.000

** $p < 0.01$

ตารางที่ 3 ตารางไขว้แสดงความสัมพันธ์ของเกณฑ์พฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนกับระดับความเครียด

เกณฑ์	ระดับความเครียด				รวม
	น้อย	ปานกลาง	สูง	รุนแรง	
มากกว่าหรือเท่ากับเกณฑ์	5 (1.2)	41 (9.5)	101 (23.5)	116 (27.0)	263 (61.2)
ต่ำกว่าเกณฑ์	12 (2.8)	46 (10.7)	79 (18.4)	30 (7.0)	167 (38.8)

$$\chi^2 = 36.924, df = 3, p = .000$$

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนที่มีต่อความเครียดในนักศึกษา

ปัจจัยทำนาย	B	S.E.	Beta	t	p
พฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟน	.782	.083	.416**	9.456	.000
ค่าคงที่	27.489	2.899	-	9.483	

$$R^2 = .173, SEE. = 15.307, F = 33.491, p = .000 \text{ ** } p < .01$$

จากตารางที่ 2-4 เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) พบว่า พฤติกรรม การใช้สมาร์ทโฟนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

($r = .416$) โดยในแต่ละองค์ประกอบของพฤติกรรม การใช้สมาร์ทโฟนมีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ดูตารางที่ 2 ประกอบ) เมื่อทำการทดสอบ Chi-Square ตามแบบของ Pearson พบว่าการมีคะแนน

พฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนมากกว่าหรือเท่ากับเกณฑ์จะมีคะแนนความเครียดที่สูงกว่าการมีคะแนนพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนต่ำกว่าเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ดูตาราง 3 ประกอบ) และเมื่อทำการทดสอบด้วยสถิติการถดถอยอย่างง่าย (Simple regression analysis) พบว่าพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนมีอิทธิพลต่อความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($Beta = .416$) สามารถทำนายได้ร้อยละ 17.3 (ดูตารางที่ 4 ประกอบ)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 6 คน พบว่าการใช้สมาร์ทโฟนทำให้เกิดความเครียดได้ดังนี้

1. เครียดจากการเสพสื่อเชิงลบ

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นตรงกันว่าสื่อที่มีเนื้อหาสะเทือนอารมณ์ เช่น ข่าวการเมือง ข่าวโรคระบาด หรือแม้แต่ข้อความเชิงลบจากผู้ใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์ท่านอื่นที่เผยแพร่อยู่บนกระดานข่าวของตนทำให้เกิดความรู้สึกเครียดได้

“การติดสมาร์ทโฟนที่เกิดจากการใช้ Social Media ก็ทำให้เกิดความเครียดได้” เช่น “ข่าวสารเชิงลบ ผุ่นวันนี้ โรคระบาด คนนั้นคนนั้นเกิดอุบัติเหตุ” และ “เห็นเพื่อนที่เรารู้จักทวีตประโยคหนึ่งจนไปขัดใจใครคนอื่น ๆ ก็รู้สึกแยที่โดนรุมว่า ไปมีประเด็นกับคนอื่น” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

“ถ้าติดตามข่าวสารบ้านเมืองก็ไม่ได้ คลายเครียดซะทีเดียว” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

“เราเข้าแอปพวก Facebook พวก Twitter มันผ่านตา มีข่าวสาร ยิ่งเปิดแอป เข้าไป มันเป็นสื่อกลางที่นำเราไปสู่ข่าวสารที่รวดเร็วแล้วก็น่าปวดหัว” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3

“สมมติบางทีตามข่าว หรือตามดราม่า ถ้าช่วงนี้ก็เข้าไปเจอข่าวเครียด ๆ ทำให้เครียดได้เหมือนกัน” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4

2. เครียดจากการใช้งานอย่างต่อเนื่อง

การใช้สมาร์ทโฟนโดยไม่หยุดพักหรือใช้อย่างต่อเนื่องยาวนานจะทำให้ร่างกายทำงานหนักจนเกิดความเครียดขึ้นได้ นอกจากร่างกายแล้วยังทำให้การทำงานของสมองถูกลดประสิทธิภาพในการควบคุมจัดการสิ่งต่าง ๆ ของผู้ให้ข้อมูลซึ่งอาจรวมถึงการจัดการความเครียดได้น้อยลง

“ส่งผลเสียต่อร่างกายเพราะเป็นอยู่ปวดคอ ปวดตา” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

“ส่งผลต่องานของกลุ่มด้วย การเล่นทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลงด้วย การคิด การคำนวณ การทำงาน เหนื่อยง่าย แล้วก็กังวล เพราะนอนน้อย เรียนไม่รู้เรื่อง ทำงานก็ไม่โฟกัส” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

“มันส่งผลต่อสุขภาพได้มัย เราเคยปวดมือปวดนิ้วมาก ๆ เพราะว่าถือโทรศัพท์นาน ตั้งมาก ๆ ใช้เวลาหลาย สิบตาสัน ล้าแล้วก็เครียดเพิ่ม” และ “อันนี้กับตัวเอง ทำให้ประสิทธิภาพการเรียนการทำงานลดลงมาก ๆ เช่น 2 หุ้มเราจะไปทำการบ้านกันก็ดูวิดีโอไป 5 หุ้มเที่ยงคืนจนไม่ได้ทำงาน ในเวลาเรียนเห็นชัดมาก เราจะเล่นโทรศัพท์ตลอด” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4

3. เครียดจากการคาดหวังการตอบรับ

ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวในลักษณะคล้ายกันว่าการคาดหวังการตอบรับจากเครือข่ายสังคมออนไลน์ อย่างเช่น การตอบแชทกลับทันที การกดถูกใจ และมียอดผู้ติดตามโดยจะจ้องอยู่กับหน้าจอสมาร์ทโฟนทำให้เกิดความเครียดได้

“ติดตอสื่อสาร รอไม่ได้ นาทียาวก็ถือว่านาน ไม่ตอบก็หงุดหงิด ทะเลาะกันผ่านในนั้นก็เครียดละ” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

“เคยมีช่วงที่คาดหวังแบบนี้ด้วยนะ คาดหวังว่าอีกฝ่ายจะต้องตอบทันที ทำให้ไม่มีใจจะทำอย่างอื่นเพราะมัวแต่รอข้อความอยู่ เสียสมาธิ พะวงกับการแจ้งเตือน” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

“มีความเครียดแน่นอนในบางคนที่อัฟรูปลงเฟสแล้วไม่มีใครกดไลก์ ทำให้ไม่สวย ไม่มีใครไลก์ บางที IG ก็จะไม่โดน Unfollow ก็จะทำให้เกิดความเครียด แต่สำหรับตัวเองก็มีบ้างนะ” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6

4. เครียดจากการเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น

ข้อความหรือรูปภาพจากผู้ใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์ท่านอื่นท่านอื่นมักมีลักษณะการกล่าวถึงชีวิตที่ดีมีความสุขซึ่งทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดการเปรียบเทียบกับชีวิตของตนเองว่าไม่ดีเท่าคนอื่น

“คนเราก็มักแสดงด้านที่ดี ๆ ลงไปใช่ไหม ทำให้เราเครียดที่จะตามคนอื่นไม่ทัน เช่น เห็นคนนี้ผอม ชีวิตดี ไปเที่ยวเมืองนอก ทำให้เราเครียดจากการที่ทำไมเราถึงเป็นแบบนั้นไม่ได้ ชีวิตเรามันลุ่มเหลว เบื่องหลังของเขาจะเป็นแบบนั้นรึเปล่าก็ไม่รู้แต่เราก็คิดสงสัย ทำให้เราเป็นซึมเศร้าก็ได้” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

“เครียดในแง่ที่ว่าทำไมเราเหลวไหล เราเปรียบเทียบกับตัวเองกับคนอื่นขณะที่เราเล่นอยู่” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5

อภิปรายผลการศึกษา

แม้การใช้สมาร์ทโฟนจะเป็นสิ่งที่สามารถบรรเทาความเครียดของบุคคลได้ แต่ในขณะเดียวกันพบว่าการใช้งานสมาร์ทโฟนอาจเพิ่มความเครียดเมื่อใช้ในปริมาณมากเกินไป จากผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นอีกด้านหนึ่งว่าพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนมีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยสามารถทำนายความเครียดได้ร้อยละ 17.3 แสดงให้เห็นว่าเมื่อบุคคลมีพฤติกรรมการใช้

สมาร์ทโฟนที่เพิ่มขึ้นจะทำให้มีความเครียดมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chuemongkon et al. (2019) ที่ได้ทำการศึกษาผลของการใช้สมาร์ทโฟนและแท็บเล็ตต่อสุขภาพและผลการเรียนของนิสิตเภสัชศาสตร์จำนวน 391 คน แล้วพบว่ามีผลต่อภาวะซึมเศร้า และความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยใช้แบบวัดพฤติกรรม การติดสมาร์ทโฟนฉบับสั้น (SAS-SV) และแบบวัดความเครียดสวนปรง (SPST-20) ทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Tangmunkongvorakul et al. (2019) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สมาร์ทโฟนกับความสุขทางใจในนักศึกษาไทยอายุ 18-24 ปี จำนวน 800 คน และพบว่านักศึกษาที่ใช้สมาร์ทโฟนมากเกินไปจะมีความสุขทางใจที่ต่ำกว่า นักศึกษาที่ใช้สมาร์ทโฟนน้อยโดยใช้แบบวัดความสุขทางใจ Flourishing Scale และแบบวัดการใช้สมาร์ทโฟนเกินความจำเป็นที่ประยุกต์มาจาก Young Diagnostic Questionnaire for Internet Addiction

นอกจากนี้จากผลการสัมภาษณ์พบข้อสังเกตว่าความเครียดจากการใช้สมาร์ทโฟนมีความเกี่ยวข้องกับเครือข่ายสังคมออนไลน์มาก ซึ่งจากผลการศึกษาของ Jeong et al. (2016) พบว่าการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ทำให้ติดสมาร์ทโฟนได้มากกว่าการเล่นเกมส์ สอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงปริมาณที่พบว่ายิงใช้สมาร์ทโฟนมากยิ่งขึ้นเกิดความเครียด โดยความเครียดจากการใช้สมาร์ทโฟนแบ่งได้ 4 แบบดังนี้

1. ความเครียดจากการเสพติดทางลบ เช่น ขาดการเมือง ขาวโรคระบาด หรือข้อความเชิงลบที่อยู่ในเครือข่ายสังคมออนไลน์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ de Hoog and Verboon (2020) ที่ได้ศึกษาผลกระทบของข่าวประจำวันในทางตรงและทางอ้อม โดยได้ใช้แบบประเมินความรู้สึก Ecological Momentary Assessment กับผู้เข้าร่วมจำนวน 63 คน พบว่าข่าวสารที่มีเนื้อหาในเชิงลบ

มีผลทำให้เกิดความรู้สึกทางลบมากกว่าความรู้สึกทางบวก และผลกระทบนี้จะมีมากขึ้นได้หากว่านั้นมีความเกี่ยวข้องกับตัวบุคคลที่เสพยาโดยตรง สามารถอธิบายด้วยทฤษฎีการประเมินค่าทางพุทธิปัญญา (cognitive appraisal theory) ของ Lazarus & Folkman (1984, as cited in de Hoog & Verboon, 2020) ว่าเมื่อบุคคลประสบกับสิ่งเร้า สิ่งเร้านั้นจะถูกประเมินค่าเพื่อให้เกิดการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม โดยถูกแบ่งการประเมินไว้ 2 ชั้น คือ ชั้นที่หนึ่ง เพื่อดูความสำคัญของสิ่งเร้าว่ามีระดับความรุนแรงและความเกี่ยวข้องกับตัวบุคคลมากเพียงใด และชั้นที่สอง เพื่อประเมินว่าตนเองสามารถจัดการกับสิ่งเร้านั้นได้หรือไม่ ดังจะสังเกตได้ว่าสื่อคือสิ่งเร้าที่บุคคลสามารถประเมินได้ แต่ไม่สามารถจัดการหรือควบคุมได้ ผู้ใช้สมาร์ทโฟนจึงได้รับสื่อที่มีความเกี่ยวข้องกับตนเอง สามารถประเมินระดับของความรุนแรงได้ แต่ไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในสื่อได้ทำให้เกิดเป็นความเครียดในที่สุด

2. เครียดจากการใช้งานอย่างต่อเนื่องโดยไม่พัก โดยมีลักษณะเป็นความเครียดที่แสดงออกทางกาย (Miller & Keame, 1972 อ้างใน Thai-ou, 2015) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Qasim, Obeidat, and Al-Sharairi (2017) ที่ได้ศึกษาผลกระทบทางร่างกายในผู้ที่ติดสมาร์ทโฟนใน กลุ่มคนที่มีเพศและอายุแตกต่างกันจำนวน 357 คน และพบว่ายิ่งใช้สมาร์ทโฟนเป็นเวลานานจะทำให้เกิดปัญหาอาการเจ็บปวดตามร่างกาย โดยปัญหาที่เห็นได้ชัดเจนนัยสำคัญทางสถิติในระยะยาวก็คือปัญหาทางสายตา และทางการได้ยินในกรณีที่ใช้หูฟังบ่อย และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Horvath, Mundinger, and Schmitgen (2020) ที่ได้ทำการศึกษาการทำงานของสมองในบุคคลที่มีพฤติกรรมติดสมาร์ทโฟนจำนวน 22 คน พบว่าบุคคลที่มีพฤติกรรมการ

ติดสมาร์ทโฟนจะทำให้สมองทำงานหนักมากขึ้นและมีเซลล์สมองที่ลดลง สามารถอธิบายได้ว่าการใช้สมาร์ทโฟน อย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดความเครียดทางร่างกาย ในขณะที่เดียวกันก็สามารถลดประสิทธิภาพการทำงานของสมองจนทำให้ผู้ใช้สมาร์ทโฟนมีปัญหาการจัดการควบคุมความเครียดด้วย

3. เครียดจากการคาดหวังการตอบสนองเมื่อไม่ได้รับการตอบสนองทันที คือไม่ได้รับข้อความตอบกลับ ไม่ได้รับไลก์ และยอดติดตาม รวมถึงรู้สึกกดดันจากความคาดหวังจากเครือข่ายสังคมออนไลน์สอดคล้องกับงานวิจัยของ Jan, Soomro, and Ahmad (2017) ซึ่งได้ศึกษาผลกระทบของสื่อสังคมออนไลน์ต่อการนับถือในตนเองในนักศึกษาจำนวน 150 คน โดยใช้ Facebook เป็นตัวแทนสื่อสังคมออนไลน์ พบว่าระดับความนับถือในตนเองของผู้ใช้งานสื่อสังคมออนไลน์จะลดลงเมื่อใช้งานมากขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีลำดับความต้องการของ Maslow (1943) ว่าการต้องการให้ผู้อื่นตอบรับ เช่น ตอบข้อความ ไลก์ ติดตาม รวมไปถึงความรู้สึกกดดันจากสังคมอาจเป็นความต้องการได้รับการยอมรับจากสังคม (Love and Belonging) และความต้องการมีคุณค่า (Esteem) ซึ่งเป็นลำดับความต้องการขั้นที่ 3 และ 4 ตามลำดับ การที่ไม่สามารถทำตามความต้องการให้บรรลุได้ก็จะส่งผลให้บุคคลลดคุณค่าในตัวเองลง มองโลกในแง่ร้ายและรู้สึกโดดเดี่ยวจนก่อให้เกิดความเครียดในที่สุด ดังนั้น ผู้ใช้งานสมาร์ทโฟนที่มีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับโลกความเป็นจริงจึงใช้สมาร์ทโฟนเพื่อเข้าหาสังคมออนไลน์เพื่อบรรลุความต้องการเหล่านั้นจนเกิดความเครียดเมื่อความต้องการของตนเองไม่ได้รับการตอบสนองตามที่คาดหวัง

4. เครียดจากการเปรียบเทียบตนเองกับคนอื่นในเครือข่ายสังคมออนไลน์ โดยมองว่าคนอื่นในเครือข่ายสังคมออนไลน์มีชีวิตที่ดีกว่าตนเองจนรู้สึกว่าคุณค่าตัวเองล้นเหลือ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Schmuck, Karsay, Matthes, and Stevic (2019) ที่ได้ศึกษาอิทธิพลของการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในโทรศัพท์มือถือต่อการเปรียบเทียบทางสังคมเชิงสูง (upward social comparison) การนับถือตนเอง และความผาสุก ของผู้ใหญ่ที่ใช้สมาร์ทโฟน พบว่า Facebook ทำนายการเปรียบเทียบทางสังคมเชิงสูงได้ โดยจะทำลายความเป็นอยู่และความเชื่อมั่นในตนเองของตัวบุคคล ในขณะที่ Instagram ส่งผลกระทบทางลบโดยตรงต่อความผาสุกของผู้ใช้งาน สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีของการเปรียบเทียบทางสังคมของ Festinger (1954, as cited in Guyer & Vaughan-Johnston, 2018) ว่าการเปรียบเทียบทางสังคมเชิงสูง คือ การที่บุคคลเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่นที่ดูมีความสามารถมากกว่าจะทำให้บุคคลเกิดความกดดันเพื่อให้เทียบเท่ากับคนอื่น โดยผลการศึกษาของ Davidai and Deri (2019) พบว่าผู้คนมักประเมินตนเองสูงเกินกว่าความสามารถที่แท้จริงกับเป้าหมายที่มีมาตรฐานสูงจะทำให้เกิดความรู้สึกทางลบได้ เมื่อพบว่าความสามารถไม่เป็นไปตามที่ประเมิน ดังนั้นเครือข่ายสังคมออนไลน์ในสมาร์ทโฟนจะทำให้บุคคลเข้าถึงการเปรียบเทียบทางสังคมได้ง่ายและเยอะมากขึ้น เมื่อเกิดการเปรียบเทียบแล้วไม่สามารถทำได้ตามเป้าหมายที่ประเมินตนเองไว้ ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกล้นเหลือจนนำมาสู่ความเครียดได้เช่นกัน

พอจะสรุปได้ว่าการใช้สมาร์ทโฟนในปริมาณมากมีความสัมพันธ์กับการเกิดความเครียดมากได้ และความเครียดนั้นสามารถกลายเป็นความเครียดสะสมและส่งผลกระทบ

ทางลบมากขึ้น โดยเฉพาะการเกิดความเหนื่อยล้า (Miller, Smith, & Rothstein, 1994; Selye, 1975) อย่างไรก็ตาม เนื่องด้วยช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเป็นช่วงเวลาใกล้สอบของนักศึกษาหลายท่านอาจเป็นตัวแปรแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้นได้ และการศึกษาครั้งนี้จึงยังไม่สามารถสรุปได้อย่างสมบูรณ์ว่าการใช้สมาร์ทโฟนส่งผลให้เกิดความเครียดได้ ทั้งนี้การใช้สมาร์ทโฟนแต่พอดี จะมีประโยชน์ในการรับข่าวสารที่ทันสมัยและเพื่อความบันเทิงผ่อนคลาย

สรุปผลการวิจัย

จากผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้พบว่าการใช้สมาร์ทโฟนมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความเครียด โดยการใช้สมาร์ทโฟนมีความสัมพันธ์ทางบวก รวมถึงมีอิทธิพลกับความเครียด หากมีการใช้สมาร์ทโฟนมากขึ้นก็จะทำให้มีความเครียดเพิ่มขึ้นตาม นอกจากนี้ความเครียดจากการใช้สมาร์ทโฟนสามารถเกิดได้ จากการเสพเนื้อหาเชิงลบ การเปรียบเทียบตนเองกับคนอื่น และการคาดหวังการตอบรับทางสังคมจากเครือข่ายสังคมออนไลน์ รวมถึงจากการใช้งานอย่างต่อเนื่องด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การใช้สมาร์ทโฟนจะทำให้เกิดความเครียดได้เมื่อมีการใช้งานในปริมาณที่มากเกินไป การที่พบนักศึกษาใช้งานสมาร์ทโฟนมากเกินไปจนความจำเป็น เช่น การใช้งานจนทำให้เสียสุขภาพกาย ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น เรียนไม่รู้เรื่องผลการเรียนตก พักผ่อนน้อยลง เป็นต้น รวมถึงการใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์เป็นปริมาณมากจึงเป็นเรื่องที่ควรให้ความสนใจ ดังนั้น ควรมีการสร้างตระหนักรู้แก่นักศึกษาในเรื่องของการควบคุมจัดการเวลา

การใช้งานสมาร์ทโฟนอย่างเหมาะสม และหมั่นสังเกตนักศึกษาที่อาจมีความเสี่ยงจากการใช้สมาร์ทโฟน เพื่อให้นักศึกษาได้เรียนอย่างเต็มศักยภาพ และตระหนักถึงการใช้ชีวิตในโลกแห่งความเป็นจริงมากกว่าภายในสมาร์ทโฟน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งถัดไป

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพียงปัจจัยเดียวที่เกี่ยวข้องกับความเครียด ควรมีการศึกษาตัวแปรที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการใช้งานสมาร์ทโฟนเพิ่มเติม เช่น รูปแบบการใช้งานสมาร์ทโฟนของบุคคลที่มีต่อความเครียด เนื้อหาการใช้งานต่อความเครียด หรือตัวแปรอื่น ๆ เพื่อค้นหาสาเหตุในเชิงลึกอันนำไปสู่การแก้ไขปัญหาจัดการความเครียดของผู้ใช้งานสมาร์ทโฟนในภาพรวม

บรรณานุกรม

- Charoenwanit, S., & Soonthornchaiya, R. (2019). Development of smartphone addiction scale: Thai short version (SAS-SV-TH). *Journal of Mental Health of Thailand*, 27(1), 25-36. (in Thai).
- Chuemongkon, W., Inthitanon, Th., & Wangsate, Ch. (2019). Impact of Smartphone and Tablet Use on Health and Academic Performance of Pharmacy Students at Srinakharinwirot University. *Srinagarind Medical Journal*, 34(1), 90-98. (in Thai).
- Davidai, S., & Deri, S. (2019). The second pugilist's plight: Why people believe they are above average but are not especially happy about it. *Journal of Experimental Psychology: General*, 148(3), 570-587.
- de Hoog, N., Verboon, P. (2020). Is the news making us unhappy? The influence of daily news exposure on emotional states. *British Journal of Psychology*, 111(2), 157-173.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, AG. (2009). Statistical power analysis using G*Power 3.1: Test for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160.
- Green, S. (1991). How many subjects does it take to do a regression analysis. *Multivariate Behavioral Research*, 26(3), 499-510.
- Guyer J. J., Vaughan-Johnston T. I. (2018) Social comparisons (upward and downward). In *Encyclopedia of personality and individual differences*. Springer, Cham. doi: 10.1007/978-3-319-28099-8_1912-1
- Horvath, J., Mundinger, C., Schmitgen, M. M., Wolf, N. D., Sambataro, F., Hirjak, D., ... Wolf, R. C. (2020). Structural and functional correlate of smartphone addiction, *Addictive Behaviors*, 105(106334). doi: 10.1016/j.addbeh.2020.106334
- Jan, M., Soomro, S. A., & Ahmad, N. (2017). Impact of social media on self-esteem. *European Scientific Journal*, 13(23), 329-341.
- Jeong, S. H., Kim, H., Yum, J., & Hwang, Y. (2016). What type of content are

- smartphone users addicted to?: *SNS. Computers in Human Behavior*, 54(1), 10-17.
- Kingkeaw, N. (2015). *The effects of using the guidance activities package on self-control in smartphone addicted behaviors of mathayom suksa I students at Satree Phuket school in Phuket Province* (Master's thesis). Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi. (in Thai).
- Kwon, M., Lee, JY., Won, WY., Park, JW., Min, JA., Hahn, C., ... Kim, DJ. (2013). Development and validation of a smartphone addiction scale (SAS). *PLPS ONE*, 8(2), 1-7.
- Kwon, M., Kim, DJ., Cho, H., & Yang, S. (2013). The smartphone addiction scale: Development and validation of a short version for adolescents. *PLOS ONE*, 8(12), 1-7.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396.
- Mahatnirunkul, S., Pumpaisalchai, W., & Tapanya, P. (1997). The construction of Suan Prung stress test for Thai population. *Bulletin Of Suanprung*, 13(3), 1-20. (in Thai).
- Miller, L. H., Smith, A. D., Rothstein, L. (1994). *The stress solution: an action plan to manage the stress in your life*. New York: Pocket Books.
- National Statistical Office, & Ministry of Digital Economy and Society. (2018). *The 2018 Household Survey on the Use of Information And Communication Technology*. Retrieved from <http://www.nso.go.th> (in Thai).
- Qasim, T., Obeidat, M., & Al-Sharairi, S. (2017). The effect of smartphones on human health relative to user's addiction: A study on a wide range of audiences in Jordan. *International Journal of Medical, Health, Biomedical, Bioengineering and Pharmaceutical Engineering*, 11(5), 282-2
- Samaha, M., & Hawi, N.S. (2016). Relationships among smartphone addiction, stress, academic performance, and satisfaction with life. *Computers in Human Behavior*, 57(1), 321-325.
- Schmuck, D., Karsay, K., Matthes, J., & Stevic, A. (2019). "Looking up and feeling down". The influence of mobile social networking site use on upward social comparison, self-esteem, and well-being of adult smartphone users. *Telematics and Informatics*, 42(101240), doi: 10.1016/j.tele.2019.101240.
- Selye, H. (1975). Implications of stress concept. *New York State Journal of Medicine*, 75(12), 2139-2145.
- Siamphone. (2014). *What is smartphone? How different from tablet?*. Retrieved from <https://news.siamphone.com/news-14121.html> (in Thai).
- Silangam, W. (2018). Dangers of smartphone addiction. *HCU Journal of Health Science*, 22(43-44), 193-204. (in Thai).

- Sinha R. (2008). Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1141(1), 105-130.
- Tangmunkongvorakul, A., Musumari, PM., Thongpibul, K., Srithanaviboonchai, K., Techasrivichien, T., Suguimoto, SP., . . . Kihara, M. (2019) *Association of excessive smartphone use with psychological well-being among university students in Chiang Mai, Thailand*, doi: 10.1371/journal.pone.0210294.
- Thai- Ou, K. (2015). *Stress and coping strategies in caregivers for elderly with psychotic disorder*. Retrieved from http://ryssurvey.com/vichakarn/downloadq.php?f=ddc_201711141018496908_150_1001ca.pdf&fc=title%20115.pdf (in Thai).
- Thoits PA. (2010). Stress and health: major findings and policy implications. *Journal of Health & Social Behavior*, 51(53), 41-53.
- Watthananukun, P., Phiwhom, W., & Junsawang, Pr. (n.d.). *Behavior and factors of smartphone usage among adolescents*. Retrieved from http://sc2.kku.ac.th/stat/statweb/images/Eventpic/60/Seminar/01_6_.pdf (in Thai).



Thai Journal of Clinical Psychology

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

Original Article

พฤติกรรมการรังแกในนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6

Bullying Behaviors in Students with Learning Disabilities Grade 4-6

ชญญาพัทธ์ ก้องวิธาดาสิริ^{1*}, พัชรินทร์ เสรี², วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์²

¹ โครงการร่วมคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

² สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

Chanyaphat Kongwirathadasiri^{1*}, Patcharin Seree², Wimontip Musikaphan²

¹ Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, National Institute for Child and Family Development, Mahidol University

² National Institute for Child and Family Development, Mahidol University

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

Received: 14 September 2020 | Revised: 21 March 2021 | Accepted: 5 April 2021

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรังแกในนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 **วัสดุและวิธีการ** เครื่องมือที่ใช้คือ 1) แบบทดสอบความสามารถทางสติปัญญา Standard Progressive Matrices; parallel version 2) แบบคัดกรองนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้น บกพร่องทางการเรียนรู้ และออทิสซึม (KUS-SI Rating Scales) 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการรังแกนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ระดับประถมศึกษาปีที่ 4-6 **ผลการศึกษา** จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการรังแกนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ระดับประถมศึกษาปีที่ 4-6 เพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมการรังแกของผู้ถูกรังแกแตกต่างกันในด้านวาจาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความแตกต่างของพฤติกรรมการรังแกด้านวาจา ร่างกาย และสัมพันธ์ภาพในผู้รังแกและผู้ถูกรังแกระหว่างเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้กับเด็กปกติ

คำสำคัญ: พฤติกรรมการรังแก, นักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้, โรคบกพร่องทางการเรียนรู้

Abstract

Objectives: This study was the survey research with an objective of studying the bullying behavior in Grade 4-6 students with learning disabilities. **Materials and Methods:** The research instruments were: 1) Standard Progressive Matrices (SPM, parallel version) 2) KUS-SI Rating Scales: ADHD/LD/Autism; and 3) Questionnaire for bullying behavior in Grade 4-6 students with learning disabilities. **Results:** The result showed that the male and female students in Grade 4-6 with learning disabilities had the different bullying behavior among respect to language at the 0.05 level of significance. However, there were no difference of bullying behavior in male or female students with learning disabilities, and the bullying behavior between students with learning disabilities and normal students.

Keywords: Bullying behavior, Students with Learning disabilities, Learning Disorders

บทนำ (Introduction)

การสำรวจเกี่ยวกับอาชญากรรมและความปลอดภัยในโรงเรียนของประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2013 กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 12-18 ปี พบว่าอัตราการรังแกเท่ากับร้อยละ 22 เพศหญิงถูกรังแกมากกว่าเพศชาย (Zhang, Musu-Gillette, & Oudekerk, 2016) เช่นเดียวกันกับประเทศสเปนพบได้ร้อยละ 62.2 (Gonçalves et al, 2016) ร้อยละ 10.2 ในประเทศบราซิล (van Geel, Vadder, & Tanilon, 2014) ในประเทศไอร์แลนด์ทำการสำรวจการรังแกในวัยรุ่นพบมีร้อยละ 19.4 (McMahon, Reulbach, Keeley, Perry, & Arensman, 2010) ประเทศญี่ปุ่นร้อยละ 60 (Department of Mental Health, 2016)

ในประเทศไทยมีการสำรวจปัญหาการรังแกกันในโรงเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 3,047 คน จากทั่วประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2549 พบนักเรียนร้อยละ 40 เคยถูกรังแกเดือนละ 2-3 ครั้ง เด็กผู้ชาย

ถูกรังแกมากกว่าเด็กผู้หญิง (Department of Mental Health, 2016) และการสำรวจความชุกของการข่มเหงรังแกและปัจจัยด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องในเด็กมัธยมต้นพบความชุกของการรังแกในเด็กมัธยมต้นร้อยละ 23.4 กลุ่มผู้ที่รังแกผู้อื่นร้อยละ 6.1 และมีเพียงร้อยละ 12.2 ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรังแก โดยเพศหญิงจะเป็นผู้ถูกรังแกมากกว่าเพศชาย ในขณะที่เพศชายจะเป็นฝ่ายรังแกผู้อื่นมากกว่าเพศหญิง (Sakarinkhul & Watcharasintu, 2014) ผลกระทบจากการรังแกพบว่าเด็กที่เป็นผู้รังแกจะมีปัญหาพฤติกรรม เช่นต่อต้านสังคม เกเร ก้าวร้าว กระทำผิดกฎโรงเรียน ผิดกฎหมาย มีประสบการณ์มีแฟนก่อนวัยอันควร พฤติกรรมคุกคามทางเพศ ปัญหาการเรียนออกจากโรงเรียน ปัญหาทางอารมณ์จิตใจ เช่นวิตกกังวล ตกเป็นเหยื่อของการรังแก มีภาพลักษณ์ / ฉายที่ไม่ดีในหมู่เพื่อน มีปัญหาสุขภาพจิตต่อเนื่องจนถึงวัยผู้ใหญ่ ขณะที่ผู้ถูกรังแกจะมีปัญหาทางอารมณ์จิตใจ วิตกกังวล มีอาการทางกายที่มาจากปัญหาอารมณ์จิตใจ (somatization) มีพฤติกรรมแยกตัว ตกเป็นเหยื่อการคุกคามทางเพศ ก้าวร้าว

เพื่อน ๆ มองว่าเป็นคนที่น่าเกลียด หรือถูกเกลียดง่าย ๆ มีปัญหาที่โรงเรียน เช่น ไม่ไปโรงเรียน ไม่มีสมาธิในการเรียน ออกจากโรงเรียน (Child and Adolescent Mental Health Rajanakarindra Institute, 2018)

ในรายที่มีความรุนแรงมากหากไม่ได้รับการช่วยเหลือจะส่งผลให้มีความคิดฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตายได้ (Boyle, 2005) เด็กที่ถูกรังแกอย่างต่อเนื่องมีแนวโน้มที่จะเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นอยู่นอกเหนือการควบคุมของตัวเอง ตัวเองไม่สามารถแก้ไขอะไรได้ และสิ้นหวัง ซึ่งหากคนรอบข้าง เช่น พ่อแม่ ครู ไม่ยื่นมือช่วยเหลือ จะยิ่งทำให้เด็กเกิดความรู้สึกหมดหวังและซึมเศร้า นำไปสู่ความคิดไม่อยากมีชีวิตอยู่ หรือคิดฆ่าตัวตายได้ (Child and Adolescent Mental Health Rajanakarindra Institute, 2018)

การรังแกกันจะพบได้มากที่สุดและรุนแรงที่สุดในช่วงที่เด็กเปลี่ยนผ่านจากชั้นประถมศึกษาไปสู่มัธยมศึกษา และมีแนวโน้มลดลงในช่วงมัธยมศึกษาตอนปลาย จากการศึกษาความชุกของการรังแกกันในระดับประถมศึกษาตอนปลายและมัธยมศึกษาตอนต้นในหลายประเทศ พบว่ากลุ่มเด็กมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรังแกกัน (เหยื่อ คนที่รังแก และทั้งสองบทบาท) อยู่ระหว่างร้อยละ 20-30 (Child and Adolescent Mental Health Rajanakarindra Institute, 2018) วัยเด็กประถมศึกษาถือว่ายังเป็นวัยที่ยังขาดวุฒิภาวะในการแก้ปัญหา รวมถึงขาดความยับยั้งชั่งใจในการกระทำของตนเอง และเด็กที่มีความต้องการพิเศษมีความเสี่ยงที่จะถูกรังแกมากกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้มีระดับความต้านทานต่อแรงกดดันที่ต่ำ เมื่อต้องเจอกับเหตุการณ์ที่ทำให้เครียดหรือกังวล เด็กกลุ่มนี้อาจแสดงอาการที่แตกต่างจากเด็กคนอื่น ๆ เช่น ตะโกนเสียงดัง แสดงท่าทางซ้ำ ๆ ซึ่งทำให้

เป็นเป้าหมายของการถูกรังแก รวมถึงความล่าช้าของพัฒนาการ (Department of Mental Health, 2016) จากการศึกษาของ Children and Adults with Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder (CHADD) ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าเด็กที่มีความบกพร่องด้านการเรียนรู้ (Learning Disability) และเด็กสมาธิสั้น (Attention Deficit / Hyperactivity Disorder) มีความเสี่ยงต่อการตกเป็นเหยื่อของการถูกรังแกได้ง่าย คิดเป็นร้อยละ 32 (Great Schools Staff, 2014)

จากการค้นคว้างานวิจัยพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีการศึกษาส่วนใหญ่ในเขตภาคกลาง โดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร รองลงมาคือภาคใต้ และเป็นการศึกษาในนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลายถึงมัธยมศึกษาตอนต้นในนักเรียนทั่วไป แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาในกลุ่มเด็กพิเศษ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการรังแกในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมการรังแกทั้งแบบผู้รังแกและถูกรังแกในระดับชั้นประถมตอนปลาย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรังแกของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6

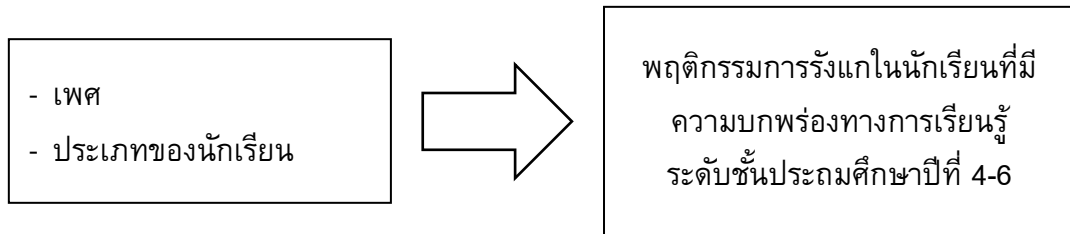
คำถามการวิจัย

รูปแบบพฤติกรรมการรังแกของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้มีความแตกต่างกันหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

1. นักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 เพศชายมีพฤติกรรมการรังแกด้านผู้รังแกแตกต่างจากเพศหญิง
2. นักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 เพศชายมีพฤติกรรมการรังแกด้านผู้ถูกรังแกแตกต่างจากเพศหญิง

3. นักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 กับนักเรียนปกติมีพฤติกรรมการรังแกด้านผู้รังแกแตกต่างกัน
4. นักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 กับนักเรียนปกติมีพฤติกรรมการรังแกด้านผู้ถูกรังแกแตกต่างกัน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์

พฤติกรรมรังแก (bullying) หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมด้านลบที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ และต่อเนื่องกับบุคคลใดบุคคลหนึ่งในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งพฤติกรรมรังแกนั้นมีทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ที่ถูกรังแกเกิดความทุกข์ใจ อับอาย เจ็บปวดทั้งร่างกายและจิตใจ แบ่งเป็น 3 ด้าน

1. พฤติกรรมรังแกทางร่างกาย (physical bullying) เป็นพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย ได้แก่ การตี การเตะ บีบจมูก ถีบ ถอง เข่า ตบหน้า ดึงผม ชกต่อย กักขังหน่วงเหนี่ยว เป็นต้น

2. พฤติกรรมรังแกทางวาจา (verbal bullying) เป็นพฤติกรรมรังแกที่มุ่งให้เกิดความอับอาย ความคับข้องใจ อับอายศอสู ด้วยการใช้วาจา เช่น การพูดล้อเลียนในสิ่งที่ไม่ชอบ หรือเรียกชื่อที่ไม่ใช่ชื่อจริงซ้ำ ๆ การให้ หัวเราะเยาะ เป็นต้น

3. พฤติกรรมรังแกทางสัมพันธ์ภาพ (relational bullying) เป็นพฤติกรรมที่มุ่งเน้นให้เกิดความทุกข์ทางด้านจิตใจ อันเกิดจากการสร้างเรื่องไม่จริง หรือพฤติกรรมบางอย่างที่ก่อให้เกิดความอับอายแก่ผู้ถูกรังแก เช่น การนินทา การกีดกันเพิกเฉย การสร้างข่าวลือ การถูกกีดกันออกจากกลุ่ม การทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว เป็นต้น

ผู้รังแก หมายถึง ผู้ที่แสดงอาการทางลบต่อผู้อื่นทั้งทางร่างกาย วาจา สัมพันธภาพ พฤติกรรมมักแสดงออกในเชิงก้าวร้าว ทำให้เจ็บทั้งกายและจิตใจ มีความสุขเมื่อสามารถควบคุม บังคับผู้อื่นได้

ผู้ถูกรังแก หมายถึง ผู้ที่ตกเป็นเหยื่อและมีลักษณะบางอย่างที่ทำให้ตกเป็นเป้าหมายของการรังแกได้ เช่น มีร่างกายอ่อนแอ อ้วน เตี้ย เรียนไม่เก่ง มีเพื่อนน้อย หรือมักอยู่คนเดียว เป็นต้น

นักเรียนปกติ หมายถึง นักเรียนที่มีความสามารถทางสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย คือมี Full scale IQ ไม่ต่ำกว่า 90 และมีคะแนน

จากแบบคัดกรองนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้นบกพร่องทางการเรียนรู้ และออทิสซึม (KUS-SI Rating Scales) ด้านการอ่าน การเขียน และคณิตศาสตร์อยู่ระหว่าง 50-60 คะแนน

นักเรียนที่มีความบกพร่องด้านการเรียนรู้ หมายถึง นักเรียนที่มีความสามารถทางสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยคือมี Full scale IQ ไม่ต่ำกว่า 90 และมีคะแนนจากแบบคัดกรองนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้น บกพร่องทางการเรียนรู้ และออทิสซึม (KUS-SI Rating Scales) ด้านการอ่าน การเขียน และคณิตศาสตร์ตั้งแต่ 61 คะแนนขึ้นไป

วัสดุและวิธีการ (Materials and Methods)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

นักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนในสังกัดสำนักงานการศึกษาเทศบาลนครขอนแก่น จำนวน 11 โรงเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2561 จำนวนนักเรียนทั้งหมด 1,484 คน ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 1,102 คน โดยมีการคัดเลือกประชากรตามขั้นตอนดังนี้

1. นำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปให้นักเรียนตอบ เป็นข้อมูลประกอบด้วยชื่อ-นามสกุล วันเดือนปีเกิด และเพศ จากนั้น
2. นำแบบทดสอบความสามารถทางสติปัญญาด้วยแบบทดสอบ Standard Progressive Matrices: parallel version ไปทดสอบนักเรียนและทำการคัดเลือกนักเรียนที่มี Full scale IQ เท่ากับ 90 ขึ้นไปพบว่านักเรียนทั้งหมดที่ผ่านเกณฑ์ 801 คน
3. นำแบบคัดกรองนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้นบกพร่องทางการเรียนรู้ และออทิสซึม (KUS-SI

Rating Scales) ด้านการอ่าน การเขียน และคณิตศาสตร์มอบให้กับครูหรือผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินนักเรียน โดยเลือกนักเรียนที่ได้คะแนนระดับ 61 ขึ้นไปพบว่ามีย่านนักเรียนทั้งหมด 45 คน

เกณฑ์การคัดเข้า นักเรียนที่มีความสามารถทางเชาว์ปัญญาอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย (Full scale IQ ตั้งแต่ 90 ขึ้นไป) และมีผลการประเมิน KUS-SI Rating Scales ได้คะแนนรวม 61 คะแนนขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบคัดกรองนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้นบกพร่องทางการเรียนรู้ และออทิสซึม (KUS-SI Rating Scales) พัฒนาเครื่องมือโดย ผศ. ดร. ดารณี อุทัยรัตนกิจ ผศ. นพ. ชัญญวิทย์ พรหมาดล และคณะ (Uthairattanakit & Phornnopadon et al. 2006)

แบบทดสอบความสามารถทางสติปัญญา Standard Progressive Matrices (SPM; parallel version) ของ Irene Styles and Michael Ravan ตีพิมพ์ปี 1998 ปรับปรุงปี 2004 โดยพัฒนาจากต้นแบบของ J. C. Raven (Raven, Raven, & Court, 2004) โดยแบบทดสอบที่ใช้ในครั้งนี้เป็นของกลุ่มงานจิตวิทยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

แบบสอบถามพฤติกรรมรังแกเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาใหม่โดยทำการศึกษาตามกรอบแนวคิดแบบสอบถามของแบบประเมิน Measuring Bullying Victimization, Perpetration, and Bystander Experiences: A Compendium of Assessment Tools ประพันธ์โดย Hamburger, Basile, and Vivolo (2011) โดยแบบสอบถามมีลักษณะรายงานตนเอง (self-report) และมีภาพประกอบในแต่ละข้อคำถาม ให้คะแนนตาม

รูปแบบ Likert scale แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ไม่เคย = 1, บางครั้ง = 2, บ่อย = 3, บ่อยมาก = 4 แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ฉบับ คือ ฉบับผู้รังแกจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 42 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการรังแกด้านวาจา (verbal) จำนวน 21 ข้อ พฤติกรรมการรังแกด้านร่างกาย (physical) จำนวน 13 ข้อ และพฤติกรรมการรังแกด้านสัมพันธภาพ (relationship) จำนวน 8 ข้อ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.86 และค่าความเชื่อมั่น 0.93 และฉบับผู้ถูกรังแกจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 42 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการรังแกด้านวาจา (verbal) จำนวน 22 ข้อ พฤติกรรมการรังแกด้านร่างกาย (physical) จำนวน 13 ข้อ และพฤติกรรมการรังแกด้านสัมพันธภาพ (relationship) จำนวน 7 ข้อ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.93 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 โดยมีขั้นตอนการสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือวิจัยดังนี้

1. กำหนดวัตถุประสงค์และจุดมุ่งหมายของแบบสอบถาม

2. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบสอบถามที่จะสร้าง

3. เขียนข้อคำถามตามแนวคิดที่ศึกษา โดยแบ่งโครงสร้างออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านวาจา ด้านร่างกาย และด้านสัมพันธภาพ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index; CVI)

4. จากนั้นนำข้อคำถามที่ได้จากการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิไปแปลงเป็นภาพวาดให้มีความสอดคล้องกับภาษาของข้อคำถาม และนำมาให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านตรวจสอบความเหมาะสมอีกครั้งจึงนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรที่จะทำการศึกษา

5. นำแบบสอบถามพฤติกรรมกรรรังแกสำหรับนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ไปสอบถามกับนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้จำนวน 30 คน นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยค่าที่ได้เท่ากับ 0.96 โดยมีระดับแบ่งระดับคะแนนดังนี้

คะแนน	การแปลผลพฤติกรรมกรรรังแก/ถูกรังแก
0-42	ไม่มี
43-85	ระดับน้อย
86-128	ระดับปานกลาง
129-168	ระดับมาก

6. จัดทำคู่มือเป็นรูปเล่มที่สมบูรณ์

7. นำแบบสอบถามพฤติกรรมกรรรังแกสำหรับนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ทดสอบกับกลุ่มประชากรที่ทำการคัดเลือกไว้จำนวนทั้งหมด 45 คน

การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษานี้มีโรงเรียนที่ยินยอมทั้งหมด 7 โรง จาก 11 โรง ระยะเวลาดำเนินการเก็บข้อมูลอยู่ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนธันวาคม 2561 โดยมีกระบวนการในการเก็บข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. เตรียมแบบทดสอบ แบบสอบถามให้ครบถ้วน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเอกสาร

2. ทำหนังสือขออนุญาตนายกเทศมนตรีในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ติดต่อขออนุญาตครูใหญ่ / อาจารย์ใหญ่ / ผู้อำนวยการ ซึ่งแจ้งกระบวนการวิจัยและขอเก็บข้อมูล

4. ผู้วิจัยดำเนินการด้วยตนเองทุกขั้นตอน และมีผู้ช่วยผู้วิจัย 4 คนในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ในขั้นตอนการประเมินความสามารถทาง

สติปัญญา จะแบ่งนักเรียนออกเป็นรอบ ๆ รอบละ 25 คน ผู้วิจัยอธิบายวิธีการทดสอบเมื่อนักเรียนเข้าใจแล้วจึงลงมือทำได้ ใช้เวลาในการทดสอบประมาณ 15-40 นาที ระหว่างการทดสอบจะมีผู้ช่วยผู้วิจัยและครูประจำชั้นคอยช่วยดู

5. นักเรียนที่มีความสามารถทางสติปัญญาตั้งแต่ 90 ขึ้นไป จะได้รับการคัดกรองภาวะความบกพร่องทางการเรียนรู้โดยครูหรือผู้ปกครองที่คุ้นเคยกับนักเรียนเป็นผู้ประเมิน หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บแบบคัดกรองกลับมาแปลผล

6. นักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้คะแนนตั้งแต่ 61 ขึ้นไป ทำการตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการรังแกสำหรับนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้

7. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐานคือ t-test

ผล (Results)

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการรังแกผู้ถูกรังแก

พฤติกรรมการรังแก	n	Mean	SD	p
ด้านวาจา				
เพศชาย	26	35.19	8.98	.035*
เพศหญิง	19	35.11	7.26	.036*
ด้านร่างกาย				
เพศชาย	26	22.96	5.94	.797
เพศหญิง	19	23.47	7.36	.804
ด้านสัมพันธภาพ				
เพศชาย	26	12.62	4.22	.184
เพศหญิง	19	14.32	4.11	.183

* = $p < .05$

จากตารางที่ 1 พบว่าพฤติกรรมการรังแกในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้เพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมการถูกรังแก

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นและแผน/มาตรการป้องกัน

ในการวิจัยครั้งนี้มีหนังสือรับรองเลขที่ COA.NO. 2017/07-158 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสถาบันประชากรและสังคม (คจ. วปส.)

- ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยอาจเกิดการระลึกไต่ของประสบการณ์เดิมที่อาจเคยถูกรังแกหรือเป็นผู้รังแกและเกิดความไม่สบายใจวิตกกังวลหรือรู้สึกกลัวจากข้อความถามในแบบสอบถาม

- ผู้เข้าร่วมโครงการอาจเกิดความเหนื่อยล้าเบื่อหน่าย หรืออึดอัดใจระหว่างการตอบแบบสอบถาม

- หากพบว่าผู้เข้าร่วมโครงการเกิดความไม่สบายใจ วิตกกังวล หรือรู้สึกกลัวอันเนื่องมาจากข้อความถามในแบบสอบถาม ผู้วิจัยซึ่งเป็นนักจิตวิทยาคลินิกจะเข้าไปสอบถามและพูดคุยให้เด็กคลายความวิตกกังวลและประเมินความเสี่ยง

ด้านวาจาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนพฤติกรรมการรังแกของผู้ถูกรังแกด้านร่างกายและสัมพันธภาพไม่ต่างกัน

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการรังแกผู้รังแก

พฤติกรรมการรังแก	n	Mean	SD	p
ด้านวาจา				
เพศชาย	26	33.50	6.86	.097
เพศหญิง	19	33.32	5.47	.100
ด้านร่างกาย				
เพศชาย	26	22.46	5.41	.146
เพศหญิง	19	20.26	4.16	.131
ด้านสัมพันธภาพ				
เพศชาย	26	11.42	3.42	-1.28
เพศหญิง	19	12.68	3.06	-1.30

* = $p < .05$

จากตารางที่ 2 พบว่าพฤติกรรมการรังแกในนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ เพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นด้านวาจา ด้านร่างกาย และด้านสัมพันธภาพ ไม่ต่างกัน

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการรังแกของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (N=45) และนักเรียนปกติ (N=756)

พฤติกรรมการรังแก	Mean		SD		p
	เพศชาย	เพศหญิง	เพศชาย	เพศหญิง	
ผู้รังแก					
ด้านวาจา	33.25	34.36	6.47	8.61	.097
ด้านร่างกาย	19.91	20.67	4.72	6.04	.146
ด้านสัมพันธภาพ	11.95	12.66	3.33	3.97	.208
ผู้ถูกรังแก					
ด้านวาจา	34.66	32.75	7.59	7.42	.035
ด้านร่างกาย	22.91	20.15	6.32	5.61	.797
ด้านสัมพันธภาพ	13.02	11.52	3.71	3.23	.184

จากตารางที่ 3 อธิบายได้ว่าพฤติกรรมการรังแกของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้และเด็กนักเรียนปกติมีพฤติกรรมการรังแกไม่ต่างกัน

สรุป

นักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 เพศชายมีพฤติกรรมการรังแกด้านผู้รังแกแตกต่างจาก

เพศหญิงจากผลการศึกษาพบว่าไม่แตกต่างกันซึ่งไม่ตรงกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

นักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 เพศชายมี

พฤติกรรมกรรมการรังแกด้านผู้ถูกรังแกแตกต่างกัน เพศหญิง จากการศึกษาค้นพบว่าพฤติกรรมกรรมการรังแกในด้านผู้ถูกรังแกของเพศชายและเพศหญิง มีความแตกต่างกันด้านวาจาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน ส่วนพฤติกรรมกรรมการรังแกของผู้ถูกรังแกด้านร่างกายและสัมพันธภาพไม่แตกต่างกัน

นักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 กับนักเรียนปกติ มีพฤติกรรมกรรมการรังแกด้านผู้ถูกรังแกแตกต่างกัน จากการศึกษาค้นพบว่าพฤติกรรมกรรมการรังแกด้านผู้ถูกรังแกของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้กับนักเรียนปกติมีพฤติกรรมกรรมการรังแกไม่แตกต่างกันซึ่งไม่ตรงกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

นักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 กับนักเรียนปกติมีพฤติกรรมกรรมการรังแกด้านผู้ถูกรังแกแตกต่างกันจากการศึกษาค้นพบว่าพฤติกรรมกรรมการรังแกด้านผู้ถูกรังแกของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 กับนักเรียนปกติมีพฤติกรรมกรรมการรังแกในด้านการเป็นผู้ถูกรังแกไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่ตรงกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

วิจารณ์ (Discussion)

สมมติฐานข้อที่ 1 พฤติกรรมการรังแกของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้เพศชายและเพศหญิงด้านผู้รังแกไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Yodprang (2007) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการรังแกโดยกล่าวว่านักเรียนชายและนักเรียนหญิงมีพฤติกรรมกรรมการรังแกไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Puranachaikere, Punyapas, and Kaewpomsawan (2015) พบว่านักเรียนชายถูกรังแกบ่อยกว่านักเรียน

หญิง แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ Thongtanongsak (2017) ที่กล่าวว่าความแตกต่างของการรังแกระหว่างนักเรียนชายและนักเรียนหญิง นักเรียนที่มีเพศอายุ และระดับชั้นเรียนต่างกันมีพฤติกรรมกรรมการรังแกไม่แตกต่างกัน ซึ่งหมายถึง เพศ อายุ และระดับชั้นไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการรังแก ดังนั้นนักเรียนทุกคนจึงมีโอกาสที่จะถูกรังแกได้ทั้งสิ้น จึงสามารถสรุปได้ว่าเพศไม่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการรังแก ไม่ว่าเพศชายหรือหญิงมีพฤติกรรมกรรมการรังแกไม่แตกต่างกัน แต่มีรูปแบบการรังแกที่แตกต่างกัน ดังเช่นการศึกษาของ Marcum, Higgins, Freibuge, and Ricketts (2012) กล่าวว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมกรรมการรังแกผ่านโลกโซเชียลมากขึ้น นั่นเพราะพฤติกรรมดังกล่าวไม่ต้องแสดงตัว การใช้คอมพิวเตอร์เพื่อการรังแกทำให้มีความมั่นใจและมีพฤติกรรมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Rayle, Moorhead, Green, Griffin, and Ozimek (2007) ที่ระบุว่ากรรมการรังแกในเพศหญิงจะแตกต่างจากเพศชายโดยเพศหญิงจะมีรูปแบบการรังแกแบบนินทา โพสต์ข้อความในทางลบบนสื่อออนไลน์ คอมเมนต์ด้วยถ้อยคำที่ไม่ดี กดดันให้ออกจากกลุ่ม พบว่าการรังแกในเพศหญิงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและจะเริ่มในช่วงประมาณ ป.2 เป็นต้นไป เช่นเดียวกับ Laeheem (2014) ที่กล่าวว่านักเรียนหญิงมีวิธีการรังแกผู้อื่นจะแตกต่างจากนักเรียนชาย แม้จะมีการใช้กำลังทางกายภาพบ้างแต่ส่วนใหญ่จะไม่ใช้กำลังทางกายภาพโดยตรง จะเน้นไปที่การทำลายความสัมพันธ์ และการทำร้ายจิตใจ ซึ่งมักจะได้ผลกับเหยื่อเป็นอย่างมาก ซึ่งเป็นลักษณะพิเศษของรูปแบบการรังแกในเด็กนักเรียนหญิง สอดคล้องกับ Crick et al. (2001) กล่าวว่าพฤติกรรมกรรมการรังแกในเพศหญิงที่เกิดขึ้นมากกว่าเพศชายคือการสร้างความเสียหายทาง

สัมพันธภาพ เช่น พฤติกรรมที่เป็นการรุกราน สัมพันธภาพ ได้แก่ การขู่ข่มขืนนินทา การกระจายข่าวลือ หรือการแย่งแฟนเมื่อได้แล้วก็ทิ้ง เป็นต้น ส่วนการศึกษาของ Volk, Ferrell, Franklin, Mularczyk and Provenzano (2016) กล่าวว่า การกลั่นแกล้งในเด็กผู้หญิงมีมากขึ้นเช่นเดียวกับเพศชาย โดยการรังแกของเพศหญิงจะเน้นไปที่ด้านจิตใจ มักใช้จิตวิทยาต่อกัน เป็นเรื่องของการแข่งขันทางเพศ (Intrasexual) และเพื่อปกป้องเกียรติของตน สอดคล้องกับการศึกษาของ Cheng et al. (2009) พบว่า ร้อยละ 25.7 ของนักเรียนรายงานว่าถูกรังแก 1 ครั้งในรอบ 1 เดือน อัตราการถูกรังแกมีความคล้ายคลึงกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง แต่รูปแบบการถูกรังแกมีความแตกต่างกัน ในช่วงอายุ 9-11 ปี เด็กมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรังแกเพิ่มขึ้นเนื่องจากต้องการการยอมรับและมีคุณค่าในกลุ่มเพื่อน และในวัยนี้กระบวนการคิด การประมวลผลจากสมองส่วนหน้ามีเพิ่มขึ้น เด็กในวัยนี้จึงมีส่วนการคิดที่เกี่ยวข้องกับมุมมองต่อตนเอง และการเปรียบเทียบในสังคมเพิ่มขึ้น จึงให้คุณค่ากับกลุ่มเพื่อนและต้องการมีตัวตนอยู่ในกลุ่มเพื่อน การปฏิเสธไม่ให้เข้าร่วมกลุ่มมีเพิ่มมากขึ้นและเป็นความเจ็บที่สังเกตได้ยาก เด็กในช่วงวัยนี้จะมีการรังแกกันในลักษณะดูถูกรูปร่าง ฐานะ ความรู้ เด็กที่มีฐานะดีจะถูกจากการมีรองเท้าใหม่ เสื้อผ้าราคาแพง มีโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟน เด็กที่เป็นนักกีฬา เด็กที่ได้รับความนิยมในโรงเรียน เด็กเหล่านี้มีแนวโน้มเพื่อนอยากเข้าร่วมกลุ่มด้วยและจะเป็นที่ชื่นชอบของเพื่อน ส่วนเด็กที่มีฐานะยากจน หรือมีปัญหาการเรียนมักจะถูกรังแกด้วยการล้อเลียนหรือกีดกันไม่ให้เข้ากลุ่ม สอดคล้องกับการศึกษาของ Sakarinkhul and Watcharasintu (2014) ที่กล่าวว่า “เพศหญิงจะถูกรังแกด้วยล้อเลียนด้วยคำพูดหยาบคาย

มากกว่าชาย ในขณะที่เพศชายจะถูกชก ตะบองตี ผลักแรง ๆ ถูกขัง ถูกสร้างเรื่องโกหก ปลอมข่าวลือถูกขโมยเงินแย่งของ ทำให้ทรัพย์สินเสียหายและถูกข่มขู่บังคับ ให้ทำในสิ่งที่ไม่อยากทำมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพศชายจะข่มเหงรังแกกันในรูปแบบของ direct physical bullying มากกว่าเพศหญิง” อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang, Gu, Wang, Wang, and Jones (2000) ที่กล่าวว่ารูปแบบของการรังแกนั้นแตกต่างกันตามเพศ โดยเพศชายมักจะแสดงออกเป็นพฤติกรรมทางกายที่เห็นได้ชัดเจน เช่น การผลัก การเตะ การตี เป็นต้น ขณะที่เพศหญิงจะมีพฤติกรรมการรังแกในรูปแบบจิตวิทยา เช่น การกีดกัน การสร้างข่าวผลการวิจัยของพบว่าร้อยละ 7.6 มีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่น ขณะที่เหยื่ออยู่ที่ร้อยละ 5.7 และเป็นผู้รังแกและผู้ถูกรังแกร้อยละ 9.6

สามารถอธิบายได้ว่าเพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมการรังแกไม่แตกต่างกัน แต่มีรูปแบบการรังแกที่แตกต่างกัน กล่าวคือเพศชายมีแนวโน้มการแสดงออกถึงพฤติกรรมการรังแกทางวาจา (verbal bullying) และทางร่างกาย (physical bullying) มากกว่าเพศหญิง ซึ่งเป็นพฤติกรรมรุนแรงที่เห็นได้ชัดเจน และมักจะเกิดขึ้น ณ ขณะนั้น และส่วนใหญ่จะจบลงในเวลาเดียวกันด้วย จะพบว่าผู้ถูกรังแกได้รับผลกระทบทางด้านวาจาและร่างกาย เป็นพฤติกรรมรุนแรงที่เห็นชัดเจน ไม่ซับซ้อน แต่ในเพศหญิงลักษณะการรังแกจะต่างออกไป โดยจะเป็นลักษณะของการแสดงออกทางสัมพันธภาพ (relationship bullying) มากกว่าพฤติกรรมทางกาย มีการวางแผนไตร่ตรองไว้ก่อน และมักจะทำกันเป็นกลุ่มเป็นการใช้จิตวิทยามากกว่ากำลัง เช่น การตัดสัมพันธ์ การกีดกันไม่ให้เข้ากลุ่ม การพุดนินทา การสร้างข่าวลือ เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมการรังแก

ดังกล่าวแม้ไม่เป็นอันตรายต่อร่างกายแต่ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจอย่างมาก และเป็นพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้ยากเพราะเพศหญิงมักจะไม่ได้แสดงท่าทีชัดเจนเหมือนเพศชาย

สมมติฐานข้อที่ 2 พฤติกรรมการรังแกของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ในเพศชายและเพศหญิงด้านผู้ถูกรังแกแตกต่างกันด้านวาทะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ Child and Adolescent Mental Health Rajanakarindra Institute (2018) ที่กล่าวว่ารูปแบบของการรังแกกันที่พบมากที่สุด คือการรังแกกันทางวาจา เช่น พูดล้อเลียน ล้อชื่อ ร้องลงมา คือ ทางความสัมพันธ์ (เช่น ไม่คบ ตัดออกจากกลุ่ม) ทางร่างกาย และทางสังคมออนไลน์ ผู้ชายมีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นมากกว่าผู้หญิง แต่ผู้หญิงมักใช้วิธีรังแกแบบไม่เปิดเผยมากกว่าผู้ชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Puranachaikere, Punyapas, and Kaewpomsawan (2015) ที่พบว่านักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ถูกรังแกด้วยวาจาเป็นรูปแบบการรังแกที่พบบ่อยที่สุด โดยร้อยละ 64 ถูกรังแกด้วยการใช้คำพูดหยาบคาย ล้อเลียนที่ทำให้เจ็บใจหรือเสียใจ ร้อยละ 45 ถูกเรียกด้วยคำที่ไม่ดี หรือคำที่เกี่ยวข้องกับเชื้อชาติหรือผิวพรรณ ร้อยละ 31 ถูกข่มขู่หรือบังคับให้ทำในสิ่งที่ไม่อยากทำ สำหรับปัจจัยเรื่องเพศ Yodprang (2007) พบว่านักเรียนหญิงมีความเสี่ยงในการถูกรังแกแบบไม่ยอมให้เข้ากลุ่มหรือไม่เล่นด้วยมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนนักเรียนชายจะมีความเสี่ยงในการถูกรังแกแบบถูกเรียกด้วยคำพูดที่ไม่ดี แสดงความเห็นหรือทำทางที่สื่อไปในเรื่องทางเพศมากกว่านักเรียนหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การใช้คำพูดในการล้อเลียนเกี่ยวกับทางเพศเป็นการรังแกแบบทางตรง (direct bullying) ซึ่งปกติจะพบในเพศชายมากกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องจากโดย

ธรรมชาติเพศชายมักเล่นแรงหรือมีพฤติกรรมแสดงออกที่รุนแรงกว่าเพศหญิงจึงมีโอกาสถูกกระตุ้นให้มีพฤติกรรมการตอบสนองที่รุนแรงมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Tapanya (2007) ที่พบว่านักเรียนหญิงถูกรังแกทางวาจามากที่สุดด้วยการล้อเลียนให้อับอายและการแสดงความเหยียดหยามดูถูกเชื้อชาติหรือผิวพรรณ และการศึกษาของ Dechothanawat (2011) พบว่ารูปแบบพฤติกรรมการรังแกที่พบบ่อยที่สุดคือการรังแกทางวาจา เช่น เดียวการศึกษาของ Pruksapanachart (2011) พบว่ารูปแบบพฤติกรรมการถูกรังแกที่พบบ่อยที่สุดคือถูกใช้คำหยาบคาย และพูดล้อเลียนทำให้เจ็บใจ จากการศึกษาพฤติกรรมสื่อสารการรังแกของนักเรียนในสถานศึกษาของ Rotemanunthakrit (2013) จำแนกด้วยลักษณะพฤติกรรมที่พบรวม 39 เรื่อง พบว่ามีงานศึกษาพฤติกรรมรังแกด้วยวจนภาษาทางตรงมากที่สุด ร้อยละ 25.19 ร้องลงมาคือการรังแกทางกาย ร้อยละ 21.48 และมีพฤติกรรมการรังแกในช่วงประถมศึกษาตอนปลายถึงมัธยมมากที่สุด แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมการรังแกด้านวาจาที่สูงกว่าพฤติกรรมรังแกด้านอื่น ๆ ส่วนการศึกษาของ Vibulpatanavong (2017) ศึกษาเจตคติของนักเรียนที่มีชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีต่อเพื่อนนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ พบว่านักเรียนยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับความบกพร่องทางการเรียนรู้ โดยนักเรียนส่วนใหญ่เชื่อว่านักเรียนที่บกพร่องทางการเรียนรู้มีปัญหาทางการอ่านเกิดจากขาดความตั้งใจมากกว่าเป็นความบกพร่องหรือความผิดปกติ ซึ่งอาจเป็นเหตุให้นักเรียนส่วนใหญ่ไม่เล่นด้วย ไม่ให้เข้ากลุ่ม คิดว่าควรจะต้องตั้งใจเรียนมากขึ้น ควรใช้เวลาว่างอ่านหนังสือ และจะยอมให้เข้าร่วมกลุ่มด้วยในวิชาศิลปะ เป็นการแสดงออกถึงการไม่ยอมรับ จึงสามารถอภิปรายได้ว่านักเรียนที่มีความ

บกพร่องทางการเรียนรู้เพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมถูกรังแกโดยเป็นผู้ถูกรังแกด้านวาจาแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องมาจากลักษณะพฤติกรรมถูกรังแกในเพศชายมักจะถูกรังแกด้วยการทำร้าย เตะต่อย หรือหากเป็นการใช้วาจาจะเป็นในลักษณะการพูดหยาบคาย ตรงไปตรงมา พูดในเรื่องเพศ ในขณะที่เพศหญิงจะมีการใช้คำพูด เช่น การเยาะเย้ย การด่าทอ นินทา เหน็บแนม เพื่อให้เกิดความเจ็บปวดทางใจ กีดกันออกจากกลุ่ม เป็นต้น ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากความไม่เข้าใจเรื่องโรคหรือความผิดปกติ ส่งผลให้เกิดความเข้าใจผิดต่อผู้ที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ เช่น เข้าใจว่าไม่ตั้งใจเรียน เป็นเด็กไม่ฉลาด แยกแยะจากคนอื่น เป็นต้น

สมมติฐานข้อที่ 3 และ 4 พฤติกรรมการรังแกของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ระดับประถมศึกษาปีที่ 4-6 กับนักเรียนปกติไม่แตกต่างกันทั้งด้านผู้รังแกและผู้ถูกรังแก สอดคล้องกับการศึกษาของ Martlew and Hodson (1991) กล่าวว่า เด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้มีแนวโน้มเสี่ยงต่อการถูกรังแก แต่มีการศึกษาพบว่าเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้อาจจะถูกรังแกเหมือนกับเด็กทั่วไป จากกลุ่มเพื่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ Conti-Ramsden and Botting (2014) กล่าวว่าเด็กที่มีความบกพร่องด้านภาษามีความเสี่ยงที่จะตกเป็นเหยื่อของการรังแกร้อยละ 36 และมีแนวโน้มเป็นผู้รังแกร้อยละ 17 (Department of Mental Health, 2016) เช่นเดียวกับ Kaukiainen et al. (2012) พบว่าเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้อาจมีแนวโน้มตกเป็นเหยื่อของการรังแกร้อยละ 10.7 และมีแนวโน้มพฤติกรรมรังแกผู้อื่นร้อยละ 21.4 สอดคล้องกับการศึกษาของ Kuhne and Wiener (2004) เด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ในระดับปานกลางถูกรังแกร้อยละ 78 และเคยรังแก

ผู้อื่นร้อยละ 29 นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 63 ของพฤติกรรมถูกรังแกคือกลุ่มที่มีความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา (Intellectual Disability) ร้อยละ 62.5 กลุ่มออทิสติกสเปกตรัม (Autism spectrum Disorder) และกลุ่มสมาธิสั้น (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder) ร้อยละ 39.4 ในขณะที่การเรียนรู้บกพร่อง (Learning Disability) พบเพียงร้อยละ 25 และพบว่าเพศชายมีพฤติกรรมถูกรังแกร้อยละ 54.7 เพศหญิง 45.3 ซึ่งถือว่าไม่มีความแตกต่างกัน จึงสรุปได้ว่าพฤติกรรมถูกรังแกของเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้กับเด็กปกติไม่แตกต่างกัน โดยสามารถเป็นได้ทั้งผู้ถูกรังแกและผู้รังแกโดยมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน

สามารถอธิบายได้ว่าเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้จะถูกรังแกเหมือนกับเด็กทั่วไปจากกลุ่มเพื่อนเนื่องจากลักษณะทางกายภาพเหมือนกับเด็กปกติทั่วไป ลักษณะทางกายภาพ ความแข็งแรงด้านร่างกาย ทักษะอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับภาษาและการคำนวณไม่แตกต่างกัน หากไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยก็จะไม่สามารถทราบได้ว่ามีความบกพร่องทางการเรียนรู้ เพราะโรคนี้ไม่แสดงออกในลักษณะทางกายภาพ ทำให้พฤติกรรมต่าง ๆ เหมือนกับเด็กทั่วไป สามารถพูดสื่อสารโต้ตอบได้ ต่างกับเด็กพิเศษอื่น เช่น ออทิสติกที่มีข้อจำกัดด้านภาษา หมกมุ่นอยู่กับตนเองจึงมักเป็นเป้าของการรังแกได้ง่าย หรือเด็กสมาธิสั้นที่มีลักษณะหุนหัน หรือโต้ตอบด้วยพฤติกรรมรุนแรง เอะอะโวยวาย หรือเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาที่มักจะตอบสนองช้า ไม่ทันเพื่อน จึงมักถูกรังแกได้ง่าย แต่แม้ว่านักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้อาจมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับเด็กทั่วไป และเป็นได้ทั้งผู้รังแกและผู้ถูกรังแก ลักษณะการรังแกจะตรงไปตรงมา ไม่ซับซ้อน มีพฤติกรรมถูกรังแกที่เห็นได้ชัด เป็นพฤติกรรมถูกรังแกแบบ

เผชิญหน้าหรือทางตรง (face-to-face bullying หรือ direct bullying) คือ พฤติกรรมทำร้ายร่างกาย เช่น เตะ ต่อย และการรังแกทางวาจา เช่น พูดล้อเลียน พูดเสียดสี ข่มขู่หรือด่าทอทางกาย เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมการรังแกทั้งผู้รังแกและผู้ถูกรังแก เช่น สถานภาพสมรสของบิดามารดา ลักษณะทางกายภาพของเด็ก ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง สีผิว เป็นต้น
2. อาจมีการศึกษาเพิ่มเติมในแง่ของการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสังเกตพฤติกรรม การสัมภาษณ์ครู การศึกษาเชิงมิติสังคม เป็นต้น
3. ควรมีการศึกษาในกลุ่มเด็กพิเศษอื่น ๆ เช่น กลุ่มเด็กนักเรียนที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา กลุ่มออทิสซึม และสมาธิสั้น เป็นต้น
4. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันการรังแกสำหรับเด็กพิเศษ หรือสำหรับเพศชายและเพศหญิง
5. ควรศึกษาพฤติกรรมการรังแกในช่วงวัยอื่น ๆ เพิ่มเติม

Reference

Boyle, D. J. (2005). Youth bullying: Incidence, impact, and interventions. *Journal of the New Jersey Psychological Association*, 55, 22-24.

Cheng, Y., Newman, I. M., Qu, M., Mbulo, L., Chai, Y., Chen, Y. & Shell, D. F. (2009). Being bullied and psychosocial adjustment among middle school students in China. *Journal of School Health*, 80(4). 227-243.

Child and Adolescent Mental Health Rajanakarindra Institute (CAMRI). (2018). *A practical guide for action prevents and manage bullying in schools*. Department of Mental Health. Bangkok, 1-7. (in Thai).

Conti-Ramsden, G., & Botting, N. (2004). Social difficulties and victimization in children with SLI at 11 years of age. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 47(1), 145-161.

Crick, N. R., Nelson, D. A., Morales, J. R., Cullerton-Sen, C. Casas, J. F., & Hickman, S. E. (2001). *Relational victimization in childhood and adolescence: I hurt you through the grapevine*. [research gate]. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication>

Dechothanawat C. (2011). *The problem of bullying, intimidation, and depression in high school students in grade 1-3 of a government school in Bangkok Noi*. Bangkok (Doctoral dissertation). Mahidol University. Bangkok. (in Thai).

Department of Mental Health. (2016). *Subject: Department of mental health suggests 5 prevention 5 stop to reduce the problem of children pretending to be*. [information]. Retrieved from: <http://www.forums.dmh.go.th> (in Thai).

Gonçalves, F. G., Heldt, E., Peixoto, B. N., Rodrigues, G. A., Filipetto, M., & Guimarães, L. S. P. (2016). Construct validity and reliability of Olweus bully/

- victim questionnaire-Brazilian version. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 29(27), 1-8.
- Great Schools Staff. (2016). *Understanding bullying and its impact on kids with learning disabilities or ADHD*. [weblog]. Retrieved from <http://www.greatschools.org/>.
- Hamburger, M. E., Basile, K. C., & Vivolo, A. M. (2011). *Measuring bullying victimization, perpetration, and bystander experiences: A compendium of assessment tools*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- Kaukiainen, A., Salmivalli, C., Lagerspetz, K., Tamminen, M., Vauras, M., Mäki, H., & Poskiparta, E., (2002). Learning difficulties, social intelligence, and self-concept: Connections to bully-victim problems. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43(3), 269-278.
- Kuhne, M. & Wiener, J. (2000). Stability of social status of children with and without learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 23(1), 64-75.
- Laeheem, K. (2014). Factors related to students' bullying behavior in Islamic private schools, Songkhla Province. *Srinakharinwirot Research and Development (Journal of Humanities and Social Sciences)*, 6(12), 14-30. (in Thai).
- Marcum, C. D., Higgins G. E., Freibuge, T. L., & Ricketts. M. L. (2012). Battle of the sexes: An examination of male and female cyber bullying. *International Journal of Cyber Criminology*, 6(1), 904-911.
- Martlew, M, & Hodson J. (1991). Children with mild learning difficulties in an integrated and in a special school: comparisons of behavior, teasing and teachers' attitudes. *The British Journal of Educational Psychology*, 61(3), 372-355.
- McMahon, E. M., Reulbach, U., Keeley, H., Perry, I. J., & Arensman, E. (2010). Bullying victimization, self-harm, and associated factors in Irish adolescent boys. *Social Science & Medicine*, 71(7), 1300-1307.
- Puranachaikere, T., Punyapas, S., & Kaewpornawan. T. (2015). Coping strategies of grade 4-6 primary school students in response to being bullied. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 60(4), 275-286. (in Thai).
- Pruksapanachart, B. (2011). The relationship between bullying behavior and self-esteem in attention deficit / hyperactivity disorder patients. *Journal of Psychiatric Association of Thailand*, 56(2), 93-102.
- Raven, J., Raven, J. C., & Court, J. H. (2004). *Manual for Raven's progressive matrices and vocabulary scales*. section 3: The standard progressive

- matrices. San Antonio, TX: Harcourt Assessment.
- Rayle, A. D., Moorhead, H. J. H., Green, J., Griffin, C. A. & Ozimek, B. (2007). Adolescent girl-to-girl bullying: Wellness-based interventions for school counselors. *Journal of School Counseling*, 5(6).1-36.
- Rotemanunthakrit, N. (2013). *Cross-cultural communication behaviors and school-bullying* (Master's thesis). Chulalongkorn University, Bangkok. (in Thai).
- Sakarinkhul, C. & Wacharasindhu, A. (2014). Prevalence of bullying and associated psychosocial factors among lower secondary school students in Muang, Chiangmai Province. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 59(3). 221-230. (in Thai).
- Tapanya S. (2007). *Study to develop a sustainable violence prevention model in children*. National health foundation supported by Thai health promotion foundation. (in Thai).
- Thongtanongsak, P. (2017). *A study of bullying behavior of lower secondary school students at Nong Khaem district school under the department of education, Bangkok*. Ramkhamhaeng University. Thailand. (in Thai).
- van Geel, M., Vadder, P., & Tanilon, J. (2014). Bullying and weapon carrying: a meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 168(8). 714-720.
- Vibulpatanavong, K. (2017). Attitudes of upper primary school students towards peers with specific learning disability. *Journal of Research and Development in Special Education Research and Development*, 6(2), 8-20. (in Thai).
- Uthairattanakit, D., & Phornnopadon et al. (2006). *KUS-SI rating scales: ADHD/LD/ Autism (PDDs)*. National Research Council of Thailand (NRCT). (in Thai).
- Volk, A. A., Farrell, A. H., Franklin, P., Mularzyk, K. P., & Provenzano, D. A. (2016). Adolescent bullying in schools: An evolutionary perspective. In D. Geary and D. Berch (Eds.), *Evolutionary perspectives on child development and education* (pp. 167-191). Switzerland: Springer International Publishing.
- Yodprang, B. (2007). *Bullying among lower secondary school students in Pattani Province* (Master's thesis). Prince of Songkla University, Pattani. (in Thai).
- Zhang, A., Musu-Gillette, L., & Oudekerk, B. A. (2016). *Indicators of school crime and safety: 2015*. Washington, DC.: National Center for Education Statistics, U.S. Department of Education, and Bureau of Justice Statistics, Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice.
- Zhang, W., Gu, C., Wang, M., Wang, Y., & Jones, K. (2000). Gender differences in the bully/victim problem among primary and junior middle school students. *Psychological Science (China)*, 23(4), 435-439.



Thai Journal of Clinical Psychology

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

Original Article

ความเครียดและภาวะซึมเศร้าในพ่อแม่ของนักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัย

Stress and Depression Among Students' Parents in Preparation for University Admission

สุดสบาย จุลกัทัพพะ¹, ทิฆัมพร หอสิริ^{*}, และ นาถวีณา ดำรงพิพัฒนสกุล¹

¹ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Sudsabuy Chulakadabba¹, Tikumporn Hosiri^{*}, Nartweena Dumrongpiphatsakul¹

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

^{*} Corresponding author: e-mail. tikumporn.hos@mahidol.ac.th

Received: 30 November 2020 | Revised: 5 February 2021 | Accepted: 25 February 2021

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในพ่อแม่ของนักเรียนที่กำลังเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัย และศึกษาความสัมพันธ์ของความเครียดกับภาวะซึมเศร้าในพ่อแม่กลุ่มดังกล่าว **วิธีการศึกษา** กลุ่มตัวอย่างคือพ่อแม่ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 6 ปีการศึกษา 2562 และกำลังเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัย จำนวน 325 คน ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ โดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองทางออนไลน์ 3 ชุด คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย และมาตรวัดภาวะซึมเศร้าจากแบบวัดสุขภาพจิตในคนไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยายและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและสเปียร์แมน **ผลการวิจัย** กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45.2 มีความเครียดเล็กน้อย ร้อยละ 35.7 มีสุขภาพจิตปกติ ร้อยละ 16 มีสุขภาพจิตดี ร้อยละ 3.1 มีความเครียดมาก กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 72.3 ไม่พบภาวะซึมเศร้าและร้อยละ 27.7 มีภาวะซึมเศร้าระดับควรรับการตรวจวินิจฉัย ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเพศ ($r = .130$) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับแผนการเรียนของบุตร ($r = .127$) ทั้งผลการเรียนของบุตร รายได้ครอบครัวและความเข้าใจในระบบการสอบเข้ามหาวิทยาลัยของพ่อแม่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ($r = -.147, -.212, -.186$) และภาวะซึมเศร้า ($r = -.139, -.203, -.162$) ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r = .710$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 **สรุป** พ่อแม่ส่วน

ใหญ่ของนักเรียนที่กำลังเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยมีความเครียดเล็กน้อย มีจำนวนหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าถึงระดับควรรับการตรวจวินิจฉัย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศ ผลการเรียนของบุตร แผนการเรียนของบุตร รายได้ของครอบครัว และความเข้าใจในระบบการสอบเข้ามหาวิทยาลัยของพ่อแม่

คำสำคัญ: ความเครียด, ภาวะซึมเศร้า, พ่อแม่, การสอบเข้ามหาวิทยาลัย

Abstract

Objectives: To examine the prevalence and the related factors of stress and depression among students' parents in preparation for university admission, and the correlation between stress and depression among those parents. **Materials and Methods:** Samples are fathers or mothers of 12th grade students (N = 325), selected by accidental sampling via online survey with 3 questionnaires: 1) demographic questionnaire, 2) Thai Stress Test (TST), and 3) Depression domain (D) of Thai Mental Health Questionnaire (TMHQ). Descriptive statistics, Pearson's and Spearman's correlation coefficients are used to analyze data. **Results:** 45.2% of sample have a mild level of stress, 35.7% and 16% of them have a normal and a well mental health level, while and 3.1% have a stressful level of stress, and 27.7% have a significant depression level that needed more diagnosis. Stress is positively related with gender ($r = .130$) and depression is positively related to high school program ($r = .127$). Moreover, academic performance, income, and understanding in admission system are negatively correlated to stress ($r = -.147, -.212, -.186$) and depression ($r = -.139, -.203, -.162$). Additionally, stress and depression have a significantly positive correlation ($r = .710, p = .05$). **Conclusion:** Most of students' parents have a mild level of stress and one-third of samples are facing depression that needed diagnosis. While gender, high school program, academic performance, income, and understanding in admission system are related to the level of stress and depression.

Keywords: Stress, Depression, Parents, University Admission

บทนำ

การสอบเข้ามหาวิทยาลัยเป็นการเปลี่ยนผ่านและการแข่งขันที่สำคัญของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย การเตรียมตัวสำหรับการสอบเข้ามหาวิทยาลัยเป็นช่วงเวลาที่นักเรียนมีความกดดันและเคร่งเครียด จากการศึกษา

ของ Uratanamanee and Lerdsamran, 2017 พบว่าอาจเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในนักเรียนได้ การสอบเข้ามหาวิทยาลัยยังมีผลต่อพ่อแม่ของนักเรียนด้วย ระบบการสอบเข้ามหาวิทยาลัยของประเทศไทยยังมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีผลต่อการ

วางแผนในการเตรียมตัวสอบของนักเรียนตั้งแต่ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย รวมถึงพ่อแม่ที่ต้องทำความเข้าใจระบบการสอบและเกณฑ์การคัดเลือกแบบใหม่ซึ่งมีความแตกต่างจากระบบการสอบเข้ามหาวิทยาลัยที่พ่อแม่คุ้นเคย นอกจากนี้ พ่อแม่ส่วนใหญ่จะเป็นผู้รับผิดชอบหลักในเรื่องค่าใช้จ่ายสำหรับการเตรียมตัวสอบและสมัครสอบ ตามทฤษฎี Psychosocial Theory ของ Erikson (Poole & Snarey, 2011; Maneesri, 2013) พ่อแม่ที่บุตรกำลังจะเข้าเรียนมหาวิทยาลัยส่วนใหญ่จะมีช่วงอายุอยู่ในขั้นที่ 7 ซึ่งเรียกว่าขั้นการเป็นผู้ให้ VS การมุ่งตนเอง (Generativity VS Stagnation) ซึ่งงานสำคัญของขั้นนี้คือการทำประโยชน์ให้แก่คนรุ่นหลังด้วยการแนะนำถ่ายทอดประสบการณ์ และการให้ดูแลบุตรหรือคนรุ่นต่อมา (Poole & Snarey, 2011; Maneesri, 2013) ดังนั้น พ่อแม่มักมีส่วนร่วมในการวางแผนการเรียน การเตรียมตัวสอบและมีโอกาสได้รับผลกระทบจากช่วงเวลาที่ยากลำบากของบุตรจนเกิดความเครียดขึ้นได้ รวมถึงระยะเวลาการเตรียมตัวสอบและกระบวนการคัดเลือกเข้ามหาวิทยาลัยมีระยะเวลานานหลายเดือน ทำให้เกิดความเครียดสะสมต่อเนื่อง ซึ่งอาจทำให้ความเครียดมีระดับรุนแรงขึ้นและอาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Richter-Levin & Xu, 2018; O'Neil, Lancee, & Freeman, 1986; Jeon, Amidfar, & Kim, 2017; Mazure, 1998)

การศึกษาที่ผ่านมา ในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เน้นการศึกษาความเครียดและภาวะซึมเศร้าในนักเรียน (Uratanamane & Lerdsamran, 2017; Vultaggio & Friedfeld, 2013; Feld & Shusterman, 2015; Veloso, 2018) และมีผลศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสอบเข้ามหาวิทยาลัยหลายประการ คือ ค่าใช้จ่ายและ

ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการสอบเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของนักเรียน (Arayasomboon, 2018) เกรตเจเลียที่บ่งบอกถึงผลการเรียน ซึ่งเป็นเกณฑ์การคิดคะแนนสอบเข้ามหาวิทยาลัย (Uratanamane & Lerdsamran, 2017) แผนการเรียนที่มีผลต่อการเลือกคณะที่จะศึกษาต่อ ซึ่งบางแผนการเรียนมีแนวทางการศึกษาต่อน้อยกว่าแผนการเรียนอื่น (Aumkruea, 2011) โดยนักเรียนบางส่วนได้รับคำแนะนำให้เรียนแผนการเรียนทางวิทย์มากกว่าแผนการเรียนทางศิลป์ รวมถึงผลสำรวจจากสำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และคุณภาพเยาวชน (2559) พบว่าบางครอบครัวจำเป็นต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการสอบให้นักเรียน และบางครอบครัวไม่พร้อมสำหรับการสอบเข้ามหาวิทยาลัยของบุตร ดังนั้น การสอบเข้ามหาวิทยาลัยของบุตรจึงอาจส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสภาพจิตใจของพ่อแม่ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในพ่อแม่ของนักเรียนที่กำลังเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในพ่อแม่ของนักเรียนที่กำลังเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัย และศึกษาความสัมพันธ์ของความเครียดกับภาวะซึมเศร้าในพ่อแม่กลุ่มดังกล่าว

สมมติฐานงานวิจัย

1. ตัวแปรที่สนใจ ได้แก่ เพศ ผลการเรียนของบุตร แผนการเรียนของบุตร รายได้ของครอบครัวและความเข้าใจในการสอบเข้า

มหาวิทยาลัยของพ่อแม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในพ่อแม่ของนักเรียนที่เตรียมตัวในการสอบเข้ามหาวิทยาลัย

2. ความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในพ่อแม่กลุ่มดังกล่าว

วัสดุและวิธีการ

กลุ่มตัวอย่าง คือ พ่อแม่ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ปีการศึกษา 2562 ซึ่งกำลังเตรียมตัวในการสอบเข้ามหาวิทยาลัยจำนวน 325 คน โดยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรสำหรับการวิจัยเชิงสำรวจ (Charan & Biswas, 2013) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบบังเอิญ โดยผู้วิจัยประกาศเชิญชวนอาสาสมัครเข้าร่วมงานวิจัยผ่านช่องทาง Facebook ของหลักสูตรจิตวิทยาคลินิกศิริราช (<https://www.facebook.com/sidlinpsy>) ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ในช่วงเดือนมิถุนายน-ธันวาคม 2562 กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดของงานวิจัยและตอบแบบสอบถามด้วยตนเองผ่านระบบออนไลน์ กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์หรือแบบเดาสุ่มจะถูกคัดออก

เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ เกรดเฉลี่ยของบุตร (GPAX) แผนการเรียนของบุตร (วิทย์-คณิต, ศิลป์-คำนวณ, และศิลป์-ภาษา) รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และระดับความเข้าใจในระบบการสอบเข้ามหาวิทยาลัยในปัจจุบัน (แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ไม่เข้าใจเลย มีความเข้าใจเล็กน้อย มีความเข้าใจปานกลางค่อนข้างเข้าใจ และเข้าใจดี)

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย (Thai Stress Test: TST) 24 ข้อ (Phattarayuttawat,

Ngamthipwattana, & Sukkhatungkha, 2000) เป็นแบบวัดความเครียดที่พัฒนาโดยมีเกณฑ์อ้างอิงในคนไทยและมีค่าความเที่ยงในระดับค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่ .84 มีระดับคะแนน 3 ระดับ (0 = ไม่เคยรู้สึกเลย, 1 = รู้สึกเป็นครั้งคราว และ 3 = รู้สึกบ่อย ๆ) คะแนนรวมจาก negative scale และ positive scale จะถูกนำไปเทียบตารางเมทริกซ์แสดงระดับความเครียด โดย 1 = มีสุขภาพจิตดีมาก, 2-4 = สุขภาพจิตปกติ, 5-6 = มีความเครียดเล็กน้อย, 7-9 = มีความเครียดมาก

ส่วนที่ 3 มาตรวัดภาวะซึมเศร้าจากแบบวัดสุขภาพจิตในคนไทย (Thai Mental Health Questionnaire: TMHQ) 20 ข้อ (Phattarayuttawat, Ngamthipwattana, & Sukkhatungkha, 1999) โดยมาตรวัดภาวะซึมเศร้านี้เป็นด้านย่อยที่ 2 ของ TMHQ ตั้งแต่ข้อ 11-30 โดยมีการพัฒนาและมีเกณฑ์อ้างอิงในคนไทย มีค่าความเที่ยงในระดับค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของมาตรวัดด้านนี้ที่ .89 (Phattarayuttawat & Ngamthipwattana, 2002) มีระดับคะแนน 5 ระดับ (0 = ไม่มี, 1 = เล็กน้อย, 2 = ปานกลาง, 3 = ค่อนข้างมาก และ 4 = มาก) คะแนนรวมจากมาตรวัดจะนำมาหารด้วย 20 ซึ่งจะได้เป็นคะแนนมาตรฐาน หากคะแนนมาตรฐานมากกว่า 60 คะแนนจะบ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยต่อไป

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (COA no. Si 437/2019) คำนวณสถิติด้วยโปรแกรมทางสถิติ SPSS version 22 นำเสนอข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงบรรยาย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ

Spearman วิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่สนใจกับความเครียดและภาวะซึมเศร้า และใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson วิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและภาวะซึมเศร้า โดยตั้งระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .52

ผลการศึกษา

การวิเคราะห์ผลการศึกษพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 325 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.3 เพศชายร้อยละ 16.7 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 48.63 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 6.16) เกณฑ์เฉลี่ยของบุตรระดับมากกว่า 3.50 พบร้อยละ 59.4 รองลงมาคือ ระดับ 3.00-3.49 พบร้อยละ 27.4 ระดับ 2.00-2.99 ร้อยละ 12.3 และระดับน้อยกว่า 2.00 พบเพียงร้อยละ 0.9 แผนการเรียนของบุตร สายวิทย์-คณิตพบร้อยละ 81.6 สายศิลป์-ภาษาพบร้อยละ 10.2 สายศิลป์-คำนวณพบร้อยละ 4.6 และอื่น ๆ พบร้อยละ 3.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนระดับ 15,000-50,000 บาทต่อเดือนพบร้อยละ 35.4 ไกล่เคียงกับรายได้ระดับตั้งแต่ 50,001-100,000 บาทต่อเดือนพบร้อยละ 30.1 ระดับมากกว่า 100,000 บาทพบร้อยละ 26.4 และรายได้น้อยกว่า 15,000 บาทต่อเดือนพบเพียงร้อยละ 8.1 และพ่อแม่ส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่ามีระดับความเข้าใจในระบบการสอบเข้ามหาวิทยาลัยอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ร้อยละ 34.5 รองลงมาคือ ค่อนข้างเข้าใจพบร้อยละ 31.1 เข้าใจเล็กน้อยพบร้อยละ 21.5 เข้าใจมากพบร้อยละ 10.2 และไม่เข้าใจเลยพบร้อยละ 2.8 ตามลำดับ

การศึกษาระดับความเครียดของพ่อแม่ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลพบว่าส่วนใหญ่มีความเครียดระดับเล็กน้อยพบร้อยละ 45.2 รองลงมาคือ มีสุขภาพจิตระดับปกติพบร้อยละ

35.7 มีสุขภาพจิตระดับดีพบร้อยละ 16 และมีเพียงร้อยละ 3.1 ที่มีระดับความเครียดมาก ส่วนการศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 72.3 ไม่พบภาวะซึมเศร้า แต่มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 27.7 ที่มีระดับภาวะซึมเศร้าถึงนัยสำคัญที่ต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยทางคลินิก (ดังแสดงในตารางที่ 1) โดยเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มที่มีทั้งความเครียดและภาวะซึมเศร้าถึงเกณฑ์ที่ควรได้รับการวินิจฉัยพบว่าเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

จากการวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความเครียด ผลพบว่าปัจจัยเรื่องเพศ มีค่าสัมพัทธ์ทางบวกกับความเครียด ในขณะที่ปัจจัยเรื่อง เกณฑ์เฉลี่ยของบุตร รายได้ของครอบครัวและระดับความเข้าใจในระบบการสอบเข้ามหาวิทยาลัยของพ่อแม่มีค่าสัมพัทธ์ทางลบกับความเครียด ส่วนแผนการเรียนของบุตรไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความเครียด

ส่วนการวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ และภาวะซึมเศร้า พบว่าแผนการเรียนของบุตรมีค่าสัมพัทธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ในขณะที่เกณฑ์เฉลี่ยของบุตร รายได้ของครอบครัว และความเข้าใจในระบบการสอบเข้ามหาวิทยาลัยของพ่อแม่มีค่าสัมพัทธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า และพบว่าความเครียดและภาวะซึมเศร่ายังมีค่าสัมพัทธ์ทางบวกที่ถึงนัยสำคัญทางสถิติต่อกัน (ดังแสดงในตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 แสดงความชุกของระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้า (N = 325)

	ระดับ	ความถี่	ร้อยละ
ความเครียด	สุขภาพจิตดีมาก	52	16.0
	สุขภาพจิตปกติ	116	35.7
	มีความเครียดเล็กน้อย	147	45.2
	มีความเครียดมาก	10	3.1
ภาวะซึมเศร้า	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	235	72.3
	มีภาวะซึมเศร้า	90	27.7

ตารางที่ 2 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความเครียดและภาวะซึมเศร้า (N = 325)

ตัวแปร	ความเครียด	ภาวะซึมเศร้า
เพศ	.130*	.042
เกรดเฉลี่ยของบุตร	-.147**	-.139*
แผนการเรียนของบุตร	.084	.127*
รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน)	-.212**	-.203**
ความเข้าใจในระบบการสอบเข้ามหาวิทยาลัย	-.186**	-.162**
ความเครียด		.710**

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

วิจารณ์

จากผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความเครียดระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 45.2) และ ไม่พบภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 72.3) ในสังคมไทย การสอบเข้าเพื่อศึกษาต่อในระดับมหาวิทยาลัย เป็นที่นิยมและพ่อแม่ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการสอบเข้ามหาวิทยาลัยของบุตรซึ่งมี โอกาสสร้างความเครียดและปัญหาทางอารมณ์ให้กับผู้สอบและครอบครัวได้มาก จากการ ทบทวนวรรณกรรมมักจะพบความเครียดใน นักเรียน แต่ยังมีข้อมูลจำกัดในการศึกษาข้อมูลของพ่อแม่ งานวิจัยนี้พบว่าพ่อแม่ส่วนใหญ่มี ความเครียดระดับน้อยและไม่พบภาวะซึมเศร้า อาจเนื่องจากช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลเป็นช่วง กลางภาคการเรียนที่ 1 ถึงต้นภาคการเรียนที่ 2 ซึ่งเป็นช่วงที่นักเรียนกำลังเตรียมตัวสอบ ยัง ไม่ได้เข้าสู่กระบวนการสอบและประกาศผลสอบ

นอกจากนี้ในเรื่องพัฒนาการทางจิตใจจากทฤษฎี Psychosocial Theory ของ Erikson (Poole & Snarey, 2011; Maneesri, 2013) พ่อแม่มี ประสบการณ์ตามช่วงวัยที่มากกว่าเมื่อเทียบกับ ตัวนักเรียนซึ่งยังอยู่ในช่วงวัยรุ่นกำลังค้นหา อัตลักษณ์ของตน (Identity VS Role Confusion) ทำให้พ่อแม่มีวิธีปรับตัวรับมือกับสถานการณ์ที่ ตึงเครียดได้มีประสิทธิภาพมากกว่า มีผลทำให้ ระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าไม่สูงมาก หากเทียบกับการศึกษาในนักเรียนที่เป็นผู้ เติรมตัวสอบ (Uratnamanee & Lerdsamran, 2017; Assana, Laohasiriwong, & Rangseekajee, 2017; Feld & Shusterman, 2015) ในกลุ่มตัวอย่าง ประมาณหนึ่งในสามที่มีภาวะซึมเศร้าถึงระดับที่ ควรได้รับการวินิจฉัยพบว่าส่วนใหญ่มีรายได้ อยู่ในช่วงตั้งแต่น้อยกว่า 15,000 บาทถึง 50,000 บาท และมีความเข้าใจในระบบการสอบ เข้ามหาวิทยาลัยในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

ซึ่งในการสอบเข้ามหาวิทยาลัยจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายในการสมัครสอบ รวมถึงพ่อแม่ยังต้องทำความเข้าใจระบบการสอบเข้ารูปแบบใหม่ที่ปรับเปลี่ยนไป ดังนั้นพ่อแม่ที่มีรายได้ไม่สูงและมีความเข้าใจในระบบการสอบเข้ามหาวิทยาลัยน้อยจึงอาจเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้

ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้า พบว่าเพศของพ่อแม่มีค่าสัมพัทธ์ทางบวกกับความเครียด งานวิจัยนี้พบว่าแม่มีระดับความเครียดสูงกว่าพ่อ ซึ่งอธิบายได้จากงานวิจัยที่พบว่าเพศหญิงมักมีระดับความเครียดสูงกว่าเพศชาย (Matud, 2004; Piccinelli & Wilkinson, 2000) และอาจเป็นไปได้ว่าแม่มักเป็นฝ่ายที่มีความใกล้ชิดบุตรและมีความรู้สึกร่วมต่อสถานการณ์มากกว่าพ่อ แผนการเรียนมีค่าสัมพัทธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า จากการวิเคราะห์ผลพบว่าพ่อแม่ของนักเรียนในแผนการเรียนศิลป์-ภาษามีแนวโน้มจะเกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุด รองลงมาคือศิลป์-คำนวณ และวิทย์-คณิต ตามลำดับ ซึ่งโดยทั่วไปแล้วนักเรียนในแผนการเรียนศิลป์-ภาษาจะมีโอกาสในการเลือกคณะเพื่อศึกษาต่อน้อยกว่าแผนการเรียนอื่น ๆ พ่อแม่อาจต้องเป็นที่ปรึกษาในการตัดสินใจให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับการเรียนของบุตรและมีโอกาสที่พ่อแม่จะมีความเครียดและมีอารมณ์ซึมเศร้าต่อเหตุการณ์ที่มีผลต่ออนาคตของบุตรได้มากกว่าแผนการเรียนอื่น ๆ มีงานวิจัยที่สนับสนุนว่าเหตุการณ์ในชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียดอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Jeon, Amidfar, & Kim, 2017) แต่ผลงานวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตรเรียนในแผนการเรียนวิทย์-คณิต ซึ่งเป็นแผนการเรียนหลักที่นักเรียนมีโอกาสเลือกศึกษาต่อได้สูงและมีผลการเรียนที่ดี จึงมีผลต่อค่าสัมพัทธ์ที่ได้อยู่ในระดับไม่สูงนัก

ผลการเรียนของบุตร รายได้ของครอบครัว และความเข้าใจในระบบการสอบเข้ามหาวิทยาลัย มีค่าสัมพัทธ์ทางลบกับความเครียดและภาวะซึมเศร้า ซึ่งหมายถึงหากบุตรยังมีผลการเรียนสูง พ่อแม่มีรายได้สูงและมีความเข้าใจในระบบการสอบเข้ามหาวิทยาลัยมาก ระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของพ่อแม่อาจมีแนวโน้มต่ำ เนื่องจากผลการเรียนเป็นเกณฑ์หนึ่งในการสอบเข้ามหาวิทยาลัย ดังนั้น พ่อแม่ของนักเรียนที่มีผลการเรียนต่ำจึงอาจเกิดความเครียดขึ้นได้ง่าย และการสอบเข้ามหาวิทยาลัยยังต้องมีค่าใช้จ่ายในการสมัครสอบและการเตรียมตัวอื่น ๆ ทำให้พ่อแม่ต้องมีค่าใช้จ่ายส่วนนี้เพิ่มขึ้นจากรายจ่ายปกติ และด้วยรายจ่ายที่เพิ่มขึ้นนี้อาจนำมาซึ่งความเครียดในพ่อแม่ที่มีรายได้น้อย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Cohen, Doyle, and Baum (2006) ที่พบว่าบุคคลที่มีเศรษฐกิจฐานะต่ำมักจะมีระดับฮอร์โมนความเครียดที่สูง นอกจากนี้ พ่อแม่ยังต้องทำความเข้าใจระบบการสอบเข้ามหาวิทยาลัยที่เปลี่ยนไปจากเดิม มีเกณฑ์ต่าง ๆ และวิธีการคำนวณคะแนนที่เพิ่มขึ้น พ่อแม่มักเป็นผู้ช่วยเหลือและมีส่วนร่วมในการเตรียมสอบเข้ามหาวิทยาลัย จากประเด็นนี้พ่อแม่มีโอกาสร่วมเผชิญกับความไม่มั่นใจและวิตกกังวลอย่างต่อเนื่องต่อผลการสอบจนเกิดความเครียดสะสมได้ ซึ่งความเครียดในระยะยาวสามารถนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ โดยเฉพาะในบุคคลที่มีเศรษฐกิจฐานะต่ำ Mazure (1998) ในงานวิจัยนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตรที่ผลการเรียนดีและมีรายได้สูงจึงอาจมีผลให้ระดับคะแนนความเครียดและซึมเศร้าไม่ได้สูงมาก แต่ทำให้ทราบว่าผลการเรียนของบุตร รายได้ของครอบครัว และความเข้าใจในระบบการสอบเข้ามหาวิทยาลัยของพ่อแม่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ความเครียดและภาวะซึมเศร้าในพ่อแม่ได้ในทางสถิติ

ผู้วิจัยพบว่าความเครียดและภาวะซึมเศร้ามีค่าสหสัมพันธ์ในระดับสูงและถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .710, p = .05$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Richter-Levin and Xu (2018) ที่กล่าวว่าความเครียดเรื้อรังจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทจนเหนียวนำไปให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ และสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาก่อนหน้าที่กล่าวว่าเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตอาจนำมาซึ่งภาวะซึมเศร้าได้ โดยเฉพาะหากเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเป็นเวลานาน (O'Neil, Lancee, & Freeman, 1986; Jeon, Amidfar, & Kim, 2017; Mazure, 1998) ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันของประเทศไทย การเตรียมตัวเพื่อสอบเข้ามหาวิทยาลัยของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมักเริ่มต้นตั้งแต่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เนื่องจากมีการเก็บสะสมคะแนนการเรียนตลอดชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย และมีการเก็บรวบรวมผลงานต่าง ๆ เพื่อใช้ประกอบในการเข้าศึกษาต่อ จึงทำให้นักเรียนมีความตระหนักและเตรียมตัวสำหรับการสอบเข้าอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยเป็นเวลา 2 ถึง 3 ปี

ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยนี้เป็นประโยชน์ในเรื่องของการเป็นแหล่งข้อมูลด้านสุขภาวะจิตของพ่อแม่ในช่วงเวลาที่บุตรกำลังเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัย เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงปัญหาความเครียดและภาวะซึมเศร้าของพ่อแม่ที่อาจเกิดขึ้นได้และนำไปสู่แผนการดูแลสุขภาพจิตสำหรับพ่อแม่ พัฒนาการส่งเสริมสุขภาวะจิตที่ดี เพื่อพ่อแม่จะได้เป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีให้แก่บุตรที่กำลังเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยต่อไป

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

พ่อแม่ของนักเรียนที่กำลังเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยในปีการศึกษา 2562 ส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับเล็กน้อยและประมาณหนึ่งในสามมีระดับภาวะซึมเศร้าที่ควรได้รับการตรวจวินิจฉัย ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเพศ ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับแผนการเรียนของบุตร ทั้งความเครียดและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับผลการเรียนของบุตร รายได้ของครอบครัวและความเข้าใจในระบบการสอบเข้ามหาวิทยาลัยของพ่อแม่ โดยความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ พบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ยังขาดการเป็นตัวแทนของประชากรพ่อแม่ส่วนใหญ่ เนื่องจากวิธีการสุ่มแบบบังเอิญผ่านช่องทางสื่อออนไลน์อาจทำให้มีพ่อแม่เพียงบางกลุ่มที่มีโอกาสเข้าถึงสื่อออนไลน์และสนใจการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-rating) นอกจากนี้อาจยังมีตัวแปรอื่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะจิตของพ่อแม่นอกจากปัจจัยที่ศึกษาในงานวิจัยนี้ด้วย งานวิจัยในอนาคตเสนอเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายเพื่อเป็นตัวแทนประชากรที่มีความกระจายทางสถิติมากขึ้น หรืออาจทำเป็นวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลจากประสบการณ์จริงของกลุ่มตัวอย่างรวมถึงอาจศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ ความเครียดและภาวะซึมเศร้านอกเหนือจากงานวิจัยนี้ นอกจากนี้อาจจะเก็บข้อมูลในระยะเวลาที่นานขึ้น ครอบคลุมช่วงเวลาของกระบวนการเตรียมตัวสอบ ช่วงเข้าสู่วิทยาลัยและการประกาศผลสอบเพื่อให้เห็นความสัมพันธ์

ของความเครียดและปัญหาอารมณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลาที่แตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากทุนบัณฑิตศึกษา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

- Arayasomboon, P. (2018). *Students weigh in on admissions system trouble*. Retrieved August 20, 2018, from <https://www.bangkokpost.com/lifestyle/social-and-lifestyle/1487418/students-weigh-in-on-admissions-system-trouble>
- Assana, S., Laohasiriwong, W., & Rangseekajee, P. (2017). Quality of life, mental health, and educational stress of high school students in the Northeast of Thailand. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*, 11(8), VC01-VC06.
- Aumkrua, P. (2011). *Experience of mathayom sukpa 4 students with uncertain decision making in educational plan* (Master's thesis). Chulalongkorn University, Bangkok. (in Thai).
- Charan, J., & Biswas, T. (2013). How to calculate sample size for different study designs in medical research?. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 35(2), 121-126.
- Cohen, S., Doyle, W. J., & Baum, A. (2006). Socioeconomic status is associated with stress hormones. *Psychosomatic Medicine*, 68(3), 414-420.
- Equitable Education Fund. (2016). *Survey report of students and parents' opinion in preparation for university admission*. Retrieved January 2, 2019, from <http://www.qlf.or.th/Mobile/Details?contentId=1104> (in Thai).
- Feld, L. D., & Shusterman, A. (2015). Into the pressure cooker: Student stress in college preparatory high schools. *Journal of Adolescence*, 41, 31-42.
- Jeon, S. W., Amidfar, M., & Kim, Y. K. (2017). Bio-psycho-social risk factors for depression. In Kim, Y. K. (Ed.), *Major depressive disorder: Risk factors, characteristics & treatment options* (pp. 71-90). NY: Nova Science Publishers.
- Maneesri, K. (2013). *General psychology* (3rd ed.). Bangkok: Choraka. (in Thai).
- Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37(7), 1401-1415.
- Mazure, C. M. (1998). Life stressors as risk factors in depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(3), 291-313.
- O'Neil, M. K., Lancee, W. J., & Freeman, S. J. (1986). Psychosocial factors and

- depressive symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(1), 15-23.
- Phattharayuttawat, S., & Ngamthipwattana, T. (2002). Validity and reliability of the Thai mental health questionnaire. *Siriraj Hospital Gazette*, 54(9), 540-546.
- Phattharayuttawat, S., Ngamthipwattana, T., & Sukhatungkha, K. (1999). The development of psychometric test "the Thai mental health questionnaire". *Siriraj Hospital Gazette*, 51(12), 946-952.
- Phattharayuttawat, S., Ngamthipwattana, T., & Sukhatungkha, K. (2000). The development of the Thai stress test. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*, 45(3), 237-250.
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression: Critical review. *British Journal of Psychiatry*, 177(6), 486-492.
- Poole, S., & Snarey, J. (2011). Erikson's stages of the life cycle. In S. Goldstein & J. Naglieri (Eds.), *Encyclopedia of child behavior and development* (Vol. 2, pp. 599-603). NY: Springer.
- Richter-Levin, G., & Xu, L. (2018). How could stress lead to major depressive disorder?. *International Brain Research Organization (IBRO) Reports*, 4, 38-43.
- Uratanamane, S., & Lerdsamran, S. (2017). Stress anxiety and depression of high school teenager in preparation for university admission. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 31(2), 72-94. (in Thai).
- Veloso, N. G. (2018). The impact of college admissions policies on the academic effort of high school students. *Economics of Education Review*, 65, 58-92.
- Vultaggio, J., & Friedfeld, S. (2013). Stressors in college choice, application, and decision-making-and how to reduce them. *Journal of College Admission*, 221, 6-12.



Thai Journal of Clinical Psychology

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

Review Article

บาดแผลทางจิตใจ : การคัดกรองและการประเมินผู้ได้รับผลกระทบสำหรับ
นักจิตวิทยาคลินิก

Trauma: Screening and Trauma-informed Assessment for Clinical Psychologists

อารยา ผลัญญา^{1*}, กุลวดี ทองไพบูลย์²

¹ ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

² ภาควิชาจิตวิทยา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Araya Pontanya^{1*} and Kulvadee Thongpibul²

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

² Department of Psychology, Faculty of Liberal Arts, Thammasat University

* Corresponding author: e-mail. araya.p@cmu.ac.th

Received: 30 July 2020 | Revised: 12 December 2020 | Accepted: 21 December 2020

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบาดแผลทางจิตใจและการคัดกรอง การประเมินผู้ได้รับผลกระทบจากการมีบาดแผลทางจิตใจ โดยจะเน้นประเด็นเฉพาะเจาะจงในเรื่องการ คัดกรองและการประเมินผู้ได้รับผลกระทบจากบาดแผลทางจิตใจ ซึ่งบทความนี้มีการนำเสนอโดยการ สังเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับบาดแผลทางใจ แนวทางในการคัดกรองและประเมินผู้ได้รับผลกระทบจาก การมีบาดแผลทางจิตใจ ผู้เขียนได้รวบรวมตัวอย่างแบบคัดกรองและแบบประเมินที่เกี่ยวข้องกับการให้ ความช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการมีบาดแผลทางจิตใจ ตลอดจนอธิบายความสำคัญของการคัด กรองและการประเมินผลกระทบจากการมีบาดแผลทางจิตใจได้อย่างทันทั่วทั้งที่และถูกต้อง ซึ่งจะส่งผล ต่อกระบวนการวินิจฉัยและการวางแผนการบำบัดรักษาผู้รับบริการที่มีประสิทธิภาพทำให้เกิดประโยชน์ ต่อทั้งผู้รับบริการและนักจิตวิทยาคลินิกต่อไป

คำสำคัญ: บาดแผลทางจิตใจ, การคัดกรอง, การประเมิน

Abstract

This article aims to study general knowledge about trauma and screening and assessment of individuals affected by trauma, especially about screening and assessment of trauma. This article presents the synthesis of knowledge about trauma, guidelines for screening and assessment of individuals affected by trauma. The authors collected samples of screening and assessment instruments that related to provision of support for those affected by trauma and described the importance of screening and assessment of the impact of trauma in a timely and accurate manner. This result will be more effective diagnostic process and therapeutic planning for clients and clinical psychologists.

Keywords: Trauma; Screening; Assessment

บทนำ

สถานการณ์ความรุนแรงในประเทศไทย ได้ทวีจำนวนและความรุนแรงมากยิ่งขึ้นในปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นความรุนแรงในครอบครัว สถานศึกษา สถานที่ทำงาน หรือสถานการณ์ในสังคมทั่วไปรวมถึงในเครือข่ายสังคมออนไลน์ และสื่อ (social media) ในรูปแบบต่าง ๆ โดยพบว่า สถิติความรุนแรงในเด็กและสตรีมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยในปี 2558 ได้มีการเก็บสถิติความรุนแรงกว่า 30,000 ราย และพบว่าเพิ่มขึ้นจากปี 2557 ที่มีจำนวนกว่า 28,000 คน โดยแบ่งเป็นเด็กประมาณ 19,000 ราย และสตรีประมาณ 12,000 ราย ในกลุ่มของเด็กพบว่าร้อยละ 90 เป็นหญิง อายุระหว่าง 10-15 ปี โดยรูปแบบการกระทำรุนแรงอันดับหนึ่งเป็นกระทำรุนแรงต่อร่างกาย ทั้งกักขัง บังคับ ทุบตี อันดับสองเป็นคดีทางเพศ ทั้งข่มขืน กระทำชำเราและล่วงละเมิดทางเพศ (Tangkananurak, 2015) การใช้ความรุนแรงไม่เพียงกระทบสุขภาพกายเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ถูกกระทำ ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์หรือรู้เห็นเกี่ยวกับการใช้ความรุนแรง และผู้ให้ความ

รุนแรงเอง ซึ่งผลกระทบทางจิตใจนี้อาจนำไปสู่ความผิดปกติทางจิตได้ จากรายงานวิจัยโครงการความชุกของการบาดเจ็บทางสมองภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้าในกำลังพลกองทัพอากาศที่ปฏิบัติการกิจในพื้นที่ชายแดนใต้ในปี 2556 พบว่า ประชากรทั่วไปมีโอกาสเผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญรุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต โดยประมาณร้อยละ 25 มีโอกาสเกิด Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) หรือโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญซึ่งเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่พบได้บ่อยในกลุ่มประชากรทั่วไปจำแนกตามเพศคือ อุบัติเหตุร้ายแรงถึงชีวิต การถูกทำร้ายร่างกาย การถูกทำร้ายด้วยอาวุธ การถูกข่มขืนและล่วงละเมิดทางเพศ การเป็นพยานรู้เห็นถึงการบาดเจ็บและความรุนแรง และภัยพิบัติทางธรรมชาติ (Waiprom, 2014) ทั้งนี้การช่วยเหลือบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วนเพื่อเยียวยาจิตใจและลดความรุนแรงของโรค ซึ่งปัจจุบันในทางปฏิบัติ นั้น นักจิตวิทยาคลินิกได้ให้ความสำคัญกับการประเมินและคัดกรองผู้ที่ได้รับผลกระทบจาก

บาดแผลทางจิตใจ (trauma) หรือเหตุการณ์สะเทือนขวัญเพิ่มมากขึ้นโดยการประเมินและคัดกรองถือเป็นกระบวนการเริ่มต้นของการให้ความช่วยเหลือบุคคลกลุ่มนี้ แต่ในแง่ขององค์ความรู้เชิงวิชาการยังขาดการรวบรวมข้อมูลในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการประเมินและคัดกรองผู้รับบริการทางสุขภาพจิตที่อาจมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดบาดแผลทางจิตใจซึ่งเคยเกิดขึ้นในอดีตและส่งผลกระทบต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบันโดยที่ผู้รับบริการอาจคาดไม่ถึงว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นผลจากเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นในอดีตก็เป็นได้

ด้วยเหตุผลข้างต้น บทความวิชาการนี้ผู้เขียนจึงได้รวบรวมประเด็นเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปในเรื่องบาดแผลทางจิตใจและเน้นประเด็นสำคัญในเรื่อง Trauma-informed assessment หรือการประเมินโดยคำนึงถึงประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับบาดแผลทางจิตใจของผู้รับบริการซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งที่ทำให้ความสำคัญกับผลกระทบของเหตุการณ์สะเทือนขวัญในการประเมินและการให้การดูแลทางจิตใจกับผู้รับบริการ ทั้งนี้ข้อมูลความรู้ในประเด็นดังกล่าวเป็นสิ่งที่นักจิตวิทยาคลินิกสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางเบื้องต้นในการประกอบการคัดกรองและการประเมินสุขภาพจิตของผู้รับบริการได้อย่างครอบคลุมยิ่งขึ้นเพื่อนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการประกอบการวางแผนการบำบัดรักษาต่อไป

ความหมายของบาดแผลทางจิตใจ (Trauma)

The Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) เป็นหน่วยงานในประเทศสหรัฐอเมริกาที่จัดตั้งขึ้นเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และลด

ผลกระทบของความเจ็บป่วยทางจิตใจในสังคมอเมริกาได้นิยามคำว่าบาดแผลทางจิตใจ (trauma) ว่าเป็นประสบการณ์ของบุคคลที่เกิดขึ้นจากการมีเหตุการณ์หนึ่งเหตุการณ์ หรือชุดเหตุการณ์ซึ่งบุคคลนั้นรับรู้ว่าเป็นเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย อารมณ์ จิตใจหรือชีวิต รวมทั้งส่งผลกระทบในทางลบต่อการดำเนินชีวิตและการใช้ชีวิตในระยะยาว ไม่ว่าจะเป็นทางจิตใจ ร่างกาย สังคม อารมณ์ หรือจิตวิญญาน (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2018a)

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Edition) (American Psychiatric Association [APA], 2013) ซึ่งระบุเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่ใช้แพร่หลายทั่วโลกได้อธิบายลักษณะของการเกิดบาดแผลทางจิตใจในหลากหลายกรณี ดังนี้ 1) เหตุการณ์สะเทือนขวัญ (traumatic events) เป็นประสบการณ์โดยตรงที่เกิดขึ้นกับตนเอง หรือ 2) ได้รู้เห็นเหตุการณ์สะเทือนขวัญด้วยตนเอง แม้ตนเองไม่ได้เป็นผู้ประสบกับเหตุการณ์นั้นโดยตรง หรือ 3) ได้เรียนรู้ว่าเหตุการณ์สะเทือนขวัญได้เกิดกับผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับตน เช่น สมาชิกครอบครัว หรือเพื่อนสนิท ไม่ว่าเหตุการณ์ที่มีภัยคุกคามถึงชีวิตนั้นจะเกิดจากความรุนแรงหรืออุบัติเหตุก็ตาม หรือ 4) ได้รับรู้รายละเอียดของเหตุการณ์สะเทือนขวัญซ้ำ ๆ ทั้งนี้ไม่รวมถึงการรับรู้เหตุการณ์ผ่านสื่อ ภาพภาพยนตร์ หรือโทรทัศน์เว้นเสียแต่บุคคลนั้นทำงานเกี่ยวข้องกับสื่อดังกล่าว

สถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่นำไปสู่การเกิดบาดแผลทางจิตใจอาจเป็นการทารุณกรรมทางร่างกาย การถูกทอดทิ้งปล่อยปละละเลย การล่วงละเมิดทางเพศ การทารุณกรรมทางจิตใจ รวมถึงการสูญเสียบุคคลที่รักอย่างกะทันหัน

และภัยพิบัติต่าง ๆ ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้อาจเกิดกับบุคคลเพียงครั้งเดียวหรือเกิดขึ้นซ้ำ ๆ หลายครั้งก็เป็นได้ โดยผู้กระทำเป็นได้ทั้งบุคคลที่ถูกกระทำหรือผู้กระทำก็ได้ ซึ่งพบว่าประสบการณ์การเกิดบาดแผลทางจิตใจที่รุนแรงมักเกิดจากการถูกกระทำจากบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ถูกกระทำ โดยเป็นการกระทำความรุนแรงที่เกิดขึ้นโดยเจตนา มีการกระทำซ้ำ ๆ และมีระยะเวลาต่อเนื่องยาวนาน และหากเหตุการณ์เกิดขึ้นตั้งแต่ผู้ถูกกระทำอายุน้อยจะยิ่งส่งผลกระทบรุนแรงต่อผู้ถูกกระทำมากขึ้น ทั้งนี้การเกิดบาดแผลทางจิตใจมักจะนำไปสู่การมีปัญหสุขภาพจิตที่รุนแรงและเรื้อรัง จากสถิติของบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตพบว่าร้อยละ 90 ของบุคคลเหล่านี้เคยมีบาดแผลทางจิตใจและส่วนมากมีประสบการณ์ที่นำไปสู่การเกิดบาดแผลทางจิตใจมากกว่าหนึ่งครั้ง (Mueser, et al., 2004; Mueser et al., 1998)

จากความหมายของบาดแผลทางจิตใจ ผู้เขียนสามารถสรุปได้ว่า บาดแผลทางจิตใจคือผลกระทบที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่อาจเกิดขึ้นเพียงครั้งเดียวหรืออาจเกิดขึ้นซ้ำ ๆ ในรูปแบบต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการทารุณกรรม อุบัติเหตุ หรือภัยพิบัติที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน โดยบุคคลรับรู้เหตุการณ์นั้นว่าเป็นอันตรายต่อตนเองทั้งด้านร่างกาย สังคมและจิตใจซึ่งเหตุการณ์ดังกล่าวอาจเกิดขึ้นโดยตรงกับบุคคลเองหรืออาจเป็นเหตุการณ์ที่ประสบในทางอ้อมโดยเกิดขึ้นกับบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับตนเองก็เป็นได้ ทั้งนี้ผู้เขียนจะได้กล่าวถึงผลกระทบจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญและบาดแผลทางจิตใจในประเด็นต่อไป

ผลกระทบจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญจะส่งผลกระทบต่อทั้งความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและร่างกาย โดยอาจจะมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์สะเทือนขวัญดังนี้ (American Psychiatric Association, 2013)

ด้านความคิด : บุคคลมักจะมีความคิดทางลบเกี่ยวกับตนเอง ผันร้าย มีปัญหาในการคงสมาธิในการทำสิ่งต่าง ๆ

ด้านอารมณ์ : เกิดความรู้สึกกลัว โกรธ หงุดหงิดขี้รำคาญ ในบางรายอาจเกิดความรู้สึกผิด ละอายใจ โศกเศร้าเสียใจอย่างรุนแรงได้

ด้านพฤติกรรม : มีพฤติกรรมแยกตัวจากผู้อื่น ถอนตัวออกจากสังคม หลีกเลียง ใช้สุราหรือสารเสพติด ระวังระวังมาก

ด้านร่างกาย : นอนไม่หลับ พฤติกรรมความอยากอาหารเปลี่ยนไป อ่อนเพลีย หัวใจเต้นเร็ว กล้ามเนื้อตึงเครียด ปวดศีรษะ เจ็บปวดตามร่างกาย

อาการต่าง ๆ อาจเกิดจากการได้รับสิ่งกระตุ้น (triggers) ที่ทำให้บุคคลนึกถึงเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ซึ่งสิ่งกระตุ้นอาจเป็นภาพ เสียง กลิ่น หรือสัมผัส ซึ่งทำให้บุคคลนั้นนึกถึงเหตุการณ์ในทันที โดยอาจมีลักษณะของภาพย้อนเหตุการณ์ (flashbacks) คือการมีภาพของเหตุการณ์กลับเข้ามาในความทรงจำทั้งภาพ เสียง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในเหตุการณ์นั้น

เหตุการณ์สะเทือนขวัญอาจก่อให้เกิดความผิดปกติด้านจิตใจ ได้แก่ โรค Acute Stress Disorder (ASD) และโรค Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) โดยมีอาการคือ มีความทรงจำที่ไม่ดีเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นผุดขึ้นมาซ้ำ ๆ หรือมีฝันร้ายเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นซ้ำ ๆ โดยไม่อาจยับยั้งได้ (intrusion) มีการเปลี่ยนแปลงทางความคิดและอารมณ์ (altered cognition and

mood) เช่น รู้สึกแปลกแยกจากผู้อื่น ไม่สามารถมีความสุขหรือความรู้สึกพึงพอใจ มีความคิดทางลบ โทษตัวเอง มีการหลีกเลี่ยงความทรงจำหรือความรู้สึก หรือสิ่งที่จะทำให้นึกถึงเหตุการณ์นั้น ๆ (avoidance) การตื่นตัวหรือการตอบสนองเปลี่ยนแปลงไป (altered arousal) เช่น ระวังระไวเกินไป ตื่นตระหนกง่าย การนอนแปรปรวน ระเบิดอารมณ์ และอาจมีอาการเหม็นเฉย แยกแยะไร้อารมณ์ รวมถึงมีการรับรู้สิ่งแวดล้อมรอบตัวหรือตนเองผิดไปจากความเป็นจริง (dissociative symptom) หรือไม่สามารถจำรายละเอียดเกี่ยวกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญได้ โดยอาการเหล่านี้ผู้ป่วยจะแสดงอาการ 3 วันขึ้นไปแต่หายไปภายใน 1 เดือนแรกหลังเผชิญเหตุการณ์ในกรณี ASD และนานกว่าหนึ่งเดือนในกรณี PTSD นอกจากนี้ ยังพบความผิดปกติทางจิตใจอื่น ๆ ได้แก่ ความผิดปกติทางอารมณ์ ความวิตกกังวล ผิดปกติ ย้ำคิดย้ำทำ การรับประทานผิดปกติ การใช้สารเสพติด และบุคลิกภาพผิดปกติ (American Psychiatric Association, 2013)

อย่างไรก็ตาม ในการประเมินและคัดกรองผู้ที่เคยเผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญพบว่า ยังมีอุปสรรคอยู่หลายประการไม่ว่าจะเป็นการขาดขั้นตอนการคัดกรองและประเมิน ซึ่งการขาดขั้นตอนดังกล่าวทำให้ผู้ให้บริการในกลุ่มนี้ถูกละเลยในการรักษาอาการที่เกี่ยวข้องกับการเกิดบาดแผลทางจิตใจและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันอย่างถูกต้องทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา เช่น ปัญหาการใช้สารเสพติด การมีปัญหาลุกลามทางจิตที่รุนแรง การแยกตัวจากสังคมและการสูญเสียการสนับสนุนทางสังคม ทั้งยังทำให้ผู้รับบริการมีความเปราะบางต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตที่รุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับการให้การรักษาที่ไม่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการรักษาเป็น

อย่างมาก (Tucker et al., 2002; Stewart, 1996; Drake, Mueser, Clark, & Wallach, 1996) อุปสรรคถัดมาคือ การที่ผู้รับบริการไม่รายงานว่าตนเองเคยเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่สามารถทำให้เกิดบาดแผลทางจิตใจได้ ทั้งนี้อาจเกิดขึ้นเพราะผู้รับบริการรู้สึกไม่ปลอดภัยที่จะเล่าเรื่องกลัวว่าหากเล่าเรื่องแล้วจะถูกตัดสินจากผู้ประเมินหรือมีความอายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากการที่ผู้รับบริการประเมินว่าสถานการณ์นั้นไม่มีผลกระทบต่อตนเองทั้งที่ความจริงแล้วอาจเป็นสถานการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลทางจิตใจได้ และในผู้รับบริการเพศชายมักจะเลือกที่จะไม่พูดถึงเหตุการณ์มากกว่า สำหรับเด็กเล็กการไม่เล่าเหตุการณ์มักเกิดจากการที่ไม่สามารถสื่อสารโดยคำพูดได้เนื่องจากข้อจำกัดในการสื่อสาร (Cusack, Frueh, & Brady, 2004; Harris & Fallot, 2001)

ในส่วนของอุปสรรคในการประเมินโดยทั่วไปในอดีตที่ผ่านมาพบว่า อาจเกิดขึ้นได้จากการประเมินผลกระทบของเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่ต่ำกว่าความเป็นจริง การมีความเชื่อว่าควรรักษาอาการที่แสดงออกชัดเจนก่อน การขาดประสบการณ์ในการซักประวัติเกี่ยวกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญของผู้รับบริการ หรือความไม่มั่นใจในการถามคำถามผู้รับบริการ ความกลัวว่าการถามคำถามเกี่ยวกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญจะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกไม่ดี หรืออาจเกิดจากการที่ผู้ประเมินเองมีบาดแผลทางจิตใจที่ยังไม่ได้รับการเยียวยาทำให้ไม่กล้าถามผู้รับบริการ การไม่มีการกำหนดข้อมูลส่วนนี้ไว้ในการสัมภาษณ์เบื้องต้น (intake) และการไม่มีการบริการหรือการเยียวยาเกี่ยวกับบาดแผลทางจิตใจที่เพียงพอและมีประสิทธิภาพ (Goodman et al., 1999; Gallop, McKeever, Toner, Lancee, & Lueck, 1995)

ทั้งนี้หากมีการซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องหรือประสบการณ์ที่อาจนำไปสู่การมีบาดแผลทางจิตใจจะมีประโยชน์ต่อผู้รับบริการอย่างยิ่งในการวินิจฉัย การวางแผนการรักษา และมีผลทางบวกต่อการดูแลให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการ รวมถึงทำให้ผู้รับบริการมีการรับรู้ความทุกข์ของตนเองลดลง ช่วยลดความรู้สึกกลัว ความรู้สึกผิด ความรู้สึกอายที่มีต่อความผิดปกติทางจิตใจที่เกิดขึ้นของตนเอง โดยการได้มาซึ่งข้อมูลดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยความรู้และทักษะเฉพาะด้านในการคัดกรองและประเมินเนื่องจากข้อมูลเป็นประเด็นที่อ่อนไหว และการซักถามอาจส่งผลต่อผู้รับบริการได้

Trauma-informed Screening

Trauma-informed screening เป็นการคัดกรองเบื้องต้นเกี่ยวกับประสบการณ์สะเทือนขวัญของผู้รับบริการโดยการสอบถามเพื่อให้ทราบว่าบุคคลคนนั้นเคยมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดบาดแผลทางจิตใจหรือไม่ โดยเป็นการถามเพื่อคัดกรองผลกระทบของบาดแผลทางจิตใจว่ามีมากน้อยเพียงใด ทั้งนี้ ผู้คัดกรองต้องระมัดระวังเป็นอย่างยิ่งต่อการถามคำถามโดยหลีกเลี่ยงคำถามที่อาจทำให้เกิดความรู้สึกเลวร้ายต่อเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นอีกครั้ง (re-traumatization)

ทั้งนี้ trauma-informed screening ควรใช้ในการคัดกรองกับผู้รับบริการทุกราย เพื่อเป็นการป้องกันการวินิจฉัยที่ผิดพลาดและการวางแผนการรักษาที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังช่วยให้เห็นว่าผู้รับบริการรายใดที่อาจมีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตที่รุนแรงขึ้นที่เกิดจากการมีประสบการณ์สะเทือนขวัญ และยังช่วยในเรื่องของการป้องกันการจำหน่ายผู้รับบริการที่เร็วเกินไป การกลับมาป่วยซ้ำและการมีผลลัพธ์

ทางลบอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้รับบริการ (Harris & Fallot, 2001) การคัดกรองควรครอบคลุม อาการที่เกี่ยวข้องกับบาดแผลทางจิตใจ ประเภทและความรุนแรงของเหตุการณ์ สะเทือนขวัญที่ทำให้เกิดบาดแผลทางจิตใจ ประวัติทางจิตเวช การใช้สารเสพติด แหล่งสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับปัญหาความเสี่ยงในการทำร้ายตัวเอง การฆ่าตัวตาย และการใช้ความรุนแรง

แนวทางปฏิบัติในการคัดกรอง มีดังนี้

1. ในการคัดกรองเบื้องต้นผู้คัดกรองควรคำนึงถึงอาการต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้จากการมีประสบการณ์ที่เลวร้าย และควรถามเกี่ยวกับประสบการณ์ที่อาจเกี่ยวข้องกับการเกิดบาดแผลทางจิตใจของผู้รับบริการ

2. ควรพิจารณาว่าผู้รับบริการจำเป็นต้องได้รับการประเมินเชิงลึกในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการมีบาดแผลทางจิตใจของผู้รับบริการหรือไม่ โดยอาจอ้างอิงจากคะแนนของแบบคัดกรองที่ผู้ประเมินเลือกใช้

3. คำนึงถึงระยะเวลาในการคัดกรอง โดยควรทำการคัดกรองโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และมีการอธิบายขั้นตอนในการคัดกรองให้กับผู้รับบริการทราบเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกปลอดภัยและควบคุมสถานการณ์ได้ ทั้งนี้ผู้คัดกรองควรตระหนักว่าในการคัดกรองผู้รับบริการอาจจะให้ข้อมูลหรือยังไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูลก็ได้

4. ในส่วนของสภาพแวดล้อม ผู้คัดกรองต้องคำนึงถึงความรู้สึกปลอดภัยของผู้รับบริการเป็นอันดับแรก และควรคำนึงถึงความแตกต่างด้านวัฒนธรรม รวมทั้งมีการให้ความหวังกับผู้รับบริการเกี่ยวกับการบำบัดรักษาบนพื้นฐานของความเป็นจริง ใช้น้ำเสียงที่สุภาพ หลีกเลี่ยงการใช้คำพูดที่เป็นการตัดสิน และเคารพพื้นที่

ส่วนตัวของผู้รับบริการโดยรักษาระยะห่างที่เหมาะสมในการคัดกรอง นอกจากนี้ต้องระมัดระวังท่าทีของตนเองเมื่อได้ฟังเรื่องราวของผู้รับบริการ และในกรณีที่ผู้รับบริการไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาเดียวกันกับผู้คัดกรอง ก็ควรเลือกใช้ล่ามอย่างเหมาะสมโดยล่ามไม่ควรมีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับบริการ เช่น เพื่อนหรือสมาชิกครอบครัวทั้งนี้เมื่อดำเนินการคัดกรองแล้วควรให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการคัดกรองแก่ผู้รับบริการ และควรคำนึงถึงการนำข้อมูลไปใช้ในทางกฎหมายด้วย

5. การคำนึงถึงความปลอดภัย โดยการเน้นให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ เช่น ให้ทางเลือกกับผู้รับบริการว่าจะให้เพศไหนเป็นผู้สัมภาษณ์ หรือการให้ผู้รับบริการกรอกแบบคัดกรองด้วยตนเอง ในกรณีที่ผู้รับบริการสามารถอ่านออกเขียนได้ (self-report questionnaires) ทั้งนี้ควรใช้เวลาแก่ผู้รับบริการในการให้ข้อมูลต่าง ๆ และในกรณีที่ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกท้อแท้ อาจใช้เทคนิค grounding ที่ช่วยให้ผู้รับบริการอยู่กับปัจจุบัน เช่น การฝึกหายใจ หรือการรับรู้สิ่งรอบตัวผ่านสัมผัสทั้งห้า ในการเตรียมและลดความรู้สึกที่ท้อแท้ของผู้รับบริการ

6. การใช้คำถาม ควรใช้คำถามเริ่มต้นเป็นคำถามโดยทั่วไปก่อน โดยควรใช้ภาษาที่ชัดเจน และตรงไปตรงมาเพื่อไม่ให้เกิดความสับสนกับผู้รับบริการ อย่างไรก็ตามผู้คัดกรองไม่ควรส่งเสริมให้ผู้รับบริการเล่าเรื่องที่ไม่น่าพูดถึงบาดแผลทางจิตใจ ทั้งนี้หากผู้รับบริการมีการรายงานถึงเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ผู้คัดกรองควรตั้งคำถามว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเกิดขึ้นเมื่อใด (ในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่) และถามเกี่ยวกับสิ่งที่อาจก่อให้เกิดอันตรายกับผู้รับบริการในปัจจุบัน เช่น ในปัจจุบันนี้ผู้รับบริการเกิด

ความรู้สึกกลัวว่าจะมีใครมาทำร้ายผู้รับบริการหรือไม่ นอกจากนี้ควรตั้งคำถามที่ชัดเจนเกี่ยวกับลักษณะของการถูกทารุณกรรม เช่น หากเป็นการทารุณกรรมทางร่างกาย ผู้รับบริการถูกกระทำในลักษณะใด การชก การต่อย หรือถูกกระทำด้วยอาวุธ เป็นต้น (Harris & Fallot, 2001)

ตัวอย่างแบบคัดกรองบาดแผลทางจิตใจในผู้ใหญ่มีดังนี้ Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5), SPAN Self-Report Screen, The Short Post-Traumatic Stress Disorder Rating Interview (SPRINT) และ Trauma Screening Questionnaire (TSQ) สำหรับในบริบทของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2561) ได้มีการพัฒนาแบบคัดกรองโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ 2P ขึ้น และพิทักษ์พลบุญมาลิก (2557) ได้พัฒนาแบบประเมินผลกระทบทางจิตใจหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ-10 ขึ้นเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานสำหรับทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต โดยแบบคัดกรองบาดแผลทางจิตใจเหล่านี้คัดกรองจากกลุ่มอาการที่แสดงออกของผู้รับบริการเป็นหลักเพื่อประเมินเบื้องต้นเท่านั้น

Trauma-informed Assessment

Trauma-informed assessment คือ การประเมินอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับลักษณะและความรุนแรงของเหตุการณ์สะเทือนขวัญทั้งในอดีตและปัจจุบัน ผลกระทบจากการมีบาดแผลทางจิตใจและอาการต่าง ๆ เกี่ยวกับบาดแผลทางจิตใจ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการบำบัดรักษา โดยให้ผู้รับบริการมี re-traumatization น้อยที่สุด การประเมินบาดแผลทางจิตใจเป็นกระบวนการหนึ่ง โดยผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการประเมินเพื่อนำไปสู่การเยียวยารักษา ซึ่ง

เกิดจากการมีความรู้สึกปลอดภัยและไว้วางใจที่ผู้รับบริการมีต่อผู้ประเมินซึ่งผู้ประเมินต้องพัฒนาสัมพันธภาพกับผู้รับบริการไปเรื่อย ๆ (Fallot & Harris, 2001; Cook et al., 2005)

สิ่งที่ผู้ประเมินพึงตระหนักคือความกลัวในการเปิดเผยตนเองของผู้รับบริการ ความยากลำบากในการรักษาขอบเขตของผู้รับบริการที่ส่งผลให้ผู้รับบริการไม่สามารถปกป้องตนเองได้ และความรุนแรงของบาดแผลทางจิตใจซึ่งอาจทำให้ผู้รับบริการไม่สามารถควบคุมการตอบสนองของตนต่อการซักถามของผู้ประเมินได้ เช่นเดียวกับการคัดกรองบาดแผลทางจิตใจในกรณีที่ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกที่รุนแรงระหว่างการประเมิน ผู้ประเมินควรใช้เทคนิค grounding ต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการผ่อนคลายลง (Harris & Fallot, 2001)

การสำรวจบาดแผลทางจิตใจต้องอาศัยระยะเวลาในการได้ข้อมูลจากผู้รับบริการ และในผู้ที่มีประสบการณ์สะท้อนขวัญจะรู้สึกไม่มีอำนาจและไม่มีทางเลือก ดังนั้นการได้ควบคุมจังหวะและเนื้อหาข้อมูลเกี่ยวกับบาดแผลทางจิตใจจึงเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับผู้รับบริการ ทั้งนี้ในกระบวนการประเมิน ผู้ประเมินควรตามทิศทางที่ผู้รับบริการนำ เพื่อให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ โดยผู้ประเมินต้องอธิบายให้ชัดเจนถึงกระบวนการและขั้นตอนการประเมิน เหตุผลที่ต้องถามคำถามเหล่านี้ และสิทธิของผู้รับบริการในการที่จะไม่ตอบคำถามใดก็ได้ (Harris & Fallot, 2001)

Trauma-informed Diagnostic Assessment

ผู้ที่มีประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดบาดแผลทางจิตใจอาจมีโรคร่วมหรืออาการร่วม เช่น

ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล การใช้สารเสพติด ทั้งนี้การวินิจฉัยที่ผิดพลาดหรือการไม่นำประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดบาดแผลทางจิตใจนั้นมาพิจารณาประกอบในการวินิจฉัยโรคจะส่งผลกระทบต่อการวางแผนการบำบัดรักษาและในผู้ที่มีประวัติทางจิตเวชมาอย่างยาวนานอาจเชื่อในการวินิจฉัยโรคเดิมที่ตนเคยได้รับจึงไม่ให้เกิดประวัติอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับบาดแผลทางจิตใจ ดังนั้นการวินิจฉัยแยกโรค (differential diagnosis) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

ในการลดโอกาสของการเกิดการวินิจฉัยที่ผิดพลาด ผู้ประเมินควรตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับการวินิจฉัยเดิมในกรณีที่ผู้รับบริการมีอาการทางจิตเวชโดยรอบครวินิจฉัยประวัติจิตเวชมาก่อน ช่วงอายุที่เริ่มแสดงอาการไม่เกินไปตามเกณฑ์ทั่วไป อาการทางจิตมีลักษณะผิดปกติ มีอาการซ้ำ ๆ คล้ายกับ PTSD หรืออาการที่ไม่เข้าหลักเกณฑ์โรคทางจิตเวชอื่น ๆ และการตอบสนองต่อการบำบัดรักษาไม่ว่าจะโดยการใช้ยาหรืออื่น ๆ ไม่เป็นที่พอใจโดยไม่สามารถอธิบายได้ (Tucker et al., 2002)

ในกระบวนการประเมิน ผู้ประเมินควรตระหนักถึงความหลากหลายของผลกระทบจากบาดแผลทางจิตใจ ทั้งในลักษณะความรุนแรง และระยะเวลา และควรสร้างความเข้าใจร่วมกันกับผู้รับบริการถึงบทบาทของบาดแผลทางจิตใจที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต รวมทั้งมุมมองต่อโลกและต่อตนเองของผู้รับบริการ โดยการวินิจฉัยโรคเป็นเป้าหมายรองลงมา ทั้งนี้แทนที่จะมองว่าอาการหรือโรคเป็นความบกพร่อง ผู้ประเมินอาจช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเห็นข้อเด่น (ความสามารถในการปรับตัว) และข้อด้อยที่เกิดจากการตอบสนองต่อเหตุการณ์สะท้อนขวัญ และสำรวจบทบาทของบาดแผลทางจิตใจใน

บริบทของการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการ โดยบาดแผลทางจิตใจอาจทำให้เกิดอาการและพฤติกรรมเสี่ยงหรือทำร้ายตนเองแต่ก็ส่งผลให้ผู้รับบริการมีพฤติกรรมปกป้องตนเองเพื่อการอยู่รอดเช่นเดียวกัน กระบวนการประเมินบาดแผลทางจิตใจจึงเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้รับบริการและผู้ประเมินในการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างบาดแผลทางจิตใจ การพยายามจัดการกับบาดแผลทางจิตใจและข้อเด่นข้อด้อยของผู้รับบริการ (Harris & Fallot, 2001)

การประเมินบาดแผลทางจิตใจควรครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

1. ลักษณะของประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดบาดแผลทางจิตใจ ผู้ประเมินควรพิจารณาว่าลักษณะหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลทางจิตใจเป็นภัยคุกคามต่อชีวิตหรือร่างกายของผู้รับบริการหรือไม่ และผู้รับบริการรู้สึกหวาดกลัวและหมดหนทางช่วยเหลือตนเอง (helplessness) หรือไม่ ทั้งนี้ผู้ประเมินควรคำนึงว่าบางครั้งผู้รับบริการไม่คิดว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนนั้นทำให้เกิดบาดแผลทางจิตใจ เช่น ในเพศชายอาจมองว่าการถูกทำร้ายร่างกายเป็นการฝึกฝนให้แกร่งและอดทน เป็นต้น

2. ความรุนแรงของประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดบาดแผลทางจิตใจ ผู้ประเมินควรพิจารณาผลกระทบทางลบจากบาดแผลทางจิตใจ และหากบาดแผลทางจิตใจเกิดขึ้นในวัยเด็ก มีระยะเวลาต่อเนื่องยาวนาน และเกิดขึ้นซ้ำ ๆ บ่อย ๆ ผลกระทบจะยิ่งรุนแรงมากขึ้นเท่านั้น ผู้ประเมินควรให้ความสนใจกับระดับความรุนแรง การคุกคามต่อชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ถูกกระทำและผู้กระทำซึ่งอาจเป็นสมาชิกครอบครัว ผู้ที่ถูกกระทำไว้ใจ หรือคนแปลกหน้า และการ

ตอบสนองของผู้อื่นต่อการเปิดเผยประสบการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลทางจิตใจของผู้รับบริการ

3. ผลกระทบของบาดแผลทางจิตใจต่อการดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ การประเมินควรครอบคลุมทุกด้านตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค PTSD และควรพิจารณาผลกระทบจากบาดแผลทางจิตใจในด้านต่าง ๆ ของการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการซึ่งอาจไม่เกี่ยวข้องโดยตรงชัดเจนกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลทางจิตใจ

4. ตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดการระลึกถึงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลทางจิตใจ ผู้ประเมินควรระบุ สถานการณ์หรือตัวกระตุ้นที่ชัดเจนที่ทำให้เกิดการระลึกถึงเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับบาดแผลทางจิตใจ เช่น การสัมผัส การชมชู้ การทะเลาะเสียงดัง และการอยู่ในที่แคบกับคนที่ไม่รู้จัก ทั้งนี้ ผู้ประเมินควรสังเกตตัวกระตุ้นที่ไม่เห็นอย่างชัดเจนในตอนแรกซึ่งอาจจะชัดเจนขึ้นเมื่อผู้รับบริการสามารถแสดงการตอบสนองต่อความเครียดของตนได้ดีขึ้น

5. วิธีการจัดการกับปัญหา และข้อเด่นหรือจุดแข็งของผู้รับบริการ การประเมินบาดแผลทางจิตใจ (Trauma-informed assessment) มองบุคคลเป็นองค์รวม โดยให้ความสำคัญกับจุดแข็งและทรัพยากร (resources) ของผู้รับบริการ พร้อมทั้งพยายามระบุปัญหา ข้อบกพร่องและข้อด้อยของผู้รับบริการ ผู้ประเมินอาจช่วยผู้รับบริการให้รู้ถึงทักษะและความสามารถที่ตนเองมีและใช้ทักษะความสามารถเหล่านี้ในการจัดการกับความทุกข์ที่เกิดจากบาดแผลทางจิตใจ เช่น ทักษะการรักษาสิทธิของตนเอง (assertiveness skills) ทักษะในการปลอบขวัญตนเอง (self-soothing skills) ตลอดจนช่วยให้ผู้รับบริการระบุทรัพยากรทางบวกที่มีในตนเอง เช่น การสนับสนุนทางสังคม ความภาคภูมิใจในตนเอง การฟื้นคืนได้

การมีความหมายในการดำรงชีวิต และกลยุทธ์ในการจัดการกับอารมณ์ที่ท่วมท้น

ทั้งนี้ ผู้ประเมินควรพิจารณาข้อมูลที่ได้รับจากผู้รับบริการเอง และจากบุคคลรอบตัว ผู้รับบริการเช่น สมาชิกครอบครัว ญาติ และผู้บำบัดรักษา ซึ่งอาจให้ข้อมูลสำคัญที่ผู้รับบริการเองไม่รับรู้ นอกจากนี้ในการประเมินควรใช้เครื่องมือที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงความเที่ยง ความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ และการนำเครื่องมือมาใช้ในกลุ่มประชากรเป้าหมาย หากมีเวลาที่เพียงพอควรใช้เครื่องมือที่เป็นการรายงานตนเอง (self-report) ประกอบกับเครื่องมือที่ใช้การสัมภาษณ์ (interview-based) รวมถึงการสังเกตพฤติกรรมร่วมด้วย

ขั้นตอนในการประเมิน

แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่ผู้ประเมินทำให้ผู้รับบริการรู้สึกปลอดภัยและมั่นคง โดยในระยะนี้จะเป็นการคัดกรองเพื่อให้ทราบว่าผู้รับบริการเคยมีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลทางจิตใจในอดีตและปัจจุบัน รวมถึงการประเมินอาการต่าง ๆ ในเบื้องต้น และผู้ประเมินจะทำหน้าที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากบาดแผลทางจิตใจ โดยอธิบายอย่างเป็นมิตร ไม่ตีตรา และไม่ตัดสิน รวมถึงการเริ่มต้นฝึกทักษะในการจัดการกับอารมณ์ และเสริมความแข็งแกร่งในการสนับสนุนทางสังคมของผู้รับบริการ

ระยะที่ 2 ในระยะนี้จะเป็นการประเมินประสบการณ์บาดแผลทางจิตใจทั้งในอดีตและปัจจุบัน อาการต่าง ๆ และความยากลำบากในการจัดการกับอารมณ์โดยใช้เครื่องมือมาตรฐานที่เหมาะสม ตลอดจนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับพลวัตของบาดแผลทางจิตใจและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในความเชื่อหลัก (core beliefs)

วิธีการในการจัดการกับอารมณ์ ความผูกพันส่วนบุคคล และมุมมองทางจิตวิญญาณที่เริ่มเกิดขึ้นหลังการเกิดบาดแผลทางจิตใจและการคงอยู่ซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่เหมาะสมในการปกป้องตนเอง ในระยะนี้นักจิตวิทยาคลินิกจำเป็นที่จะต้องสร้างสภาพแวดล้อมสำหรับการรักษาเยียวยาที่ปลอดภัยเพื่อให้ผู้รับบริการจะได้เปิดเผย และทำความเข้าใจประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับบาดแผลทางจิตใจและปัญหาในการดำเนินชีวิตของตนเอง เพื่อการฝึกทักษะในการจัดการกับอารมณ์ที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้นและเสริมความแข็งแกร่งในสัมพันธภาพส่วนบุคคล

ระยะที่ 3 ในระยะที่ 3 นี้จะเป็นการตรวจสอบ ติดตามผลกระทบจากบาดแผลทางจิตใจ อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น การจัดการกับความคิดและอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคม จุดแข็งและทรัพยากรของผู้รับบริการโดยทำการตรวจสอบและติดตามเป็นระยะ

การประเมินบาดแผลทางจิตใจควรทำให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยระหว่างการประเมิน ผู้ประเมินต้องช่วยให้ผู้รับบริการรู้สึกปลอดภัย และผลการประเมินควรนำมาประกอบการวางแผนในการบำบัดรักษา (Cook et al., 2005; Fallot & Harris, 2001)

ตัวอย่างเครื่องมือประเมิน

ในส่วนของตัวอย่างเครื่องมือประเมิน ผู้เขียนได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับแบบประเมินและคัดกรองที่เกี่ยวข้องกับบาดแผลทางจิตใจ โดยได้สรุปสาระสำคัญของแบบประเมินเฉพาะแบบประเมินที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลายไว้ดังตารางที่ 1 ส่วนแบบประเมินอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้เขียนได้มีการอ้างอิงไว้เพื่อเป็นประโยชน์สำหรับผู้สนใจในการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป ทั้งนี้ สาระสำคัญของแบบประเมินแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปสาระสำคัญของแบบประเมินและแบบคัดกรองที่เกี่ยวข้องกับบาดแผลทางใจ

แบบคัดกรอง	ผู้พัฒนา	จำนวนข้อ	คำอธิบายลักษณะแบบคัดกรอง
แบบคัดกรองโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ 2P	Department of Mental Health Ministry of Public Health (2018)	2	แบบคัดกรอง 2P มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ โดยข้อคำถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์และระยะเวลาที่เกิดเหตุการณ์ ส่วนที่ 2 มี 2 ข้อคำถาม ข้อ 1P เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการที่เกิดจากเหตุการณ์ที่ประสบโดยหากปัจจุบันไม่มีอาการให้จบการสัมภาษณ์ ส่วนคำถามข้อที่ 2P เป็นคำถามเกี่ยวกับผลกระทบในการดำเนินชีวิตอันเนื่องมาจากอาการที่เกิดขึ้น โดยหากผู้ตอบ ตอบว่า “ใช่” ทั้งข้อ 1 และ ข้อ 2 ถือว่ามีความเสี่ยงควรส่งพบบุคลากรทางการแพทย์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและให้การรักษาที่เหมาะสม
แบบประเมินผลกระทบทางจิตใจหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ-10 (The Psychological Impact Scale for Crisis Events-10 (PISCES-10))	Boonyamalik (2014)	10	แบบประเมินผลกระทบทางจิตใจหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ-10 ใช้ในการแบ่งระดับความทุกข์ทรมานทางจิตใจ (psychological distress) ที่เกิดจากการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญหลังจากประสบเหตุการณ์สะเทือนขวัญ 72 ชั่วโมงถึง 2 สัปดาห์ ลักษณะแบบประเมินเป็นมาตราประเมินค่า 4 ระดับ (0-3) แบบรายงานตนเอง (Self-report) ข้อคำถามแบ่งเป็นการประเมินอาการ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์/ความรู้สึก ด้านความคิด ด้านพฤติกรรมและด้านอาการทางกาย ทั้งนี้หากผู้ตอบได้คะแนนรวม 14-19 คะแนนจะจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจระดับมากและรุนแรงควรได้รับการช่วยเหลือทางจิตใจและติดตามเฝ้าระวังต่อไป
Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5)	Prins, Bovin, Kimerling, Kaloupek, Marx, Pless Kaiser, and Schnurr (2015)	5	แบบคัดกรอง PC-PTSD-5 ใช้ในการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญตามเกณฑ์วินิจฉัย DSM 5 ลักษณะของแบบคัดกรองเป็นแบบรายงานตนเอง (Self-report) โดยการตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ในแต่ละข้อ จุดตัดของคะแนนจากแบบคัดกรองเท่ากับ 4 คะแนนจึงถือว่าผู้ตอบมีความเสี่ยงของโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ
Davidson Trauma Scale (DTS) for DSM-IV	Davidson et al. (1997)	17	แบบประเมินโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ DTS ประเมินความถี่และความรุนแรงของการแสดงอาการของโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV ลักษณะของแบบคัดกรองเป็นมาตราประเมินค่า 5 ระดับ (0-4) โดยผู้ตอบเป็นผู้รายงานตนเอง (Self-report)

แบบคัดกรอง	ผู้พัฒนา	จำนวนข้อ	คำอธิบายลักษณะแบบคัดกรอง
SPAN Self-Report Screen	Davidson (2002)	4	แบบคัดกรอง SPAN คือแบบคัดกรองโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญซึ่งย่อจากแบบประเมิน Davidson Trauma Scale ลักษณะของแบบคัดกรองเป็นมาตรประเมินค่า 5 ระดับ (0-4) โดยผู้ตอบเป็นผู้รายงานตนเอง (Self-report) ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับอาการสำคัญของโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ 4 อาการ คือ การตื่นตกใจ (startle) ความรู้สึกไม่ดีในร่างกายเมื่อมีสิ่งที่ทำให้นึกถึง trauma (physically upset by reminders) อารมณ์โกรธ (anger) และการไร้ความรู้สึก (numbness) ทั้งนี้แบบคัดกรองสามารถใช้ในการคัดแยกผู้ป่วยที่แสดงอาการ PTSD ออกจากผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ PTSD ได้ โดยจุดตัดของคะแนนจากแบบคัดกรองหากมากกว่าเท่ากับ 5 คะแนนจะถือว่าผู้ตอบมีความเสี่ยงของโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ
The Short Post-Traumatic Stress Disorder Rating Interview (SPRINT)	Connor and Davidson (2001)	8	แบบคัดกรอง The Short Post-Traumatic Stress Disorder Rating Interview (SPRINT) เป็นแบบคัดกรองโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ โดยลักษณะของแบบคัดกรองเป็นมาตรประเมินค่า 5 ระดับ (0-4) ผู้ตอบเป็นผู้รายงานตนเอง (Self-report) ประกอบด้วยการประเมินอาการหลักของ PTSD ได้แก่ intrusion, avoidance, numbing และ arousal โดยจุดตัดของคะแนนจากแบบคัดกรองหากเท่ากับ 14 คะแนนจะถือว่าผู้ตอบมีความเสี่ยงของโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ
Trauma Screening Questionnaire (TSQ)	Brewin et al. (2002)	10	แบบคัดกรอง Trauma Screening Questionnaire (TSQ) ใช้ประเมินโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญสำหรับผู้รอดชีวิตจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญทุกประเภท โดยข้อคำถาม แบ่งเป็นการประเมินอาการ re-experiencing จำนวน 5 ข้อ และอาการ arousal จำนวน 5 ข้อ ลักษณะของแบบคัดกรองเป็นแบบรายงานตนเอง (Self-report) โดยการตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ในแต่ละข้อคำถาม ทั้งนี้หากผู้ตอบเลือกตอบ “ใช่” มากกว่าหรือเท่ากับ 6 ข้อ จะถือว่าผู้ตอบมีความเสี่ยงของโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

แบบคัดกรอง	ผู้พัฒนา	จำนวนข้อ	คำอธิบายลักษณะแบบคัดกรอง
Brief Trauma Questionnaire (BTQ)	Schnurr, Vielhauer, Weathers, and Findler (1999)	10	แบบคัดกรอง Brief Trauma Questionnaire (BTQ) พัฒนาขึ้นจากแบบสัมภาษณ์ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (the Brief Trauma Interview) โดยแบบคัดกรอง BTQ ใช้ประเมินอาการของโรค PTSD ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV เฉพาะเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ A ประกอบด้วยสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตและการได้รับความบาดเจ็บที่รุนแรง ลักษณะของแบบคัดกรองเป็นแบบรายงานตนเอง (Self-report) ในแต่ละข้อผู้ตอบจะตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยข้อ 1-3 และข้อ 5-7 จะเป็นคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตและการได้รับความบาดเจ็บที่รุนแรง ข้อ 4 เกี่ยวกับการเผชิญสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตโดยเฉพาะการเจ็บป่วยทางกายที่รุนแรง ข้อ 8 เกี่ยวกับการเผชิญความบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุที่รุนแรง ส่วนข้อ 9 และข้อ 10 เกี่ยวกับการเผชิญสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตและการได้รับความบาดเจ็บที่รุนแรงของบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ตอบ
Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)	Weathers, Blake, Schnurr, Kaloupek, Marx, and Keane (2013)	17	แบบประเมิน Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5) มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการประเมินประสบการณ์การเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค PTSD ทั้งหมด 16 สถานการณ์ซึ่งเป็นการประเมินประสบการณ์ของผู้ตอบตลอดทั้งชีวิต โดยผู้ตอบเป็นผู้รายงานตนเอง (Self-report) ในข้อคำถามแต่ละข้อผู้ตอบต้องระบุว่าสถานการณ์นั้นตนเองเป็นผู้ประสบโดยตรง เป็นผู้เห็นเหตุการณ์นั้น เป็นเหตุการณ์ที่ไม่ได้รู้จากแหล่งอื่น เป็นส่วนหนึ่งของงาน ไม่แน่ใจว่าเคยประสบ หรือไม่เคยประสบกับสถานการณ์นั้น ทั้งนี้แบบประเมินนี้จะใช้เพื่อดูว่าผู้ตอบเคยหรือไม่เคยเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค PTSD หรือไม่เท่านั้น เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการประเมินอย่างละเอียดต่อไป
PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)	Blevins, Weathers, Davis, Witte and Domino (2015)	20	แบบประเมิน PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) ใช้ในการประเมินคัดกรองอาการของโรค PTSD ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM 5 โดยลักษณะของแบบคัดกรองเป็นมาตราประเมินค่า 5 ระดับ (0-4) ผู้ตอบเป็นผู้รายงานตนเอง (Self-report) จุดตัดของคะแนนจากแบบคัดกรองอยู่ระหว่าง 31-33 คะแนนจึงถือว่าผู้ตอบมีแนวโน้มความเสี่ยงของโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญแต่อย่างไรก็ตามการใช้จุดตัดของคะแนนดังกล่าวควรพิจารณาถึงความแตกต่างในเชิงบริบทของเหตุการณ์สะเทือนขวัญและกลุ่มผู้ตอบด้วย

แบบคัดกรอง	ผู้พัฒนา	จำนวนข้อ	คำอธิบายลักษณะแบบคัดกรอง
Impact of Event Scale-Revised (IES-R)	Weiss and Marmar (1996)	22	แบบประเมิน Impact of Event Scale-Revised (IES-R) ใช้ในการประเมินอาการของโรค PTSD ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV 3 อาการได้แก่ Intrusion Avoidance และ Hyperarousal โดยลักษณะของแบบคัดกรองเป็นมาตราประเมินค่า 5 ระดับ (0-4) และผู้ตอบเป็นผู้รายงานตนเอง (Self-report)
Trauma History Questionnaire (THQ)	Hooper, Stockton, Krupnick, and Green (2011)	24	แบบประเมิน The Trauma History Questionnaire (THQ) เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผู้ตอบเคยเผชิญซึ่งเป็นประสบการณ์ที่มีแนวโน้มก่อให้เกิดบาดแผลทางใจได้ เช่น การตกเป็นเหยื่อของอาชญากรรม การประสบภัยพิบัติ การถูกทารุณกรรมในรูปแบบต่างๆ และการถูกทำร้ายร่างกาย ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบรายงานตนเอง (Self-report) โดยการตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ในแต่ละข้อคำถาม ผู้ตอบต้องประเมินประสบการณ์ของตนเองทั้งในแง่ของความถี่ของเหตุการณ์และช่วงอายุที่เกิดเหตุการณ์ขึ้น
Trauma History Screen (THS)	Carlson et al. (2011)	14	แบบประเมิน Trauma History Screen (THS) เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับประสบการณ์ทั้งหมด 13 เหตุการณ์ที่ระบุชัดเจนและเหตุการณ์อื่นๆที่นอกเหนือจาก 13 เหตุการณ์นี้อีก 1 เหตุการณ์ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ผู้ตอบเคยเผชิญในช่วงชีวิต ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบรายงานตนเอง (Self-report) โดยการตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ในแต่ละข้อคำถามและผู้ตอบจะต้องประเมินความถี่ของเหตุการณ์ในข้อที่ผู้ตอบตอบว่า “ใช่” นอกจากนี้ในแบบประเมินนี้ยังมีการประเมินในมิติของผลกระทบที่ได้รับจากเหตุการณ์นั้น โดยลักษณะการประเมินเป็นแบบมาตราประเมินค่า 4 ระดับ (0-4)

เครื่องมือประเมินประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับบาดแผลทางจิตใจอื่น ๆ ที่น่าสนใจ นอกเหนือจากที่ระบุไว้ตารางที่ 1 เช่น Combat Exposure Scale (CES) (Keane et al., 1989), Life Stressor Checklist-Revised (LSC-R) (Wolfe & Kimerling, 1997), Potential Stressful Events Interview (PSEI) (Resnick, Falsetti, Kilpatrick, & Freedy, 1996) และ Trauma Assessment for Adults (TAA) (Resnick et al., 1996)

เครื่องมือประเมินอาการ PTSD แบบรายงานตนเอง (self-report) อื่น ๆ ที่น่าสนใจ นอกเหนือจากที่ระบุไว้ตารางที่ 1 เช่น Dissociative Subtype of PTSD Scale (DSPS) (Wolf et al., 2017), Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) (Foa et al., 2016a), Trauma Symptom Checklist-40 (TSC-40) (Elliot & Briere, 1992) และ Trauma Symptom Inventory (TSI) (Briere, 1996).

เครื่องมือประเมินอาการ PTSD แบบสัมภาษณ์ (interview-based) เช่น Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5) (Weathers et al., 2015), PTSD Symptom Scale-Interview for DSM-5 (PSS-I-5) (Foa et al., 2016b), Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis I Disorders (SCID PTSD Module) (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996), Structured Interview for PTSD (SI-PTSD) (Davidson, Kudler & Smith, 1990)

เครื่องมือประเมินโรคทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับบาดแผลทางจิตใจ เช่น Mental Health Screening Form III (Carroll, 2008) และ Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Sheehan et al., 1998)

เครื่องมือประเมินการจัดการกับอารมณ์ (self-regulation) เช่น Inventory of Interpersonal Problems-Short Form (IIP-32) (Barkham, Hardy & Startup, 1996), Post-Traumatic Cognitions Inventory (PTCI) (Foa, Ehlers, Clark & Tolin, 1999), Generalized Expectancies for Negative Mood Regulation (NMR) (Salvatore, Catanzaro & Mearns, 1990) และ Positive Affect Negative Affect Scales (PANAS) (Watson, Clark & Tellegen, 1988) เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคม (social support) เช่น Crisis Support Scale (CSS) (Elklit, Pedersen & Jind, 2001) เครื่องมือประเมินการฟื้นคืนได้ (resilience) เช่น Resilience Scale for Adults (Morote, Hjemdal, Martinez Uribe & Corveleyn, 2017) และ Connor Davidson Resilience Scale (Connor & Davidson, 2003)

สำหรับเครื่องมือประเมินเหล่านี้เป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้ผู้ประเมินมีข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการมากยิ่งขึ้นเพื่อใช้ประกอบการบำบัดรักษาทั้งในเรื่องของบาดแผลทางจิตใจ ผลกระทบที่ผู้รับบริการได้รับการจากการมีบาดแผลทางจิตใจและทรัพยากรที่เป็นจุดแข็งของผู้รับบริการ

Trauma-informed Approach

องค์กรที่ใช้แนวทาง trauma-informed จะต้องมีความเข้าใจ (Realize) ถึงผลกระทบจากการมีบาดแผลทางจิตใจและแนวทางในการบำบัดฟื้นฟู มีความตระหนัก (Recognize) ถึงสัญญาณและอาการของการมีบาดแผลทางจิตใจทั้งในผู้รับบริการ ครอบครัว และผู้ให้บริการ และมีการตอบสนอง (Respond) โดยการบูรณาการความรู้เกี่ยวกับบาดแผลทางจิตใจกับนโยบาย

ต่างๆ ขององค์กร และพยายามไม่ทำให้ผู้รับบริการเกิดบาดแผลทางจิตใจซ้ำ (re-traumatization)

The Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2018b) ได้กำหนดหลักการ 6 ประการสำหรับ trauma-informed approach

1. ความปลอดภัย คือ การกระทำที่ส่งผลให้ผู้รับบริการรู้สึกปลอดภัยทั้งทางร่างกายและอารมณ์ เช่น การให้เกียรติ การคำนึงถึงพื้นที่ส่วนตัว และความสม่ำเสมอในการให้บริการ

2. ความไว้วางใจ คือ ความคาดหวังและปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับผู้ประเมินที่ชัดเจนและสม่ำเสมอ เช่น การมีขอบเขต (boundaries) การไม่ตัดสิน และการเคารพสิทธิส่วนบุคคล

3. ทางเลือก คือ เงื่อนไขที่สร้างขึ้นเพื่อให้ผู้รับบริการรู้สึกว่ามีทางเลือก และสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ เช่น การให้ทางเลือกในการบำบัดรักษา

4. ความร่วมมือกัน คือ การแบ่งปันและการร่วมมือกันในทุกปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เช่น การเรียนรู้ซึ่งกันและกัน การขอความคิดเห็น และการฟังก่อนพูด

5. การเสริมพลัง คือ การส่งเสริมผู้รับบริการให้สามารถมองเห็นจุดแข็งของตนเองทำให้เกิดความหวังในการใช้ชีวิตต่อไป เช่น การฝึกทักษะการจัดการอารมณ์ ทักษะการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม เป็นต้น

6. ประเด็นทางวัฒนธรรมต่างๆ คือ ให้ความสำคัญกับความแตกต่างทางวัฒนธรรมและประเด็นอ่อนไหวทางวัฒนธรรมตลอดการประเมิน

สรุป

บาดแผลทางจิตใจที่เกิดจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลกระทบทางลบในการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการและยังเกี่ยวข้องกับโรคจิตเวชและอาการทางด้านจิตใจต่างๆ เช่น โรค Acute Stress Disorder (ASD) และโรค Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) ตลอดจนความวิตกกังวล ปัญหาการใช้สารเสพติด ปัญหาความสัมพันธ์ และการสูญเสียการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น ทั้งนี้ในการประเมินประสบการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลทางจิตใจของผู้รับบริการมีความสำคัญต่อการวินิจฉัยและการวางแผนการบำบัดเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากการไม่คำนึงถึงการมีบาดแผลทางจิตใจของผู้รับบริการอาจส่งผลให้เกิดการวินิจฉัยโรคที่ไม่ตรงกับอาการหลักของผู้รับบริการซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพในการบำบัดรักษา

Trauma-informed assessment หรือการประเมินโดยคำนึงถึงประสบการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลทางจิตใจของผู้รับบริการ เป็นการประเมินและคัดกรองที่ให้ความสำคัญกับผลกระทบของเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่อาจส่งผลทำให้โรคทางจิตเวชของผู้รับบริการที่มีอยู่แล้วหรือที่เริ่มแสดงอาการมีการพยากรณ์โรคที่แย่ลง โดยแบ่งออกเป็น 1) การคัดกรองเบื้องต้น (Trauma-informed screening) ซึ่งเป็นการสอบถามเพื่อให้ทราบว่าบุคคลนั้นเคยมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดบาดแผลทางจิตใจหรือไม่ โดยเป็นการถามเพื่อคัดกรองผลกระทบของบาดแผลทางจิตใจว่ามีมากน้อยเพียงใด โดยการคัดกรองเบื้องต้นนี้เป็นสิ่งที่ควรมีการดำเนินการในผู้รับบริการทุกรายเพื่อเป็นการป้องกันการวินิจฉัยที่คลาดเคลื่อนและการวางแผนการรักษาที่ไม่เหมาะสมตั้งแต่จุดเริ่มต้นของกระบวนการรักษา 2) การ

ประเมินผลกระทบจากบาดแผลทางจิตใจอย่างลึกซึ้ง (Trauma-informed Assessment) เป็นการสำรวจลักษณะ ผลกระทบ และความรุนแรงของบาดแผลทางจิตใจของผู้รับบริการทั้งในอดีตและปัจจุบันซึ่งประเมินโดยนักจิตวิทยาคลินิกโดยผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการประเมินเพื่อนำไปสู่การเยียวยารักษา ซึ่งการประเมินในลักษณะนี้เกิดจากการมีความรู้สึกปลอดภัยและไว้วางใจที่ผู้รับบริการมีต่อผู้ประเมินซึ่งผู้ประเมินต้องพัฒนาสัมพันธภาพกับผู้รับบริการไปเรื่อย ๆ และ 3) การประเมินผลกระทบจากบาดแผลทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรค (Trauma-informed Diagnostic Assessment) เป็นการประเมินโดยการใช้เครื่องมือในการประเมินที่เป็นมาตรฐานอันจะทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่เกี่ยวข้องและเกิดจากประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดบาดแผลทางจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล การใช้สารเสพติด ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำคัญในการนำมาใช้พิจารณาประกอบในการวินิจฉัยแยกโรค (differential diagnosis) และส่งผลต่อกระบวนการวางแผนการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการคัดกรองและการประเมินบาดแผลทางจิตใจของผู้รับบริการเป็นเสมือนจุดเริ่มต้นที่สำคัญของกระบวนการวินิจฉัยและการวางแผนการรักษาที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับปัญหาของผู้รับบริการซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้รับบริการได้รับประโยชน์สูงสุดจากการรักษาและยังเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานทั้งในกลุ่มจิตเวชทั่วไปและกลุ่มที่ปฏิบัติงานกับผู้รับบริการที่ประสบกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญโดยตรงเพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้รับบริการอย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Barkham, M., Hardy, G. E., & Startup, M. (1996). The IIP-32: A short version of the inventory of interpersonal problems. *British Journal of Clinical Psychology*, 35(1), 21-35.
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28, 489-498.
- Boonyamalik, P. (2014). The establishment of the psychological impact scale for crisis events-10 (PISCES-10). *Journal of Srithanya Hospital*, 15(1), 8-21. (in Thai).
- Brewin, C. R., Rose, S., Andrews, B., Green, J., Tata, P., McEvedy, C., Turner, S., & Foa, E. B. (2002). Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 158-162.
- Briere, J. (1996). Psychometric review of trauma symptom inventory (TSI). In B. H. Stamm (Ed.), *Measurement of stress, trauma, and adaptation* (pp. 381-383). Lutherville, MD: Sidran Press.
- Carlson, E. B., Smith, S. R., Palmieri, P. A., Dalenberg, C., Ruzek, J. I., Kimerling,

- R., Burling, T. A., & Spain, D. A. (2011). Development and validation of a brief self-report measure of trauma exposure: The trauma history screen. *Psychological Assessment, 23*, 463-477.
- Carroll, J. (2008). Development of the mental health screening form III. *International Journal of Mental Health and Addiction, 6*, 72-76.
- Connor, K. M., & Davidson, J. (2001). SPRINT: A brief global assessment of post-traumatic stress disorder. *International Clinical Psychopharmacology, 16*, 279-284.
- Connor, K. M., & Davidson, R. T. (2003). Development of a new resilience scale The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*, 76-82.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., & van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals, 35*, 390-398.
- Cusack, K. J., Frueh, B. C., & Brady, K. T. (2004). Trauma history screening in a community mental health center. *Psychiatric Services, 55*(2), 157-162.
- Davidson, J. R. T., Book, S. W., Colket, J. T., Tupler, L. A., Roth, S., David, D., Hertzberg, M., Mellman, T., Beckham, J. C., Smith, R., Davison, R. M., Katz, R., & Feldman, M. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine, 27*, 153-160.
- Davidson, J. (2002). *SPAN addendum to DTS manual*. New York: Multi-Health Systems Inc.
- Davidson, J. R. T., Kudler, H. S., & Smith, R. D. (1990). Assessment and pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder. In J. E. L. Giller (Ed.), *Biological assessment and treatment of posttraumatic stress disorder* (pp. 205-221). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Department of Mental Health Ministry of Public Health. (2018). *Mental health crisis assessment and treatment team: MCATT try out version*. Bangkok: Bureau of mental health service administration department of mental health. (in Thai).
- Drake, R. E., Mueser, K. T., Clark, R. E., & Wallach, M. A. (1996). The course, treatment, and outcome of substance disorder in persons with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry, 66*(1), 42-51.
- Elklit, A., Pedersen, S., & Jind, L. (2001). The Crisis Support Scale: Psychometric qualities and further validation. *Personality and Individual Differences, 31*, 1291-1302.
- Elliot, D. M. & Briere, J. (1992). Sexual abuse trauma among professional women: Validating the trauma symptom

- checklist-40 (TSC-40). *Child Abuse & Neglect*, 16, 391-398.
- Fallot, R. D., & Harris, M. (2001). A trauma-informed approach to screening and assessment. *New Directions for Mental Health Services*, 89, 23-31.
- Foa, E. A., Ehlers, A., Clark, D. M., & Tolin, D. F. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological assessment*, 11(3), 303-314.
- Foa, E. B., McLean, C. P., Zang, Y., Zhong, J., Powers, M. B., Kauffman, B. Y., . . . Knowles, K. (2016a). Psychometric properties of the Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5 (PDS-5). *Psychological Assessment*, 28, 1166-1171.
- Foa, E. B., McLean, C. P., Zang, Y., Zong, J., Rauch, S., Porter, K., . . . Kauffman, B. (2016b). Psychometric properties of the Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Scale Interview for DSM-5 (PSSI-5). *Psychological Assessment*, 28, 1159-1165.
- Gallop, R., McKeever, P., Toner, B., Lancee, W., & Lueck, M. (1995). Inquiring about childhood sexual abuse as part of the nursing history: Opinions of abused and nonabused nurses. *Archive of Psychiatric Nursing*, 9(3), 146-151.
- Goodman, L. A., Thompson, K. M., Weinfurt, K., Corl, S., Acker, P., Mueser, K. T., & Rosenberg, S. D. (1999). Reliability of reports of violent victimization and posttraumatic stress disorder among men and women with serious mental illness. *Journal of Traumatic Stress*, 12(4), 587-599.
- Harris, M., & Fallot, R. D. (2001). Envisioning a trauma-informed service system: A vital paradigm shift. *New Directions for Mental Health Services*, 89, 3-22.
- Hooper, L., Stockton, P., Krupnick, J., & Green, B., (2011). Development, use, and psychometric properties of the Trauma History Questionnaire. *Journal of Loss and Trauma*, 16, 258-283.
- Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J. M., Zimering, R. T., Taylor, K. L., & Mora, C. (1989). Clinical evaluation of a measure to assess combat exposure. *Psychological Assessment*, 1, 53-55.
- Morote, R., Hjemdal, O., Martinez Uribe, P., & Corveleyn, J. (2017). Psychometric properties of the Resilience Scale for Adults (RSA) and its relationship with life-stress, anxiety, and depression in a Hispanic Latin-American community sample. *PLOS ONE*, 12(11), e0187954. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187954>.
- Mueser, K. T., Goodman, L. B., Trumbetta, S. L., Rosenberg, S. D., Osher, F. C., Vidaver, R., . . . Foy, D. W. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(3), 493-499.

- Mueser, K. T., Salyers, M. P., Rosenberg, S. D., Goodman, L. A., Essock, S. M., Osher, F. C., . . . Site Health and Risk Study Research Committee. (2004). Interpersonal trauma and posttraumatic stress disorder in patients with severe mental illness: Demographic, clinical, and health correlates. *Schizophrenia Bulletin*, 30(1), 45-57.
- Prins, A., Bovin, M. J., Kimerling, R., Kaloupek, D. G, Marx, B. P., Pless Kaiser, A., & Schnurr, P. P. (2015). *Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5)* [Measurement instrument]. Retrieved December 12, 2020, from <https://www.ptsd.va.gov>
- Resnick, H. S., Falsetti, S. A., Kilpatrick, D. G., & Freedy, J. R. (1996). Assessment of rape and other civilian trauma-related post-traumatic stress disorder: Emphasis on assessment of potentially traumatic events. In T. W. Miller (Ed.), *Stressful life events* (pp. 231-266). Madison: International Universities Press.
- Salvatore, J., Catanzaro, & Mearns, J. (1990). Measuring Generalized Expectancies for Negative Mood Regulation: Initial Scale Development and Implications. *Journal of Personality Assessment*, 54, 546-563.
- Schnurr, P., Vielhauer, M., Weathers, F., & Findler, M. (1999). *The Brief Trauma Questionnaire (BTQ)* [Measurement instrument]. Retrieved December 12, 2020, from <http://www.ptsd.va.gov>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of clinical psychiatry*, 59(20), 22-33.
- Stewart, S. H. (1996). Alcohol abuse in individuals exposed to trauma: A critical review. *Psychological Bulletin*, 120(1), 83-112.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2018a). *Trauma and Violence*. Retrieved April, 12 2020, from <https://www.samhsa.gov/trauma-violence>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2018b). *Trauma-Informed Approach and Trauma-Specific Interventions*. Retrieved April 12, 2020, from <https://www.samhsa.gov/ntic/trauma-interventions>
- Tangkananurak, W. (2015). Statistics of children and female are constantly increasing every year. *Bangkokbiznews*. Retrieved from <https://www.Bangkokbiznews.com/news/detail/674771> (in Thai).
- Tucker, P., Pfefferbaum, B., Doughty, D., Jordan, F., Jones, D. E., & Nixon, S. J. (2002). Body handlers after terrorism

- in Oklahoma City: Predictors of posttraumatic stress and other symptoms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(4), 469-475.
- Waiprom, P. (2014). *The prevalence of traumatic brain injury (TBI) and the coprevalence of posttraumatic stress disorder (PTSD) and depression with which returning the Royal Thai Navy personnel (RTN) deployed for the peace building process in southernmost provinces of Thailand*. Research report. Royal Thai Navy: Bangkok. (in Thai).
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2013). *The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)* [Measurement instrument]. Retrieved December 12, 2020, from <https://www.ptsd.va.gov>
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2015). *The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5)-Past Week* [Measurement instrument]. Retrieved December 13, 2020, from <https://www.ptsd.va.gov>
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1996). The Impact of Event Scale-Revised. In J. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York: Guilford.
- Wolf, E., Mitchell, K. S., Sadeh, N., Hein, C., Fuhrman, I., Pietrzak, R. H., & Miller, M. W. (2017). The Dissociative Subtype of PTSD Scale: Initial evaluation in a national sample of trauma-exposed Veterans Assessment, 24, 503-516.
- Wolfe, J., & Kimerling, R. (1997). Gender issues in the assessment of posttraumatic stress disorder. In J. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 192-238). New York: Guilford. PTSDpubs.



Thai Journal of Clinical Psychology

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

Review Article

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ: บทความฟื้นฟูวิชาการ

Motivational Interviewing (MI): Review Article

นฤมล พระใหญ่^{1*}, สิทธิพร ครามานนท์², ภาสกร คุ่มศิริ³

¹ ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

² สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

³ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

Narulmon Prayai^{1*}, Sittiporn Kramanon², Passakorn Koomsiri³

¹ Department of Guidance and Educational Psychology, Faculty of Education, Srinakharinwirot University

² Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

³ Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute, Department of Mental Health, Ministry of Public Health

* Corresponding author: e-mail. narnimon@g.swu.ac.th

Received: 25 October 2020 | Revised: 10 March 2021 | Accepted: 5 April 2021

บทคัดย่อ

บทความฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้และนำเสนอแนวทางการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ผ่านการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น ตำรา บทความ งานวิจัย ซึ่งขอบเขตของบทความนำเสนอความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับแนวคิด เป้าหมาย หลักการพื้นฐาน ทักษะ เทคนิค และการจัดการแรงต้าน ซึ่งการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นรูปแบบหนึ่งของการช่วยเหลือด้านจิตใจที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ช่วยให้เกิดความตระหนัก และลงมือปฏิบัติเกี่ยวกับปัญหาปัจจุบันของผู้รับบริการ โดยการสร้างความลงใจและเอื้อให้เกิดความลงใจนั้นมาสู่การตัดสินใจต่อการเปลี่ยนแปลงที่ดีได้ ผู้เขียนมองว่าการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่น่าสนใจในการนำไปใช้ในกระบวนการปรึกษาสำหรับช่วยเหลือผู้ที่มีความต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางบวก ในส่วนท้ายของบทความได้เสนอตัวอย่างงานวิจัยที่น่าสนใจเพื่อเป็นแหล่งอ้างอิงในการทำวิจัยต่อไป

คำสำคัญ: การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ, การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

Abstract

This article aimed to review and present concepts about Motivational Interviewing (MI). The authors reviewed such as textbooks, articles, and research. The scope of the article contained introduction to the motivational interviewing, such as concepts, goal, principles, spirit of MI, skills, technique, and resistance handling. MI is a person-centered approach which raising awareness and solving the current problems of clients by creating the ambivalence to change themselves and lead it to change decisions. The motivation interviewing is one of alternative approaches to apply in counseling process and also help people who need to change behavior. The last section of article provided an interesting article that can be good reference to do research.

Keywords: Motivational enhancement therapy, Motivational interviewing

บทนำ

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) เป็นแนวคิดที่นำมาใช้สำหรับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาหรือการบำบัด ซึ่งถูกพัฒนาโดย Miller และ Rollnick ในปี ค.ศ. 1986 สำหรับการบำบัดผู้ติดสุราในโครงการ MATCH ของ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) โดยได้ประยุกต์เอาทฤษฎีขั้นการเปลี่ยนแปลง (Stage of Change) ของ Prochaska และ DiClemente มาใช้ และยึดหลักทฤษฎีการปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Counseling) มุ่งหวังให้ผู้รับการปรึกษาเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านทฤษฎีการรับรู้ตนเอง ซึ่งการรับรู้เป็นการเรียนรู้ที่สำคัญของบุคคลที่ตอบสนองพฤติกรรมและแปลความเหตุการณ์ตามการรับรู้จากสภาพแวดล้อมของตน ทั้งนี้แนวคิดพื้นฐานของการสัมภาษณ์และการปรึกษาหรือบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ เชื่อว่าบุคคลแต่ละคนมีพลังอำนาจผลักดันตนเองให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงได้ ผู้ให้บริการจึงเปรียบเสมือนผู้ที่ช่วยให้บุคคลสามารถนำพลังอำนาจที่มีอยู่ในตัวมาใช้ให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นธรรมชาติ ใช้กลยุทธ์การชักชวน การโน้มน้าว และการให้กำลังใจมากกว่าที่จะบังคับ ออกคำสั่ง หรือเผชิญหน้าโต้เถียงกับผู้ป่วย อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติอาจเป็นแนวทางชี้นำ (Semi-Directive) ที่ให้ความสำคัญในการมีส่วนร่วม ความรับผิดชอบ และความเชื่อต่อการพัฒนาตนเอง (Miller & Rollnick, 1991; Miller & Rollnick, 1995; Sangchanchai, 2010)

สำหรับประเทศไทยเริ่มมีการนำแนวคิดนี้มาใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติดสุราตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 โดยจิตแพทย์จากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยผลการบำบัดพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถหยุดดื่มสุราได้ หลังจากนั้นนักวิชาการอีกหลายท่านนำแนวคิดนี้ไปประยุกต์ใช้ในการบำบัดผู้ป่วยเสพติดสุรา โดยพัฒนาเป็นรูปแบบการบำบัดเฉพาะสถานบริการ เช่น โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ซึ่งนำแนวคิดนี้ไปประยุกต์ใช้

ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุราทั้งแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ถึงปัจจุบัน ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการบำบัดสามารถช่วยเหลือให้ลดการติดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ยังมีการนำแนวคิดนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อบำบัดผู้ป่วยเสพติดประเภทอื่น เช่น บุหรี่ ยาบ้า เกม การพนัน และมีการดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดในสถานบำบัดอื่น ๆ เช่น คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา สถาบันสุขภาพจิตเด็ก และวัยรุ่นราชนครินทร์ หน่วยงานของกรมสุขภาพจิตอื่น ๆ ซึ่งให้ผลการบำบัดที่ดีเช่นกัน ซึ่งทักษะที่สำคัญจากแนวคิดนี้ต้องใช้เวลาในการฝึกปฏิบัติสัมผัสประสบการณ์เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ (Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute, 2015; Likritalakul, Dachaphanyawat, Sunanthachai, Srithong, & Khanthongdee, 2017; Wanpen, Likritalakul, Koomsiri, Rattana, Kamkaew, & et al., 2017)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสัมภาษณ์และการให้การปรึกษาหรือบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจมีนัยสำคัญที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีได้ประมาณร้อยละ 10-20 เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยตัวแปรที่ใช้ได้แก่ ปัญหาการติดสารเสพติด เช่น สุรา กัญชา บุหรี่ และสารเสพติดอื่น ๆ สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงรวมถึงเพิ่มความร่วมมือในการบำบัดได้ (Lundahl & Burke, 2009, pp.1232-1245) และงานของ Shingleton & Palfai (2016, pp.17-35) ทำการทบทวนวรรณกรรมในการประยุกต์แนวคิดการสัมภาษณ์และการให้การปรึกษาหรือบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจผ่านทางสื่อเทคโนโลยีกับพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่ามีการประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์

เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผ่านทางเทคโนโลยี ซึ่งอย่างน้อยจะใช้องค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการจัดทำโปรแกรม ส่วนใหญ่จะให้ผลทางบวกในการใช้ แต่อย่างไรก็ตามยังไม่ได้ระบุกระบวนการใช้ว่ามีรายละเอียดอย่างไร และต้องการหลักฐานการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อยืนยันประสิทธิผลทางคลินิกอีกด้วย จากที่กล่าวมาข้างต้นผู้เขียนจึงเห็นว่าการสัมภาษณ์และการปรึกษาหรือบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นแนวทางที่น่าสนใจและเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยบทความชิ้นนี้จะนำเสนอองค์ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการสัมภาษณ์และการปรึกษาหรือบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อเป็นประโยชน์กับผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องสำหรับวางแผนทางการดูแลผู้รับการปรึกษาที่ดีต่อไป

แนวคิดสำคัญของ MI

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) เป็นกระบวนการช่วยเหลือที่วางอยู่บนแนวคิดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ใช้วิธีการให้การช่วยเหลือโดยตรงโดยการช่วยสำรวจและจัดการความลังเลใจ เอื้อให้ผู้รับบริการสื่อสารกับตนเองจนเกิดการเปลี่ยนแปลง (Miller & Rollnick, 2002) ทั้งนี้ในหนังสือของ Miller and Rollnick (2013) เรื่อง Motivational interviewing: Preparing people for change ตีพิมพ์ครั้งที่ 3 ได้กล่าวถึงกระบวนการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 4 ขั้นตอน ซึ่งอาจจะไม่จำเป็นต้องเรียงตามกระบวนการ ขึ้นอยู่กับการประเมินความรุนแรงของปัญหาหรือสถานการณ์การบำบัดนั้น ๆ กระบวนการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีดังนี้

1. การพัฒนาความร่วมมือ (Engaging) เป็นพื้นฐานของกระบวนการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ โดยใช้เทคนิคการฟังอย่างตั้งใจเพื่อทำความเข้าใจและสะท้อนประสบการณ์ มุมมองของผู้รับการปรึกษาอย่างถูกต้อง พร้อมกับให้การชื่นชม ยืนยันจุดแข็งและส่งเสริมความเป็นตัวตนของผู้รับการปรึกษา

2. การตั้งเป้าหมาย (Focusing) เป็นกระบวนการเจรจาเพื่อสร้างข้อตกลงร่วมกันในการรับบริการระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้การศึกษา ซึ่งเป้าหมายที่ตั้งร่วมกันต้องสามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงได้ เช่น หากผู้รับบริการมีความต้องการเลิกสูบบุหรี่ เป้าหมายหรือข้อตกลงที่สร้างร่วมกันคือสามารถเลิกการสูบบุหรี่ได้ภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ เป็นต้น

3. การกระตุ้นเร้าการเปลี่ยนแปลง (Evoking) เป็นกระบวนการสำรวจและช่วยให้ผู้รับบริการได้มองเห็นปัญหาของตนเอง โดยใช้ทักษะการตั้งคำถามกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงด้านความคิดและแรงจูงใจในการแก้ไขปัญหาของผู้รับการปรึกษา ซึ่งสภาวะความรู้สึกที่หลากหลายหรือมีความคิดที่ขัดแย้งกันระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้การศึกษาเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นการสำรวจปัญหาและเข้าใจปัญหาอย่างไม่ตัดสินเป็นสิ่งที่ควรทำในผู้ให้การศึกษาโดยต้องอาศัยทักษะความใส่ใจและความชำนาญในการให้การศึกษาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

4. การวางแผนแก้ไขปัญา (Planning) เป็นกระบวนการสำรวจ “วิธี” ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยผู้ให้การศึกษาจะต้องสนับสนุนให้ผู้รับการปรึกษารวบรวมความมุ่งมั่นตั้งใจใน

การแก้ไขปัญหาเพื่อที่จะเปลี่ยนแปลง และพัฒนาแผนการแก้ไขปัญาตามศักยภาพของบุคคลนั่นเอง

ทั้งนี้ การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่กล่าวถึงการเกิดแรงต้านที่อาจเกิดขึ้นในกระบวนการให้การศึกษา ซึ่ง แรงต้าน (Discord) หมายถึง ความสัมพันธ์ที่ไม่ลงรอยกันระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้การศึกษา โดยเกิดขึ้นจากบริบทระหว่างการสนทนา ซึ่งแรงต้านสามารถเกิดได้ตลอดเวลาในทุกขั้นตอนของการให้คำปรึกษา

เป้าหมายของการปรึกษา

กระตุ้นให้ผู้รับบริการพูดข้อความจูงใจตนเอง ซึ่งเป็นข้อความเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงตนเอง เรียกว่า Self-Motivational Statement (SMS) จากนั้นผู้ให้การศึกษาทำหน้าที่ยืนยันรับรอง สะท้อนให้ผู้รับบริการรับทราบในสิ่งที่ตนพูดหรือคิด เมื่อข้อความจูงใจตนเองมากขึ้นแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงจะมากขึ้นตาม ซึ่งข้อความจูงใจหรือข้อความแสดงการเปลี่ยนแปลงแบ่งได้เป็น 4 ประเภทดังต่อไปนี้ (Sangchanchai, 2004; Miller & Rollnick, 1995)

1. ตระหนักในปัญหา (Problem Recognition) ตัวอย่างประโยคเช่น “ปัญหามันหนักกว่าที่ฉันคาดไว้นะเนี่ย” “ถ้าผมสูบบุหรี่ต่อไปคงต้องเสียสุขภาพแน่ ๆ”

2. สนใจปัญหา (Concern) มักแสดงถึงความกังวลใจต่อปัญหา ตัวอย่างประโยคเช่น “ฉันกลัวว่าถ้าเล่นพนันต่อไปญาติคงไม่มีใครเอาฉัน” “ผมกังวลว่าจะมีปัญาสุขภาพหากผมยังน้ำหนักตัวขนาดนี้”

3. ตั้งใจต่อการเปลี่ยนแปลง (Intention to Change) ตัวอย่างประโยคเช่น “มันถึงเวลาแล้ว

ที่ต้องหยุด” “ผมต้องทำอะไรซักอย่างเพื่อไม่ให้
เกิดปัญหาตามมา”

4. แสดงทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลง
พฤติกรรม (Optimism for Change) ตัวอย่าง
ประโยคเช่น “ผมมั่นใจว่าผมทำได้” “ฉันรู้แล้ว
ว่าต้องเปลี่ยนแปลงตัวเองยังไง”

หลักพื้นฐานของ MI

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ
เป็นกระบวนการช่วยให้บุคคลสามารถตัดสินใจ
แก้ปัญหา จากชั้นความรู้สึกลังเลใจสู่การ
ตัดสินใจที่เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีต่อสุขภาพ
ผู้ให้การปรึกษาทำหน้าที่สร้างบรรยากาศที่
เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงด้วยหลักการพื้นฐาน
5 ประการ ได้แก่ (Sangchanhai, 2010)

1. แสดงออกถึงความเข้าใจ (express empathy) ผู้ให้การปรึกษาแสดงให้เห็นถึงความเห็นอกเห็นใจโดยปราศจากการ
ตัดสินต่อมุมมองของผู้รับบริการ เป็นปัจจัยแรก
ที่ผู้ให้การปรึกษาต้องฝึกให้เกิดความชำนาญ

2. ทำให้เกิดความลังเลในการตัดสินใจ
(develop discrepancy) ช่วยให้ผู้รับบริการ
สำรวจระหว่างพฤติกรรมสุขภาพในปัจจุบันและ
สิ่งที่จะเกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
การสร้าง ความลังเลสิ่งหนึ่งคือเริ่มจากการ
เปลี่ยนแปลงที่การรับรู้ของผู้รับบริการ

3. เลี่ยงการโต้แย้ง (avoiding argument)
ผู้ให้การปรึกษาควรหลีกเลี่ยงการอยู่ฝ่ายตรง
ข้ามกับผู้รับบริการที่อาจเกิดแรงต้านที่จะ
เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ๆ

4. จัดการแรงต้าน (rolling with resistance)
ยอมรับความจริงเกี่ยวกับการต่อต้านการ
เปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นตลอดการปรึกษา
เช่น ความลังเลใจ ความรู้สึกไม่ปลอดภัย

5. สนับสนุนความสามารถในตนเอง
(supports self-efficacy) ของผู้รับบริการ ผู้ให้
การปรึกษาจำเป็นต้องมีทักษะที่จะส่งเสริมให้
ผู้รับบริการเชื่อว่ามีความเป็นไปได้ที่ตนเอง
สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

จิตวิญญาณของ MI (Spirit of MI)

สำหรับนิยามของการสัมภาษณ์เพื่อ
เสริมสร้างแรงจูงใจ คือ การประสานความร่วมมือ
การตั้งเป้าหมาย การสนทนาอย่างตั้งใจเพื่อให้
เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยมีจุดแข็งคือแรงจูงใจ
และความมุ่งมั่นในการแก้ไขปัญหาของผู้มารับ
บริการตามเป้าหมายที่ชัดเจน โดยกระตุ้นและ
สำรวจเหตุผลเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
ภายใต้บรรยากาศที่ได้รับการยอมรับและความ
เข้าใจ (Miller & Rollnick, 2013) ทั้งนี้ หัวใจ
ของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ
ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่

1. เน้นความร่วมมือ (Partnership or
collaboration) คือ การทำงานประสานความ
ร่วมมือกันระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้การปรึกษา
โดยให้ความสำคัญกับการส่งเสริม สนับสนุน
มากกว่าการโน้มน้าวใจ ตลอดการให้การปรึกษา
ผู้ให้การปรึกษาจะทำงานอยู่เคียงข้างผู้รับบริการ
และควรหลีกเลี่ยงเทคนิคการทำทนาย (confronting)
เนื่องจากไม่ใช่หลักการของการสัมภาษณ์เพื่อ
เสริมสร้างแรงจูงใจ

2. สร้างการยอมรับ (Acceptance) วางอยู่
บนพื้นฐานแนวคิดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
(Client Centered) ของ Carl Rogers ซึ่งมี
กฎเกณฑ์สำคัญ 4 ประการ คือ

2.1 การให้คุณค่า (Absolute worth) คือ
การยอมรับอย่างไม่ตัดสินและการเห็นคุณค่า
อย่างแท้จริง

2.2 ให้ความรู้สึกเป็นอิสระและให้การสนับสนุน (Autonomy and support) คือ การยอมรับในตัวตนและสนับสนุนให้เกิดการสร้างแรงบันดาลใจเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดการเปลี่ยนแปลง

2.3 การชื่นชมยืนยัน (Affirmation) คือ การยืนยันที่จะค้นหาวิธีที่จะนำเสนอสิ่งดี ๆ ให้กับผู้รับบริการ

2.4 มีความเข้าใจ (Accurate empathy) คือ การเข้าอกเข้าใจอย่างถูกต้องเหมาะสม เป็นพื้นฐานของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและเกี่ยวข้องกับการตอบกลับและการสะท้อนความรู้สึก รวมถึงความเข้าใจในการแก้ไขปัญหาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

3. เข้าอกเข้าใจ (Compassion) คือ การพยายามสร้างความเข้าใจในปัญหาของผู้รับบริการโดยไม่ตัดสิน ไม่ตำหนิและพยายามที่จะเอาใจใส่ให้มากที่สุด เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการได้ค้นหารูปแบบการยอมรับและแนวทางที่จะแก้ไขปัญหามาของตนเอง

4. การปลุกเร้า (Evocation) คือ การดึงการรับรู้เป้าหมายและคุณค่าของตัวเองออกมาจากตัวผู้รับบริการ โดยการชี้ให้เห็นจุดแข็งคุณค่าและเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะแก้ไขปัญหาที่มาซึ่งการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

ทักษะที่สำคัญของ MI

ทักษะการปรึกษาหรือบำบัดที่สำคัญของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ การตั้งคำถามปลายเปิด (open-ended questioning) การชื่นชมยืนยัน (affirmation) การฟังและสะท้อนความ (reflective listening) การสรุปความ (summarization) เทคนิคนี้ถูกเรียกว่า OARS มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (Child

and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute, 2015; Likritalakul, et al., 2017)

1. การตั้งคำถามปลายเปิด เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับบริการคิดและพูดข้อความจูงใจตนเองออกมา บอกข้อมูลอะไรบางอย่างให้รับทราบ แล้วถามเพื่อให้พูดข้อความที่จูงใจตนเองออกมาอีก

2. การชื่นชมยืนยัน เมื่อผู้รับบริการแสดงออกถึงความคิดที่ดี จุดแข็ง ความพยายาม ศักยภาพ และความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ผู้ให้การปรึกษาตอบสนองโดยให้การชื่นชมยืนยันเพื่อเสริมแรงต่อพฤติกรรมทางบวกหรือการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวที่อย่างน้อยก็เกิดขึ้นในระดับการรับรู้และความคิดของผู้รับบริการ

3. การฟังและสะท้อนความ ตั้งใจฟังและจับความหมายของข้อความที่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับบริการที่มีผลต่อความลังเลใจและการเพิ่มระดับแรงจูงใจแล้วสะท้อนให้ผู้รับบริการฟังเสียงหรือคำพูดของตนเอง ซึ่งการสะท้อนความมี 2 แบบ ได้แก่

3.1 การสะท้อนแบบง่าย (simple reflection) เป็นการสะท้อนตามข้อความที่ผู้รับบริการพูด ทำให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกถูกใส่ใจ รู้สึกถึงความเข้าใจ กระตุ้นให้คิดและพูดต่อการสะท้อนอย่างง่ายอาจแบ่งเทคนิคออกเป็น 3 แบบ ได้แก่

- การทวนซ้ำ (repeating) พูดซ้ำข้อความที่ผู้รับการปรึกษากล่าว

- การสะท้อนเป็นวลีโดยพูดซ้ำบางคำพูด (rephrasing)

- การทวนความ (paraphrasing) เป็นการสะท้อนแบบเปลี่ยนแปลงข้อความแต่ยังคงความหมายเดิม

3.2 การสะท้อนแบบซับซ้อน (complex reflection) ช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจความหมาย

หรือความรู้สึกที่แท้จริง เห็นความขัดแย้งในจิตใจของตนเอง หรือกระตุ้นให้ผู้รับบริการโต้แย้งไปสู่ทิศทางที่มีแรงจูงใจเพิ่มขึ้น การสะท้อนแบบซับซ้อนมี 5 แบบ ได้แก่

- การสะท้อนความหมายหรือความรู้สึกที่แท้จริงของผู้รับบริการ (client's true meaning or feeling reflection) ตัวอย่างเช่น “คุณคงรู้สึกเหนื่อยมาก ๆ จากเหตุการณ์ที่ผ่านมา” “ตอนนี้คุณอาจต้องการคนเข้าใจความรู้สึกของคุณ”

- การสะท้อนสองทาง (double-sided reflection) เป็นการสะท้อนความขัดแย้งกันระหว่างความต้องการและความรู้สึกตรงข้าม โดยผู้ให้การปรึกษาสะท้อนความลังเลใจหรือจิตใจสองด้าน เน้นให้ผู้รับบริการได้ยืນความคิดและความรู้สึกที่ขัดแย้งของตนเอง ตัวอย่างเช่น “คุณบอกว่าคุณต้องการปลดหนี้ แต่ดูเหมือนคุณยังมีความคิดที่จะเล่นพนันอีก” “คุณตัดสินใจเล็กน้อยกับเขา แต่ดูเหมือนว่าคุณยังรู้สึกดีกับเขาอยู่”

- การสะท้อนแบบขยายความ (amplified reflection) เป็นการสะท้อนข้อความที่กล่าวออกมาให้หนักหรือมากขึ้น จะทำให้เกิดการโต้แย้งไปในทิศทางตรงกันข้ามซึ่งจะเป็นข้อความที่จูงใจตนเอง ตัวอย่างเช่น “คุณคิดว่า คุณควบคุมการสูบบุหรี่ของตนเองได้” “จากที่คุณเล่ามาคุณสามารถจัดการปัญหาที่ตามมาจากการเล่นพนันได้”

- การสะท้อนแบบทำให้เบาลง (minimizing reflection) ทำให้ความหมายที่สะท้อนออกไปไม่ตรงกับความหมายที่กล่าว เน้นให้เกิดการโต้แย้งเพื่อจูงใจตนเอง ตัวอย่างเช่น “คุณใช้ยาเสพติดทุกวันคงไม่เป็นอันตรายกับตัวคุณ” “คุณเล่นเกมวันละห้าชั่วโมงแต่ยังไม่ได้รับผลกระทบ”

- การสะท้อนแบบอุปมาอุปไมย (metaphor) เอื้อให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจความคิดและความรู้สึกของตนเองได้อย่างถ่องแท้มากขึ้น ด้วยการใช้ความหมายของภาษาเชิงเปรียบเทียบ ตัวอย่างเช่น “การพนันเป็นการลงทุนที่เหมือนขี่ช้างจับตั๊กแตน” “นักพนันหลายคนไม่เห็นโลงศพไม่หลั่งน้ำตา”

4. การสรุปความ ทำการสรุปประเด็นสำคัญระหว่างการสนทนาเป็นระยะ ๆ โดยเฉพาะข้อความที่จูงใจตนเองที่กล่าวออกมา จะทำให้ผู้รับบริการมีโอกาสได้ยืນข้อความที่จูงใจตนเองซ้ำอีก เป็นการกระตุ้นให้คิด การเรียนรู้ ได้ทราบถึงการรับรู้ของตนเองที่เปลี่ยนไป และสร้างความลังเลใจในการตัดสินใจเพื่อเปลี่ยนแปลง

เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ

ผู้เขียนขอแนะนำเสนอเทคนิคในการกระตุ้นหรือดึงคำพูดที่แสดงการเปลี่ยนแปลง (eliciting change talk) ที่อย่างน้อยควรจะเกิดขึ้นในการรับรู้ ความคิด และความรู้สึก พร้อมยกตัวอย่างเป็นตารางดังนี้

ตาราง 1 การกระตุ้นหรือดึงคำพูดที่แสดงการเปลี่ยนแปลงและตัวอย่าง

เทคนิค	ตัวอย่างคำถาม	ตัวอย่างข้อความแสดงการเปลี่ยนแปลง
พูดคุยข้อเสียของพฤติกรรมที่เป็นอยู่	- ปัญหาเรื่องความดันโลหิตทำให้คุณกังวลใจได้อย่างไรบ้าง - อะไรคือผลเสียที่เกิดจากการดื่มเหล้าครับ - ปัญหาเรื่องน้ำหนักทำให้คุณกังวลใจอย่างไรบ้าง	ผมคิดว่า หากผมยังดื่มเหล้าต่อไป ผมกังวลว่าครอบครัวจะไม่ให้อภัยเกี่ยวกับพฤติกรรมของผมอีกต่อไป
พูดคุยถึงข้อดีของการเปลี่ยนแปลง	- คุณอยากให้สุขภาพของคุณเป็นอย่างไรในอีก 5 ปีข้างหน้า - อะไรคือข้อดีของการเลิกดื่มสุรา - ชีวิตของคุณจะต่างไปอย่างไรถ้าคุณลดน้ำหนักได้	ถ้าผมลดน้ำหนักได้ อย่างน้อยผมก็ไม่ต้องรู้สึกผิดในทุกเช้าที่ตื่นมา ที่ผมไม่ดูแลตัวเอง
ชวนมองการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก	- ที่ผ่านมาก่อนเคยเปลี่ยนแปลงอะไรบางอย่างในชีวิตได้สำเร็จมาก่อนไหม คุณทำได้อย่างไร - คุณมีจุดแข็งอะไรที่จะช่วยให้คุณเปลี่ยนแปลงได้	ผมเคยหยุดสูบบุหรี่ได้ประมาณเกือบปี และรู้สึกแข็งแรงขึ้นมาก มันยากมาก แต่เมื่อผมตัดสินใจจะทำอะไรแล้ว ผมจะจริงจังกับมัน
กระตุ้นให้เกิดความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลง	- ชีวิตของคุณจะแตกต่างไปอย่างไรบ้างในอีก 5 ปีข้างหน้า - หากไม่สนใจเรื่องวิธีการ ถ้าคุณสามารถทำอะไรก็ได้ คุณอยากเปลี่ยนแปลงอะไร	ผมไม่เคยคิดมาก่อนว่าจะเป็นแบบนี้ ผมอยากย้อนกลับไปตอนที่แข็งแรงและสุขภาพดี มีพลังมากพอที่จะใช้ชีวิตกับเพื่อนและครอบครัว ผมอยากรับมือกับโรคเบาหวานให้ดีกว่านี้

ประยุกต์จากบทความของ Hall, Gibbie, and Lubman (2012)

การจัดการกับคำพูดที่ปฏิเสธการเปลี่ยนแปลงและความขัดแย้ง (Dealing with sustain talk and discord)

จากการศึกษาเอกสารของ Hall, Gibbie, and Lubman (2012) กล่าวว่าผู้รับบริการบางส่วนอาจต่อต้านจากการถูกชักจูงเมื่อถึงเวลาที่เปลี่ยนแปลง โดยมักจะตอบสนองด้วยการใช้เหตุผลเข้าข้างตนเองที่จะทำพฤติกรรมเดิม ๆ แนวทางการจัดการคือผู้ให้การศึกษาจะต้องประเมินและสำรวจ

แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการก่อน มักจะไม่ให้คำแนะนำก่อนเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นต้องมาจากเหตุผลของตัวผู้รับบริการเองจึงจะเกิดการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้มีผู้เสนอกลยุทธ์ในการจัดการกับแรงต้านตามแนวทางการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจดังต่อไปนี้ (Sangchanchai, 2010)

1. การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (Reflective Listening) เป็นเทคนิคที่ทำให้ผู้รับบริการได้ยืນความคิดความรู้สึกของตนเองจากการสะท้อนของผู้ให้การศึกษา โดยสะท้อนจากคำพูด ประสบการณ์ของผู้รับการปรึกษาเอง

เกี่ยวกับข้อดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ข้อเสียของการคงพฤติกรรมเดิม หลีกเลี่ยงการโต้เถียง การแนะนำโดยปราศจากแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลง

2. เปลี่ยนจุดสนใจ (Shifting Focus) เป็นการเปลี่ยนจุดเน้นหรืออาจเปลี่ยนหัวข้อสนทนาไปเลย หากพบว่ายิ่งพูดคุยกับผู้รับบริการปรึกษา ยิ่งมีแรงต้านมากยิ่งขึ้น

3. เน้นความรับผิดชอบในทางเลือกของตนเอง (Responsibility or Personal Choice) พูดคุยโดยเน้นกับผู้รับบริการว่าไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแทนตัวเองได้ ผู้รับบริการต้องรับผิดชอบในสิ่งที่ตนเองได้เลือกแล้ว การเน้นย้ำแบบนี้ทำให้ผู้รับบริการลดแรงต้านลง

4. การปรับมุมมองความคิด (Reframing) โดยยอมรับสิ่งที่จริงในมุมมองความคิดของผู้รับบริการก่อน (Validation) แล้วชี้ให้เห็นมุมมองที่แตกต่างเพื่อพิจารณา ซึ่งการฟังและยอมรับความคิดของผู้รับบริการจะทำให้มีแนวโน้มรับฟังมุมมองที่แตกต่างเช่นกัน ตัวอย่างประโยค “คุณทราบว่ายาสเสพติดมีผลกระทบกับคุณอย่างมาก แต่ดูเหมือนว่าคุณก็ยังใช้มันอยู่”

5. การขัดเพื่อให้แย้ง (Paradoxical Challenge) โดยผู้ให้การปรึกษาใช้เหตุผลของจิตใจด้านที่ไม่อยากเปลี่ยนแปลง กระตุ้นให้โต้แย้งเพื่อการเปลี่ยนแปลง การใช้เทคนิคจำเป็นต้องวางอยู่บนสัมพันธภาพกับผู้รับบริการที่ดี ตัวอย่างประโยค “สำหรับคุณ การเมาจะเป็นเรื่องสำคัญกว่าสุขภาพ คุณคงจะเลิกมันได้ยาก”

กรณีศึกษาจากการวิจัย

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้เขียนขอเสนอตัวอย่างในประเทศที่น่าสนใจ ได้แก่ ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อการเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนในสถานบำบัดรักษาแห่งหนึ่ง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลอง ร้อยละ 94.44 มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง โดยมีการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจจากระยะลั้งเลเป็นระยะตัดสินใจเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สำหรับพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองพบว่าหลังการทดลองคะแนนของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จะเห็นได้ว่าการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถใช้กับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมได้ค่อนข้างดี (Klansuwan, 2016) ในทำนองเดียวกันการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมให้การปรึกษาทางโทรศัพท์แบบสร้างเสริมแรงจูงใจในผู้มีปัญหาพนัน พบว่า จำนวนวันในการเล่นพนันต่อเดือนจาก 20 วัน ลดลงเหลือ 0 วัน ($p < .01$) จำนวนเงินที่ใช้เล่นพนันต่อเดือนจาก 30,000 บาท ลดลงเหลือ 0 บาท ($p < .01$) และความรุนแรงของปัญหาพนันจาก 21 คะแนน ลดลงเหลือ 3 คะแนน ($p < .01$) โดยมีระดับขั้นของแรงจูงใจเพิ่มขึ้น ($p < .01$) และความพร้อมในการเลิกพนันเพิ่มขึ้นจาก 9 คะแนน เป็น 10 คะแนน ($p = .02$) อย่างไรก็ตามการศึกษานี้จำเป็นต้องมีการติดตามผลการศึกษาเพิ่มเติม และควรมีกกลุ่มควบคุมเพื่อเป็นคู่เปรียบเทียบกับ (Likritalakul, Koomsiri, Dachaphanyawat, Sunanthachaiikul, & et al., 2019) และ Wanpen, Likritalakul, Koomsiri, Rattanaarai, Kamkaew, and et al (2019) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม

การบำบัดแบบสร้างเสริมแรงใจในผู้มีปัญหาพนัน พบว่าค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ได้แก่ จำนวนวันในการเล่นพนันต่อเดือน จำนวนเงินที่ใช้เล่นพนันต่อเดือน ความรุนแรงของปัญหาพนัน คะแนนความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้คะแนนความพร้อมในการเลิกพนัน ระดับขั้นของแรงใจ และคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งภาพรวมและรายด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .05$)

สำหรับการศึกษาในต่างประเทศ ได้แก่ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของการใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงใจผ่านรูปแบบออนไลน์ (eHealth & Telehealth) ในการควบคุมน้ำหนัก โดยรวบรวมวรรณกรรมจาก PubMed, Embase, PsycInfo และ CINAHL ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2009 ถึง พฤษภาคม 2018 ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงใจผ่านรูปแบบออนไลน์ใช้ได้ผลดีโดยเฉพาะทางโทรศัพท์ (Patel, Wakayama, Bass, & Breland, 2019) และการวิเคราะห์ห่อถักมานการประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมกับผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในชุมชน พบว่ามีประสิทธิภาพระดับปานกลางในการใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญต่อการเพิ่มระดับการออกกำลังกายของผู้ใหญ่ที่อาศัยอยู่ในชุมชน (SMD: 0.18, 95% CI: 0.06 ถึง 0.31, $p < .05$) (Barrett, Begg, O'Halloran, & Kingsley, 2018) นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมการใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงใจของนักศึกษาแพทย์ต่อผู้ป่วยเบาหวานชนิด 2 ผลการศึกษาพบว่า การสัมภาษณ์เพื่อ

เสริมสร้างแรงใจมีผลดีต่อผู้ป่วยเบาหวานชนิด 2 ทั้งนี้สองในสามของการศึกษาพบว่าผลลัพธ์ของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญอย่างน้อยหนึ่งอย่าง เช่น คอเลสเตอรอลรวม ไกลโคโปรตีนความหนาแน่นต่ำ ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต รอบเอว และ HbA1c (Thepwongsa, Muthukumar, & Kessomboon, 2017)

ทั้งนี้ การศึกษาของ Jiang, Wu and Gao (2017) ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงใจต่อการสื่อสารเสพติด ผลการศึกษาพบว่าช่องทางการนำการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงใจไปประยุกต์ใช้ได้แก่ ทางโทรศัพท์และมีประสิทธิผลดีจากหลักฐานการวิจัย นอกจากนี้ยังใช้ผ่านอินเทอร์เน็ตสามารถช่วยได้ดีในการป้องกันปัญหาการใช้สุรา สำหรับข้อความสั้น (SMS) สามารถใช้ในการควบคุมการสูบบุหรี่และดื่มสุราได้ สอดคล้องกับงานของ Miller, Foran-Tuller, Ledergerber, and Jandorf (2017) ทำการทบทวนวรรณกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงใจ พบว่า การใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงใจมีประสิทธิผลดีกว่ารูปแบบการปรึกษาแบบเดิม

นอกจากนี้ การศึกษาของ Pace, Dembe, Soma, Baldwin, Atkins, and Imel (2017) พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ให้การรักษากับความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับบริการ และหลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงใจมีผลต่อการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับบริการ และการศึกษาของ Kaltman and Tankersley (2020) ทำการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการสอนการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงใจในนักศึกษา

ด้านการแพทย์ พบว่า การมีหลักสูตรการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีความหลากหลายต่างกันไปตามเวลา เนื้อหา วิธีการสอน ซึ่งทำให้ได้ผลลัพธ์ในการวัดผลต่างกันไป ผลของการศึกษานับสนุนให้มีการจัดการเรียนการสอนพื้นฐานและมีการพัฒนาเป็นการวิจัยในระดับที่สูงขึ้นไปอีกด้วย

จากการศึกษากรณีตัวอย่างแสดงให้เห็นว่าการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีการนำมาใช้กับพฤติกรรมสุขภาพ การเสพติด ซึ่งให้ผลดีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อย่างไรก็ตามพบว่ายังขาดการติดตามผลในระยะยาว จึงทำให้ประสิทธิผลของการใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจยังเป็นที่สงสัยอยู่ อย่างไรก็ตามก็เป็นสัญญาณที่ดีในการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมให้มากขึ้น และปัจจุบันพบหลักฐานว่าในต่างประเทศมีการประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผ่านสื่อเทคโนโลยีเพื่อบำบัดพฤติกรรม แต่ยังมีข้อจำกัดในการประยุกต์ใช้องค์ประกอบของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจได้ทั้งหมด

สรุป

การสัมภาษณ์เพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจมีแนวคิดที่เชื่อว่าแต่ละคนมีพลังในการผลักดันตนเองให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ ผู้ให้การปรึกษาหรือบำบัดจึงทำหน้าที่ช่วยให้บุคคลสามารถนำพลังอำนาจที่มีอยู่ในตัวมาใช้ให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นธรรมชาติ โดยใช้กลยุทธ์ชักชวน การโน้มน้าว และการให้กำลังใจมากกว่าที่จะบีบบังคับ ออกคำสั่ง หรือเผชิญหน้าโต้เถียงกับผู้รับบริการ (Miller & Rollnick, 1991) เมื่อผู้รับบริการเปลี่ยนแปลงจากแรงจูงใจภายในก็จะสามารถหาวิธีการจัดการปัญหาของตนเองได้ คณะผู้เขียนมองว่า

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่น่าสนใจสำหรับช่วยเหลือผู้ที่มีความต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางบวก ซึ่งต่างประเทศได้มีการพัฒนาโดยประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวผ่านสื่อเทคโนโลยีมากขึ้น สอดคล้องเหมาะสมกับสถานการณ์ที่มีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี อย่างไรก็ตามในประเทศไทยยังไม่เห็นการศึกษาโดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผ่านสื่อเทคโนโลยีจึงเป็นข้อเสนอแนะที่เป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้น ซึ่งต่างประเทศที่ประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผ่านสื่อเทคโนโลยีเพื่อบำบัดพฤติกรรม ยังมีข้อจำกัดด้านข้อมูลเนื่องจากประสิทธิผลและวิธีการในการประยุกต์ใช้

บรรณานุกรม

- Barrett, S., Begg, S., O'Halloran, P., & Kingsley, M. (2018). Integrated motivational interviewing and cognitive behaviour therapy for lifestyle mediators of overweight and obesity in community-dwelling adults: a systematic review and meta-analyses. *BMC public health*, 18(1), 1160. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6062-9>.
- Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute. (2015). *Guideline to counseling and follow-up based on motivational interviewing for problem gambling*. Nonthaburi: The agricultural cooperative federation of Thailand, LTD. (in Thai).
- Hall, K., Gibbie, T., & Lubman, D. I. (2012). Motivational interviewing techniques-

- facilitating behaviour change in the general practice setting. *Australian family Physician*, 41(9), 661-667.
- Jiang, S., Wu, L., & Gao, X. (2017). Beyond face-to-face individual counseling: A systematic review on alternative modes of motivational interviewing in substance abuse treatment and prevention. *Addictive behaviors*, 73, 216-235. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.05.023>.
- Klansuwan, A. (2016). *The effect of motivational interviewing together with cognitive behavioral therapy program on adherence behaviors of amphetamine-dependent patients in a treatment center in Pathum Thani province*. (Master's thesis). Thammasat University, Bangkok. (in Thai).
- Likritalakul, T., Koomsiri, P., Dachaphanyawat, S., Sunanthachaikul, C., Srithong, I., & et al. (2019). The effectiveness of telephone-based motivational interviewing on people with gambling problem. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*, 13(2), 17-30. (in Thai).
- Likritalakul, T., Dachaphanyawat, S., Sunanthachaikul, C., Srithong, I., & Khanthongdee, A. (2017). *Research report: The effectiveness of telephone-based motivational interviewing on people with gambling problem*. Bangkok: Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute. (in Thai).
- Kaltman, S., & Tankersley, A. (2020). Teaching motivational interviewing to medical students: A systematic review. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 95(3), 458-469. <https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000003011>.
- Lundahl, B., & Burke, B. L., (2009). The effectiveness and applicability of motivational interviewing: A practice-friendly review of four meta-analyses. *Journal of Clinical Psychology*, 65(11), 1232-1245.
- Miller, S. J., Foran-Tuller, K., Ledergerber, J., & Jandorf, L. (2017). Motivational interviewing to improve health screening uptake: A systematic review. *Patient education and counseling*, 100(2), 190-198. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.08.027>.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S., (1995). What is motivational interviewing?. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.

- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013) *Motivational Interviewing: Helping People to Change*. (3rd ed.). New York: The Guilford Press.
- Pace, B. T., Dembe, A., Soma, C. S., Baldwin, S. A., Atkins, D. C., & Imel, Z. E. (2017). A multivariate meta-analysis of motivational interviewing process and outcome. *Psychology of addictive behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 31(5), 524-533. <https://doi.org/10.1037/adb0000280>.
- Patel, M. L., Wakayama, L. N., Bass, M. B., & Breland, J. Y. (2019). Motivational interviewing in eHealth and telehealth interventions for weight loss: A systematic review. *Preventive medicine*, 126, 105738. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.05.026>.
- Sangchanchai, P. (2004). *Evaluating the motivation to change behavior*. In Workshop on motivational interviewing. Chiang Mai: Suanprung Hospital. (in Thai).
- Sangchanchai, P. (2010). *Motivational interviewing for counseling and therapy*. In Training of personnel competency development project in counseling for gambling problems. Nonthaburi: Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute. (in Thai).
- Shingleton, R.M., & Palfai, T.P. (2016). Technology-delivered adaptations of motivational interviewing for health-related behaviors: A systematic review of the current research. *Patient Education and Counseling*, 99(1), 17-35. doi: 10.1016/j.pec.2015.08.005.
- Thepwongsa, I., Muthukumar, R., & Kessomboon, P. (2017). Motivational interviewing by general practitioners for Type 2 diabetes patients: a systematic review. *Family practice*, 34(4), 376-383. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz045>.
- Wanpen, W., Likritalakul, T., Koomsiri, P., Rattanaarai, N., Kamkaew, T., & et al. (2019). Effectiveness of motivational enrichment therapy for people with gambling problem in Thailand. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*, 64(3), 245-258. (in Thai).
- Wanpen, W., Likritalakul, T., Koomsiri, P., Rattanaarai, N., Kamkaew, T., & et al. (2017). *Research report: Effectiveness of motivational interviewing program in Persons with Problem Gambling Clinic for rehabilitation and psychological rehabilitation*. Bangkok: Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute. (in Thai).



Thai Journal of Clinical Psychology

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

Review Article

โควิด-19: การประยุกต์ใช้แนวทางการยอมรับและพันธะสัญญาในการเพิ่มสุขภาวะในความปกติใหม่

COVID-19: Application of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to Increase Well-being in The New Normal Life

เมธี วงศ์วิระพันธุ์^{1*}, ปิยะพันธุ์ นันตา¹, อานนท์ สีดาเพ็ง¹, กัญจน์ จันทร์ศรีสุคต¹, อภิชาติ ไตรแสง¹

¹ กลุ่มวิชาพัฒนาสุขภาพ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้

Matree Vongverapant^{1*}, Piyaphan Nunta¹, Anon Seedapeng¹, Gunn Chansrisukot¹, Apichart Traisaeng¹

¹ Health Development section, Faculty of Liberal Arts, Maejo University

* Corresponding author: e-mail. matree@gmaejo.mju.ac.th

Received: 20 January 2021 | Revised: 31 May 2021 | Accepted: 4 June 2021

บทคัดย่อ

องค์การอนามัยโลกประกาศให้การระบาดของ โควิด-19 เป็นการระบาดใหญ่ทั่วโลก ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินจำนวนมาก จีนเริ่มใช้แนวทาง "ปิดเมือง ปิดประเทศ" กับเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ศูนย์กลางการแพร่ระบาดแห่งแรก หลังจากนั้นประเทศอื่น ๆ ก็ค่อย ๆ ปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าว โดยมีจุดประสงค์เพื่อสกัดกั้นการแพร่กระจายของโควิด-19 มาตรการดังกล่าวได้เปลี่ยนชีวิตประจำวันของคนในสังคม "ความปกติใหม่" ทำให้คนต้องอยู่ในกิจกรรมอย่างแตกต่างจากเดิม เช่น การเว้นระยะห่างทางสังคม การต้องอยู่บ้าน หรือทำงานจากที่บ้าน ความปกติใหม่เป็นวิถีชีวิตใหม่ที่แตกต่างจากอดีต ส่งผลต่อรูปแบบและแนวทางปฏิบัติที่คนทั่วไปคุ้นเคยและคาดหวัง ต้องเปลี่ยนไปเป็นพฤติกรรมใหม่ที่จะกลายเป็นวิถีใหม่ภายใต้มาตรฐานใหม่ที่ไม่คุ้นเคย พฤติกรรมใหม่ที่กำลังกลายเป็นเรื่องปกติ ทำให้เกิดการปรับตัวและเปลี่ยนพฤติกรรมหลายอย่างเพื่อปกป้องชีวิตและลดโรคระบาด สถานการณ์เหล่านี้ส่งผลให้คนในสังคมวิตกกังวลโดยไม่รู้ตัว แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตจึงเป็นสิ่งที่ควรนำไปปรับใช้มากขึ้น การศึกษาแนวทางการบำบัดด้วยการยอมรับและความมุ่งมั่น (ACT) อันเป็นรูปแบบหนึ่งของกระบวนการบำบัดที่ใช้เพื่อจัดการกับความวิตกกังวลของผู้คนและปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เป็นการตอบสนองทั่วไปต่อสถานการณ์ที่ยากลำบากในชีวิต ดังนั้น ACT จึงเป็น

วิธีแก้ปัญหาที่สามารถทำได้โดยได้รับการสนับสนุนจากนักจิตวิทยา หลักการสำคัญมีคุณค่าในการประยุกต์ใช้ได้ดี และผู้คนสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

คำสำคัญ: โควิด-19, การบำบัดด้วยการยอมรับและพันธสัญญา, ความปกติใหม่

Abstract

The World Health Organization declared the COVID-19 epidemic a global pandemic, causing substantial loss of life and property. China started a "Lockdown" approach with Wuhan, Hubei Province, the first epicenter of the epidemic. After that, other countries gradually followed the practice with an intention to block the spread of COVID-19. The practice transformed human daily lives. The "new normal" caused people to live in differences such as social distancing, locking down or working from home. The new normal was a new lifestyle that was different from the past. It affected the patterns and practices that people were normally familiar with and anticipate. It changed to a new behavior that would become a new way under a new unfamiliar standard. New behaviors that became normal caused adaptation and changed many behaviors to protect lives and reduce epidemics. The situation resulted in anxiety without awareness. Mental health promotion was therefore a guideline that should be applied more. Acceptance and Commitment Therapy (ACT), a form of therapeutic process was used to deal with people's anxiety and inappropriate emotional interactions. It's a common response to difficult situations in life, so ACT was the solution that can be achieved with the support of the psychologist. Its essential principles were valuable in application as well as being, able to be applied in the daily life by people.

Keywords: COVID-19, Acceptance and Commitment Therapy, New normal

บทนำ

ไวรัสโคโรนามีการลุกลามขยายตัวไปอย่างรวดเร็วทั่วโลกในขณะนี้ องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การแพร่ระบาดของโควิด-19 เป็นภาวะการระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) ก่อให้เกิดความสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สินแก่ประชาชนเป็นอย่างมาก สถานการณ์การระบาดนี้เริ่มจากประเทศจีนมาตั้งแต่เดือนมีนาคม 2563 แล้วเข้าไปหลายพื้นที่ทั่วโลก จัดว่าเป็น

ปัญหาร้ายพิบัติอันหนึ่งที่เกิดขึ้นนอกเหนือจากภัยธรรมชาติต่าง ๆ ที่พบบ่อยครั้ง เป็นความรุนแรงที่ต้องมีมาตรการป้องกันและลดผลกระทบจากจากสาธารณภัยอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน คือการลดความความเสี่ยงจากสาธารณภัย (Department of Disaster Prevention and Mitigation, 2013) สถานการณ์ระบาดครั้งนี้มีความเปลี่ยนแปลงรวดเร็วมาก การแพร่ระบาดในเอเชียตะวันออก จีนที่เป็นจุดเริ่มต้น กับเกาหลีใต้ ญี่ปุ่น ฮองกง ไต้หวัน กลับมีการระบาดที่ชะลอ

ตัวลงอย่างเห็นได้ชัด และมีการระบาดระลอกใหม่ในระยะเวลาอีกไม่นานนัก แต่ในอีกซีกหนึ่งของโลกไม่ว่าจะเป็นตะวันออกกลาง ยุโรป อิตาลี กลุ่มประเทศอาเซียนรวมทั้งประเทศไทย ซึ่งน่าจะควบคุมได้แล้ว กลับพบว่ามีตัวเลขการติดเชื้อได้พุ่งขึ้นสูงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะทวีปยุโรปการระบาดจากอิตาลีเกิดการแพร่เข้าไปสมาชิกประชาคมยุโรปอย่างหนักมาก มียอดผู้ป่วยและเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่สหรัฐอเมริกาพบยอดผู้ป่วยสูงกว่าประเทศต่าง ๆ ในโลก สถานการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นในฝั่งซีกโลกตะวันตกแต่ละประเทศล้วนได้ชื่อว่าเป็นประเทศพัฒนาแล้ว ที่มีทั้งยา อุปกรณ์ และบุคลากรทางการแพทย์ และการจัดการกับโรคติดต่อมากมาย ปรากฏการณ์ครั้งนี้จึงจะกลายเป็นบทพิสูจน์สำคัญของเหล่าประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ที่จะต้องช่วยกัน เพราะแทบไม่เหลือพื้นที่ประเทศใดในโลกแล้วที่ยังไม่พบผู้ติดเชื้อโควิด-19

ประเทศไทยเป็นประเทศที่ 2 ที่มีการระบาดโรคโควิด-19 ต่อจากประเทศจีน กระแสการแพร่กระจายที่ค่อย ๆ ออกจากจีนไปยังประเทศเพื่อนบ้าน มีแนวโน้มว่าขยายตัวมากขึ้นเรื่อย และข้ามไปยังภูมิภาคอื่นของโลก โควิด-19 อาจจะไม่รุนแรงสำหรับคนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81) แต่กลับเป็นโรคที่น่ากลัวสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัวบางอย่าง เช่น โรคหัวใจ โรคหอบ และสิ่งที่จะช่วยลดหรือป้องกันการระบาดของไวรัสเพื่อมิให้ระบาดไปถึงกลุ่มเสี่ยงคือ การหลีกเลี่ยงการปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นคนกลุ่มเสี่ยงหรือไม่ ยุทธวิธีที่จีนใช้ต่อสู้ปราบปรามโรคโควิด-19 ก็คือ “ปิดเมือง ปิดประเทศ” (Lockdown) เริ่มจากนครอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ศูนย์กลางแรกของการแพร่ระบาดประชาชนที่ติดอยู่ภายใต้มาตรการปิดเมืองอาจ

มากกว่า 1 ใน 3 เลยทีเดียว ซึ่งประเทศแรกที่ใช้มาตรการอันแสนเข้มข้นนี้ คือ ประเทศจีน ที่ณ เวลานั้น มีผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ยืนยันสะสมราวหมื่นคน ก่อนที่ประเทศอื่น ๆ จะค่อย ๆ ทอยยปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่อง ทุกวันนี้เราพบกับชีวิตประจำวันที่กลับด้านอย่างสิ้นเชิงและไม่รู้จะยืดยาวนานไปอีกสักแค่ไหน เมื่อมาตรการปิดเมือง (Lockdown) สกัดกั้นการลุกลามของโควิด-19 เข้ามาเปลี่ยนแปลงชีวิตประจำวันของมนุษย์ทั่วโลกแบบกลับด้าน แม้มาตรการผ่อนคลาย/ยกเลิก แม้ “โควิด-19” พ้นไป แต่มาตรการอาจถาวร และจะกลายเป็น “ความปกติใหม่” (New Normal) ที่ไม่อาจปฏิเสธได้เลย ตั้งแต่การระบาดของโรคเกิดขึ้นที่ผ่านมา มนุษย์โลกต้องใช้ชีวิตภายใต้มาตรการอันเข้มงวดที่แตกต่างกันไป

โรคโควิด-19 เป็นโรคระบาดที่มีผลกระทบกับสังคมในหลายแง่หลายมุม ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับบุคคลและสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อมทั้งด้านบวกและด้านลบ มิติด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ซึ่งทั้งเกิดขึ้นใหม่หรือมีอยู่เดิมแต่ได้รับบทบาทใหม่ ในช่วงวิกฤตการณ์ ไม่ว่าจะเป็นเพื่อการป้องกันตัวเอง การบริหารจัดการ และการติดต่อสื่อสาร ช่วงเวลาที่ไวรัสร้ายกำลังคุกคามโลก ทำให้เห็นว่าวิทยาศาสตร์เป็นศาสตร์วิชาที่มีความสำคัญมาก ไม่ว่าจะเป็นการตรวจหา การรักษา และการป้องกันไวรัสโคโรนา สำหรับบุคลากร แพทย์ พยาบาล และสายงานต่าง ๆ ที่สนับสนุนปฏิบัติช่วยแก้สถานการณ์ พวกเขาเหล่านั้นกำลังประสบปัญหาและความยากลำบากในระดับต่าง ๆ กันไป จึงต้องใช้องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์มาใช้เป็นสำคัญ นับตั้งแต่โควิด-19 ระบาดนี้ นักวิจัยและนักวิทยาศาสตร์ทั่วโลกต่างก็เร่งคิดค้นวัคซีนเพื่อต้านเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ เพราะ

เป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยลดความรุนแรง และลดการระบาดของโรค ในขณะที่วัคซิ่นโรคโควิด-19 กำลังมีการผลิตและทดสอบ ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หรือ โควิด-19 ก็ได้กลายพันธุ์แล้วอย่างน้อย 33 สายพันธุ์ ตามสภาพการติดต่อในหลายพื้นที่ของโลก อาจทำให้กระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 และการผลิตวัคซิ่นต่างสายพันธุ์กันยุ่งยากซับซ้อนขึ้นอีก ส่วนมิติทางสังคมศาสตร์ ไม่อาจมองข้ามประเด็นสำคัญนี้ไปได้ ไม่ว่าจะเป็นความเชื่อและวัฒนธรรม กฎหมาย ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ซึ่งหากสามารถมองภาพรวมให้เห็นความเกี่ยวเนื่องกันระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ในความสัมพันธ์ระหว่างวิทยาศาสตร์ และสังคมศาสตร์ได้ จะทำให้นักวิชาการสามารถสร้างสรรค์และพัฒนาชีวิตวิถีใหม่ได้อย่างมั่นคง ส่งผลให้สามารถข้ามผ่านภาวะวิกฤตในชีวิตแล้วเกิดความสุขหรือพึงพอใจในชีวิตของตน มีเป้าหมายและความคาดหวังในชีวิต (Jungsatriegun, 2002; Banthip & Nilmanat, 2013; Thongprateep, 2009; Anandarajah & Hight, 2001; Carson & Green, 1992)

ความปกติใหม่ไม่ใช่สถานการณ์ที่เกิดขึ้นที่ราบเท่าที่โควิด-19 ยังอยู่ แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างและกินระยะเวลานาน ความปกติใหม่คือรูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างใหม่ที่แตกต่างจากอดีต อันเนื่องมาจากมีบางสิ่งมากระทบจนแบบแผน และแนวทางการปฏิบัติที่คนในสังคมคุ้นเคยอย่างเป็นปกติและเคยคาดหมายล่วงหน้าได้ ต้องเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมใหม่ที่จะกลายวิถีใหม่ภายใต้มาตรฐานใหม่ที่ไม่คุ้นเคย พฤติกรรมใหม่ที่กลายมาเป็นปกติ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขนาดใหญ่ “กินร้อน ช้อนแยก ล้างมือ” ที่รณรงค์กันมาตลอดจนเป็นกิจวัตรที่ทำกันเป็น

ประจำ ขณะเดียวกันพฤติกรรมรวมกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อจะระมัดระวังกันมากขึ้น ในทุกประเทศทยอยกำหนดให้ประชาชนในสังคมปฏิบัติตนแบบนี้ จนศูนย์กลางธุรกิจ สถานที่ท่องเที่ยวเจียบเหงาไร้ผู้คน และการประกอบธุรกรรม จีบจ่ายใช้สอย กิจกรรมทางวัฒนธรรมที่มีการประชาชนมาร่วมกัน เช่น วันมาฆบูชาของชาวพุทธ เป็นวันมงคลทางศาสนาที่เชื่อมโยงกับวิถีการพัฒนาและการใช้ชีวิตของชาวโลก แต่สถานการณ์นี้ทำให้การทำบุญจำเป็นต้องงด เนื่องจากโลกกำลังประสบปัญหากับภัยใหม่ที่เกิดจากสิ่งที่มองไม่เห็น นั่นคือปรากฏการณ์การแพร่ระบาดใหญ่

เจ้าของกิจการหลายคนต้องปรับชีวิต ปรับธุรกิจใหม่ เพื่อพ่วงตัวให้อยู่รอด การปรับรูปแบบการขาย ได้แก่ การขายบริการส่งถึงบ้าน การขายที่มุ่งเป้าหมายไปยังตลาดนัดด้วยการทำอาหารแพ็คเกจกล่องและกาแฟสดแบบบรรจุขวด การออกขายตามตลาดนัด การเปิดท้ายรถเพื่อขายของ เป็นต้น การตกงานของกลุ่มประชาชนในธุรกิจที่มีการปิดตัวลง ในขณะที่ยังมีค่าใช้จ่ายต้องรับผิดชอบทั้งค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าใช้จ่ายในครอบครัว ทำให้ต้องมีเงินส่วนต่างมาหมุนใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน การเจ็บป่วย การหยุดงาน หรือตกงาน ส่งผลไปสู่การสูญเสียรายได้ ซึ่งจะส่งผลกระทบไปสู่ค่าใช้จ่ายภายในครัวเรือน โดยการสูญเสียงานหรือเสียรายได้นี้จะเกิดขึ้นกับคนที่มีฐานะยากจนที่เป็นแรงงานนอกระบบ (Informal Worker) มากกว่าคนที่มีรายได้แน่นอน และมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นในกลุ่มประเทศด้อยพัฒนา/กำลังพัฒนามากกว่ากลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว ดังนั้นผลกระทบจากการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 นี้ จะส่งผลต่อเนื่องไปสู่ระดับความยากจนและความเหลื่อมล้ำที่จะเพิ่มสูงขึ้นได้ รวมทั้งผลกระทบในระยะสั้นที่

เกิดขึ้นเหล่านี้อาจส่งผลไปสู่ผลกระทบระยะยาวได้ ทำให้ประเทศสูญเสียขีดความสามารถในการแข่งขันและการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจในระยะยาว (Long-Term Economic Growth) เนื่องจากจะต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมากในการป้องกันและรักษาเชื้อไวรัสโควิด-19 นี้ จนขาดแคลนทรัพยากรในการลงทุน ในโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็น นอกจากนี้ยังเกิดการสูญเสียทางด้านทุนมนุษย์ (Human Capital) ของประเทศที่เกิดจากเจ็บป่วยเรื้อรัง โรคที่เกี่ยวข้องกับปอด รวมไปถึงกิจกรรมด้านการศึกษาที่นักเรียนนักศึกษาจะต้องหยุดเรียนอันส่งผลต่อระบบการพัฒนาทุนมนุษย์

ปันสุข ปันใจ

การตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับประชาชนในพื้นที่ของประเทศไทย ทำให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอาศัยอำนาจตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชน กำหนดมาตรการให้ความช่วยเหลือเร่งด่วน โดยให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19) ด้านการดำรงชีพเพื่อบรรเทาให้กับประชาชนผู้ที่ได้รับความเดือดร้อน การดูแลให้การช่วยเหลือมอบสิ่งของจำเป็นให้กับสมาชิกชุมชนที่ต้องกักตัวอยู่ในสถานที่ของตนเอง การมอบของใช้ให้ลูกบ้านที่ต้องกักตัวของชุมชน การบริการเชิงรุกอย่าง เช่น โครงการล้างมือหน้าบ้าน ล้างมือหน้าโรงเรียน ล้างมือหน้าสำนักงาน ล้างมือหน้าวัด ใครเข้าใครออก เข้าบ้านออกบ้านจะต้องมีการล้างมือด้วยสบู่ เป็นต้น นอกจากนี้โครงการช่วยเหลือโดยการนำสิ่งของบริจาคไปตั้งในที่ชุมชนเพื่อให้เกิดการแบ่งปันซึ่งสามารถช่วยบรรเทาทุกข์ได้บ้างกลายเป็นน้ำใจที่ประเมินค่าไม่ได้สำหรับผู้

เดือดร้อนขาดแคลน และยังเป็นบทพิสูจน์ได้อย่างดีว่าคนไทยมีน้ำใจแก่กัน โดยเจ้าของโครงการตู้ปันสุขอธิบายถึงกิจกรรมดังกล่าวว่าได้นำแนวคิด Free Pantry ของต่างประเทศมาลองทำในประเทศไทย กิจกรรมการแบ่งปันอาหารในชุมชนขณะที่เกิดภาวะวิกฤติต่าง ๆ “หยิบไปเท่าที่จำเป็นและแบ่งปันเท่าที่ทำได้” (Take what you need Give what you can) ซึ่งเป็นการทำให้สังคมไทยได้มีการแบ่งปันและมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน “ปันสุข ปันใจ” ในยุคโควิด-19 ที่ผู้คนทั่วโลกเดือดร้อนและประสบกับปัญหาทางการเงินกันถ้วนหน้า “ตู้ปันสุข” เป็นการส่งมอบถึงมือถึงคน ใจถึงใจ ปลอดภัยจากโควิด-19 รวมทั้งเป็นวิธีเล็ก ๆ ที่จะมอบความรักให้กัน ในมุมเล็ก ๆ ของโลก เป็นส่วนเล็กน้อยที่นำสิ่งของต่าง ๆ ไปแลกเปลี่ยนเพราะด้วยเหตุจากเศรษฐกิจที่ตกงาน การขาดรายได้จึงมีแต่ไปหยิบ เก็บเอาของไปใช้ เป็นกิจกรรมแบ่งปันกันอย่างพอเหมาะในสังคมรวมทั้งส่งต่อกิจกรรมดี ๆ ออกไปจนเกิดเป็นความปกติใหม่ของการแบ่งปันในสังคมยุคใหม่ที่สร้างรอยยิ้ม และสู้ภัยโควิด-19 ไปด้วยกัน

ประชาชนกลับมาใช้ชีวิตประจำวันกันตามปกติอีกครั้ง แต่การกลับมาดำเนินชีวิตประจำวันที่เราเรียกว่า “ปกติ” กลับกลายเป็น “ความปกติใหม่” ที่สลับซับซ้อนจนกลับด้านอันเป็นผลมาจากมาตรการปิดเมืองที่แสนเข้มข้นจนต้องปรับตัวและเปลี่ยนพฤติกรรมหลายอย่างเพื่อป้องกันตัวเอง ช่วยลดการระบาดโรคและเพื่อการอยู่รอดของชีวิต สำหรับคนทำงาน นอกจากจะเครียดเรื่องการทำงานแล้ว ก็ยังต้องเครียดกับการป้องกันตัวเองไม่ให้ติดเชื้อโควิด-19 ด้วย หลายคนได้ทำงานอยู่ที่บ้านก็มีความเครียด จากการไม่ได้ออกไปไหนร่วมด้วย ส่วนคนที่ยังต้องออกไปทำงาน

ตามปกติ ก็มีความเครียดจากการระวังตัวจากเชื้อโรครมากขึ้น บางครั้งการตระหนักรู้ก็มากเกินไปจนกลายเป็นความตื่นตระหนก และส่งผลให้เกิดความเครียดขึ้นโดยไม่รู้ตัวเข้าสู่ภาวะการเจ็บป่วยที่มาจากสุขภาพทางกาย ดังนั้นเพื่อไม่ให้เกิดวิกฤตสุขภาพหนักไปกว่านี้ การป้องกันวิกฤตสุขภาพทางใจจึงเป็นแนวทางที่ควรนำมาใช้เพิ่มมากขึ้น

ความปกติใหม่ กับ Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

การแพร่ระบาดของโควิด-19 เป็นช่วงเวลาที่ประชาชนต้องเผชิญกับความเครียดอย่างมากต่อความปกติใหม่ที่เกิดขึ้นในสังคม คนในสังคมต้องอดทนรอคอยต่อการเข้าถึงบริการความช่วยเหลือจากของภาครัฐ และการสนับสนุนทางสังคมที่ลดลง ในขณะที่เวลาในการดูแลตัวเองลดลง และมีความยากลำบากในการรักษาสุขภาพร่างกายและอารมณ์ของตนเอง รวมทั้งบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวอีกด้วย การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่เกิดจากโควิด-19 ได้ทำให้เกิดการปรับตัวและบังคับให้ผู้คนในสังคมต้องใช้ชีวิตอยู่กับความกังวล และความไม่แน่นอนของการเปลี่ยนแปลงในกิจวัตรประจำวันที่เกิดขึ้น การนำแนวคิดของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธสัญญา (Acceptance and Commitment Therapy: ACT) ซึ่งเป็นกระบวนการบำบัดทางจิตวิทยาประเภทหนึ่งที่มีผู้ใช้กับผู้รู้สึก ‘ติดขัด’ (stuck) อันเกิดขึ้นเนื่องจากสถานการณ์ชีวิตที่เพิ่มความซับซ้อน โดยจุดเน้นของ ACT คือการสร้างชีวิตที่มีความหมาย แม้จะมีความยากลำบากที่เราทุกคนพบเจอในชีวิตก็ตาม

การบำบัดด้วยการยอมรับและพันธสัญญา (Acceptance and Commitment Therapy: ACT) มีรากฐานมาจากกระบวนการ ใช้ภาษาของมนุษย์ ซึ่งตัวของภาษาเองนั้นสามารถมอบทั้งความสุขและความทุกข์ยาก (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012) โดยสามารถช่วยให้ผู้รับบริการสามารถรู้เท่าทัน ความคิดของตนเองได้โดยไม่จมไปกับความคิด และไม่ตัดสิน เช่น มีความคิดเกี่ยวกับตนเองว่า “ฉันเป็นคนไม่ดี” ผู้รับบริการที่เรียนรู้ทักษะจาก ACT โดยสามารถรู้ตัวและบอกกับตนเองได้ว่า “ฉันสังเกตเห็นความคิดที่ว่าฉันเป็นคนไม่ดีเกิดขึ้น” ผู้รับบริการจะสามารถแยกความคิด และความจริงออกจากกันได้ เพราะความคิดก็คือสิ่งที่ตนเองสร้างขึ้น แต่ความจริงมิได้เป็นเช่นนั้น (Hayes, Levin, Vilardaga, Villatte, & Pistorello, 2013) การบำบัดด้วยการยอมรับและพันธสัญญา ตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักการ 6 ประการร่วมกันเพื่อจัดการกับความไม่ยืดหยุ่นทางจิตวิทยาทั้ง 6 ลักษณะได้แก่ 1) การหลอมรวมกับความคิด (Cognitive fusion) 2) การหลีกเลี่ยงประสบการณ์ (Experiential avoidance) 3) การสูญเสียความยืดหยุ่นทางความคิดที่ติดต่อกับภาวะปัจจุบัน (Loss of flexible contact) 4) การยึดติดกับความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Attachment to a conceptualized self) 5) การเกิดปัญหาต่อการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่า (Values problems) และ 6) การอยู่เฉย (Inaction)

หลักการสำคัญ 6 ประการของการบำบัดด้วย ACT (Hayes, Levin, Vilardaga, Villatte, & Pistorello, 2013) ประกอบไปด้วยรายละเอียดดังนี้ 1) การแยกความคิด (Cognitive Defusion) การพิจารณาความคิดที่เกิดขึ้นด้วยวิธีการใหม่ ซึ่งจะช่วยลดผลกระทบของความคิดที่ส่งผลต่อความทุกข์ เป็นการทำให้ผู้รับบริการ

เกิดความเข้าใจใหม่ว่า “ความคิดเป็นเพียงคำพูดหรือเรื่องราวที่เกิดขึ้นภายในจิตใจเท่านั้น ซึ่งอาจเป็นความจริงหรือไม่จริงก็ได้” ผู้รับบริการสามารถเฝ้าดูความคิดที่เกิดขึ้นเหล่านั้นโดยไม่จำเป็นต้องเชื่อหรือตอบสนอง 2) การยอมรับ (Acceptance) การเปิดใจมากยิ่งขึ้นเพื่อให้สามารถรับประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาทั้งความคิด ความรู้สึก ความทรงจำต่าง ๆ ที่ตนเองไม่ต้องการ “ยอมให้เกิดขึ้นและไม่ต่อต้าน หลีกหนีหรือพยายามควบคุม” โดยค่อย ๆ ให้ความคิด ความรู้สึก และความปรารถนา อันรุนแรงที่เกิดขึ้นนั้นค่อย ๆ หายไปเอง 3) การเชื่อมโยงกับปัจจุบัน (Contact with the Present Moment) การมีสติอยู่กับปัจจุบันและสิ่งที่เกิดขึ้นในแต่ละขณะ รวมไปถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งที่กำลังกระทำอยู่อย่างเต็มที่ โดยเป็นการรับรู้ด้วยใจที่เปิดกว้าง 4) ตัวตนเป็นบริบท (Self as Context) การเป็นส่วนหนึ่งของตัวตนซึ่งทำหน้าที่สังเกตความคิดและความรู้สึกที่มีปัญหาโดยไม่จมไปกับความคิดและความรู้สึกด้านลบ ดังกล่าวอาทิเช่น ความเครียด ความกังวล และความเจ็บปวด โดยเป็นการอยู่กับปัจจุบัน เพราะตัวตนของเราเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์และกาลเวลาอยู่ตลอดเวลา 5) การระบุสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับเรา (Values) การมีชีวิตอย่างมีคุณค่าโดยมีเป้าหมายและพร้อมที่จะปฏิบัติ เพื่อเติมเต็มหรือทำให้ชีวิตตนเองมีความหมาย ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในจิตใจของบุคคลอย่างแท้จริง โดยคุณค่าใด ๆ ที่บุคคลเลือกนั้น “เป็นการเลือกด้วยความเต็มใจ” มิใช่การเลือกเพราะความจำเป็นหรือด้วยเหตุผลที่เป็นเป้าหมาย จึงกล่าวได้ว่า การได้รู้จัก “คุณค่า” ช่วยให้ผู้บุคคลมีสิ่งที่ยากจะยั้งยัดในชีวิต เป็นหลักการที่ช่วยกำหนดทิศทางและมอบกำลังใจในการดำเนินชีวิต 6) การลงมือปฏิบัติตามพันธสัญญา

(Committed Action) การลงมือปฏิบัติอย่างเต็มประสิทธิภาพ โดยมีความสอดคล้องกับสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับเราอันเป็นผลทำให้บุคคลมีชีวิตที่มีคุณค่า เป็นการลงมือทำอย่างมุ่งมั่นและทุ่มเท ถึงแม้จะล้มเหลวหลายครั้งก็ตาม ซึ่งเป็นความรับผิดชอบของตนเองในการปฏิบัติตามสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับเราหรือคุณค่าที่ตัวเองมี

ACT จึงเป็นกระบวนการบำบัดที่มีประโยชน์มากในการใช้เพื่อจัดการกับความวิตกกังวลของผู้คน และการโต้ตอบทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมอันเป็นการตอบสนองที่มักจะเกิดขึ้นต่อสถานการณ์ที่ยากลำบากในชีวิต ดังนั้น ACT จึงเป็นวิธีการช่วยเหลือรูปแบบหนึ่งที่สามารถทำได้โดยได้รับการสนับสนุนจากนักจิตวิทยา/ผู้ให้การช่วยเหลือที่ได้รับการฝึกฝนมาก่อน รวมทั้งหลักการสำคัญของมันมีคุณค่าในการนำไปประยุกต์ใช้อย่างดี Jitka Vseteckova (2020) ได้นำเสนอการประยุกต์ใช้ ACT ผ่าน 5 กิจกรรม เพื่อนำไปใช้ในชีวิตประจำวันของผู้คนในสังคมได้โดยด้วยตนเองดังนี้

1. การอยู่ในช่วงเวลานี้ (Being in the moment) บ่อยครั้งที่เราใช้เวลาส่วนใหญ่ในอดีต (ครุ่นคิดถึงสิ่งต่าง ๆ ย้อนดูเหตุการณ์ในอดีต หวังว่าเราจะทำสิ่งที่แตกต่างออกไป) หรือในอนาคต (กังวลเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้น การคิดล่วงหน้าไปยังสถานการณ์ที่เลวร้ายที่สุด) จึงเป็นเรื่องยากที่เราจะยอมให้ตัวเอง ‘อยู่’ ในช่วงเวลานั้น แต่ถ้านึกถึงช่วงเวลาที่เรารู้สึกดีที่สุด ประโยชน์สูงสุดในชีวิตเรามักจะทำแบบนั้น ตัวอย่างเช่น เมื่อเดินบนชายหาดแล้วเรารู้สึกมีความสุขที่เกิดขึ้นขณะนั้น ความอร่อยในรสชาติอาหารที่เรากินในระหว่างมื้ออาหาร เป็นต้น ดังนั้นในมาตรการล็อกดาวน์ที่เกิดขึ้นในสังคม จึงอาจทำให้ผู้คนในสังคมได้ดูแลป้องกัน

ตนเอง การทำให้ประสบการณ์เหล่านี้มีมากขึ้น ในขณะนั้น และจากนั้นจึงเพิ่มความตระหนักในเรื่องนี้ในกิจกรรมประจำวันทั้งหมดของเรา การฝึกเทคนิคการคิดเช่นนี้เป็นวิธีการช่วยป้องกันความทุกข์ที่เราารู้สึก เมื่อจมอยู่กับอดีตหรืออนาคตอยู่ตลอดเวลาด้วยความปกติใหม่ที่เกิดขึ้นนั่นเอง

2. รู้ว่าอะไรสำคัญ (Knowing what matters) บ่อยครั้งที่เราประสบกับความทุกข์ เพราะเรากำลังทำสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับเราของเรา ตัวอย่างเช่น เมื่อเราเห็นคุณค่าความปลอดภัยของเรา แต่อาจผิดหวังกับคนที่เรารักที่ไม่ใส่ใจในเรื่องนั้นเลย หรือการที่เราอยากจะใช้ชีวิตที่มีสิ่งเร้าใจ/ผจญภัย แต่ยังรู้สึก ‘ติดขัด’ ในวิถีชีวิตประจำวันที่ทำอยู่เป็นประจำ เป็นต้น สิ่งสำคัญในการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับเราประการแรกคือ การใช้เวลาในการไตร่ตรองสิ่งที่เรามีอยู่ และพิจารณาให้รู้ว่าอะไรสำคัญในชีวิตของเรา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะที่กำลังมีการระบาดของโรคโควิด-19

3. ทำในสิ่งที่ต้องทำ (Doing what it takes) เมื่อเราระบุสิ่งที่สำคัญได้แล้วขั้นตอนต่อไปคือการหาสิ่งที่ช่วยให้เราดำเนินชีวิตตามสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับเราเหล่านี้และสิ่งที่ “ยืดโยง” เรา หรือดึงเรากลับจากการใช้ชีวิตแบบนี้ จึงเป็นเรื่องปกติที่จะพิจารณาว่า สิ่งที่ยืดโยงเราได้ นั้น ต้องเป็นสิ่งที่ใช้งานได้จริง เช่น เวลา หรือเงิน เป็นต้น และการมีวิธีการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับเราเช่นนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง การยืดโยงมักจะมีผลเชื่อมโยงกับอารมณ์อยู่เสมอ เช่น ความรู้สึกไม่ดีที่เกิดจากความกังวลว่าคนอื่นจะคิดอย่างไร และการไม่มั่นใจในการเปลี่ยนแปลง เป็นต้น เมื่อทราบสิ่งเหล่านี้แล้วเราก็อยู่ในฐานะที่จะ

"มุ่งมั่นลงมือทำ" (committed action) เพื่อทำการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ให้ดีขึ้น

4. การยอมรับ (acceptance) หลายคนไม่ชอบคำว่า “การยอมรับ” เนื่องจากเรามักจะถูกบอกให้ “ยอมรับ” กับสิ่งต่าง ๆ มากกว่า “การจัดการแก้ไข” หรือการที่เราอาจจะต้องหยุดบนหรือ “นำสิ่งนั้นเข้ามารวมด้วย” สิ่งที่เกิดขึ้นนี้มักจะทำให้รู้สึกว่าไม่ถูกต้องและไม่ยุติธรรม แต่ “การยอมรับ” ในการบำบัดแบบ ACT นั้นหมายถึงความสามารถในการเปิดกว้าง และสร้างพื้นที่ว่างสำหรับความรู้สึกเจ็บปวด ความรู้สึกที่เรงเร้าและอารมณ์ แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าเราจะชอบสิ่งที่เกิดขึ้น หรือเราต้องการให้สิ่งที่เกิดขึ้นอยู่เท่านั้น แต่สิ่งที่เราต้องการให้เกิดขึ้นคือ “การยอมรับ” แทนที่เราจะลงทุนใช้พลังงานในการต่อสู้กับสิ่งที่เกิดขึ้น ต่อต้านสิ่งที่เกิดขึ้น วิ่งหนีจากสิ่งที่เกิดขึ้น หรือถูกรอบงำ เราควรจะลงทุนใช้พลังของเราไปทำในสิ่งอื่น ๆ และให้คุณค่ากับผู้คนที่สำคัญสำหรับเราจริง ๆ “การยอมรับ” จึงช่วยให้เรามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นมาก แม้ว่าความเครียดจากภายนอกจะยังไม่หมดไป ตัวอย่างเช่น การใช้วิถีชีวิตที่มีความสุขกับภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้น หรือการไม่เครียดกับเหตุการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่อาจทำให้เราวิตกกังวล เป็นต้น

5. สังเกตความคิดของเรา (Noticing our thinking) ส่วนสำคัญของการพัฒนาทักษะในการยอมรับ (acceptance) การมีสติ (mindfulness) และการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับเรา ได้แก่ การเริ่มสังเกตเห็นความคิดที่เรามี และบางครั้งเราตอบสนองต่อสิ่งเหล่านั้นโดยอัตโนมัติอย่างไร โดยเริ่มจากสิ่งที่เกิดขึ้นจากจิตใจของเรา แล้วค่อย ๆ พัฒนาขึ้นเพื่อสังเกตให้เห็นสิ่งที่เป็นอันตราย และการทำ

ให้เราปลอดภัย สิ่งนี้มีประโยชน์อย่างมากสำหรับการอยู่รอดของเรา แต่จุดอ่อนที่เกิดขึ้นคือ เมื่อเราอยู่ในสภาพแวดล้อมทางร่างกายที่ปลอดภัยแล้ว แต่สมองของเรากลับยังคงคิดถึงอันตรายนั้น ๆ อยู่ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องสุขภาพร่างกาย คนที่เรารัก ความนับถือต่อตนเอง หรือผลประโยชน์ของเรา ดังนั้นแล้วในบางครั้งเราจำเป็นต้องชะลอความคิดและตัดสินใจว่าเราเห็นด้วยกับแนวความคิดนี้หรือไม่ หรือถ้าสิ่งนั้นๆ ไม่ได้ช่วยเราในช่วงเวลาปัจจุบัน ถ้าไม่เป็นประโยชน์ก็ช่วยโยนมันทิ้งไปเสียบ้าง ความคิดที่เกิดขึ้นนั้นทำให้เรามีอิสระในการตัดสินใจว่าเราต้องการตอบสนองอย่างไรต่อไป

ในขณะนี้ได้เริ่มมีการศึกษาวิจัยที่นำแนวคิดของ Acceptance and Commitment Therapy (ACT) ไปใช้แล้วพบว่า เป็นแนวการบำบัดที่ช่วยส่งเสริมการพัฒนาความสามารถของจิตใจให้มีสุขภาวะเพิ่มขึ้น เพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตใจ รวมทั้งการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพิ่มมากยิ่งขึ้นในภาวะที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (Kroska, Roche, Adamowicz, & Stegall, 2020)

วิธีการ FACE COVID ในการดูแลจิตใจของตนเองช่วงการระบาดโรคโควิด-19

ภาวะการระบาดของโควิด-19 สร้างความตื่นตระหนกให้กับผู้คนทั่วโลก และคนส่วนใหญ่กังวลว่าจะติดโรคนี้ จึงหาวิธีป้องกันตัวเองและคนใกล้ชิดหลากหลายรูปแบบ จนกลายเป็นสร้างความเครียดในการใช้ชีวิตไปแบบไม่รู้ตัว กระบวนการแก้ไขปัญหาคovid-19 เริ่มต้นจากการเข้าหาทีมแพทย์ชั้นนำของประเทศไทยเพื่อรับฟังความคิดเห็นต่าง ๆ สิ่ง

ทุกคนต้องทำคือการหาความรู้และข้อมูลที่เชื่อถือได้ เพื่อใช้ในการวางแผนใช้ชีวิตและเตรียมรับมือสถานการณ์ที่เหมาะสม โดยสิ่งที่ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพคือ การได้รับการยอมรับ ซึ่งแนววิธีการต่าง ๆ ได้ตรงจุด และทำให้การแพร่ระบาดของไวรัสสงบลงได้ระยะหนึ่ง แต่เนื่องจากภาวะภัยพิบัติได้ส่งผลให้ประชาชนในสังคมเกิดความเครียดหลังเกิดภัยพิบัติ เป็นผลกระทบทางจิตใจกับผู้คนในวงกว้างพอ ๆ กับการติดเชื้อในขณะที่มีการแพร่ระบาดนั้น Russ Harris (2020) ได้นำเสนอวิธีการ “FACE COVID” เพื่อรับมือกับความเครียดในช่วงของการระบาดโรคโควิด-19 โดยใช้แนวทางของ Acceptance and Commitment Therapy (ACT) เพื่อดูแลตนเองในวิถีความปกติใหม่ที่เกิดขึ้น

F = Focus on what's in your control:

การมุ่งสนใจในสิ่งที่อยู่ในการควบคุมของคุณ

วิกฤตโคโรนาสามารถส่งผลกระทบต่อคนในสังคมได้หลายอย่าง ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ ทางเศรษฐกิจสังคมและจิตใจ เมื่อเรากำลังเผชิญกับวิกฤตในทุกรูปแบบความกลัวและความวิตกกังวลเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นเรื่องปกติ การตอบสนองตามธรรมชาติต่อสถานการณ์ที่ทำนายซึ่งเต็มไปด้วยอันตรายและความไม่แน่นอน สิ่งที่เกิดขึ้นจึงง่ายที่คนเราจะหมกหมุ่นในความกังวล และครุ่นคิดเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่นอกตัว การควบคุมจะเป็นสิ่งที่คนเราสร้างขึ้น เช่น สิ่งนี้อาจเกิดขึ้นในอนาคต ไวรัสอาจส่งผลกระทบต่อคุณหรือคนที่คุณรักอย่างไร หรือชุมชนหรือประเทศของเราจะเป็นอย่างไร เป็นต้น ถึงแม้จะเป็นเรื่องธรรมดาที่เราจะหายกังวล แต่ก็ไม่ใช่ประโยชน์ ยิ่งเรามุ่งเน้นไปที่สิ่งที่ไม่อยู่ในการควบคุมของเรามากเท่าไรเราก็กยิ่งสิ้นหวังหรือวิตกกังวลมากขึ้นเท่านั้น ดังนั้นสิ่งเดียวที่มีประโยชน์ที่สุดที่ทุกคนสามารถทำ

ได้ในวิกฤตเกี่ยวกับโคโรนา คือการมุ่งเน้นไปที่สิ่งที่อยู่ในการควบคุมของคุณ คุณไม่สามารถควบคุมสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ คุณไม่สามารถควบคุมไวรัสโคโรนา แต่คุณสามารถควบคุมสิ่งที่คุณทำที่นี่และตอนนี้ (here and now) และที่สำคัญ สิ่งที่คุณทำที่นี่และตอนนี้จะสามารถสร้างความแตกต่างอย่างมากให้กับตัวคุณเอง และผู้ที่อยู่ใกล้ชิด รวมทั้งสามารถสร้างความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญให้กับชุมชนรอบตัวคุณ

ความจริงคนเราทุกคนสามารถควบคุมพฤติกรรมของตัวเองได้มากกว่าที่เราจะควบคุมความคิดและความรู้สึก ดังนั้นเป้าหมายอันดับหนึ่งของเราคือการควบคุมพฤติกรรมของเรา “ที่นี่และตอนนี้” เพื่อตอบสนองต่อวิกฤตนี้อย่างมีประสิทธิภาพ สิ่งนี้เกี่ยวข้องกับทั้งการจัดการกับความคิดและความรู้สึก (โลกภายใน) ที่ยากลำบากทั้งหมดของเรากับปัญหาจริงทั้งหมดที่เรา กำลังเผชิญ (โลกภายนอก) ของเรา ในทำนองเดียวกันในวิกฤตที่กำลังดำเนินอยู่เราทุกคนจะต้องเจอกับ “พายุอารมณ์” ความคิดที่ไม่เป็นประโยชน์หมุนวนอยู่ในหัวของเราและความรู้สึกเจ็บปวดที่วนเวียนอยู่รอบกาย และหากเราถูกพายุพัดเข้ามาในตัวเราก็ไม่มีผลอะไรที่เราทำได้ สิ่งที่เราควรทำคือการ “วางจุดยึด”(drop anchor) โดยใช้ A,C,E ต่อไป

A = Acknowledge your thoughts & feelings: รับรู้ความคิดและความรู้สึกของคุณ

การรับรู้ความคิดและความรู้สึกของคุณ การรับทราบอย่างเรียบง่าย ๆ และทราบสิ่งที่ “ปรากฏขึ้น” ภายในตัวคุณ ความคิด ความรู้สึก อารมณ์ ความทรงจำ การถูกกระตุ้นเร้า ความอยาก رؤ้อยากเห็น การสังเกต สิ่งที่เกิดขึ้นภายในตัวของคุณ ในขณะที่คุณรับรู้มันจะเป็นประโยชน์ที่จะพูดถึงสิ่งนี้ โดยพูดกับตัวเอง

อย่างเรียบง่าย ๆ เช่น “ฉันสังเกตเห็นความวิตกกังวล” หรือ “นี่คือความเศร้าโศก” หรือ “จิตใจที่กังวลของฉัน” หรือ “ฉันรู้สึกเศร้า” หรือ “ฉันรู้สึกป่วย” และในขณะเดียวกันก็ต้องรับรู้ความคิดและความรู้สึกของคุณด้วย

C = Come back into your body: การกลับมาสร้างกายของคุณ

การกลับมาเข้ามาเชื่อมต่อ/ดูร่างกายของคุณ คุณสามารถลองทำบางส่วนหรือทั้งหมดต่อไปนี้ หรือหาวิธีของคุณเองในการทำสิ่งนี้ หรือค้นหาวิธีการด้วยตนเอง

- ค่อย ๆ ดันเท้าลงไปที่พื้นอย่างแรง
- ค่อย ๆ ยืดหลังและกระดูกสันหลังของคุณให้ตรง ถ้านั่งก็ให้หลังตรงและยืดตัวไปข้างหน้าเก้าอี้
- ค่อย ๆ กดปลายนิ้วเข้าหากัน
- ยืดแขนหรือคอกออกช้า ๆ ยกไหล่
- หายใจช้า ๆ

E = Engage in what you're doing: การมีส่วนร่วมในสิ่งที่คุณกำลังทำ

การมีส่วนร่วมในสิ่งที่คุณกำลังทำ ตรวจสอบตนเองว่ากำลังทำอะไรและมุ่งความสนใจไปที่กิจกรรมที่คุณกำลังทำอยู่ อาจหาวิธีของคุณเองทำสิ่งนี้ คุณสามารถลองทำบางส่วนหรือทั้งหมดต่อไปนี้ หรือหาวิธีของคุณเองในการทำสิ่งนี้ หรือค้นหาวิธีการด้วยตนเอง

- มองไปรอบ ๆ ห้องและสังเกตเห็น 5 สิ่งที่คุณเห็น
- สังเกตฟังเสียง 3 หรือ 4 สิ่งที่คุณสามารถได้ยิน
- สังเกตกลิ่นที่คุณได้กลิ่นหรือรสหรือสัมผัสได้ในจมูกและปากของคุณ
- สังเกตว่าคุณกำลังทำอะไร

- หยุดพักการออกกำลังกาย โดยให้ความสนใจกับงานหรือกิจกรรมที่อยู่ในมือ

C = Committed action: การกระทำที่มุ่งมั่น

การกระทำที่มุ่งมั่นเป็นการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ เป็นสิ่งที่นำมาจากสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับเรา หลักของคุณ การกระทำที่คุณทำ เพราะมันสำคัญมากสำหรับคุณ คุณจะทำแม้ว่าการกระทำนั้นจะทำให้เกิดความคิดและความรู้สึกที่ยุ่งยากก็ตาม เมื่อคุณ “วางจุดยึด” (drop anchor) โดยใช้ A, C, E คุณจะมีความมุ่งมั่นที่จะควบคุมการกระทำของคุณและไม่ยากเลยที่จะทำอย่างจริงจัง ตัวอย่างที่แสดงให้เห็นเช่น ตอนนี้มีการป้องกันการโคโรนาด้วยการล้างมือบ่อย ๆ การรักษาระยะห่างทางสังคมและอื่น ๆ แต่นอกเหนือไปปัจจัยพื้นฐานของการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพดังกล่าวแล้ว คุณอาจจะมียุทธวิธีง่าย ๆ ในการดูแลตัวเอง และคนใกล้ชิด รวมทั้งคนอื่น ๆ รวมทั้งคุณยังสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ที่แสดงความเอื้ออาทรห่วงใย คุณสามารถปลอบโยนคนที่มีความทุกข์ได้ คุณช่วยคนอื่น ๆ ทำงานหรืออาจทำงานบ้าน ทำอาหารได้ คุณสามารถปลอบโยนคนที่ป่วยได้ หรือในกรณีที่รุนแรงที่สุด คุณสามารถเข้าถึงความช่วยเหลือทางการแพทย์ได้ ๆ ที่มีอยู่ได้อย่างไร และหากคุณต้องแยกตัวเองหรือถูกบังคับให้กักบริเวณคุณควรทำอะไร หรือการรักษา ระยะห่างทางสังคมวิธีใดที่มีประสิทธิภาพที่สุด คุณอาจต้องเลือกวิธีการออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง และทำกิจกรรมที่มีความหมายด้วยตัวเองหรือร่วมกับผู้อื่น และหากคุณคุ้นเคยกับการบำบัดด้วย ACT หรือการฝึกสติแบบอื่น ๆ คุณจะฝึกฝนทักษะการมีสติเหล่านั้นได้อย่างไร

O = Opening up: การเปิดใจ

การเปิดใจหมายถึงการมีที่ว่างสำหรับความรู้สึกไม่ดีที่เกิดขึ้น และการมีเมตตาต่อตัวเอง ความรู้สึกที่ไม่ดีจะแสดงออกมาให้เห็นเมื่อเกิดวิกฤต เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ความโกรธ ความเศร้า ความรู้สึกผิด ความเหงา ความหงุดหงิด ความสับสนและอื่น ๆ อีกมากมาย เราไม่สามารถหยุดยั้งไม่ให้เกิดขึ้นได้ เป็นปฏิกิริยาที่จะต้องเกิดขึ้นเสมอ แต่เราสามารถเปิดกว้างและสร้างพื้นที่เพื่อยอมรับว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องปกติ ต้อนรับสิ่งที่เกิดขึ้น และปฏิบัติต่อตัวเราด้วยความกรุณา และต้องเชื่อว่าการมีน้ำใจเป็นสิ่งสำคัญหากคุณต้องการรับมือกับวิกฤตนี้ให้ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อคุณอยู่ในบทบาทผู้ดูแล เมื่อคุณต้องการดูแลคนอื่น คุณก็ต้องดูแลตัวเองให้เป็นตัวอย่างที่ดีก่อน

V = Values: สิ่งที่มีคุณค่าสำหรับเรา

การกระทำที่มุ่งมั่นควรเกิดขึ้นจากสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับเราที่มีอยู่ คุณต้องการยืนหยัดเพื่ออะไรในการเผชิญกับวิกฤตครั้งนี้ หรือคุณอยากเป็นคนแบบไหนในขณะที่คุณผ่านเรื่องนี้ไปแล้ว หรือคุณต้องการรักษาตัวเองและผู้อื่นหรือไม่ สิ่งที่มีคุณค่าสำหรับเราที่มีอยู่ของคุณอาจรวมถึงความรัก ความเคารพ อารมณ์ขัน ความอดทน ความกล้าหาญ ความซื่อสัตย์ ความเอาใจใส่ ความใจกว้าง ความมีน้ำใจ หรืออื่น ๆ อีกมากมาย คุณต้องหาวิธีสร้างสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับเราเหล่านี้ลงในชีวิต ให้คุณค่าที่มีอยู่ชี้นำและกระตุ้นการกระทำที่มุ่งมั่นของคุณในภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นชีวิตของคุณจะมีอุปสรรคมากมาย เป้าหมายที่คุณทำไม่ได้ บรรลุสิ่งที่คุณทำไม่ได้ ปัญหาที่ไม่มีทางแก้ไขง่าย ๆ แต่คุณทำได้ ยังคงดำเนินชีวิตตามคุณค่าของคุณในรูปแบบต่าง ๆ มากมายแม้จะเผชิญกับความท้าทายที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณค่าของความเมตตาและความ

ห่วงใย ยกตัวอย่างเช่น คุณสามารถห่วงใยต่อตนเองได้อย่างไรบ้าง คำพูดดี ๆ ที่คุณสามารถพูดกับตัวเองคือการกระทำที่ดีซึ่งคุณสามารถทำได้เพื่อตัวเอง คุณสามารถช่วยผู้อื่นที่กำลังทุกข์ทรมานได้อย่างไรบ้าง เป็นต้น และสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับเราที่เกิดขึ้นนี้จะทำให้คุณรู้สึกภาคภูมิใจเมื่อมองกลับมาอีกครั้งในอีกหลายปีข้างหน้าแน่นอน

I = Identify resources: การค้นหาแหล่งข้อมูล

แหล่งข้อมูลเพื่อขอความช่วยเหลือ ความช่วยเหลือการสนับสนุนและคำแนะนำ ซึ่งรวมถึงเพื่อน ครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายเลขโทรศัพท์สายด่วนฉุกเฉิน รวมถึงการขอความช่วยเหลือด้านจิตใจหากจำเป็น การเข้าถึงเครือข่ายโซเชียล และหากสามารถให้การสนับสนุนผู้อื่นได้ คุณสามารถเป็นแหล่งข้อมูลสำหรับคนอื่น ๆ ได้เช่นเดียวกับที่พวกเขาสามารถให้คุณได้ สิ่งสำคัญของกระบวนการนี้คือ การค้นหาแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือและไว้วางใจได้นั่นเอง

D = Disinfect & distance: การไม่ติดเชื้อและการเว้นระยะห่าง

ควรล้างมือให้สม่ำเสมอ การฆ่าเชื้อโรคที่มีมือของคุณเป็นประจำ และรักษาระยะห่างทางสังคมให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อประโยชน์ของตนเองและชุมชน และอย่าเตือนว่าเรากำลังพูดถึงการรักษาพยาบาลทางกายภาพ แต่ไม่ใช้การสร้างระยะห่างทางอารมณ์

บทสรุป

สถานการณ์ของประเทศไทยในวันนี้ทุกหน่วยงาน องค์กร ฝ่ายสาธารณสุข ต้องช่วยกันสแกนทุกพื้นที่อย่างทั่วถึง เพื่อหยุดการ

ระบาดของเชื้อโควิด-19 ให้ได้ เพื่อชุมชนและสังคมจะได้กลับมาสงบสุข อันจะส่งผลถึงการฟื้นตัวทางเศรษฐกิจ คุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น “โควิด-19” จะลุกลามไปทั่วประเทศ แต่ไม่ได้แปลว่า “เราต้องยอมแพ้” การอดทน การยอมรับความจริง รอโอกาสที่จะผ่านไปให้ได้ด้วยการเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การสร้างพลังใจให้กำลังใจกับผู้ที่มีความเครียดจิตใจที่มีความมุ่งมั่น ไม่ท้อถอย มีพลังที่จะเอาชนะปัญหาอุปสรรค ทำให้คนเปลี่ยนแปลงจากท้อแท้สิ้นหวัง ให้สามารถยืนขึ้นสู้ได้ ทำให้คนที่มีปัญหามีความทุกข์ กลับกกลายเป็นคนที่เข้าใจปัญหา มีกำลังใจที่มีพลังและยั่งยืน โดยจะต้องเป็นกำลังใจที่สร้างขึ้นมาจากตัวเอง แนวคิดของ Acceptance and Commitment Therapy (ACT) จึงเป็นแนวการบำบัดที่ช่วยส่งเสริมการพัฒนาความสามารถของจิตใจให้มีสุขภาวะเพิ่มขึ้น รวมทั้งการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การใช้วิธีการ ‘FACE COVID’ รับมือกับความเครียดในช่วงของการระบาดโรคโควิด-19 การเติมจิตใจโดยการมองปัญหาให้มีความท้าทายได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ เพื่อสร้างพลังและแรงใจให้ผ่านพ้นปัญหาไปได้ การมองหาประโยชน์จากอุปสรรคเพื่อสร้างความรู้สึที่ดี ๆ ที่จะเป็นพลังในการเผชิญกับภาวะวิกฤติการระบาดของเชื้อโควิด-19 ต่อไป

บรรณานุกรม

Anandarajah, Goeri. & Hight, Ellen. (2001) Spirituality and medical practice: Using the HOPE questions as a practical tool for spiritual Assessment, *Am Fam Physician*, 63(1), 81-89.

- Banthip, K. & Nilmanat, K. (2013). *Spiritual Health and spiritual health assessment*. Songkhla: National Health Security Office and Institute of Health Systems Management Prince of Songkla University. (in Thai).
- Carson, V. B. & Green, H. (1992). Spiritual well-being: A predictor of hardiness in patient with acquired immunodeficiency syndrome. *Journal of Professional Nursing*, 40(8), 209-220.
- Department of Disaster Prevention and Mitigation. (2013). *Handbook on disaster risk management by residential community-based: Creating a community disaster prevention and mitigation plan*. Bangkok: Ministry of Interior. (in Thai).
- Harris, R. (2020). *FACE COVID: How to respond effectively to the corona crisis*. Retrieved from https://www.asra.com/page/2915/take-care-of-yourself-during-covid?fbclid=IwAR2UQ1PUla_tYaSgUQMqKcrhQrxOz04mhRat6kmIDal6HIVjC56KWwy8O0c
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180-98. doi:10.1016/j.beth. 2009.08.002
- Jungsatriegun, K. (2002). *Restore aesthetics to health: Spirituality, aesthetics, and humanity*. Bangkok: Soun Ngern Mee Ma Press. (in Thai).
- Kroska, E. B., Roche, A. I., Adamowicz, J. L., & Stegall, M. S. (2020). Psychological flexibility in the context of COVID-19 adversity: Associations with distress. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 28-33.
- Thongprateep, T. (2009). *The spiritual health dimension of nursing*. Bangkok: Chulalongkorn University Press. (in Thai).
- Vseteckova, J. (2020) *How can acceptance and commitment therapy help carers in challenging times such as the COVID-19 pandemic?* Retrieved from https://www.open.edu/openlearn/health-sports-psychology/health/how-can-acceptance-and-commitment-therapy-help-carers-challenging-times-such-the-covid-19-pandemic?fbclid=IwAR0mRz5Nevz3UHTVsrJcx5u8ta1VtEQWdO6aU7Rjvc4oYkzq_X1rA_Fj0fM



