

ประสบการณ์ทางจิตใจภายหลังการรับบริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในผู้ประกอบวิชาชีพทางการ  
แพทย์และสาธารณสุข



น.ส.ศิวพร อุดมสินานนท์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาจิตวิทยา ไม่สังกัดภาควิชา/เทียบเท่า  
คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2564  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PSYCHOLOGICAL EXPERIENCE AFTER RECEIVING COUNSELING SERVICE OF MEDICAL  
HEALTH CARE PROFESSIONALS



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Arts in Psychology

Common Course

FACULTY OF PSYCHOLOGY

Chulalongkorn University

Academic Year 2021

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ประสบการณ์ทางจิตใจภายหลังการรับบริการการศึกษา  
เชิงจิตวิทยาในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และ  
สาธารณสุข

โดย

น.ส.ศิวพร อุดมสินานนท์

สาขาวิชา

จิตวิทยา

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐสุดา เต้พันธ์

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการ  
การศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณะบดีคณะจิตวิทยา  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐสุดา เต้พันธ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤษณา พิสิษฐ์สังฆการ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐสุดา เต้พันธ์)

..... กรรมการ  
(ดร.พนิตา เสือวรรณศรี)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ดร.นิรนาท แสนสา)

ศิวพร อุดมสินานนท์ : ประสบการณ์ทางจิตใจภายหลังการรับบริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข. ( PSYCHOLOGICAL EXPERIENCE AFTER RECEIVING COUNSELING SERVICE OF MEDICAL HEALTH CARE PROFESSIONALS) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.ณัฐสุดา เต็มพันธ์

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ทางจิตใจในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขภายหลังการได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขจำนวน 6 คน โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง อันได้แก่ ทันตแพทย์ เกษัชกร กายภาพบำบัดและแพทย์แผนไทยประยุกต์ อายุระหว่าง 25-48 ปี ซึ่งเป็นผู้เคยมีประสบการณ์ในการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและสิ้นสุดการรับบริการแล้วระยะเวลา 6 เดือน - 4 ปี จำนวนครั้งในการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาโดยเฉลี่ย 3-4 sessions เพื่อทำการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบปรากฏการณ์วิทยา โดยผู้วิจัยได้ทำการถอดเทปบันทึกการสนทนาแบบคำต่อคำ เพื่อนำมาถอดความ จัดหมวดหมู่และสรุปประเด็น ผลการศึกษาวิจัยพบ 3 ประเด็นหลักคือ (1) การตระหนักรู้ต่อปัญหาที่เผชิญ ประกอบด้วย การรับรู้ปัญหา ความรู้สึกต่อปัญหาที่เผชิญ ความพยายามออกจากปัญหาและความต้องการหลุดพ้นจากวงจรของปัญหา (2) การเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือแบบเป็นทางการ ประกอบด้วย ช่องทางการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือแบบเป็นทางการ การรับรู้ที่มีต่อการปรึกษาเชิงจิตวิทยา การรับรู้ที่มีต่อแหล่งช่วยเหลือช่องทางอื่นและสิ่งสกัดกั้นในการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือ (3) การเติบโตและงอกงามภายหลังก้าวข้ามผ่านปัญหา ประกอบด้วย ความเข้าใจที่เกิดขึ้นในตนเองในการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อการเติบโตและงอกงามทางจิตใจและความงอกงามภายหลังการก้าวข้ามผ่านปัญหา ผลการศึกษาวิจัยนี้สามารถนำไปประยุกต์ให้เกิดการบูรณาการในโครงการหรืองานวิจัยที่ส่งเสริมและดูแลสุขภาพทางจิตใจของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขในครั้งต่อไป

สาขาวิชา จิตวิทยา

ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2564

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 6177651038 : MAJOR PSYCHOLOGY

KEYWORD: PSYCHOLOGICAL COUNSELING, SEEKING PROFESSIONAL HELP,  
MEDICAL HEALTH CARE PROFESSIONALS

Siwaporn Udomsinanon : PSYCHOLOGICAL EXPERIENCE  
AFTER RECEIVING COUNSELING SERVICE OF MEDICAL HEALTH CARE  
PROFESSIONALS. Advisor: Asst. Prof. NATTASUDA TAEPHANT, Ph.D.

The purpose of this research was to study the psychological experiences among medical health care professionals after receiving psychological counseling. In this study, the participant are 6 medical health care professionals were selected by purposive sampling. The practitioners included dentists, pharmacists, physiotherapist, and applied Thai traditional medicine, aged between 25-48 years old, and has finished the psychological counseling services for 6 months - 4 years. The average number of psychological counseling services sessions is between 3-4 sessions. The data were collected and analyzed by a semi-structured in-depth interview following the qualitative research methodology of the phenomenal model. The researchers transcribed verbatim transcripts to transcribe the coding, categorize the themes, and summarize the major themes. The results of the study revealed 3 major themes: (1) Problem awareness including the problem recognition, feelings about the problem encountering, effort to exit the problem , and will to exit the problem cycle. (2) access to formal help consists of access for help, perception of helping resources, and barrier to access to formal help. (3) Growth and flourishing after going through the problem containing self-understanding for problems encountering external factors affect on mental growth, and flourishing after going through. The results of this research can be applied for integration in projects or research that promote and maintain the mental health of medical and public health

Field of Study: Psychology

Student's Signature .....

Academic Year: 2021

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้เป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาระดับมหาบัณฑิตได้สำเร็จจุล่งด้วยดี จากกรที่ได้รับความสะดวกตากรุณาอย่างสูงจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐสุดา เตพันธ์ อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ที่กรุณาให้คำปรึกษาชี้แนะในงานวิจัยครั้งนี้ตั้งแต่ในการเลือกหัวข้อการทำวิจัยที่ข้าพเจ้าสนใจตลอดจนสิ้นสุดกระบวนการวิจัย ด้วยการดูแล กำลังใจจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัยที่อบอุ่น ข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณและซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่งถึงความทุ่มเทของอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัยที่มอบให้แก่ข้าพเจ้า ขอบพระคุณอาจารย์ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤษยา พิสิทธิ์สังฆการ อาจารย์ ดร.พนิดา เสือวรรณศรีและรองศาสตราจารย์ ดร.นิรนาถ แสนสา ที่เสียสละเวลาอันมีค่าและเป็นเกียรติร่วมในการสอบวิทยานิพนธ์ของข้าพเจ้าในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำหรับการสนับสนุนทุนการศึกษา อันมีประโยชน์และเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้สำเร็จจุล่งได้ด้วยดี

วิทยานิพนธ์เล่มนี้เป็นการเดินทางในช่วงสุดท้ายในการศึกษาระดับมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยา การปรึกษา ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณ อาจารย์ ผศ.ดร.ณัฐสุดา อาจารย์ ดร.พนิดา อาจารย์ รศ.ดร.โสริช อาจารย์ ดร.วรัญญา อาจารย์ ผศ.ดร.สมบุญ อาจารย์ ผศ.ดร.กฤษยา อาจารย์ ศ.ดร.อรัญญา และอาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้และดูแลข้าพเจ้าตั้งแต่เริ่มเข้าศึกษาในจิตวิทยาการปรึกษาแห่งนี้ ขอบพระคุณคุณวรกัญญ์ คุณพุลทรัพย์ คุณจิรรัตน์ ในการดูแลฝึกประสบการณ์ให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ได้ช่วยเหลือในการเรียนระดับมหาบัณฑิตครั้งนี้ ขอบคุณบ้านมกราและค่ายพุทธที่เป็นประสบการณ์อันดีของข้าพเจ้า ขอบคุณคุณศิริประภา คุณฐิตาพร คุณปทุมณาและเพื่อนจิตวิทยาการปรึกษารุ่น 34 ที่ช่วยเหลือและจับมือกันเดินทางมาถึงปลายทางการศึกษา ข้าพเจ้าประทับใจอย่างยิ่งในทุกกำลังใจในการเติบโตที่สำคัญช่วงหนึ่งในชีวิตของข้าพเจ้าและขอบพระคุณผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่สละเวลามาเป็นส่วนหนึ่งในงานวิจัยครั้งนี้

ท้ายที่สุดข้าพเจ้ากราบขอบพระคุณบิดามารดา น้องชายและพี่ชายของข้าพเจ้าที่ช่วยสนับสนุนทุกสิ่งทุกอย่าง เป็นกำลังใจในการศึกษาระดับมหาบัณฑิตครั้งนี้ ขอบคุณญาติทุกท่าน เพื่อน ๆ มิตรสหายรอบตัวของข้าพเจ้าที่เป็นกำลังใจในการเดินทางครั้งนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าทุกท่านจะมีพลานามัยที่สมบูรณ์แข็งแรง มีพลังใจ แรงใจและกำลังใจที่ดีในการดำเนินชีวิต สำหรับข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในงานวิจัย ข้าพเจ้าผู้วิจัยขออภัยและยินดีรับฟังคำแนะนำจากทุกท่านที่ได้เข้ามาศึกษา เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนางานวิจัยต่อไป



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญรูปภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	11
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	13
คำถามการวิจัย.....	14
ขอบเขตของงานวิจัย.....	14
คำจำกัดความที่ใช้การวิจัย.....	14
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
1. การแสวงหาความช่วยเหลือ.....	16
1.1 กระบวนการในการแสวงหาความช่วยเหลือ.....	17
1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการแสวงหาความช่วยเหลือ.....	18
2. การปรึกษาเชิงจิตวิทยา.....	20
2.1 แนวทางการช่วยเหลือจากนักวิชาชีพโดยการเข้ารับการศึกษาเชิงจิตวิทยา.....	20
2.2 การเปลี่ยนแปลงภายหลังเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา.....	22
2.3 ปัญหาเข้าสู่การรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา.....	25
3. ปัญหาสุขภาพทางจิตใจที่พบบ่อยในวิชาชีพทางการแพทย์.....	30



3.1 ความเครียด.....	30
3.2 ภาวะหมดไฟ .....	34
4. การวิจัยเชิงคุณภาพเชิงปรากฏการณ์วิทยา .....	37
4.1 แนวคิดสำคัญของการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา .....	38
4.2 แนวทางในการศึกษางานวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา .....	38
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	39
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	45
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	54
ส่วนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูล .....	54
ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ประสบการณ์ทางจิตใจภายหลังการได้รับคำปรึกษาเชิงจิตวิทยาในผู้ ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข .....	59
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล.....	89
สรุปผลการวิจัย.....	89
อภิปรายผลการวิจัย.....	93
ข้อเสนอแนะ .....	102
ภาคผนวก.....	104
ภาคผนวก ก ใบรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน.....	105
ภาคผนวก ข หน้าเว็บไซต์การลงทะเบียนเข้าร่วมงานวิจัยออนไลน์.....	110
ภาคผนวก ค หนังสือยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย.....	111
ภาคผนวก ง โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย.....	113
บรรณานุกรม.....	2
ประวัติผู้เขียน.....	11

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 รายละเอียดของผู้ให้ข้อมูล.....	51



## สารบัญรูปร่าง

	หน้า
แผนภาพที่ 1 กระบวนการแสวงหาความช่วยเหลือ.....	17
แผนภาพที่ 2 กระบวนการให้คำปรึกษา.....	21
แผนภาพที่ 3 การตระหนักรู้ถึงปัญหาที่เผชิญ.....	60
แผนภาพที่ 4 การเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือแบบเป็นทางการ .....	67
แผนภาพที่ 5 การเติบโตและงอกงามภายหลังการก้าวข้ามผ่านปัญหา .....	75
แผนภาพที่ 6 ผลการวิเคราะห์ประสบการณ์ทางจิตใจภายหลังเข้ารับการศึกษาเชิงจิตวิทยาในผู้ ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข .....	90



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นหนึ่งในหลายวิชาชีพที่ได้รับความเครียดและความกดดันสูงจากความคาดหวังทางสังคมและการทำงาน เนื่องจากวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขต้องรับผิดชอบต่อชีวิตผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษารักษาอาการเจ็บป่วยและมีความหวังจะกลับไปดำรงชีวิตอย่างปกติสุข หลายครั้งผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขต้องต่อสู้ทั้งทางตรงและทางอ้อมระหว่างการมีชีวิตอยู่และความตายของผู้ป่วย (Balch et al., 2009) ด้วยความคาดหวังและความรับผิดชอบดังกล่าวทำให้ผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขต้องปฏิบัติหน้าที่ภายใต้กรอบความเข้มงวดทางวิชาชีพ กฎระเบียบ ความสัมพันธ์และสภาวะแวดล้อม (Munyon et al., 2009) ส่งผลให้ผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความคาดหวังมาตรฐานในตนเองสูงและพยายามรักษาความเป็นวิชาชีพไว้ตลอดเวลา (Meerten et al., 2011) จากงานวิจัย Harris et al. (2006) พบว่าผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขมีระดับความเครียดที่สูงกว่าบุคคลในช่วงอายุเดียวกัน จึงพบปัญหาทางจิตใจในผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข ปัญหาที่พบบ่อยทางจิตใจในการทำงานของวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ ภาวะเครียดและภาวะหมดไฟ เนื่องจากผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขต้องทำงานติดต่อกันเป็นเวลานาน ส่งผลให้ระยะเวลาในการพักผ่อนน้อย การทำงานของผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขจึงสามารถเกิดความเครียดและความกดดันได้บ่อยครั้ง จากจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการเพิ่มมากขึ้น มีการศึกษาความชุกของความเครียดในแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ของประเทศไทยพบว่าแพทย์ประจำบ้านมีความเครียดสูงขึ้นจากอดีตที่ผ่านมา ซึ่งเกิดจากความกดดันในการประสานงานดูแลผู้ป่วย การพักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากความถี่ในการอยู่เวรมากเกินไป รวมถึงปริมาณงานที่มากแต่ระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อย อีกทั้งยังต้องใช้สมาธิในการปฏิบัติงานสูงส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้า รวมไปถึงสวัสดิการสำหรับแพทย์ที่มีน้อยเช่นกัน ภทริยา มูลกาย (2552) คล้ายกับทันตแพทย์ที่พบความเครียดจากความคาดหวังที่มากกว่าปกติ เนื่องจากความสมบูรณ์แบบในชีวิต ทำให้วิชาชีพเหล่านี้มักเผชิญกับความเครียดที่แสดงออกมาทางร่างกาย เช่น ปวดเมื่อย ปวดศีรษะและมีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร (Rada & Johnson-Leong, 2004) ขณะเดียวกันในวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ก็พบความเครียดในระดับปานกลางและมีส่วนน้อยที่เกิดความเครียดสูง โดยความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นมีสาเหตุจากการไม่ถูกยอมรับทางสังคม ขาดอิสระการทำงานทางวิชาชีพเนื่องจากต้องรอคำสั่งจากวิชาชีพอื่น รวมถึงความขัดแย้งส่วนบุคคลในสถานที่ทำงาน (Santos et al., 2010) และพบว่าพยาบาลมีความเหนื่อยหน่ายสูงกว่าปกติ เนื่องมาจากความขัดแย้งส่วนบุคคล บรรยากาศการทำงาน ภาระงานที่มากแต่เวลาพักผ่อนและช่วงเวลากาลาพักหรือ

ลาป่วยค่อนข้างน้อย (Rø et al., 2010) เช่นเดียวกับเกษตรกรที่พบความเหนื่อยหน่ายหรือภาวะหมดไฟได้บ่อย ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อบุคคล องค์กรและผู้รับบริการ เนื่องจากวิธีการจัดการกับความเหนื่อยหน่ายที่เกิดขึ้นคือ การลดความเป็นบุคคลที่อยู่ตรงหน้า การลดความคาดหวังของตนเองลง จนกระทั่งรู้สึกว่าคุณเองไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต (Dwyer Kaluzna et al., 2020)

Lemaire and Wallace (2010) ได้ศึกษาวิธีรับมือกับความเครียดและความทุกข์ใจ พบว่าส่วนใหญ่เลือกวิธีจัดการปัญหาด้วยตนเอง โดยการเก็บความรู้สึกไว้คนเดียว พยายามกดความเครียด ความเหนื่อยล้าของตนเองลงและทำงานตามปกติ บางรายใช้วิธีการคลายความเครียดโดยการพูดคุยกับเพื่อนร่วมงานหรือคนในครอบครัว เพื่ออาศัยช่วงเวลาในการพูดคุยในหยุดพักความเครียดและความเหนื่อยล้าไว้ชั่วคราวหรือหาแหล่งยึดเหนี่ยวจิตใจทางศาสนา บางส่วนพบมีการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์เพื่อบรรเทาความเครียดจากการทำงาน (Bittner IV et al., 2011) มีเพียงจำนวนน้อยที่เข้าถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือแบบเป็นทางการจากบุคคลอื่น เช่น นักจิตวิทยาการปรึกษา (Staiger et al., 2017) Meerten et al. (2011) ได้ศึกษาอุปสรรคและสิ่งกีดขวางต่อการแสวงหาความช่วยเหลือของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข พบว่าการแสวงหาความช่วยเหลือถูกมองเป็นเรื่องน่าอาย ถูกประหัตประหารว่าด้อยค่า มีมุมมองว่าปัญหาทางจิตใจเป็นเรื่องของความผิดปกติ แสดงถึงความอ่อนแอ ความล้มเหลว อีกทั้งหากเพื่อนร่วมงานหรือคนใกล้ชิดทราบจะส่งผลกระทบต่อการสนับสนุนในการทำงานหรือถูกตัดสินจากบุคคลรอบข้าง (Henderson et al., 2012) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความกังวลในการถูกบันทึกประวัติการรักษาหรือรับบริการที่เป็นความลับอาจจะมีรั่วไหลและส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์การทำงานในวิชาชีพของตนเอง โดยอาจจะถูกมองว่าเป็นภัยคุกคามต่อผู้ป่วยและเสียโอกาสทางอนาคต (Brooks et al., 2011) รวมถึงการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือแบบเป็นทางการ อาจจะต้องใช้เวลาในการลงนามรับบริการซึ่งอาจจะส่งผลให้เพื่อนร่วมงานรับภาระงานมากขึ้น จึงละเลยต่อการดูแลสุขภาพจิตใจของตนเอง (Staiger et al., 2017) อย่างไรก็ตาม Ro et al., (2010) พบว่าผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขบางส่วนได้มีการแสวงหาความช่วยเหลือแบบเป็นทางการจากนักจิตวิทยาทางจิตวิทยา เพื่อจัดการกับความเครียด ความรู้สึกที่มีต่อภาระงานและรักษาสมดุลในชีวิต บางประเทศได้ตระหนักถึงปัญหาเหล่านี้กับวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่น ประเทศนอร์เวย์ได้มีการจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยเริ่มในแพทย์และพยาบาล เพื่อศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นและส่งเสริมให้มีการจัดการปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ พบว่าปัญหาวิชาชีพเผชิญในเรื่องคุณภาพชีวิต ความเหนื่อยหน่ายหรือภาวะหมดไฟ ปัญหาส่วนตัว ปัญหาจากที่ทำงานและ อัตลักษณ์ในความเป็นวิชาชีพ (Rø et al., 2007) ในการให้คำปรึกษาของโครงการเน้นรูปแบบการเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นอารมณ์ เพื่อลดความคาดหวังของตนเองลง ลดความตำหนิและจัดการอารมณ์ตัวเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Rø et al., 2010) กระบวนการให้ความช่วยเหลือของนักจิตวิทยานั้นพยายามให้วิชาชีพ

ทางการแพทย์และสาธารณสุขเข้าใจถึงความช่วยเหลือเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยในการจัดการกับความเครียดในช่วงยากลำบากของชีวิตได้ ภายหลังจากพบว่าการได้รับความช่วยเหลือแบบเป็นทางการทำให้เกิดความยืดหยุ่นต่อตัวเองมากขึ้น เข้าใจในความไม่สมบูรณ์แบบของชีวิต ลดความเข้มงวดต่อตัวเองลงและเมตตาต่อตัวเองมากขึ้น อีกทั้งมีวิธีการจัดการและพัฒนาตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการเข้ารับการช่วยเหลือดังกล่าวทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขคลายความรู้สึกผิดต่อตนเองลงและมีความสุขในการใช้ชีวิตมากขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการแสวงหาความช่วยเหลือแบบเป็นทางการจากนักวิชาชีพ (Meerten et al., 2011)

จากการศึกษาวิจัยในประเทศและต่างประเทศเห็นได้ว่าผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขเผชิญกับความเครียดและความกดดันสูงจากที่ทำงานและสถานการณ์ความเครียดส่วนบุคคล อีกทั้งในสถานการณ์ปัจจุบันจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นปัญหาระดับโลก ทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ที่เป็นด่านหน้าของประเทศในการรักษา ป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้กับประชาชน ส่งผลให้เกิดความเครียดและความกดดันมากขึ้น เนื่องจากแบกรับความคาดหวังในสังคม ซึ่งปัญหาความเครียดและความเหนื่อยล้าอาจจะส่งผลต่อจิตใจตามมา ในขณะที่พบว่าผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธาณสุขมีรูปแบบการจัดการความเครียดที่แตกต่างกัน การศึกษาวิจัยในต่างประเทศ Rø et al. (2010) พบว่าการได้รับความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยาการปรึกษานั้นมีส่วนช่วยในการจัดการกับความเครียดได้ในทิศทางที่ดีขึ้น ส่งผลให้เกิดศักยภาพและประสิทธิภาพในตนเองของผู้รับบริการ ในขณะเดียวกันประเทศไทยได้เริ่มมีโครงการส่งเสริมสุขภาพทางจิตใจของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธาณสุขมากขึ้น เช่น โครงการให้คำปรึกษาด้านจิตใจแก่ผู้ประกอบทางการแพทย์ เป็นต้น แต่ยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในการให้บริการช่วยเหลือทางด้านจิตใจในกลุ่มวิชาชีพทางการแพทย์เหล่านี้ ผู้วิจัยจึงได้ตระหนักเห็นถึงความสำคัญและสนใจศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาถึงกระบวนการที่เกิดขึ้นในจิตใจ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพทางจิตใจของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขและส่งเสริมให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขสามารถเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือแบบเป็นทางการจากนักจิตวิทยาการปรึกษามากยิ่งขึ้นในอนาคต

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ทางจิตใจของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข ภายหลังจากได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

### คำถามการวิจัย

ประสบการณ์ทางจิตใจของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เข้ารับการศึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นอย่างไร

### ขอบเขตของงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพใช้วิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา(Phenomenology) ผ่านการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ในประเทศไทย

### คำจำกัดความที่ใช้การวิจัย

ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข หมายถึง บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพจากสภาวิชาชีพและเป็นผู้ประกอบวิชาชีพนั้น อันได้แก่ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ ผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทย และผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์

ประสบการณ์ทางจิตใจ หมายถึง ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขอันได้แก่ ความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ ทศนคติ เป็นต้น จากการได้รับบริการการศึกษาเชิงจิตวิทยา

การวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การที่ผู้ศึกษาวิจัยได้ทำการศึกษาปรากฏการณ์หรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นจากผู้ที่ประสบโดยตรงโดยปราศจากอคติ ความเชื่อ ความคาดเดาหรือข้อสรุปที่อยู่ภายในจิตใจได้สำนึกแล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อเข้าใจถึงโครงสร้างและแก่นแท้ของประสบการณ์ที่ผู้ประสบได้เผชิญมา

การบริการการศึกษาเชิงจิตวิทยา หมายถึง การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 2 บุคคลหรือมากกว่า 2 บุคคล โดยมีผู้ให้คำปรึกษาที่ผ่านการฝึกปฏิบัติและผู้รับคำปรึกษาภายใต้สัมพันธภาพที่เป็นมิตรอบอุ่นและเอื้อประโยชน์ให้ผู้รับคำปรึกษาได้ตระหนัก รับรู้ เข้าใจถึงเรื่องราวและความรู้สึกของตนเองอย่างชัดเจนผ่านกระบวนการทางจิตวิทยา เพื่อช่วยให้ขยายทัศนคติของชีวิตมากยิ่งขึ้น สามารถจัดการและเลือกทางเดินของชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อความเป็นอยู่ที่ดีและมีสุขภาพใจที่แข็งแรง

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. เข้าใจประสบการณ์ทางจิตใจในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้รับบริการ  
การศึกษาเชิงจิตวิทยา
2. เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยตัดสลิใจในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขที่  
ต้องการรับบริการการศึกษาเชิงจิตวิทยา





## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การแสวงหาความช่วยเหลือ
  - 1.1 กระบวนการในการแสวงหาความช่วยเหลือ
  - 1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการแสวงหาความช่วยเหลือ
2. การปรึกษาเชิงจิตวิทยา
  - 2.1 แนวทางการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยาการศึกษา
  - 2.2 การเปลี่ยนแปลงภายหลังเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา
  - 2.3 ปัญหา นำเข้าสู่การรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา
3. ปัญหาสุขภาพทางจิตใจที่พบบ่อยในวิชาชีพทางการแพทย์
  - 3.1 ความเครียด
  - 3.2 ภาวะหมดไฟ
4. การวิจัยเชิงคุณภาพเชิงปรากฏการณ์วิทยา
  - 4.1 แนวคิดสำคัญของการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา
  - 4.2 แนวทางในการศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

#### 1. การแสวงหาความช่วยเหลือ

เมื่อบุคคลได้ประสบกับช่วงยากลำบากของชีวิตที่ทำให้ตนเองรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมหรือจัดการได้ ในขณะนั้น บุคคลจะรับมือกับช่วงยากลำบากในชีวิตนั้นจากเลือกสองทาง คือ พยายามจัดการปัญหาด้วยตัวเองหรือการขอความช่วยเหลือ (Philip et al., 1982) ในการแสวงหาความช่วยเหลือ คือ การที่บุคคลกำลังเผชิญกับปัญหาและยอมรับว่าตนเองกำลังประสบปัญหาแล้วตัดสินใจเข้าสู่กระบวนการในการดูแลสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบจากนักวิชาชีพโดยใช้ระยะเวลาในการดูแลมากกว่า 1 ครั้ง (Lin et al, 1982 อ้างใน razali & Najib, 2000) Rickwood (2015) กล่าวว่าในการแสวงหาความช่วยเหลือนั้นเป็นพฤติกรรมที่บุคคลต้องการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น โดยเป็นการสื่อสารกับผู้อื่นในแง่ของการต้องการความเข้าใจ คำแนะนำ ข้อมูล การแก้ไขและการสนับสนุนทั่วไป จากสถานะที่น่าวิตกในขณะนั้นของตนเอง ซึ่งการแสวงหาความช่วยเหลือ นั้นอยู่บนพื้นฐานของสัมพันธภาพทางสังคมและบุคคล สามารถแบ่งการแสวงหาความช่วยเหลือได้เป็น 2 รูปแบบ ได้แก่

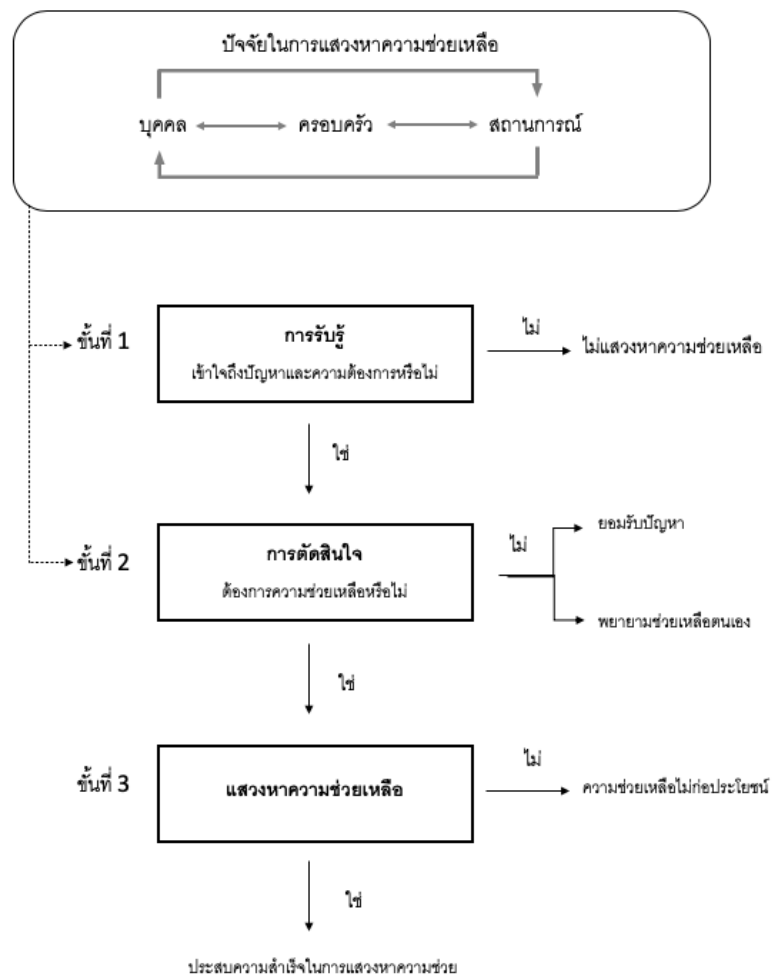
1. การแสวงหาความช่วยเหลือแบบเป็นทางการ (Formal help seeking) เป็นการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพที่ผ่านการฝึกปฏิบัติในการช่วยเหลือและแนะนำตามบทบาทของอาชีพนั้น ๆ เพื่อเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตใจและสุขภาพจิต เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักบวชหรือบาทหลวง

2. การแสวงหาความช่วยเหลือแบบไม่เป็นทางการ (Informal help seeking) เป็นการแสวงหาความช่วยเหลือที่อยู่บนสัมพันธ์ภาพแบบส่วนตัว เช่น เพื่อน ครอบครัว หรือคนใกล้ชิด

### 1.1 กระบวนการในการแสวงหาความช่วยเหลือ

โดยกระบวนการในการแสวงหาความช่วยเหลือนั้น Gross and McMullen (1983 อ้างใน Dunst and Trivette, 1988, P. 344) ได้อธิบาย 3 องค์ประกอบ (3 stage model) ในการตัดสินใจแสวงหาความช่วยเหลือ ดังนี้

1. ขั้นรับรู้ปัญหาหรือความต้องการ
2. ตัดสินใจในการแสวงหาความช่วยเหลือหรือไม่
3. มีหนทางในการแก้ปัญหาหรือต้องแสวงหาความช่วยเหลือ



แผนภาพที่ 1 กระบวนการแสวงหาความช่วยเหลือ

ที่มา Gross และ McMullen (1983) อ้างใน Dunst และ Trivette (1988) หน้า 345

จากแผนภูมิจะเห็นได้ว่าการแสวงหาความช่วยเหลือตามโมเดลของ Gross and McMullen (1983 อ้างใน Dunst and Trivette, 1988) นั้น อธิบายโมเดลการแสวงหาความช่วยเหลือได้ว่า ในการแสวงหาความช่วยเหลือนั้นจะมีทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ซึ่งปัจจัยภายใน หมายถึง ปัจจัยของตัวบุคคล เช่น เพศ อายุ การศึกษา การนับถือตนเอง ประสบการณ์ในการตัดสินใจแก้ไขปัญหา เป็นต้น ปัจจัยภายนอก อันได้แก่ ปัจจัยของครอบครัว เช่น บุคคลในครอบครัว ลักษณะครอบครัว รายได้ภายในครอบครัว เป็นต้น ปัจจัยสถานการณ์ เช่น บุคคลรอบข้าง ความสัมพันธ์ ที่อยู่อาศัย วัฒนธรรม เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้เป็นผลซึ่งกันและกันและเป็นปัจจัยที่บุคคลนำมาพิจารณาในการเลือกที่จะแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพ โดยขั้นตอนในการแสวงหาความช่วยเหลือมี 3 ขั้นตอนคือ ขั้นที่หนึ่ง การตระหนักรับรู้ถึงปัญหาที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ หากพิจารณาแล้วบุคคลเห็นว่าปัญหานั้นอยู่ในขอบเขตที่สามารถจัดการได้หรือปัญหานั้นไม่กระทบต่อบุคคล บุคคลจะไม่แสวงหาความช่วยเหลือ แต่เมื่อพิจารณาและตระหนักแล้วว่าปัญหานั้นมีผลต่อตนเองและต้องการความช่วยเหลือจะเข้าสู่ขั้นที่สองคือ ขั้นการตัดสินใจ ในขั้นนี้บุคคลและพิจารณาจากปัจจัยต่าง ๆ ทรัพยากรที่มีในตนเอง ถ้าหากบุคคล พิจารณาแล้วเกิดความรู้สึกไม่ต้องการแสวงหาความช่วยเหลือ บุคคลจะเข้าสู่การพยายามจัดการปัญหาด้วยวิธีของตัวเองหรือยอมรับปัญหานั้น แต่ถ้าพิจารณาแล้วว่าการรับความช่วยเหลือจะเข้าสู่ขั้นที่สามคือ แสวงหาความช่วยเหลือโดยการปรึกษัมพันธ์กับผู้อื่นหรือแหล่งความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพต่อไป

## 1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการแสวงหาความช่วยเหลือ

Staiger et al. (2017) กล่าวว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการแสวงหาความช่วยเหลือมีดังนี้

### 1.2.1 ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหา

ความเข้าใจและความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางจิตใจ เข้าใจถึงความเครียดหรือปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต โดยที่บุคคลสามารถตระหนักได้ว่าไม่สามารถจัดการปัญหานั้นได้เพียงคนเดียว จำเป็นต้องแสวงหาความช่วยเหลือ เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้บุคคลแสวงหาความช่วยเหลือต่อไป นั้นหมายถึง เจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือ

### 1.2.2 การถูกตีตราหรือถูกประทุษร้ายว่าด้อยค่า

ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีการยอมรับในการแสวงหาความช่วยเหลือมากขึ้น ขณะเดียวกันก็ยังมีผู้คนมองว่าการแสวงหาความช่วยเหลือนั้นมันสัญญาณของความอ่อนแอและคุณลักษณะเชิงลบ เช่น การไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีหลายงานวิจัยได้พบว่าการถูกประทุษร้ายว่าด้อยค่านั้นเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่บุคคลเลือกที่จะไม่แสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพ (Clement et al., 2015)

ในการถูกตีตราหรือถูกประทัว่าด้วยค่าที่ส่งผลต่อการแสวงหาความช่วยเหลือนั้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 รูปแบบ คือ การถูกตีตราหรือประทัว่าด้วยค่าต่อตนเองและการถูกตีตราหรือประทัว่าด้วยค่าต่อสังคม ดังนี้

1. การถูกตีตราหรือประทัว่าด้วยค่าต่อสังคม (Public – stigma)

เป็นการรับรู้ว่าคุณจะถูกบุคคลรอบข้างหรือคนในสังคมมองตนเองในแง่ลบและทัศนคติเหล่านั้นเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงยากทางสังคม อีกทั้งยังพบว่าการถูกตีตราหรือถูกประทัว่าด้วยค่าในสังคมจะส่งผลต่อการตีตราหรือประทัว่าด้วยค่าตนเองด้วย (Vogel et al., 2007) การถูกตีตราว่าด้วยค่าทางสังคมนั้นเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้บุคคลเลือกที่จะไม่แสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพ

2. การถูกตีตราหรือประทัว่าด้วยค่าต่อตนเอง (Self - stigma)

เป็นการที่บุคคลรับรู้และมองตัวเองในเชิงลบ จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้บุคคลไม่กล้าที่จะเปิดเผยเรื่องราวของตนเองกับบุคคลอื่นเนื่องจากความรู้สึกอาย ผิดหวังในตนเองและมองว่าตนเองอ่อนแอ (Topkaya, 2015)

Wills and DePaulo (1991) ได้อธิบายเงื่อนไขปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลแสวงหาความช่วยเหลือดังนี้

1. เพศ (Gender) ในการแสวงหาความช่วยเหลือของเพศชายและเพศหญิงไม่ได้มีความแตกต่างกันมากนัก แต่รูปแบบการแสวงหาความช่วยเหลือของเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกัน กล่าวคือ เมื่อเพศชายประสบกับภาวะยากลำบากการแสวงหาความช่วยเหลือในขั้นต้นกับบุคคลใกล้ชิดที่เป็นเพศหญิงมากกว่า เช่น ภรรยา (Wills & DePaulo, 1991) และมีจำนวนน้อยมากที่จะแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพ (Howerton et al., 2007) ในขณะที่เพศหญิงมักจะแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพมากกว่า อีกทั้งพบว่าผู้หญิงจะเป็นคนชักนำให้ผู้ชายเข้าแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพ (Horwitz, 1987)

2. อายุ (Age) ผู้ที่มีอายุน้อยจะแสวงหาความช่วยเหลือมากกว่าผู้ที่มีอายุมาก ในวัยผู้ใหญ่ไม่ค่อยพบการแสวงหาความช่วยเหลือมากเท่าไรนักอาจจะเนื่องจากประสบการณ์ชีวิตและความยืดหยุ่นในชีวิต แต่มีงานวิจัยบางงานพบว่าผู้ที่มีในวัยผู้ใหญ่ที่มีการเข้ารับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพมากกว่าวัยรุ่น เนื่องจากในวัยผู้ใหญ่การถูกตีตราอาจจะไม่มีผลมากเท่ากับวัยรุ่นจึงไม่กังวลในผลกระทบต่อนาคตมากเท่าไรนัก (Horwitz, 1987) อย่างไรก็ตามในการแสวงหาความช่วยเหลืออาจจะต้องดูบริบทอื่น ๆ ร่วมด้วย

3. เศรษฐฐานะ (Socioeconomic status) ในประเทศที่มีพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมที่ต่างกันนั้นส่งผลต่อการศึกษา พบว่า ในประเทศที่มีการศึกษาที่สูงจะแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพมากกว่า ซึ่งสิ่งนี้จะส่งผลต่อความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของตนเองในข้างต้น

4. บริบททางสังคม (Social context) การสนับสนุนจากสังคมหรือบุคคลรอบข้างในการแสวงหาความช่วยเหลือนั้นมีผลทำให้บุคคลเลือกที่จะแสวงหาความช่วยเหลืออย่างเหมาะสมจากนักวิชาชีพ ซึ่งในบริบททางสังคมนั้นเชื่อมโยงถึงการถูกตีตราข้างต้น ในบางวัฒนธรรมมีความเชื่อว่าเรื่องราวภายในใจของตัวเองหรือคนรอบข้างไม่ควรเปิดเผยต่อผู้อื่น (Topkaya, 2015)

5. การเข้าถึงความช่วยเหลือ (Help-seeking in medical setting) ในการมีแหล่งการเข้าถึงสถานบริการทางสุขภาพจิตขั้นปฐมภูมินั้นส่งเสริมให้บุคคลที่มีความรู้สึกทางด้านลบหรือกำลังประสบกับภาวะยากลำบากของจิตใจได้เข้าถึงการนับบริการจากนักวิชาชีพได้ง่ายขึ้น ในเมืองที่มีการเข้าถึงหรือสนับสนุนในการช่วยเหลือจากจิตใจจากส่วนราชการหรือเอกชนเช่นเมืองหลวงของประเทศนั้นพบว่าผู้มีบริการเข้าถึงการช่วยเหลือทางด้านจิตใจมากกว่าในเขตชนบท (Horwitz, 1987 อ้างถึง Kadushin, 1969)

เห็นได้ว่าในกระบวนการแสวงหาความช่วยเหลือจะมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็นการรับรู้ถึงปัญหา การถูกตีตราว่าด้อยค่า บริบทต่าง ๆ ทางสังคมที่จะสามารถเป็นตัวช่วยเหลือให้เข้าถึงความช่วยเหลือทางด้านจิตใจได้ จากปัจจัยเหล่านี้พบว่าผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขพยายามจัดการกับปัญหาด้วยตัวเองมากกว่าแสวงหาความช่วยเหลือในขั้นเริ่มต้นของปัญหา เนื่องจากความกังวลถึงภาพลักษณ์ของวิชาชีพการทำงาน การถูกประหัตประหารว่าด้อยค่าและกังวลถึงโอกาสทางอนาคต ทำให้การแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตใจจากนักวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขสวนทางกับความเครียดที่พบมากในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข

## 2. การปรึกษาเชิงจิตวิทยา

### 2.1 แนวทางการช่วยเหลือจากนักวิชาชีพโดยการเข้ารับการศึกษาเชิงจิตวิทยา

การแสวงหาความช่วยเหลือทางด้านจิตใจมีหลายรูปแบบ รูปแบบหนึ่งที่มีประสิทธิภาพคือการเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาจากนักวิชาชีพ การปรึกษาเชิงจิตวิทยา หมายถึง กระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่พูดคุยกันระหว่างคน 2 คนผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาเพื่อเปลี่ยนทัศนภายในและความรู้สึกนึกคิดของผู้รับคำปรึกษา โดยมีเป้าหมายแตกต่างกันตามจุดประสงค์ที่มาใช้บริการ เช่น จัดการปัญหาวิกฤตของชีวิต เยียวยาบอดผลทางจิตใจ จัดการกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น พัฒนาชีวิต เป็นต้น เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถสัมผัสและรับรู้ถึงความรู้สึกที่มีอย่างมีเหตุผลและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Colledge, 2002)

Burks and Steffle (1979, อ้างใน Mcleod, 2003) กล่าวว่าการศึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นความสัมพันธ์ระหว่างนักวิชาชีพที่ถูกฝึกมาให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษาแบบรายบุคคลหรือบางครั้ง

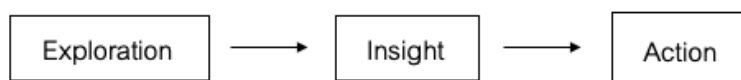
ผู้รับคำปรึกษามากกว่า 1 คนเพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจและเห็นมุมมองในชีวิต เรียนรู้และเลือกเป้าหมายผ่านการรอบรู้ถึงข้อมูลที่แน่ชัดและสามารถหาทางออกของปัญหาด้วยตนเอง

Feltham and Dryden (1993 อ้างใน Mcleod, 2003) กล่าวว่าการศึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นการประยุกต์ทฤษฎีทางจิตวิทยาผสานกับทักษะการสื่อสาร เพื่อปรับเปลี่ยนประสบการณ์ ปัจจัยภายในของผู้รับคำปรึกษา เป็นการเอื้อประโยชน์มากกว่าการแนะนำหรือบีบบังคับ อาจจะทำในระยะเวลาสั้นๆ หรือระยะยาว โดยไม่ทับซ้อนกับทางการแพทย์ เป็นการช่วยเหลือคนที่กำลังประสบกับความทุกข์หรือความสับสนด้วยความเป็นมิตรและเป็นความลับ

ACA หรือ American Counseling Association (อ้างใน Kaplan et al, 2014) กล่าวว่าการศึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นการให้คำปรึกษาในความสัมพันธ์แบบมีอาชีพที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคล ครอบครัว และกลุ่มต่าง ๆ ได้มีสุขภาพใจที่ดี ส่งเสริมทางการศึกษาหรือแม้กระทั่งเป้าหมายของการประกอบอาชีพ

จากคำนิยามข้างต้นการศึกษาเชิงจิตวิทยา หมายถึง การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 2 บุคคล หรือมากกว่า 2 บุคคล โดยมีผู้ให้คำปรึกษาที่ผ่านการฝึกปฏิบัติและผู้รับคำปรึกษา ภายใต้สัมพันธภาพที่เป็นมิตร อ่อนน้อมและเอื้อประโยชน์ให้ผู้รับคำปรึกษาได้ตระหนัก รับรู้ เข้าใจถึงเรื่องราวและความรู้สึกของตนเองอย่างชัดเจนผ่านกระบวนการทางจิตวิทยา ช่วยให้ขยายทัศนของชีวิตมากยิ่งขึ้น สามารถจัดการและเลือกทางเดินของชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อความเป็นอยู่ที่ดีและมีสุขภาพใจที่แข็งแรง

โดยรูปแบบที่ใช้ในการให้คำปรึกษานั้นจะขึ้นอยู่กับบุคคลและผู้ให้คำปรึกษา กระบวนการให้คำปรึกษา ในที่นี้ผู้วิจัยขอกล่าวถึง The Three-Stage Model (Hill, 2014) ดังนี้



แผนภาพที่ 2 กระบวนการให้คำปรึกษา

The Three-Stage Model (Hill, 2014)

### 1. ขั้นสำรวจ (Exploration)

เป็นเป้าหมายที่เข้าถึงผู้รับการปรึกษาโดยการตั้งใจฟังทั้งวัจภาษาและอวัจนภาษาของผู้รับคำปรึกษา เช่น การสบตา การพยักหน้า หรือตอบรับในการส่งเสียงสั้นๆ เป็นต้น เป็นการให้ความสนใจ ไม่ขัดจังหวะของผู้รับคำปรึกษาเวลาพูด เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจความคิดของตนเอง โดย

การถามของผู้ให้คำปรึกษา สะท้อนคำพูดหรือความรู้สึก เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายทางอารมณ์ที่ซับซ้อนออกมา

### 2. ขั้นเข้าใจ (Insight)

เป็นขั้นที่ผู้ให้คำปรึกษาเอื้อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดการหยั่งลึกหรือตระหนักรู้ในตนเองขึ้นมา ผ่านคำถามที่ได้รับ การตีความจากเรื่องราว การเปิดเผยตนเอง โดยทำงานอยู่บนสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในช่วงนี้ผู้รับบริการจะเข้าใจในตนเองเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกหรือพฤติกรรมของตนเอง โดยจะพบมุมมองใหม่หรือขยายทัศนคติในตนเองเพิ่มขึ้น

### 3. ขั้นปฏิบัติ (Action)

เป็นขั้นที่ผู้ให้คำปรึกษาจะใช้ทักษะหลักในการให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจถึงทิศทางหรือการพัฒนาตนเองในอนาคต เช่น การผ่อนคลาย การเปลี่ยนพฤติกรรม การตัดสินใจ เป็นต้น ช่วยสำรวจทิศทางหรือแนวคิด พิจารณาถึงความเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปได้ ส่งเสริมทักษะในเชิงบวกแก่ผู้รับคำปรึกษา

อย่างไรก็ตามขั้นตอน 3 ขั้นนี้สามารถเกินสลับกันไปมาหรือย้อนกลับได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยของผู้รับคำปรึกษาและเป้าหมายที่มารับบริการ

## 2.2 การเปลี่ยนแปลงภายหลังเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

การเปลี่ยนแปลงภายหลังเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นเป้าหมายสำคัญในความต้องการรับความช่วยเหลือทางจิตใจสำหรับผู้รับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นการเปลี่ยนแปลงเฉพาะบุคคล มีลักษณะจำเพาะในแต่ละงานวิจัยตามความสนใจศึกษาของผู้วิจัย โดยงานวิจัยของ Timulak (2007) และ Scholl et al. (2014) สามารถรวบรวมการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาได้ดังนี้

1. เกิดความเข้าใจตนเอง มีการตระหนักรู้และเข้าใจอย่างถ่องแท้ (Insight/Self-understanding/ Awareness) คือ มีความเข้าใจและตระหนักถึงแง่มุมต่าง ๆ ในประสบการณ์ชีวิตหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างลึกซึ้ง ทำให้ความเข้าใจที่มีต่อประสบการณ์ชีวิตเปลี่ยนไป
2. เกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมและวิธีการจัดการปัญหา (Behavioral change/Problem solution) คือ มีวิธีการจัดการปัญหาเพื่อก้าวข้ามผ่านปัญหาในรูปแบบใหม่ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมเพื่อการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น
3. เกิดการเสริมสร้างพลัง (Empowerment) คือ เกิดการรับรู้ถึงจุดแข็งในตนเอง ซึ่งเป็นการค้นพบศักยภาพหรือขีดความสามารถในตนเองมากขึ้น ทำให้เกิดความมั่นใจในตนเองและพร้อมรับมือกับปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงในอนาคต (Readiness for Change)

4. เกิดความผ่อนคลาย (Relief) คือ เมื่อเกิดจากความรู้สึกปลอดภัยในกระบวนการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแล้ว จะเกิดความรู้สึกบรรเทา คลายลงจากปัญหาหรือความรู้สึกท่วมท้นที่เกิดขึ้น
5. เกิดสัมพันธภาพที่ดีขึ้น (Improved Social Relationships) คือ เกิดความสามารถในการควบคุมตนเองได้ และมีทักษะในการสื่อสารที่ดีขึ้น มีการเรียนรู้ในการเคารพความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้อื่นจากการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยา
6. เกิดการพัฒนาตนเองและมีความสมบูรณ์ในชีวิต (Personal Growth and Self-Actualization) โดยมีความรู้สึกเป็นอิสระภายหลังก้าวข้ามผ่านปัญหาในชีวิต มีความมั่นใจในการดำเนินชีวิตในรูปแบบใหม่ที่เป็นผลให้เกิดการพัฒนาตนเองและพร้อมรับมือกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต
7. มีสุขภาพทางจิตใจที่ดี (Promoting Client Wellness) เมื่อเกิดการยอมรับตนเองและสามารถจัดการกับอารมณ์ทางลบได้ จะมีลักษณะการทำงานที่ดีขึ้นและมีแนวโน้มต่อการตระหนักรู้ในตนเองเพิ่มขึ้นในอนาคต อีกทั้งมีจุดยืนทางสังคม มีตัวตนที่สร้างสรรค์สามารถจัดการกับปัญหาได้ เห็นถึงศักยภาพในตนเอง รวมถึงการมีสุขภาพที่แข็งแรง
8. การได้สำรวจความรู้สึกหรือประสบการณ์ทางอารมณ์ (Exploring feelings/emotional experiencing) คือ เกิดการสำรวจอารมณ์และความรู้สึกของตนเองต่อประสบการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อทำความเข้าใจในตนเองอย่างถ่องแท้ อีกทั้งได้สัมผัสหรือรับรู้ถึงอารมณ์หรือความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังจากการจัดการปัญหาได้สำเร็จ
9. การได้รับความเข้าใจ (Feeling understood) คือ ผู้รับบริการรู้สึกได้รับความเข้าใจอย่างลึกซึ้งจากนักจิตวิทยาการศึกษา ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดและหาได้ยากในบริบทภายนอกของการดำเนินชีวิต
10. มีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Client involvement) คือ การรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา เปรียบดังเป็นพื้นที่ของตนเองในการค้นหาสิ่งที่สำคัญของตนเองในกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อแก้ไขปัญหายภายในตนเอง
11. การได้รับความมั่นใจ การสนับสนุนและความปลอดภัย (Reassurance/support/safety) คือ การได้รับความมั่นใจ การยอมรับ การสนับสนุนทางอารมณ์ รวมถึงเกิดความรู้สึกปลอดภัยและไม่โดดเดี่ยวในกระบวนการปรึกษาจากนักจิตวิทยาการศึกษา
12. การได้สัมผัสสื่อสารส่วนบุคคล (Personal contact) คือ ความรู้สึกได้รับการพูดคุยในฐานมนุษย์คนหนึ่ง ไม่ใช่การบำบัดรักษาในทิศทางเดียว



นอกจากนี้ Jankowski และคณะ ได้ศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกของบุคคลภายหลัง ประสบกับสถานการณ์สะเทือนใจที่ทำหายอย่างยิ่ง เช่น เหตุการณ์ภัยพิบัติ อาชญากรรม การทารุณกรรมหรือสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นต้น (วิลสัน ฟีลด์, 2563) ผู้ที่ ประสบการเหตุการณ์ที่สะเทือนใจ (Traumatic events) นั้นมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจเชิงบวก ภายหลังก้าวข้ามผ่านปัญหาได้ (Tedeschi & Calhoun, 1996) ดังนี้

### 1. การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ในตนเอง (Perceived Changes in Self)

เกิดจากการที่บุคคลสามารถจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงยากลำบากของชีวิตได้ ทำให้เกิดการเติบโตในทิศทางบวก โดยบุคคลจะเกิดความเข้มแข็งทางจิตใจ มีความมั่นใจในตนเอง เชื่อมั่นในความสามารถที่พึ่งพาตนเองต่อการเผชิญกับปัญหา เกิดความยืดหยุ่นในตนเอง กล่าวคือ เกิดการรับรู้คุณค่าตนเองในทางบวก เห็นคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้เกิดการนับถือตนเองมากขึ้น ทำให้มีความมั่นใจใน ความศักยภาพของตนเองและสามารถรับมือกับปัญหาในชีวิตได้ดีขึ้น

### 2. การเปลี่ยนแปลงการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (A Changed Sense of Relationships with Others)

เมื่อบุคคลได้บอกเล่าถึงเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจแล้ว ทำให้บุคคลมีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น โดยการเปิดเผยตนเองนี้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและการแสดงออก ทำให้ความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างดีขึ้น อีกทั้งบุคคลจะตระหนักและให้ความหมายกับบุคคลสำคัญในชีวิต ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน คนใกล้ชิด หรือบุคคลที่ผ่านพ้นกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์เดียวกับตนเอง

### 3. การเปลี่ยนแปลงปรัชญาในชีวิต (A Changed Philosophy of Life)

เมื่อบุคคลสามารถผ่านเหตุการณ์ที่สะเทือนใจในชีวิตของตนเองได้ จะเกิดความซาบซึ้งในการดำรงอยู่ของชีวิตตนเองมากขึ้น เกิดมุมมอง ทศนคติที่ดีต่อชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงลำดับความสำคัญในชีวิตในทิศทางบวก เช่น ใช้ชีวิตเรียบง่ายขึ้นและมีความสุขกับชีวิตมากขึ้น มีการค้นพบความหมายของชีวิต เปลี่ยนแปลงความสำคัญในชีวิต มีการแสดงออกในลักษณะชื่นชม รื่นรมย์และมีความสุขในเรื่องเล็กน้อย สนใจแลกเปลี่ยนปรัชญาในการดำเนินชีวิตกับบุคคลอื่น (ภาณิดา บัวเพชร, 2551) เกิดความยืดหยุ่นในการดำเนินชีวิตและเห็นถึงความงดงามในชีวิต

จะเห็นได้ว่าภายหลังเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาทำให้บุคคลเกิดการเติบโตในทิศทางที่ดีหรือทิศทางบวกในชีวิต มีการตระหนักรู้ในตนเอง มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้างและสามารถจัดการปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงบุคคลที่เผชิญกับเหตุการณ์รุนแรงที่กระทบกระเทือนใจในชีวิตทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่พิเศษคือ มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่อตนเอง ต่อผู้อื่นและต่อการดำรงชีวิตบนโลก ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

## 2.3 ปัญหานำเข้าสู่การรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

บุคคลเกิดการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยาการปรึกษาเมื่อรับรู้ว่ามีปัญหาที่เผชิญนั้นมากหรือรุนแรงกว่าปัญหาของผู้อื่น (Vogel & Wester, 2003) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัญหาที่นำไปสู่บุคคลเข้ารับความช่วยเหลือทางจิตใจจากนักจิตวิทยาการปรึกษา ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ปัญหาความสัมพันธ์ ความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย ภาวะการบาดเจ็บทางจิตใจ (Pérez-Rojas et al., 2017) ผู้วิจัยขออธิบายเบื้องต้นดังต่อไปนี้

### 2.3.1 ความวิตกกังวล (Anxiety)

ภาวะวิตกกังวลเป็นภาวะที่พบบ่อย (มานอนซ์ หล่อตระกูล, 2544) Freud (1934 อ้างใน Spielberger, 1966) ได้อธิบายความหมายของภาวะวิตกกังวลในช่วงแรกว่าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองจากแรงขับเคลื่อนไหวในจิตใจที่ไม่สามารถควบคุมได้เมื่อมีเหตุการณ์อันตรายจากภายนอก โดยแสดงออกทางร่างกายในรูปแบบภาวะวิตกกังวลซึ่งเป็นวิธีการป้องกันตัวหรือหนีจากภัยคุกคามที่บุคคลรับรู้ ในขณะที่ Bandura (1998) ได้กล่าวว่าความวิตกกังวลเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์ที่ถูกประเมินว่าคุกคามต่อตนเองและเชื่อว่าตนเองไม่สามารถรับมือกับภาวะคุกคามนั้นได้ จึงเกิดความตื่นตัวขึ้นอย่างอัตโนมัติและมีการหลั่งสาร catecholamine มากขึ้นจากสภาวะแวดล้อมที่บุคคลรับรู้ว่าจะไม่สามารถควบคุมได้ เช่นเดียวกับ Clark and Beck (2011) กล่าวว่าความวิตกกังวลเป็นการตอบสนองอย่างเป็นระบบต่อการรับรู้ อารมณ์ สรีรวิทยาและพฤติกรรมที่ซับซ้อน เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ถูกคาดการณ์ว่าต้องหลีกเลี่ยงเนื่องจากมองว่าเป็นสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้หรือคาดเดาไม่ได้ ซึ่งอาจเป็นสถานการณ์ที่จะเป็นภัยคุกคามต่อบุคคล

จากคำนิยามที่กล่าวมา สามารถอธิบายได้ว่า ภาวะวิตกกังวลเป็นการตอบสนองภายใต้การแสดงออกทางร่างกายในลักษณะการตื่นตัวเพื่อป้องกันตนเอง เมื่อบุคคลรับรู้ถึงเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เผชิญไม่สามารถควบคุมหรือคาดการณ์ได้และอาจจะเป็นภัยคุกคามต่อตนเอง Clark and Beck (2010) ได้อธิบายถึงแนวคิดของภาวะวิตกกังวลว่า เมื่อเกิดสถานการณ์กระตุ้น บุคคลจะมีความคิดอัตโนมัติซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการจัดการกับภาวะวิตกกังวล โดยเกิดจากความเชื่อและไม่

สามารถควบคุมภาวะวิตกกังวลอย่างมีประสิทธิภาพได้จะทำให้เกิดภาวะวิตกกังวลเพิ่มขึ้น หากต้องการแก้ไขภาวะวิตกกังวลจะต้องส่งเสริมให้บุคคลเกิดการรับรู้ในส่วนของความคิดอัตโนมัติ

### 2.3.2 ภาวะซึมเศร้า (Depression)

World Health Organization (2017) ได้กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าสามารถพบได้บ่อย มีลักษณะเฉพาะต่อความเสียใจ สูญเสียความสนใจในสิ่งที่เคยทำแล้วมีความสุข อีกทั้งยังพบปัญหาทางด้านการนอนหลับ ความต้องการอาหาร ความเหนื่อยล้าหรือไม่มีสมาธิ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล อาการสำคัญของบุคคลที่ประสบกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ รู้สึกเศร้าหรือหดหู่น้อยลง สูญเสียความสนใจในสิ่งที่เคยทำแล้วมีความสุข ความต้องการอาหารเปลี่ยนแปลงไป มีปัญหาในการนอนหรือนอนมากเกินไป เหนื่อยล้า มีการพูดหรือเคลื่อนไหวช้าลง มีอาการกระวนกระวายอยู่ไม่นิ่ง รู้สึกไร้คุณค่า สูญเสียสมาธิหรือความคิด ตัดสินใจช้าลง และมีความคิดหรือความต้องการฆ่าตัวตาย (American Psychiatric Association, 2013)

สามารถแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้ 4 ระดับ (Zimmerman et al., 2013) ดังนี้

1. ไม่มีภาวะซึมเศร้า (No Depression) ผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า อาจจะมีความรู้ใน 3 ส่วนนี้ ได้แก่ ความรู้สึกเศร้า ความไม่พอใจ หรือไม่ชอบตนเอง โดยความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะเกิดเพียงบางครั้ง
2. ภาวะซึมเศราระดับเล็กน้อย (Mild Depression) เป็นภาวะที่เริ่มหม่นหมองในบางครั้ง ไม่สดชื่น มีความกระตือรือร้นลดลง เหนื่อยล้าง่าย เกิดความกังวลง่ายขึ้น
3. ภาวะซึมเศราระดับปานกลาง (Moderate Depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่เริ่มมากขึ้น ไม่มีความสุขในชีวิต มีการตำหนิตนเอง ร้องไห้ง่าย ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์รอบตัว แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้แม้ว่าจะไม่สมบูรณ์และอาจมีความคิดฆ่าตัวตายในบางครั้ง
4. ภาวะซึมเศราระดับรุนแรง (Severe Depression) เป็นการประสบภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นระยะเวลานานและตลอดเวลา ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและอารมณ์อย่างชัดเจน อีกทั้งมีความคิดฆ่าตัวตาย (ดุชนีย์ ชาญปรีชา และคณะ, 2559)

### 2.3.3 ปัญหาความสัมพันธ์ (Relationship problem)

Sullivan ได้ศึกษาปัญหาความสัมพันธ์โดยได้รับอิทธิพลมาจากแนวคิดจิตวิเคราะห์และได้อธิบายรูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นหรือบุคลิกภาพ ซึ่งบุคลิกภาพเป็นพลังงานในรูปแบบหนึ่งที่มีความตึงเครียด (Tension) ที่ประกอบด้วยความต้องการ (need) และภาวะวิตกกังวล (anxiety) และถูกเปลี่ยนแปลงเป็นพฤติกรรม (Dynamisms) โดยจะเริ่มสร้างตัวตนตั้งแต่ในช่วงทารกและพัฒนาขึ้นจากการรับภาพของตนและภาพที่รับจากผู้อื่นในการปฏิสัมพันธ์ จนเกิดเป็นพัฒนาการของบุคลิกภาพต่อความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยความแตกต่างระหว่างบุคคล ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด

ระหว่างบุคคล เช่น ความสัมพันธ์ที่ในครอบครัว ความสัมพันธ์กับคนรัก ความสัมพันธ์ระหว่างมิตรภาพ เป็นต้น ทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลจากความคาดหวังของพฤติกรรมของบุคคลในการปฏิสัมพันธ์กันและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นจะส่งผลต่อการรับรู้ในตนเอง (Berscheid,1994)

#### 2.3.4 ความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-esteem)

ในช่วงแรก Jame (1890 อ้างใน Hepper, 2016) ได้ให้ความสำคัญกับการรับรู้ตนเองในการบรรลุถึงเป้าหมายเป็นการรับรู้ถึงคุณค่าที่มีในตนเอง และ Maslow (2000) ได้รวมการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในทฤษฎีความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ โดยกล่าวว่ามนุษย์จะสามารถบรรลุถึงเป้าหมายในชีวิตได้จะต้องมีการเห็นคุณค่าในตนเอง ความเคารพในตนเอง โดยสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลเผชิญกับความท้าทายในชีวิตและสามารถรับมือกับความท้าทายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายหลัง Cast and Burke (2002) ได้อธิบายว่าการเห็นคุณค่าในตนเองเป็นการประเมินตนเองในทางบวกของบุคคลในมิติด้านความภาคภูมิใจในตนเองและคุณค่าในตนเอง ซึ่งโครงสร้างทางสังคมมีผลต่อการการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยเมื่อบุคคลพิสูจน์ตนเองและได้รับการยอมรับในสังคม จะส่งผลต่อการรับรู้คุณค่าในตนเองและมีความนับถือในตนเองเพิ่มขึ้น ในขณะที่เดียวกันเมื่อบุคคลไม่ได้รับการยอมรับจากสังคมจะทำให้ตนเองรู้สึกไร้ประสิทธิภาพ หากไม่ได้รับการยอมรับอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้เกิดความนับถือในตนเองลดลง

ในบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะเป็นคนเปิดเผย มีความชัดเจนในแนวคิดตนเองและมีแรงจูงใจในตนเอง ในขณะที่บุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำจะมีการระวังตัวต่อการตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมทางสังคม Baumeister (1993) มีความรู้สึกไม่มั่นคงและไม่มั่นใจในตนเอง (Hepper, 2016)

#### 2.3.5 ความเศร้าโศกจากการสูญเสีย (Grief and loss)

ความเศร้าโศกจากการสูญเสียเป็นการตอบสนองตามธรรมชาติเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับความสูญเสีย ไม่ว่าจะเป็นการเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิดหรือสูญเสียสิ่งสำคัญในชีวิตไป (ฐาภกร กาญจนโนภาศ และคณะ, 2564) บุคคลจะมีการจัดการกับความรู้สึกเศร้าโศกจากการสูญเสียแต่ไม่สามารถคาดเดาระยะเวลาได้ หากไม่สามารถจัดการได้อาจส่งผลกระทบต่อชีวิตและ Costa et al. (2016) ได้อธิบายว่าความเศร้าโศกจากการสูญเสียเป็นประสบการณ์ที่มีความแตกต่างต่อการตอบสนองต่อความเศร้าโศก โดยมีลักษณะเฉพาะตามความแตกต่างของแต่ละบุคคล Kübler-Ross (1973) ได้อธิบายกระบวนการทางจิตใจในการเผชิญกับภาวะสูญเสีย 5 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเวลาปฏิเสธ (Denial) เป็นช่วงที่บุคคลรับทราบข่าวร้าย รับรู้ว่ามีเปลี่ยนแปลงในชีวิตไปทันทีจึงเกิดการปฏิเสธ รู้สึกซ้อค มึนงง ไม่ยอมรับความจริง ซึ่งเป็นกลไกการป้องกันตัวตามธรรมชาติเพื่อไม่ให้จมอยู่กับความเศร้าโศก

2. ระยะเวลาโกรธ (Anger) เมื่อบุคคลเริ่มเกิดการปรับตัวต่อเหตุการณ์สูญเสียได้ จะเริ่มเกิดความรู้สึกโกรธ โดยอาจจะโกรธเหตุการณ์ โกรธโชคชะตา โกรธตนเอง โกรธคนรอบข้างหรือบุคคลอื่น ในระยะนี้บุคคลจะมีความเชื่อมโยงกับความจริงที่เกิดขึ้น

3. ระยะเวลาต่อรอง (Bargaining) เป็นระยะที่รับรู้ต่อการสูญเสียแต่ยังไม่สามารถยอมรับได้ จึงเกิดการต่อรองต่อโชคชะตาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อไม่ต้องการให้เกิดการสูญเสีย เช่น ถ้าลูกกลับมา ฉันจะเป็นไม่บ่น เป็นต้น เพื่อยืดระยะเวลาของการเผชิญหน้ากับการสูญเสีย

4. ระยะเวลาซึมเศร้า (Depression) เป็นการตอบสนองเมื่อเริ่มเกิดการยอมรับว่ามีการสูญเสียเกิดขึ้นจริง เป็นช่วงที่บุคคลจะทบทวนต่อสิ่งที่สูญเสียหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มีความรู้สึกว่างเปล่า เจ็บปวด ถอนตัวออกจากความจริง มีความหม่นหมองในจิตใจ ไม่ต้องการพูดคุยกับใคร ไม่ต้องการออกไปไหน รู้สึกสิ้นหวัง

5. ระยะเวลายอมรับ (Acceptance) เป็นระยะที่ยอมรับกับความสูญเสียที่เกิดขึ้น โดยบุคคลจะมีการเชื่อมต่อกับโลกความจริงอีกครั้ง มีการปรับตัวต่อการสูญเสีย โดยเริ่มมีส่วนร่วมทั้งสังคมและสภาพแวดล้อมและมีการทำความเข้าใจกับการสูญเสียอีกครั้ง

อย่างไรก็ตามในขั้นตอนการเกิดกระบวนการสูญเสีย 5 ระยะนี้อาจจะมีการเกิดข้ามระยะหรือเกิดใกล้เคียงกันจนไม่สามารถกำหนดได้หรืออาจจะสามารถกลับไปมาในแต่ละระยะได้ ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และปัจจัยส่วนบุคคล (Baier & Buechsel, 2012)

### 2.3.6 บาดแผลทางจิตใจ (Trauma)

บาดแผลทางจิตใจเป็นบาดแผลชนิดหนึ่งเรียกว่าเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ (Garland, 2018)

American Counseling Association (2017) ได้ให้ความหมายของบาดแผลทางจิตใจว่า สภาวะที่จิตวิญญาณ เจตจำนงในการมีชีวิต ความเชื่อ ศักดิ์ศรี ความปลอดภัย ความคิดและความรู้สึก ได้รับการกระทบกระเทือนและไม่สามารถจัดการความเครียดได้ด้วยตนเอง โดยแบ่งบาดแผลทางจิตใจออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. บาดแผลทางจิตใจชนิด I เป็นเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนใจเพียงครั้งเดียวแต่ยังคงอยู่ในความทรงจำ เช่น การตรกรถไฟในวัยเด็ก ความตกใจจากการผ่าตัด (Krystal, 1978) การเผชิญกับภัยพิบัติ เป็นต้น

2. บาดแผลทางจิตใจชนิด II เป็นประสบการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจหลายครั้ง ทำให้บุคคลเกิดการปฏิเสธ มึนงง แยกตัวหรือโกรธ

Ruglass and Kendall-Tackett (2014) ได้แบ่งเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บทางจิตใจไว้ดังนี้

1. การเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต (Life-Threatening Medical illness) การได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ากำลังป่วยที่คุกคามต่อชีวิต ทำให้เกิดความเครียด ความกังวลใจในผลข้างเคียงการรักษา และความกลัวในการเจ็บป่วยซ้ำ ๆ อาจนำไปสู่ภาวะความทุกข์ทางจิตใจ

2. อุบัติเหตุร้ายแรง (Serious Accident) การประสบอุบัติเหตุที่ส่งผลต่อร่างกาย เช่น ความเจ็บปวด ภาวะทุพพลภาพ ความตาย เป็นต้น ทำให้บุคคลเกิดการกระทบกระเทือนทางจิตใจ

3. ภัยพิบัติ (Disasters) เป็นเหตุการณ์กระทบกระเทือนทางจิตใจในวงกว้างที่ประสบร่วมกันหลายคน โดยอาจจะเกิดขึ้นโดยตรงหรืออ้อม เช่น การทำร้ายร่างกาย การสูญเสียคนที่รัก การสูญเสียทรัพย์สิน เป็นต้น ไม่ว่าจะเป็ภัยพิบัติที่มนุษย์สร้างขึ้น เช่น การก่อการร้าย หรือภัยพิบัติตามธรรมชาติ เช่น ภูเขาถล่ม น้ำท่วม เป็นต้น ผู้ประสบกับภัยพิบัติมักเกิดความทุกข์ทางจิตใจและบางส่วนอาจเกิดภาวะเจ็บป่วยทางจิตใจภายหลังจากเหตุการณ์รุนแรง (Post-Traumatic Stress Disorder)

4. การทารุณเด็ก (Child Maltreatment) เป็นการกระทำที่ส่งผลให้เกิดอันตรายทั้งทางด้านร่างกายหรือจิตใจเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี เช่น การแสวงหาผลประโยชน์ การล่วงละเมิดทางเพศ การทำร้ายร่างกาย การทอดทิ้ง เป็นต้น ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นทั่วโลก

5. ความรุนแรงในครอบครัว (Domestic Violence) เป็นการใช้ความรุนแรง การทำร้ายร่างกายหรือ จิตใจ การสะกดรอยตาม ส่วนมากพบในผู้หญิง เด็ก ผู้มีความนับถือในตนเองต่ำ

6. การล่วงละเมิดทางเพศ (Sexual Violence) เป็นการกระทำทางเพศโดยไม่ได้เกิดจากความยินยอม ซึ่งใช้การข่มขู่ บีบบังคับหรือใช้กำลังทางกายภาพ ซึ่งส่งผลให้ผู้ถูกกระทำอาจเกิดภาวะซึมเศร้าหรือภาวะเจ็บป่วยทางจิตใจภายหลังจากเหตุการณ์รุนแรง PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) ได้

จะเห็นได้ว่าปัญหาที่ทำให้บุคคลเกิดความต้องการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตใจจากนักจิตวิทยาการปรึกษาส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในระดับจิตใจ ไม่ว่าจะเป็น ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า การรับถือในตนเองต่ำ ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือความเศร้าโศกจากการสูญเสีย ล้วนทำให้บุคคลประสบกับภาวะวิกฤตหรือความยากลำบากในชีวิตแตกต่างกัน ในส่วนปัญหาความเครียดที่พบบ่อยในบุคคลทั่วไป ผู้วิจัยขออธิบายรายละเอียดในหัวข้อปัญหาสุขภาพทางจิตใจที่พบบ่อยในวิชาชีพทางการแพทย์ต่อไป

### 3. ปัญหาสุขภาพทางจิตใจที่พบบ่อยในวิชาชีพทางการแพทย์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัญหาทางจิตใจที่พบบ่อยในวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ ภาวะเครียด ภาวะหมดไฟจนเกิดความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ ผู้วิจัยขอกกล่าวถึงปัญหาที่พบบ่อยของสุขภาพทางจิตใจดังนี้

#### 3.1 ความเครียด

##### 3.1.1 ความหมายของความเครียด

ความเครียดมีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า “strictus” ซึ่งหมายถึงความตึงแน่น ถูกใช้ในทางฟิสิกส์ อธิบายถึงความเครียดคือความกดดันหรือแรงดึง โดยสมมติเส้นเชือกดึงที่ผูกกับเขาไว้สองต้น หากมีน้ำหนักมาถ่วงไว้ตรงกลางเส้นเชือกเรื่อย ๆ จะเกิดแรงดึงของเชือกที่เพิ่มมากขึ้นจนในที่สุดเส้นเชือกนั้นจะขาดไป ความตึงของเส้นเชือกนั้นหมายถึงความเครียดที่เกิดขึ้น (จำลอง ดิษยวณิช และ พร็ัมเพรา ดิษยวณิช, 2545)

Selye (1978) ได้นำเอาคำว่าความเครียดมาอธิบายถึงปรากฏการณ์ที่ร่างกายตอบสนองต่อสภาวะคุกคาม ความกดดันหรือความเปลี่ยนแปลงจากภายนอก ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากภายในร่างกายเป็นการตอบสนองทำให้มีการเปลี่ยนของสรีรวิทยาเพื่อที่จะรักษาสมดุลภายในร่างกายเอาไว้ภายใต้ภาวะการถูกคุกคามนั้น จนเกิดการแสดงออกของร่างกายในรูปแบบต่าง ๆ

Lazarus and Folkman (1984) อธิบายถึงความเครียดว่าเป็นผลที่เกิดจากความสัมพันธ์ของสิ่งแวดล้อมรอบตัวกับบุคคลโดยบุคคลจะประเมินด้วยสติปัญญา หากประเมินว่าความสัมพันธ์นั้นเกินขีดจำกัดความสามารถของตนเองหรือทรัพยากรของตนที่จะต่อต้านได้ จะทำให้เกิดความรู้สึกถูกคุกคาม

จำลองและพร็ัมเพรา ดิษยวณิช (2545) ได้อธิบายว่าความเครียดคือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันที่เกิดกับทุกคน ไม่เลือกเวลา บุคคล สถานที่ เป็นความกดดันหรือความตึงเครียดจากสภาวะแวดล้อมรอบตัวหรือจากภายในตัวบุคคลเอง

กรมสุขภาพจิต อธิบายถึงความเครียดว่าเป็นเหตุการณ์หรือสภาพที่ก่อให้เกิดความลำบากในการตัดสินใจ ความวิตกกังวลกับความสัมพันธ์ ความไม่แน่นอนของสถานการณ์หรือความรู้สึกกลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2548)

จากคำนิยามที่กล่าวมาทั้งหมด พบว่าการให้คำนิยามมีความแตกต่างกัน ซึ่งการให้คำนิยามของ Selye เป็นการให้คำนิยามความเครียดที่ส่งผลต่อระบบร่างกายขณะที่คำนิยามความเครียดของ Lazarus and Folkman เป็นความเครียดที่กล่าวถึงสภาพแวดล้อมภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ จากคำนิยามข้างต้นนั้น ความเครียด คือ สภาวะที่บุคคลรับรู้จากสิ่งที่เกิดขึ้นภายนอกหรือภายใน ไม่ว่าจะสภาพแวดล้อม ความรู้สึกนึกคิด ที่บุคคลรับรู้เป็นผลทำให้เกิดความไม่สบายใจและยากต่อ

การรับมือ จึงทำให้รู้สึกถึงสภาวะที่กำลังถูกคุกคามต่อความสบายใจของบุคคลจนเกิดกระแสดังออกของร่างกายหรือจิตใจตามมา

### 3.1.2 แนวคิดของความเครียด

Selye ได้อธิบายถึงหลักการความเครียดที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับภาวะคุกคามซึ่งเป็นการปรับตัวของร่างกายไว้ว่า การปรับตัวโดยทั่วไป (GAS : General Adaptation Syndrome) เป็น 3 ระยะ ดังนี้

#### 1. ระยะเตือนภัย (Alarm Reaction)

เป็นระยะที่ร่างกายเริ่มรับรู้ถึงการคุกคามและเกิดการตอบสนองต่อความคุกคามนั้นในไม่กี่วินาทีจนถึง 48 ชั่วโมง สามารถแบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ ระยะตกใจหรือระยะช็อคและระยะต้านช็อค ดังนี้

1.1 ระยะตกใจหรือระยะช็อค (Shock phase) เป็นระยะแรกของการตอบสนองต่อการคุกคาม เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงสมดุลบางอย่างในร่างกาย โดยสมองจะส่งคลื่นประสาทจากสมองส่วนหน้าไปกระตุ้นต่อมใต้สมอง ส่งไปยังระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติกและต่อมหมวกไตให้หลั่งฮอร์โมนออกมาสู่กระแสเลือด เป็นผลให้กล้ามเนื้อสลายตัว ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงขึ้น หัวใจเกิดการคลายตัว หลอดเลือดส่วนปลายและช่องท้องหดตัว ถ้าหากเกิดปฏิกิริยาขึ้นรุนแรงเป็นผลทำให้เสียชีวิตได้ การเปลี่ยนแปลงในระยะนี้ร่างกายจะยังไม่พร้อมที่จะปรับตัวและยังคงดำเนินอาการต่อไป 24-48 ชั่วโมงในการใช้พลังงานให้หมดไป จนเข้าสู่ระยะต้านช็อค

1.2 ระยะต้านช็อค (Contershock phase) เป็นระยะที่ร่างกายเริ่มพยายามปรับตัวเพื่อกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลอีกครั้ง กลไกของร่างกายจะพยายามต่อสู้กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยอาศัยระบบต่าง ๆ ในร่างกายได้ค่อย ๆ ประสานกันอย่างเป็นระเบียบ โดยต่อมใต้สมองและต่อมหมวกไตจะหลั่งฮอร์โมนอีกชนิดขึ้นมาเป็นผลให้ระบบเผาผลาญในร่างกายเพิ่มสูงขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงที่พบคือ หัวใจเต้นแรงและเร็ว หายใจเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น ม่านตาขยาย คลื่นไส้ อาเจียน ในระยะนี้จะพบระยะต่อต้านและระยะหมดแรง อธิบายดังนี้

2. ระยะต่อต้าน (Stage of resistance) เป็นระยะที่ร่างกายปรับตัวต่อภาวะคุกคามได้แล้ว อาการในระยะแรกจะดีขึ้นและหายไป จะเริ่มมีการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอภายในร่างกาย แต่หากว่ายังคงมีภาวะคุกคามนั้นกระตุ้นเรื่อย ๆ ร่างกายจะทำการปรับตัวอีกครั้งและเข้าสู่ระยะหมดแรงต่อไป

3. ระยะหมดแรง (Stage of exhaustion) เป็นระยะที่ร่างกายไม่สามารถปรับตัวได้ เนื่องจากมีการคุกคามอย่างรุนแรงและไม่สามารถขจัดออกไปได้ จะเริ่มหมดกำลังและอาการในระยะเตือนภัยจะกลับมาอีกครั้ง หากไม่ได้รับการช่วยเหลือประคองอย่างเพียงพอ การปรับตัวภายในร่างกายจะล้มเหลวและเสียชีวิตในที่สุด



ในขณะที่ Lazarus เห็นว่าความเครียดนั้นไม่ได้เกิดจากภาวะคุกคาม แต่เกิดจากการรับรู้ของสภาพแวดล้อมกับตัวบุคคลจากการประเมินเพื่อที่จะพยายามแก้ปัญหาในด้านความคิดและการกระทำ โดยใช้สติปัญญาในการประเมินการรับรู้เป็น 2 ระยะ

1. การประเมินปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมินที่ตัดสินต่อสถานการณ์ว่ารุนแรงต่อบุคคลอย่างไร มากแค่ไหน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ไม่ส่งผลต่อตนเอง ได้รับผลดีและเกิดความเครียด อธิบายรายละเอียดดังนี้

1.1 ไม่ส่งผลต่อตนเอง (Irrelevant) เป็นการประเมินว่าสถานการณ์นั้นไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง โดยการตอบสนองต่อสถานการณ์จะไม่มีแสดงออกเมื่อรับรู้ว่ามีผลกระทบต่อสวัสดิภาพของตนเอง

1.2 ได้รับผลดี (Benign positive) เป็นการประเมินว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีผลที่ดีต่อตัวเอง ผ่อนคลาย มีความสุข เบิกบานใจ ทำให้บุคคลเลือกที่จะรักษาหรือเพิ่มความรู้สึกที่ดีนั้นให้กับตนเองโดยไม่ต้องใช้ความพยายามมากในการปรับตัว

1.3 เกิดความเครียด (Stress) เป็นการประเมินว่าสถานการณ์นั้นจะมีผลกระทบต่อตัวเองแน่นอน การตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นสามารถแบ่งเป็น 3 รูปแบบคือ

อันตรายหรือสูญเสีย (Harm/loss) บุคคลประเมินแล้วว่าสถานการณ์นั้นมีผลทำให้ตัวเองเกิดความเสียหายต่อตนเอง เช่น การบาดเจ็บ ความเจ็บป่วย ความนับถือตนเองหรือสังคมลดลง การพลัดพลากจากคนที่รัก ความสูญเสียคุณค่าในตัวเอง เป็นต้น

คุกคาม (Threat) เป็นการประเมินว่าสถานการณ์นั้นคาดว่าจะเกิดอันตรายขึ้นกับตนเองในอนาคต เช่น ความกลัว ความกังวล เป็นต้น

ท้าทาย (Challenge) เป็นการประเมินสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงโดยมุ่งเน้นไปที่ความเป็นไปได้ที่จะควบคุมได้ มีโอกาสที่จะเติบโตขึ้นทำให้เกิดความกระตือรือร้นที่อยากเรียนรู้เอาชนะสถานการณ์นั้น (Lazarus, 1984)

2. การประเมินทุติยภูมิ (Secondary appraisal)

เป็นการประเมินโดยพิจารณาจากทรัพยากรที่ตนเองมีอยู่เพื่อหาวิธีจัดการหรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่เป็นอันตรายต่อตนเองเพื่อให้ลดลงหรือหมดไป โดยการประเมินในระยะนี้อาจจะเกิดขึ้นพร้อมกันกับการประเมินในระดับปฐมภูมิ (อังกิณัน อินทรกำแหง, 2551)

### 3.1.3 สาเหตุของความเครียด

กรมสุขภาพจิต (2541 อ้างใน ประพัตรา จันธนะสมบัติ, 2545) ได้สรุปสาเหตุของความเครียดจากปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้ดังนี้

1. สาเหตุทางกาย ความเครียดทางกายและทางใจจะมีผลซึ่งกันและกันและกันไม่สามารถแยกจากกันได้ เมื่อเกิดความเครียดขึ้นในร่างกายย่อมส่งผลต่อจิตใจตามมา เช่น คุณลักษณะพื้นฐาน

ของพันธุกรรม เพศ สีผิว ความอ่อนแอของระบบการทำงานภายในร่างกาย ตลอดจนความพิการต่าง ๆ ความเหนื่อยล้าจากการทำงานหรือกิจกรรมที่ทำเป็นเวลานาน ๆ ส่งผลให้ร่างกายเกิดความตึงเครียด การรับประทานอาหารที่ไม่เพียงพอต่อการซ่อมแซมส่วนที่สึกหลอของร่างกาย การรับประทานอาหารมากหรือน้อยเกินไป การใช้สารเสพติด เช่น บุหรี่ ชา กาแฟ การพักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นผลให้ร่างกายอยู่ในสภาวะอ่อนเพลียเป็นเวลานาน หรือแม้กระทั่งความเจ็บปวด ป่วยไข้ทั่วไป การเจ็บป่วยเรื้อรัง สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้ร่างกายเกิดความเครียดขึ้นมาได้

2. สาเหตุทางจิตใจ สาเหตุนี้ถือเป็นสาเหตุสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความเครียดมากที่สุด ไม่ว่าจะเป็นจากลักษณะบุคลิกภาพ เช่น บุคลิกภาพนิยมความสมบูรณ์แบบ (Perfectionist) ที่ต้องการความสมบูรณ์แบบทุกอย่างในชีวิตทำให้เมื่อมีความผิดพลาดหรือการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในชีวิตจะเกิดความเครียดได้ง่าย บุคลิกภาพแบบพึ่งพาผู้อื่น (Dependence) เป็นบุคลิกภาพที่ขาดความมั่นใจในตัวเอง ไม่กล้าตัดสินใจ ต้องการที่พึ่ง ส่งผลให้เป็นคนวิตกกังวลได้ง่าย หวาดกลัวต่ออนาคต และบุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่น (Impulsive) เป็นลักษณะใจร้อน อารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่าย สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้จิตใจถูกกระทบได้ง่ายแต่ผลให้ร่างกายเกิดความเครียดตามมาด้วย เป็นต้น อีกทั้งรูปแบบลักษณะการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ในชีวิต ความขัดแย้งภายในใจ (Conflict) ที่จะต้องเลือกทางใดทางหนึ่ง ความคับข้องใจ (Frustration) สิ่งที่เกิดขึ้นภายในใจ กระบวนการที่เกิดขึ้นเหล่านี้ย่อมส่งผลเกิดความเครียดตามมา

3. ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นจากสภาวะแวดล้อม รอบตัวบุคคลที่เกิดการเปลี่ยนแปลงและส่งผลให้ชีวิตมีการเปลี่ยนแปลง เช่น สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย สภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลง ปรากฏการณ์ต่าง ๆ ทางสังคม วัฒนธรรม บุคคลรอบตัว ระบบการเมืองการปกครอง เศรษฐกิจ การต้องย้ายงาน หรือแม้กระทั่งการพลัดพลากจากบุคคลที่รัก

4. การเผชิญความเครียด Lazarus and Folkman (อังกิน อังคินัน อินทรกำแหง, 2551) ได้กล่าวถึงวิธีการเผชิญความเครียดในบุคคลต่อการรับมือกับความเครียด 2 รูปแบบ

#### 4.1 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา (Problem-focused coping)

เป็นการพยายามที่มุ่งแก้ปัญหาที่สิ่งแวดล้อมภายนอก โดยพิจารณาทางเลือก วิเคราะห์ข้อดี ข้อบกพร่องของทิศทางแต่ละทาง แล้วจึงลงมือตัดสินใจเลือกทิศทางในการแก้ปัญหา เพื่อจัดการกับสภาวะแวดล้อมที่มาคุกคามเพื่อให้บรรเทาลง เช่น การแสวงหาข้อมูล การแสวงหาทรัพยากร การหาวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสม รวมถึงการยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

#### 4.2 การเผชิญความเครียดโดยมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotion-focused coping)

เป็นการพยายามแก้ปัญหาที่มุ่งจัดการกับข้างในจิตใจ เพื่อลดอารมณ์เครียดหรือความรู้สึกไม่สุขสบายใจ โดยวิธีนี้จะมุ่งไปที่การจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แต่นำเอากระบวนการทางความคิดหรือกลไกทางจิตขึ้นมาใช้ ได้แก่ การเปลี่ยนความหมายของสถานการณ์ใหม่

(Cognitive reappraisal) โดยค้นหาข้อดีของเรื่องราวนั้นหรืออาจจะใช้กลไกทางจิตใจบิดเบือนเรื่องราวความเป็นจริงและหลอกตัวเอง หากไม่ได้เปลี่ยนแปลงความหมายของสถานการณ์ก็อาจจะใช้วิธีการหลีกเลี่ยงสถานการณ์นั้น โดยไม่คิดถึง หรืออาจจะมีกลยุทธ์ทางพฤติกรรมเพื่อลดความรู้สึกต่อเรื่องราว นั้น เช่น ออกกำลังกาย ตีหม้อแอลกอฮอล์ การระบายอารมณ์ เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเครียดนั้น พบว่าความเครียดมีสาเหตุทั้งจากสภาพแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในจิตใจ เมื่อเกิดความเครียดขึ้นจะส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาทางร่างกายตามมา ร่างกายจึงพยายามที่จะปรับตัวให้คืนสู่ความสมดุล หากไม่สามารถปรับตัวได้จะเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าและหมดแรงในที่สุด และรูปแบบการเผชิญความเครียดของแต่ละบุคคลนั้นแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ การประเมินและวิธีการจัดการกับความเครียดที่ตนเองเคยประสบ (Bittner IV et al., 2011) ซึ่งรูปแบบการเผชิญความเครียดสามารถแบ่งได้ 2 รูปแบบ คือ การเผชิญความเครียดโดยการมุ่งแก้ที่ปัญหาและการเผชิญความเครียดโดยการจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง

## 3.2 ภาวะหมดไฟ

### 3.2.1 การให้ความหมาย

Freudenberger (1986) อธิบายถึงภาวะหมดไฟคือการที่บุคคลมีความตั้งใจและมุ่งมั่นในเป้าหมายงาน ควบคู่กับการต้องการพิสูจน์ตัวเอง เมื่อใช้ระยะเวลาผ่านไปในการที่จะบรรลุเป้าหมายนั้น ทำให้เกิดความเหนื่อยหน่าย ทางร่างกายและจิตใจ เป็นผลให้มึนมอง ทศนคติ แรงจูงใจได้เปลี่ยนแปลงไป Mastlach et al. (1997) กล่าวว่าภาวะหมดไฟ (Burn out) เป็นความเหนื่อยหน่ายของความอ่อนเพลียทางอารมณ์และความถูกเหยียดหยามของบุคคลที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งในการทำงานหรือการปฏิสัมพันธ์กับบุคคล เป็นการตอบสนองต่อความรู้สึกเหนื่อยหน่ายหมดแรงอย่างเข้มข้น

WHO (2019) ได้กล่าวว่าภาวะหมดไฟเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในการทำงาน เป็นความเครียดเรื้อรังที่สะสมเป็นเวลานานโดยที่ไม่สามารถจัดการได้ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกพลังงานลดลงและเหนื่อยล้า

จากการให้ความหมายข้างต้น ภาวะหมดไฟ หมายถึง การที่บุคคลมีความตั้งใจและความคาดหวังบางสิ่งจึงพยายามปฏิบัติหรือพิสูจน์ตัวเองเพื่อให้ถึงเป้าหมายที่คาดหวังไว้ แต่ด้วยปัจจัยภายนอกที่เกิดขึ้น เช่น สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การใช้ระยะเวลานานเกินไปที่ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ ความเครียดสะสมที่เกิดขึ้น เป็นต้น ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าทางร่างกายและจิตใจตามมาจากกระทั่งรู้สึกหมดแรงจูงใจ เหนื่อยล้าและเกิดความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลงต่อมุมมองและทัศนคติของตัวเอง

### 3.2.2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหมดไฟ

Maslach and Jackson (1981) อธิบายความเหนื่อยหน่ายของการทำงานที่ส่งผลให้เกิดภาวะหมดไฟประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้

#### 1. ความรู้สึกเหนื่อยล้าทางอารมณ์ (Emotion exhaustion)

เป็นความรู้สึกที่ถูกใช้ทรัพยากรทางด้านร่างกายและอารมณ์ในการทำงานยาวนานเกินไป จนรู้สึกว่าไม่มีเรี่ยวแรงพอในเผชิญปัญหาวันต่อไป (Maslach, 2003) เป็นผลให้หมดแรงจูงใจ กำลังใจ ในการทำงานจนขาดความกระตือรือร้น เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของภาวะหมดไฟ ความรู้สึกเหนื่อยล้านี้อาจจะทำให้บุคคลแสดงออกทางร่างกายได้ เช่น ตื่นขึ้นมา รู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ไม่มีแรงที่จะไปทำงานหรือพูดคุยกับใคร โดยมีปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ดังนี้

1.1 ความพยายามของบุคคล (Individuals' attempts) เป็นความพยายามที่จะรักษามาตรฐานในการปฏิบัติงานที่ไม่สัมพันธ์กับเวลา กล่าวคือมีเวลาไม่เพียงพอในการปฏิบัติงานทำให้บุคคลต้องใช้พลังงานที่มากเกินไปในการปฏิบัติงานเพื่อที่จะบรรลุเป้าหมายในเวลาที่กำหนดหรือมีภาระงานที่มากเกินไป หรือบุคคลที่มีความคาดหวังในการทำงานสูงอย่างเช่นพนักงานใหม่ที่จะคาดหวังในตัวเองมากอีกทั้งยังคาดหวังในองค์กรมากเช่นกัน

1.2 ความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ (Role conflict) เป็นความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในที่ทำงานในบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกัน ความคาดหวังของบทบาทที่แตกต่างกันทำให้มุมมอง ทัศนคติ ค่านิยม คุณค่าความเชื่อมีการขัดกันภายในการทำงาน เป็นผลให้เกิดความผิดหวังและความเหน็ดเหนื่อย ท้อใจ

1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal interactions) เป็นปัจจัยที่งานวิจัยหลายงานได้พบว่าเป็นตัวแปรสำคัญหนึ่งที่เป็นสาเหตุของความเหนื่อยล้า (Cordes & Dougherty, 1993) ความเหนื่อยหน่ายในอาชีพของต้องให้ความช่วยเหลือผู้อื่นนั้น ทำให้พนักงานต้องติดต่อสื่อสารกับบุคคลเป็นจำนวนมากเป็นผลก่อให้เกิดอารมณ์ ความถี่และความเข้มข้นจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ยิ่งส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ได้

#### 2. การลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่น (Depersonalization)

เป็นการตอบสนองต่อความเครียดในรูปแบบเฉพาะของภาวะหมดไฟ โดยการมองบุคคลที่อยู่ตรงหน้าเป็นวัตถุสิ่งของมากกว่ามองว่าเป็นบุคคลที่มีความรู้สึก ทำให้การทำงานมีความแข็งกระด้างต่อผู้รับบริการและมองผู้รับบริการในแง่ลบ เพราะเห็นว่าผู้มารับบริการมาเพิ่มภาระงานให้แก่ตนเอง อีกทั้งยังมีผลต่อผู้ร่วมงานจากการแสดงความเฉยชา ไร้อารมณ์ สิ่งเหล่านี้เป็นผลทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะประเมินตัวเองในทางลบ รับรู้ความรู้สึกและความสามารถของตนเองลดลง

### 3. ความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงาน (A lack of personal-accomplishment)

การที่บุคคลขาดการมีส่วนร่วมหรือได้รับแรงกระตุ้นไม่เพียงพอ ทำให้พนักงานขาดความควบคุมที่จะเป็นความรู้สึกต้องการการทำงาน เปรียบเสมือนความรู้สึกถูกลดบทบาทหน้าที่ลง ไร้ประโยชน์ หรือควบคุมงานไม่ได้ การรับมือของบุคคลจะใช้กลไก การลดความเป็นบุคคล ลดการปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานในรูปแบบของการไม่มีตัวตน ส่งผลให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่ประสบความสำเร็จ ตนเองไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายในที่สุด (Cordes & Dougherty, 1993)

#### 3.2.3 ผลกระทบของภาวะหมดไฟ

Muldary (1983 อ้างใน ญัฐธิดา สุพรรณภพ, 2559) ความเหนื่อยหน่ายจากภาวะหมดไฟจะส่งผลกระทบต่อตามมาดังนี้

##### 1. ผลกระทบต่อตัวบุคคล จะส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม ดังนี้

###### 1.1 ร่างกาย (Physical Factor)

ผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายมักพบอาการผิดปกติของร่างกายร่วมด้วย เช่น ปวดศีรษะ ปวดไมเกรน อ่อนเพลีย นอนหลับยากและตื่นยาก กล้ามเนื้อตึงตัว หายใจไม่เต็มที่ การรับประทานอาหารเปลี่ยนไป เหนื่อยล้าเรื้อรัง ความจำเสื่อมชั่วคราวหรือไม่มีสมาธิอยู่กับอะไรได้นาน ๆ จนไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ เจ็บป่วยบ่อย ๆ เป็นต้น

###### 1.2 จิตใจ (Psychological factor)

จะมีความรู้สึกโกรธ คับข้องใจ เบื่อหน่าย ท้อแท้ เฉื่อยชา รู้สึกผิด สงสัย ฉุนเฉียว มีการเปลี่ยนแปลงของเจตคติ มีความรู้สึกต่อตนเองและผู้อื่นในด้านลบ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าน้อยลง

###### 1.3 พฤติกรรม (Behavioral factor)

จะพบว่ามี การปฏิบัติต่อผู้รับบริการเสมือนว่าเขาเป็นวัตถุหรือผู้รับบาป ลดคุณค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่น มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร มีการสื่อสารแบบเหมารวม แยกตัวออกจากสังคม ขาดความกระตือรือร้น ประสิทธิภาพของงานลดลง มีความปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว มีการลางานหรือขาดงานเพิ่มขึ้น

2. ผลกระทบต่อผู้อื่น บุคคลที่ประสบภาวะหมดไฟจะมีแนวโน้มแสดงความโกรธเกรี้ยวต่อบุคคลที่มารับบริการได้ง่ายเนื่องจากขาดความอดทน อดกลั้นในสิ่งต่าง ๆ รอบตัวลดลง อีกทั้งมีทัศนคติในทางลบต่อผู้อื่น ทำให้เกิดความขัดแย้งกับบุคคลรอบตัวเช่น เพื่อนร่วมงาน ครอบครัว ผู้รับบริการ มีเจตคติที่ไม่ดีต่อตนเอง เริ่มทำงานน้อยลง ไม่สนใจงานในความรับผิดชอบของตนเอง ใช้เวลาพักมากขึ้น ขาดงานบ่อยครั้ง เป็นต้น

3. ผลกระทบต่อองค์กร ประสิทธิภาพขององค์กรลดลง เนื่องจากไม่สามารถดำเนินการตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายได้จากการที่บุคลากรมีภาวะหมดไฟ สูญเสียบุคลากรเนื่องจากถูกลาออก อาจจะนำไปสู่ความเหนื่อยหน่ายในระดับองค์กรต่อไปได้ (Organization Burnout) (ปรารธนา เล็กสมบุญ, 2554)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะหมดไฟพบว่าบุคคลจะเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าทางอารมณ์ได้ถ้าหากกระทำการที่ต้องการพิสูจน์ตัวเองหรือเพื่อที่จะบรรลุเป้าหมาย แต่ใช้เวลานานเกินไปรวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ความขัดแย้ง หรือความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สิ่งที่เกิดขึ้นเหล่านี้เป็นตัวลกดึงดูดกำลังใจในการบรรลุถึงเป้าหมายของบุคคลได้ เป็นผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า หมดกำลังใจหรือไร้เรี่ยวแรงจนกระทั่งกลายเป็นภาวะหมดไฟได้ในที่สุด ซึ่งภาวะหมดไฟที่เกิดขึ้นในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขนั้นพบมากขึ้นจากหลายสาเหตุ ไม่ว่าจะเป็นจากภาระงานที่มากเกินไป ระยะเวลาในการทำงานที่ยาวนานจนไม่ได้พักผ่อน การเข้าเวรหลังจากทำงานตามเวลาราชการหลายวันติดกัน การทำงานที่ไม่สามารถลาป่วยได้ (Van der Bijl & Oosthuizen, 2007) ความยากลำบากในการประสานงานกับผู้ร่วมงาน เป็นต้น ปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขประสบกับภาวะหมดไฟ (Balch et al., 2009) เป็นผลให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขลดความเป็นมนุษย์ของบุคคลตรงหน้า ลดความพึงพอใจในตัวเองลง ขาดการดูแลตัวเองส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจตามมา (วรรณพร โรจนปัญญา และ วิชช ธรรมปัญญา, 2562 )

#### 4. การวิจัยเชิงคุณภาพเชิงปรากฏการณ์วิทยา

Husserl นักปรัชญาชาวเยอรมันได้ริเริ่มแนวความคิดเชิงปรากฏการณ์จากการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาของระดับไร้สำนึกในช่วง ค.ศ.1970 และในช่วงศตวรรษที่ 20 ปรากฏการณ์วิทยาจึงได้รับความนิยมจากนักปรัชญาทั้งหลาย โดยมีหลักในการทำความเข้าใจคือการมองปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติอย่างลึกซึ้งและถ่องแท้ ไม่ต้องตรวจสอบหาความหมายของการกระทำใด ๆ และผู้ทำการศึกษาต้องลดอคติ ความเชื่อเดิม ความหมายที่เคยเข้าใจ ความคิดและการคาดการณ์ลง เพื่อเข้าใจและเกิดความหยั่งรู้ในปรากฏการณ์นั้นอย่างบริสุทธิ์แท้จริง (Wertz, 2005)

Morley (2019) อธิบายว่าเป็นการที่ผู้ศึกษาพยายามอธิบายประสบการณ์ของสิ่งมีชีวิตอย่างระมัดระวัง จากข้อมูลที่ยังไม่ผ่านการวิเคราะห์ในแง่มุมมองที่เกิดขึ้นอย่างละเอียดโดยพยายามขจัดอคติหรือทัศนคติเดิมออกไป

ชาย โปธิสตา (2562 ) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการศึกษาปรากฏการณ์ต่าง ๆ อย่างบริสุทธิ์ปราศจากความสัมพันธ์กับสิ่งอื่นที่มาเกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นสิ่งอวดล้อม ความเชื่อในสังคมแล้วคิดหรือ

ข้อสรุปล่วงหน้าของผู้ที่ศึกษา เพื่อค้นหาโครงสร้างหรือแก่นแท้ของปรากฏการณ์นั้นที่บุคคลผู้ประสบกับปรากฏการณ์นั้นรับรู้

จากการให้นิยามของปรากฏการณ์วิทยาแล้วหมายถึง การที่ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาปรากฏการณ์หรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นจากผู้ที่ประสบโดยตรงโดยปราศจากอคติ ความเชื่อ ความคาดหวังหรือข้อสรุปที่อยู่ภายในจิตใจสำนึกแล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อเข้าใจถึงโครงสร้างและแก่นแท้ของประสบการณ์ที่ผู้ประสบได้เผชิญ

#### 4.1 แนวคิดสำคัญของการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

หลักการสำคัญของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา คือ การศึกษาเรื่องราว ความคิดตามรูปแบบและวิถีที่เกิดขึ้นจากตัวบุคคล จะมีหลักการที่สำคัญ 3 ประการคือ

4.1.1 การเปิดรับข้อมูลอย่างลึกซึ้ง โดยผู้วิจัยต้องวางความรู้ ความเชื่อ ทศนคติของตนเองลง ทำจิตใจให้ว่าง และสามารถเปิดรับเรื่องที่จะศึกษาได้อย่างเต็มที่จากประสาทสัมผัสทั้งห้า โดยมีสติและเป็นระบบ มีความสงสัยใคร่รู้และอยากค้นหาคำตอบ

4.1.2 มีความรอบด้านในแง่มุมต่าง ๆ ไม่ว่าจะ เป็นประสบการณ์ที่ศึกษาและสภาพแวดล้อมในประสบการณ์นั้น รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาด้วย เข้าใจถึงประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล เข้าใจถึงวัฒนธรรม สภาพแวดล้อมของผู้ร่วมวิจัย

4.1.3 เป็นอิสระต่อความรู้ ความเชื่อ ทฤษฎีและข้อสันนิษฐานของตนเองหรือของผู้อื่นที่ส่งผลต่อการรับรู้ของตนเอง โดยผู้วิจัยต้องระมัดระวังในเรื่องนี้มากเป็นพิเศษ (ศรีเพ็ญ, 2532)

#### 4.2 แนวทางในการศึกษางานวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

##### 4.2.1 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากบุคคลที่มีประสบการณ์ในเรื่องที่ต้องการศึกษาจริง ๆ โดยยึดวัตถุประสงค์และเป้าหมายของงานวิจัยไว้เป็นหลัก โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ามาเพื่อความสำเร็จของงานวิจัยนั้นต้องมีเกณฑ์ที่น่าเชื่อถือสำหรับงานวิจัย โดยอาจจะพิจารณา 3 มิติที่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ามาคือ สถานที่ เวลา เนื่องจากสถานที่และเวลาที่แตกต่างกันอาจจะส่งผลต่อการตีความประสบการณ์ที่แตกต่างกันก็เป็นได้

##### 4.2.2 การเก็บข้อมูล

ในวิธีการเก็บข้อมูลนั้นสามารถเก็บข้อมูลได้หลายรูปแบบ ไม่ว่าจะ เป็น การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การเขียนบันทึกประจำวันในประสบการณ์ของตนควบคู่ไปด้วย ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งในระหว่างสัมภาษณ์ควรมีบรรยากาศที่เป็นธรรมชาติเหมือนกับชีวิตประจำวัน มีการยืดหยุ่นตามสถานการณ์ รวมถึงควรมีปฏิสัมพันธ์อันดีต่อผู้ร่วมวิจัยเพื่อเอื้อให้ผู้ร่วมวิจัยเปิด

โอกาสเล่าเรื่องราวตามประสบการณ์ของตนเอง สิ่งสำคัญคือคำถามที่จะเจาะลึกลงไปถึงแก่นของประสบการณ์ที่ผู้วิจัยพึงมี

#### 4.3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

Giorgi (1997) ได้เสนอลำดับขั้นตอนในการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. รวบรวมข้อมูลที่ได้มาจากวจนภาษาที่ตรงไปตรงมาจากการสัมภาษณ์ทั้งในคำถามปลายปิดและปลายเปิด โดยรวบรวมเป็นรูปธรรมปราศจากการบิดเบือนข้อมูลหรือประสบการณ์นั้น
2. อ่านข้อมูลที่ได้มาทั้งหมด หลายครั้งให้ชัดเจน แยกแยะคำพูดของข้อมูลออกในทุกรายละเอียด และพิจารณาส่วนประกอบของข้อมูลนั้น
3. แบ่งข้อมูลออกเป็นส่วนๆ แล้วเลือกข้อมูลสำคัญที่ต้องการศึกษาออกมาเพื่อนำมาพิจารณาแก่นของข้อมูล โดยต้องระงับอคติของตนเองที่เกิดขึ้นในช่วงนี้
4. จัดระเบียบของข้อมูล พิจารณาความหมายที่แท้จริงของข้อมูลที่ได้มา ว่ามีความหลายอย่างไร แปลงข้อมูลเหล่านั้นจัดเป็นภาษาของผู้วิจัยและตรวจสอบหลาย ๆ ครั้ง
5. เขียนโครงสร้างของข้อมูลที่จัดระเบียบแล้วนำมาสังเคราะห์และอธิบายถึงปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นมา

### 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### ปัญหาสุขภาพทางจิตใจในวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข

เมื่อทบทวนวรรณกรรม ถึงปัญหาสุขภาพทางจิตใจที่เป็นผลทำให้ผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพ เช่น นักจิตวิทยาการปรึกษา นักจิตบำบัด เป็นต้น จะพบว่าผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์และสาธาณสุขนั้นมีความเครียด ภาวะหมดไฟเป็นจำนวนมากดังเช่น (Rada & Johnson-Leong, 2004) ได้ศึกษาความเครียด ภาวะหมดไฟ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของทันตแพทย์จำนวน 3500 คนในประเทศ พบว่าปัญหาภาวะความเครียด ภาวะหมดไฟ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อมของการทำงาน บุคลิกภาพและอุปนิสัย กล่าวคือ

ทันตแพทย์ที่มีความเครียดสูงมักจะมีลักษณะต้องการความสมบูรณ์แบบในชีวิต ในผู้มีภาวะหมดไฟ มักจะเกิดขึ้นจากลักษณะการทำงาน ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานและคนไข้ ความวิตกกังวลมักพบในทันตแพทย์ที่มีภาวะแพนิคหรือภาวะวิตกกังวลอยู่ก่อนแล้ว โดยผู้วิจัยได้ให้ทันตแพทย์เข้าโปรแกรมการจัดการความเครียด เช่น เทคนิคการหายใจ (Deep breathing exercises) การฟังการบรรยายถึงวิธีการผ่อนคลาย การพูดคุยส่งเสริมทักษะพื้นฐานเช่น การสื่อสาร การเข้ากลุ่มของทันตแพทย์ การพูดคุยกับนักจิตวิทยา พบว่าทันตแพทย์ที่เข้าร่วมโปรแกรมนั้นมีความเครียดและความรู้สึกโดดเดี่ยวลดลง มีความภาคภูมิใจในตัวเองมากขึ้น



Esfandnia et al. (2017) ได้ศึกษาภาวะหมดไฟของพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลไอมาามรีซา ประเทศอิหร่าน จำนวน 216 คน โดยใช้มาตรวัด MBI (Maslach Burnout Inventory) พบว่า อัตราความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 42.6% และพบว่าพยาบาลมีความเหนื่อยหน่ายทางอารมณ์อยู่ในระดับมาก โดยความเหนื่อยหน่ายนี้ส่งผลให้ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการทำงานพยาบาลลดลง และเกิดความลดความพึงพอใจในการทำงานลดลงตามมา ผู้วิจัยเห็นว่ามีควมจำเป็นที่ต้องลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลลง โดยการตรวจสอบความเหนื่อยหน่ายเป็นระยะ และควรให้มีบริการการให้คำปรึกษาและการบริการทางคลินิกแก่พยาบาลในโรงพยาบาล และ มีการศึกษาภาวะหมดไฟในเภสัชกรที่ทำงานในหน่วยวิกฤตจำนวน 198 คน พบว่า 2 ใน 3 มีความเหนื่อยหน่ายทางอารมณ์ในการปฏิบัติงานเนื่องจากความคาดหวังที่จะต้องดูแลผู้ป่วยวิกฤตให้ผ่านพ้นช่วงเวลาวิกฤตของชีวิตไปได้ (Dwyer Kaluzna et al., 2020)

การศึกษาลักษณะและปัญหาทางจิตใจของผู้ประกอบวิชาชีพทางการวิชาชีพแพทย์ในต่างประเทศ เช่น ในแอฟริกาใต้พบว่าวิชาชีพแพทย์มีระดับความเครียดที่สูงจากการประกอบอาชีพจากภาระงานที่หนักหน่วงในขณะที่เวลาปฏิบัติงานน้อยเกินไปทำให้ทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ไม่สามารถลาป่วยได้ รวมถึงอุปสรรคในการวิชาชีพแพทย์ไม่เพียงพอจึงเกิดการจัดสรรค่าใช้จ่ายอย่างไม่เต็มที่เนื่องจากขาดการสนับสนุนจากทางภาครัฐ สิ่งเหล่านี้ทำให้วิชาชีพแพทย์เกิดความเครียดส่งผลให้เกิดความขัดแย้งส่วนตัว หนี้สิน และมีการฆ่าตัวตายในวิชาชีพแพทย์ ในกรณีของวิชาชีพแพทย์หญิงพบว่า มีอัตราการหย่าร้างที่สูงในขณะที่ประกอบอาชีพวิชาชีพแพทย์ (Van der Bijl & Oosthuizen, 2007) ในอเมริกาใต้พบว่าศัลยวิชาชีพแพทย์ต้องทำงานหลายชั่วโมงเพื่อยื้อชีวิตของคนไข้ระหว่างความเป็นกับความตาย รวมถึงความไม่มีอำนาจในตัวเองในการตัดสินใจในการปฏิบัติงานภายใต้ผู้ที่มีอำนาจมากกว่า สภาวะแวดล้อมที่ยากลำบากต่อการเชื่อมกับผู้ร่วมงาน จำนวนคนไข้ที่มากทำให้เกิดความผิดพลาดทางการวิชาชีพแพทย์เกิดขึ้น เมื่อวิชาชีพแพทย์ประสบปัญหาเหล่านี้จึงเกิดความรู้สึกหมดไฟจนกระทั่งเกิดความเหนื่อยล้าในการทำงาน ทำให้วิชาชีพแพทย์หาวิธีคลายเครียดโดยหันไปดื่มสุราหรือใช้ยา เกิดปัญหาการหย่าร้างภายในครอบครัว โรคซึมเศร้า ลาออกจากอาชีพวิชาชีพแพทย์จนถึงฆ่าตัวตายในวิชาชีพแพทย์ อย่างไรก็ตามการได้รับการเอาใจใส่ การประเมินสุขภาพ การลดจำนวนชั่วโมงการทำงานลง รวมไปถึงการเข้าใจและได้รับคำปรึกษาแก่วิชาชีพแพทย์ในช่วงต้นของอาชีพจะช่วยลดภาวะเหนื่อยล้าและหมดไฟจากการทำงานลงได้ (Balch et al., 2009)

ขณะเดียวกันในประเทศไทยก็ได้วิจัยถึงความกดดัน ความเหนื่อยล้า ความเครียด ภาวะหมดไฟในวิชาชีพแพทย์เช่นกัน จามมรีได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของวิชาชีพแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลราชวิถีพบว่าภาวะหมดไฟนั้นมีผลให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าทางอารมณ์ ซึ่งพบว่าวิชาชีพแพทย์มีความเหนื่อยล้าทางอารมณ์สูง เป็นผลให้วิชาชีพแพทย์ลดความเป็นมนุษย์ของบุคคลที่อยู่ตรงหน้าไป รวมไปถึงอาจจะส่งผลให้เกิดปัญหาทางจิตใจและ

ปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ ตามมาได้ มีความเครียดของวิชาชีพแพทย์ประจำบ้านพบว่ามีความชุกของความเครียดร้อยละ 58 รวมไปถึงมีความกดดันจากการที่ต้องอยู่เวรมากเกินไป เลิกงานค่ำ นอนไม่เป็นเวลาและน้อยเกินไป ความกดดันจากการติดต่อประสานงานกันในการดูแลรักษาผู้ป่วย อีกทั้งสวัสดิการของวิชาชีพแพทย์ก็น้อย อีกทั้งวิชาชีพแพทย์ยังแบกรับความความคาดหวังของสังคม ต้องเป็นผู้ที่มีคุณธรรมสูงและต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญและเป็นเลิศในการดูแลรักษาคนไข้ (ภทริยา มูลกาย, 2552) ในการทำงานที่หนักไม่สัมพันธ์กับสัดส่วนของการพักผ่อนนั้นเป็นผลให้วิชาชีพแพทย์เกิดความเหนื่อยล้าในการทำงาน ส่งผลให้เกิดความเครียดเรื้อรัง ซึ่งสิ่งเหล่านี้มักจะแสดงออกมาในรูปแบบต่างๆ เช่น ขาดแรงจูงใจในการทำงาน หงุดหงิดง่าย อารมณ์แปรวน ทำงานพลาดได้ง่ายขึ้นเนื่องจากไม่มีสมาธิในการทำงาน ก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับบุคคลรอบข้างตามมา เป็นผลให้ลดความพึงพอใจในตัวเองเอง ขาดการดูแลตัวเองจนกระทั่งเกิดโรคทางกายและใจตามมาได้ (วรรณพร โรจนปัญญา และ วิชช ธรรมปัญญา, 2562) จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติงานวิชาชีพวิชาชีพแพทย์ทั้งในและต่างประเทศนั้นมีความเครียด ความกดดัน ภาวะหมดไฟ ปัญหาจากสภาพแวดล้อมที่ทำงานไม่ว่าจะเป็นอุปกรณ์หรือการประสานงานกับบุคคลต่างวิชาชีพที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งปัญหาเหล่านี้ที่วิชาชีพแพทย์เผชิญอยู่นั้นอาจจะส่งผลให้เกิดความรุนแรงทางจิตใจจนเกิดปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ ตามมาในอนาคตได้ (จามรี ณ บางช้าง, 2019)

จะเห็นได้ว่าผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความเครียดสูงกว่าบุคคลวัยเดียวกันไม่ว่าจะเป็นความเครียดจากการทำงาน สภาพแวดล้อมหรือความเครียดในเรื่องส่วนตัว ส่งผลให้เกิดความกดดัน ความเครียดที่มากและยาวนานจนนำไปสู่การเหนื่อยล้าและภาวะหมดไฟในที่สุด ขณะเดียวกันก็พบว่าผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขมักจะแก้ไขความเครียดโดยการแก้ไขที่ปัญหาโดยตรงหรือปัจจัยภายนอกมากกว่าจัดการกับความรู้สึกตัวเอง เมื่อใช้วิธีการนี้เป็นระยะเวลานานส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้ากับตัวเอง จนทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขละเลยความรู้สึกเห็นตเห็นน้อยที่กำลังประสบอยู่ การเพิกเฉยต่อสุขภาพใจของตนเอง รวมถึงการหากิจกรรมอย่างอื่นทำเพื่อหันเหความสนใจจากความรู้สึกที่เผชิญอยู่ เสมือนการหยุดพักความเหนื่อยล้าไว้ชั่วคราว (Lemaire & Wallace, 2010)

### การแสวงหาความช่วยเหลือในวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับเรื่องประสบการณ์ทางจิตใจของวิชาชีพทางการแพทย์ที่เข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยามีดังนี้

Rø et al. (2007) ได้ทำการศึกษาความต้องการรับความช่วยเหลือของแพทย์ที่เข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในประเทศนอร์เวย์ โดยศึกษาในแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการ Villa Sana ซึ่งเป็นโครงการที่จัดทำขึ้นมาเพื่อให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และ

สาธารณสุข ในการวิจัยนี้ได้ศึกษาในแพทย์ที่เข้ารับบริการของโครงการจำนวน 227 คน เป็นเพศหญิง 117 คนและเพศชาย 110 คน ตั้งแต่ช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2546 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2547 ไม่ที่จะเป็นการเข้ารับการศึกษาแบบรายบุคคลหรือแบบคู่ตั้งแต่ 1 session จนถึง 8 sessions การเข้าร่วมกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยา โดยการศึกษามีจุดประสงค์เพื่อศึกษาว่าเพศ อายุหรือความต้องการพิเศษใดมีส่งผลให้วิชาชีพแพทย์แสวงหาความช่วยเหลือเมื่อพบปัญหาในชีวิต ในการแสวงหาความช่วยเหลือเป็นเพราะอะไรและระยะของความทุกข์ที่ทำให้แพทย์ต้องการความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพ โดยเปรียบเทียบกับวิชาชีพแพทย์ทั่วไปในประเทศที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ โดยการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม พบว่าแพทย์ที่เข้ารับการศึกษาแสวงหาความช่วยเหลือในเพศชายและเพศหญิงไม่ได้มีความแตกต่างกัน แพทย์ที่เข้าร่วมโครงการนั้นมีระดับความเครียด ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์สูงมากกว่าแพทย์ทั่วไปแต่ปัญหาความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ที่วิชาชีพแพทย์เผชิญอยู่ไม่ได้ส่งผลที่แตกต่างต่อความรู้สึกเข้าอกเข้าใจผู้อื่นเมื่อเปรียบเทียบกับแพทย์ทั่วไป เมื่อพิจารณาถึงปัญหาที่วิชาชีพแพทย์ตัดสินใจเข้ามาใช้บริการมากที่สุดได้แก่ คุณภาพชีวิต ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์หรือภาวะหมดไฟ ปัญหาส่วนตัว ความสัมพันธ์ในที่ทำงาน อัตลักษณ์ของวิชาชีพแพทย์ตามลำดับ พบว่าแพทย์รุ่นเยาว์มักจะมาด้วยปัญหาความเป็นมืออาชีพของวิชาชีพแพทย์ อีกทั้งพบว่าสิ่งที่แพทย์กังวลมากที่สุดคือการรักษาความลับถึงสุขภาพจิตของตนเอง เช่น โรคซึมเศร้าหรือโรคทางจิตเวช อย่างไรก็ตามพบว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาของโครงการ Villa Sana นั้นสามารถเพิ่มประสิทธิภาพและการจัดการคุณภาพชีวิตของแพทย์ได้ดีขึ้น ช่วยให้วิชาชีพแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการลดความรู้สึกเหนื่อยล้าและสามารถจัดการการวิถีชีวิตของตนเองได้มากขึ้น

Rø et al. (2008) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความเครียดจากงานภาวะหมดไฟหลังจากเข้ารับการศึกษาเชิงจิตวิทยาในการแสวงหาความช่วยเหลือของวิชาชีพแพทย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิธีการเผชิญความเครียด การจัดการความเครียดในงาน และการลดภาวะหมดไฟในวิชาชีพแพทย์ที่เข้ามารับคำปรึกษาเชิงจิตวิทยาในโครงการ Villa Sana ประเทศนอร์เวย์ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2548 โดยศึกษาในแพทย์จำนวน 185 คน จากโปรแกรมการเข้ารับคำปรึกษาแบบเดี่ยวหรือแบบกลุ่ม โดยการเข้ารับการศึกษาแบบส่วนบุคคลนั้นจะไม่มีที่กั้นและทุกเรื่องจะถูกเก็บรักษาความลับ และผู้ร่วมวิจัยจะเข้ารับการศึกษาแบบเดี่ยวทั้งหมด 6-7 ชั่วโมงหรือโปรแกรมแบบกลุ่มที่เข้าร่วม จัดเป็นกลุ่มละ 8 คน ใช้ระยะเวลาในการเข้ากลุ่มเป็นเวลา 5 วัน โดยนักจิตวิทยาจะเน้นทักษะการเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์ (Emotion - focused coping) ลดการตำหนิตนเอง เป็นต้น หลังจากนั้นจะมีการทำแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและมีแบบสอบถาม Maslach's Burnout Inventory , Eysenck's abbreviated personality questionnaire, Cooper Job Stress Questionnaire, Vitaliano and colleagues' Ways of

Coping Checklist และมีการติดตามผลในปีที่ 1 และปีที่ 3 หลังจากที่มีผู้ร่วมวิจัยได้สิ้นสุดการรับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาไปแล้ว จากผลการวิจัยพบว่า ในช่วง 1 ปีแรก หลังได้รับการกระบวนการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแล้วสามารถรับมือกับอารมณ์ได้ดีขึ้น มีการลดลงของความเหนื่อยล้าอย่างชัดเจน ในการติดตามผลปีที่ 3 พบว่าความเหนื่อยล้า การจัดการความเครียดนั้นใกล้เคียงกับช่วงติดตามผล 1 ปีแรก กล่าวคือในหลังจากช่วง 1 ปีแรก ผู้ร่วมวิจัยยังคงรักษาระดับความรู้สึกละเลยและการจัดการอารมณ์ได้ อย่างไรก็ตามในงานวิจัยนี้ไม่ได้มีกลุ่มควบคุม ดังนั้นในการเปลี่ยนแปลงของความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ การจัดการความเครียดนั้นยังอาจไม่สามารถสรุปได้ว่ามีการได้รับผลจากปัจจัยแทรกแซงอื่นหรือไม่

Rød et al. (2016) ได้ทำการศึกษางานวิจัยงานวิจัยเชิงคุณภาพของการให้คำปรึกษาของแพทย์ต่อแพทย์ในรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อน ณ ประเทศนอร์เวย์เพื่อศึกษาถึงความเกี่ยวเนื่องกันของการให้ความช่วยเหลือและเผื่อระวังในวิชาชีพแพทย์ โดยศึกษาในแพทย์ผู้ร่วมวิจัยจำนวน 61 คน แบ่งออกเป็น 14 กลุ่ม ในการร่วมงานวิจัยช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2554 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2555 และทำการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 28 คน ทางโทรศัพท์โดยคัดเลือกจากกลุ่มที่แบ่งข้างต้น กลุ่มละ 2 คน มีการสัมภาษณ์เป็นกึ่งโครงสร้างและบันทึกการสนทนาทุกครั้งเพื่อนำถอดบทสัมภาษณ์แบบคำต่อคำถึงประสบการณ์ในการได้รับคำปรึกษาแบบเพื่อนกับเพื่อน ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยได้ลงลายมือแสดงเจตจำนงในการเข้าร่วมงานวิจัยเรียบร้อยแล้ว จากงานวิจัยพบว่าการแสวงหาความช่วยเหลือของแพทย์ในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการมีปัจจัยที่เอื้อให้เข้าถึงรูปแบบการแสวงหาความช่วยเหลือดังนี้ การเข้าถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือ ประสิทธิภาพที่เพียงพอต่อการแก้ปัญหา ค่าตอบแทน กล่าวคือ ปัจจัยในการเข้าถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือในบทบาทที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ได้แก่ การสามารถเข้ารับการพูดคุยได้โดยตรง ไม่มีการจดบันทึก ลงทะเบียน สามารถพบได้รวดเร็ว ไม่ต้องนัดหมายล่วงหน้าเป็นเวลานาน ทางด้านประสิทธิภาพที่เพียงพอต่อการแก้ปัญหาพบว่าผู้ร่วมวิจัยเห็นพ้องว่าการช่วยเหลือแบบเพื่อนช่วยเพื่อนนั้นไม่สามารถช่วยแก้ปัญหาได้ อย่างไรก็ตามในการให้คำปรึกษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อนทำให้ผู้ร่วมวิจัยรู้สึกว่าได้เผชิญปัญหาเพียงลำพัง ในอีกด้านพบว่าแพทย์บางคนกลับต้องตัดสินใจออกจากบทบาทการให้คำปรึกษาแบบเพื่อนเป็นแพทย์ผู้รักษาแทน เมื่อพบว่าเพื่อนที่กำลังรับคำปรึกษาต้องการความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพในด้านของค่าตอบแทนจากการแสวงหาความช่วยเหลือส่วนใหญ่พบว่า เป็นสิ่งสำคัญในความรู้สึกของผู้ที่แสวงหาความช่วยเหลือเนื่องจากทำให้รู้สึกว่าการแสวงหาความช่วยเหลือทำง่ายขึ้น ไม่ต้องรู้สึกติดค้างหรือกังวลถึงความกตัญญูต่อผู้ให้คำปรึกษา ทั้งนี้จากงานวิจัยพบว่าเมื่อแพทย์ประสบปัญหานั้นต้องการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญหรือจากนักวิชาชีพมากกว่าการปรึกษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน เนื่องจากความคาดหวังถึงความเข้าใจปัญหา การหาทางออกหรือได้รับคำแนะนำ ช่วยเหลือจากนักวิชาชีพโดยตรง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสวงหาความช่วยเหลือของวิชาชีพทางการแพทย์ นั้นพบได้ว่าในต่างประเทศเริ่มให้ความสนใจในการช่วยเหลือวิชาชีพทางการแพทย์ทางด้านจิตใจโดยการเข้ารับคำปรึกษาเชิงจิตวิทยามากขึ้น แต่ยังคงพบว่างานวิจัยในต่างประเทศส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่วิชาชีพแพทย์มากกว่าวิชาชีพทางการแพทย์อื่น ๆ เช่น วิชาชีพเวชกรรม วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ วิชาชีพทันตกรรม วิชาชีพเภสัชกรรมหรือวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ ที่พบว่าผู้ประกอบวิชาชีพเหล่านี้ประสบกับภาวะเครียดและภาวะหมดไฟมากเช่นกัน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยยังไม่พบงานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาเกี่ยวกับการเข้ารับคำปรึกษาเชิงจิตวิทยาของวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่พบงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและภาวะหมดไฟจากการทำงานเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นในงานวิจัยนี้จึงสนใจศึกษาถึงการแสวงหาความช่วยเหลือของวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาโดยนักวิชาชีพในประเทศไทย



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “ประสบการณ์ทางจิตใจภายหลังการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์” เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพในรูปแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เพื่อศึกษาและทำความเข้าใจถึงประสบการณ์ทางจิตใจเชิงลึกของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ ภายหลังจากได้รับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ) เป็นรายบุคคลเพื่อเก็บและรวบรวมข้อมูล โดยวิธีการดำเนินการในงานวิจัยมีดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย
2. การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
  - 2.1 พื้นที่ศึกษา
  - 2.2 ผู้ให้ข้อมูลหลัก
  - 2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
  - 2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล
  - 2.5 ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล
3. การวิเคราะห์ข้อมูล
4. การตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของงานวิจัย
5. จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

#### 1. การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย

เครื่องมือของงานวิจัยเชิงคุณภาพที่สำคัญคือผู้วิจัย เนื่องจากผู้วิจัยคือผู้เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลรวมถึงดำเนินการวิจัยด้วยตัวเอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องเตรียมความพร้อม โดยขัดเกลาตนเองให้ปราศจากอคติในการทำวิจัย ศึกษาค้นคว้า รวบรวมเอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 1.1 การเตรียมความพร้อมด้านเนื้อหา ความรู้และแนวคิดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขและปัญหาที่พบส่วนใหญ่ในวิชาชีพทางการแพทย์ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อให้ผู้วิจัยเกิดความเข้าใจในประสบการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลอาจจะประสบหรือเผชิญอยู่ อีกทั้งช่วยในการเตรียมการวิจัยให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา

## 1.2 การเตรียมความพร้อมด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยได้ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพด้านจิตวิทยา เรียนรู้และทำความเข้าใจระเบียบงานวิจัยเชิงคุณภาพ รวมถึงการทบทวนเอกสารงานวิจัยเชิงคุณภาพเชิงปรากฏการณ์วิทยา หนังสือ บทเรียน รวมถึงการสัมภาษณ์เชิงลึก ภายใต้การได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ประจำรายวิชาในการทำงานวิจัย ซึ่งเป็นการเตรียมความรู้ให้ผู้วิจัยมีความพร้อมและนำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้

## 1.3 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย

เนื่องจากการวิจัยเชิงคุณภาพนั้นเป็นการศึกษาประสบการณ์จากผู้ที่ประสบโดยตรง จากข้อมูลความเป็นจริงในมุมมองของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยต้องตระหนักและคำนึงถึงความคาดหวัง ทัศนคติ หรืออคติที่ตนเองมี เพื่อให้ได้ซึ่งข้อมูลที่เป็นไปตามจริงต่อประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้ผู้วิจัยจะฝึกทักษะการสัมภาษณ์ให้เหมาะสมกับผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์จริง

ในส่วนความสามารถในการมองจากมุมมองของคนใน ผู้วิจัยได้มีโอกาสฝึกปฏิบัติงานในสถานที่ต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาล อนามัยชุมชน เป็นต้น ในการฝึกการพยาบาล และได้เข้าทำงานในโรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการเป็นเวลา 2 ปี และได้ปฏิบัติงานพยาบาลอิสระเป็นเวลา 3 ปี

## 2. การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 พื้นที่ศึกษา งานวิจัยนี้ศึกษาประสบการณ์ของผู้ประกอบวิชาชีพวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เคยได้รับการบริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในประเทศไทย โดยประชาสัมพันธ์ทางออนไลน์และประชาสัมพันธ์ผ่านศูนย์ให้คำปรึกษาต่าง อาทิ หน่วยให้คำปรึกษาในโรงพยาบาล ศูนย์ให้คำปรึกษาเอกชน รวมถึงหน่วยงานที่มีการจัดบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาสำหรับบุคลากรทางการแพทย์

2.2 ผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข อันได้แก่ ทันตแพทย์ เภสัชกรรม นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทยและแพทย์แผนไทยประยุกต์ ที่ได้เคยได้รับบริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตั้งแต่ 1 session และสิ้นสุดการเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแล้วจำนวน 6 ราย โดยวิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ผ่านการประชาสัมพันธ์ตามสถานที่ต่าง ๆ โดยผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเลือกของผู้ให้ข้อมูลหลัก

1. เป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์หรือผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม

- หรือผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมหรือผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดหรือผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยหรือผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์และยังคงปฏิบัติหน้าที่ตามใบอนุญาตประกอบวิชาชีพอยู่
2. มีประสบการณ์ในการเข้ารับบริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตั้งแต่ 1 session และสิ้นสุดการรับบริการแล้ว
  3. ไม่อยู่ระหว่างการบำบัดรักษาอาการทางจิตหรือรับยาทางจิตเวช
  4. สามารถนี่ย้อนรวมถึงถ่ายทอดประสบการณ์ในการเข้ารับบริการปรึกษาได้
  5. มีความสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัยและยินดีที่ถ่ายทอดประสบการณ์ของการได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในการสัมภาษณ์

เกณฑ์คัดออกของผู้ให้ข้อมูลหลัก

1. ไม่ยินดีที่จะให้ทำการบันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์

ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยจากการลงทะเบียนเข้าร่วมงานวิจัยศึกษาประสบการณ์ทางจิตใจ ภายหลังการรับบริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขทางออนไลน์ พบว่ามีผู้ร่วมลงทะเบียน 13 ราย ผู้วิจัยทำการคัดกรองก่อนการสัมภาษณ์อีกครั้งโดยการโทรศัพท์แจ้งรายละเอียดและสอบถามข้อมูลของผู้ลงทะเบียน มีผู้ผ่านเข้าสัมภาษณ์จำนวน 6 ราย และไม่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 7 ราย เนื่องจาก 'ไม่ได้รับบริการปรึกษาจากนักจิตวิทยาการปรึกษาจำนวน 5 ราย ไม่สามารถนี่ย้อนรวมประสบการณ์ได้จำนวน 1 ราย และ ไม่ได้ประกอบวิชาชีพตามเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 1 ราย

## 2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.3.1 ตัวผู้วิจัย เป็นเครื่องมือที่สำคัญของงานวิจัยเชิงคุณภาพ เนื่องจากผู้วิจัยคือบุคคลที่เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลรวมถึงดำเนินงานวิจัยด้วยตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจะต้องเตรียมความพร้อมในการดำเนินการวิจัย ก่อนการวิจัยผู้วิจัยได้ลงทะเบียนเรียนการวิจัยรายวิชา 3800785 การวิจัยเชิงคุณภาพด้านจิตวิทยา (Qualitative methods in psychology) เป็นโอกาสให้ผู้เรียนได้ศึกษาทำความเข้าใจและลงมือในการทำการวิจัยเชิงคุณภาพจริงในรายวิชา รวมถึงผู้วิจัยได้นำความรู้และประสบการณ์ในการเรียนจิตวิทยาการปรึกษาและการฝึกงานเป็นนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดมาพัฒนาตนเองให้มีทักษะการฟัง การจับใจความ ความรู้สึก การตั้งคำถาม เป็นต้น รวมถึงการได้รับการขัดเกลาให้รู้เท่าทันตัวเองเพื่อรับรู้และขจัดถึงความคิดที่มีอยู่มาใช้ในการวิจัย ดังนั้นตัวผู้วิจัยจึงสามารถเป็นเครื่องมือวิจัยที่มีคุณภาพในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยาได้



2.3.2 เครื่องบันทึกเสียง ใช้ในการบันทึกสนทนาขณะที่ผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์กับผู้วิจัย เพื่อความตรงและความถูกต้องของข้อมูลสามารถตรวจสอบได้ ทั้งนี้ก่อนที่จะทำการสัมภาษณ์และบันทึกเสียงนั้น ผู้วิจัยได้ตรวจสอบแบตเตอรี่ของเครื่องบันทึกเสียงเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนสัมภาษณ์ในทุกครั้งรวมถึงขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนที่จะทำการบันทึกเสียง

2.3.3 แบบบันทึกภาคสนาม เป็นการบันทึกรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูลจากการสังเกตของผู้วิจัย เพื่อเป็นภาพรวมของการสัมภาษณ์ให้ผู้วิจัยสามารถจดจำรายละเอียดของการให้ข้อมูลในแต่ละครั้งได้

2.3.4 แนวทางคำถามในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure) ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้ข้อมูลได้เล่าเรื่องราว ประสบการณ์ ความคิด ความรู้สึกได้อย่างอิสระ โดยผู้สัมภาษณ์จะใช้ลำดับคำถามในการสัมภาษณ์อย่างยืดหยุ่น ทั้งภาษา ถ้อยคำที่ใช้ เพื่อความคล่องตัว สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์และความเหมาะสม โดยครอบคลุมในประเด็นของความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการเข้ารับการศึกษาเชิงจิตวิทยาของผู้ประกอบวิชาชีพวิชาชีพทางการแพทย์ โดยคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์นั้นบางเป็น 2 ส่วน ได้แก่ คำถามทั่วไป เป็นคำถามที่สอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ เช่น อายุ การศึกษา อาชีพ ลักษณะของการทำงาน ระยะเวลาในการทำงาน ปัญหาที่เจอในชีวิตประจำวันมีอะไรบ้าง ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา ความกังวลใจก่อนเข้าเข้ารับการศึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นอย่างไร เป็นต้น และคำถามหลักเพื่อเข้าถึงข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลมีแนวคำถามดังนี้

ส่วนที่ 1 คำถามทั่วไป

1. อายุ การศึกษา อาชีพ ลักษณะของการทำงาน ระยะเวลาในการทำงาน
2. ปัญหาที่พบในชีวิตประจำวันมีหรือไม่ เป็นอย่างไร
3. ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นอย่างไร
4. ความกังวลใจก่อนเข้าเข้ารับการศึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นอย่างไร

ส่วนที่ 2 คำถามหลัก

1. อะไรเป็นสิ่งที่ทำให้ท่านตัดสินใจเข้ารับบริการการศึกษาเชิงจิตวิทยา (อาจจะเป็นเรื่องราวหรืออารมณ์หรือความรู้สึก)
  - อะไรที่ทำให้ท่านตัดสินใจเข้ารับบริการการศึกษาเชิงจิตวิทยา
  - ท่านมีความรู้สึกต่อปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นอย่างไร
  - ท่านมีมุมมองต่อการเข้ารับบริการการศึกษาเชิงจิตวิทยาอย่างไร
2. ประสบการณ์ในการบริการการศึกษาเชิงจิตวิทยาของท่านเป็นอย่างไรบ้าง
  - ความรู้สึกของท่านต่อการรับบริการเป็นอย่างไร

- สิ่งที่ได้รับจากการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นอย่างไร
3. การเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยามีส่วนช่วยในการตัดสินใจในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่หรือไม่อย่างไร
    - อะไรเป็นสิ่งที่ช่วยในการแก้ปัญหาสำหรับท่าน (นักจิตวิทยา ความสัมพันธ์ คำแนะนำ ข้อคิดที่ได้ เป็นต้น)
    - ปัญหาที่ท่านเผชิญอยู่ในขณะนั้นแก้ไขได้อย่างไร
  4. ประโยชน์ที่ท่านได้รับจากการรับคำปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นอย่างไร
    - ภายหลังได้รับประสบการณ์ในการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแล้วท่านมีมุมมองต่อตนเองเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่อย่างไร
    - เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงแล้ว การดำเนินชีวิตของท่านเปลี่ยนไปหรือไม่อย่างไร
  5. ท่านมีอะไรอยากเสริมหรือเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสบการณ์ในการเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาไหมคะ

ทั้งนี้ก่อนนำคำถามไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้ปรับข้อความตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิและทำการทดลองสัมภาษณ์กับผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูลและนำผลการสัมภาษณ์มาปรับข้อความให้เหมาะสมอีกครั้ง โดยปรับในส่วนที่ 2 ข้อ 1 จากปัญหาที่ทำให้ท่านตัดสินใจเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาคืออะไร เป็น อะไรที่ทำให้ท่านตัดสินใจเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา เนื่องจากผู้ถูกสัมภาษณ์ได้ตอบถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นและนำมาสู่การรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

#### 2.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการทำงานวิจัยเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยานั้น ผู้วิจัยใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึก มีแนวคำถามรูปแบบกึ่งโครงสร้างร่วมกับวิธีการสังเกต โดยข้อความที่ใช้ในการสัมภาษณ์สามารถยืดหยุ่นได้ตามความเหมาะสม ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูลจากเกณฑ์การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 6 คน เนื่องจากข้อมูลอิ่มตัว ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ 57-106 นาที มีการบันทึกเสียงในระหว่างสัมภาษณ์และการสังเกตขณะสัมภาษณ์เพื่อบันทึกภาคสนาม มีขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาถึงแนวทางของงานวิจัยเพื่อให้มีความชัดเจนในการเก็บข้อมูลเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยมนุษย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพื่ออนุมัติการดำเนินการศึกษาวิจัย

3. ผู้วิจัยติดต่อประชาสัมพันธ์งานวิจัยผ่านผู้แนะนำเข้าสู่แหล่งข้อมูลเพื่อคัดกรองผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและสนใจเข้าร่วมการวิจัย โดยประสานงานตามสถานที่การให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ศูนย์ให้คำปรึกษาเอกชน รวมถึงหน่วยงานที่มีการจัดบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาสำหรับผู้ประกอบทางการแพทย์และสาธารณสุข และประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางออนไลน์

4. ผู้วิจัยทำการติดต่อกลับไปยังผู้ที่สนใจและได้ลงทะเบียนคัดกรองทางออนไลน์ผ่านทาง QR CODE เพื่อยืนยันการเข้าร่วมงานวิจัยผ่านเบอร์โทรศัพท์ที่ได้ลงทะเบียนไว้ภายใน 1 สัปดาห์หลังลงทะเบียนและกล่าวถึงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย เช่น วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย เป็นต้น หากผู้สนใจเข้าร่วมวิจัยไม่ผ่านการคัดกรอง ผู้วิจัยจะมอบสมุดบันทึกขนาดเล็กเพื่อเป็นการขอบพระคุณที่สละเวลามาคัดกรองการวิจัยครั้งนี้ พบว่ามีผู้ร่วมลงทะเบียนวิจัย 13 ราย และผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมวิจัยจำนวน 6 ราย

5. ผู้วิจัยตรวจสอบและยืนยันความสมัครใจของผู้ประกอบวิชาชีพเวชศาสตร์ทางการแพทย์ที่เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน จากนั้นผู้วิจัยจะชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ แนวทางการวิจัยและสิทธิของผู้ให้ข้อมูล รวมถึงบทบาทในการเข้าร่วมวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลทราบจนกระจ่างชัด จากนั้นผู้วิจัยได้ทำนัดหมายวัน เวลา สถานที่เพื่อทำการสัมภาษณ์ออนไลน์ด้วยวิธีวิดีโอคอล โดยสถานที่ใช้ในการสัมภาษณ์มีลักษณะเป็นส่วนตัว โดยคำนึงถึงความปลอดภัยในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สิทธิและความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล

6. ก่อนการให้สัมภาษณ์ผู้วิจัยจะสร้างความคุ้นเคยโดยการพูดคุยถึงเรื่องราวทั่วไป เพื่อให้บรรยากาศเป็นลักษณะเป็นกันเอง ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และทำที่ที่เป็นมิตร จากนั้นจะชี้แจงถึงรายละเอียดของงานวิจัย วัตถุประสงค์ ระยะเวลาที่ใช้สัมภาษณ์ สิทธิของผู้ให้ข้อมูลและบทบาทของผู้วิจัยอีกครั้ง รวมถึงทำการขอบันทึกเสียงการสัมภาษณ์

7. ผู้วิจัยทำการบันทึกเสียงและสัมภาษณ์ โดยเริ่มจากข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบวิชาชีพเวชศาสตร์ทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เคยเข้ารับการศึกษาเชิงจิตวิทยา ความเข้าใจเกี่ยวกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา แล้วเชื่อมโยงเข้าสู่คำถามหลักหรือประเด็นหลักในการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยจะคำนึงถึงวัตถุประสงค์ของงานวิจัยเสมอ ข้อมูลที่ได้ต้องชัดเจน ครอบคลุมประเด็นที่ต้องการศึกษา ทั้งนี้ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับสัมพันธ์ภาพอันดีอย่างจริงจัง มีการสนทนาอย่างเป็นธรรมชาติ เน้นความเข้าใจกับประสบการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลประสบ ร่วมกับการสังเกตท่าทาง อากัปกริยา การแสดงออก อารมณ์ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลในขณะที่ให้สัมภาษณ์

8. ผู้วิจัยทำการยุติการสัมภาษณ์เมื่อได้ข้อมูลที่ครบถ้วน อิมตัวและครอบคลุม โดยมีการทบทวนประเด็นที่ได้ให้สัมภาษณ์และสอบถามผู้ให้ข้อมูลถึงความต้องการเพิ่มเติมประเด็นอื่นหรือไม่อย่างไร แล้วผู้วิจัยจึงกล่าวขอบคุณที่ผู้ให้ข้อมูลไว้วางใจร่วมแบ่งปันประสบการณ์และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีและส่งมอบของที่ระลึกคือปากกาทางไปรษณีย์

2.5 ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 10 เดือน ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 และระยะเวลาในการสัมภาษณ์ ประมาณ 57 – 106 นาทีต่อผู้ให้สัมภาษณ์ 1 ราย โดยมีรายละเอียดในการสัมภาษณ์ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล (นามสมมติ)	เพศ	ประกอบ วิชาชีพ	จำนวนครั้งใน การรับบริการ ปรึกษาเชิง จิตวิทยา	ระยะเวลา สิ้นสุดการ รับบริการ	วันที่ทำการ สัมภาษณ์	ระยะเวลา ในการสัมภาษณ์	ช่องทางใน การ สัมภาษณ์
รายที่ 1 ก้อย	หญิง	กายภาพบำบัด	3 sessions	6 เดือน	28 เม.ย. 64	1 ชั่วโมง 16 นาที	ZOOM
รายที่ 2 แอม	หญิง	เภสัชกร	3 sessions	1 ปี	29 เม.ย. 64	1 ชั่วโมง 9 นาที	LINE
รายที่ 3 ชัน	ชาย	ทันตแพทย์	6 sessions	10 เดือน	5 พ.ค. 64	57 นาที	FACETIME
รายที่ 4 พลอย	หญิง	ทันตแพทย์	มากกว่า 10 sessions	4 ปี	6 พ.ค. 64	1 ชั่วโมง 9 นาที	LINE
รายที่ 5 มীন	หญิง	เภสัชกร	3 sessions	1 ปี 8 เดือน	20 ก.พ. 65	1 ชั่วโมง 46 นาที	ZOOM
รายที่ 6 ตูน	ชาย	แพทย์แผน ไทยประยุกต์	4 sessions	2 ปี 4 เดือน	26 ก.พ. 65	1 ชั่วโมง 12 นาที	ZOOM

ตารางที่ 1 รายละเอียดของผู้ให้ข้อมูล

### 3. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ในรูปแบบการถอดบทสนทนาการสัมภาษณ์เชิงลึกจากเครื่องบันทึกเสียงแล้วนำมาวิเคราะห์ตามขั้นตอน ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยถอดบทสนทนาแบบคำต่อคำ (Verbatim) จากข้อมูลที่ได้มาจากการบันทึกเสียงสัมภาษณ์ให้เป็นลายลักษณ์อักษร และมีการตรวจสอบความถูกต้อง แม่นยำของการถอดบทสนทนาที่ถอดความแล้วพร้อมกับการฟังเสียงบทสนทนาอีกครั้งเพื่อนำมาเปรียบเทียบว่าเสียงบทสนทนาและข้อความที่ถอดความออกมามีตรงกันหรือไม่

3.2 ผู้วิจัยทำการอ่านบทถอดความร่วมกับการอ่านบันทึกภาคสนามในระหว่างการสัมภาษณ์ของผู้วิจัยเองเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลทั้งหมดในภาพรวม จากนั้นทำการใส่รหัสโดยผู้ให้ข้อมูล รายที่ 1 รหัส A ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2 รหัส B ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3 รหัส C ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4 รหัส D

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5 รหัส E และผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6 รหัส F และทำการถอดความ (Coding) โดยการแยกข้อมูล ข้อความ ประโยคสำคัญในประเด็นหลักที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ ความคิด ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลและหาคำสำคัญที่เกิดขึ้น

3.3 ผู้วิจัยรวบรวมข้อความที่ถอดรหัสแล้วมาจับเป็นประเด็นหลัก (Theme) ที่มีเนื้อหา ความหมาย ความรู้สึก ความสัมพันธ์ที่สอดคล้องกันมาไว้ด้วยกัน (Categories) โดยสรุปประเด็นจากผู้ให้ข้อมูลที่ละรายและนำมาสรุปรวมเข้าด้วยกันกับผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด และตรวจสอบกลุ่มคำย่อยภายในหมวดหมู่ต่าง ๆ อีกครั้ง

3.4 นำหมวดหมู่ที่ได้มาทำการวิเคราะห์ รูปแบบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นตามประเด็นต่าง ๆ ทั้งนี้ผู้วิจัยหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อมาสนับสนุนประเด็นที่พบและเชื่อมโยงประเด็นเหล่านั้นอย่างสมเหตุสมผล เพื่อค้นพบข้อมูลหรือข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น

3.5 ทั้งนี้ผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลควบคู่ไปกับการเก็บข้อมูลเพื่อเพิ่มเติมประเด็นใหม่ ๆ หรือประเด็นที่ไม่ชัดเจนให้ชัดเจนมากขึ้น

3.6 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและวิเคราะห์ผล โดยให้อาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านงานวิจัยเชิงคุณภาพเป็นผู้ตรวจสอบและวิเคราะห์อีกครั้ง

#### 4. การตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (Trustworthiness) ของข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

4.1 การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจากการสังเกต จดบันทึกข้อมูลและตรวจสอบวิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธีและหลายแหล่ง (Triangulation)

4.2 การวิจัยนี้ผู้วิจัยตรวจสอบสามเสาในการตีความของนักวิจัยโดยให้ผู้มีความรู้ทางด้านจิตวิทยาและผู้มีความรู้ทางด้านงานวิจัยเชิงคุณภาพคือผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐสุดา เต็มพันธ์ช่วยอ่านและวิเคราะห์ข้อมูลรวมถึงให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการวิเคราะห์ จัดหมวดหมู่ของข้อมูล

4.3 การวิจัยนี้ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลเมื่อสิ้นสุดลง (Member checking) โดยการนำผลการถอดบทสนทนากลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง

4.4 ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและสามารถตรวจสอบได้ (Audit trail) ตั้งแต่การบันทึกเสียงสัมภาษณ์ บันทึกการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล บทสัมภาษณ์ที่เป็นลายลักษณ์อักษร บันทึกการจัดหมวดหมู่หรือประเด็นสำคัญ โดยอ้างอิงคำพูดโดยตรงของผู้ให้ข้อมูลเพื่อสามารถตรวจสอบขั้นตอนการทำงานวิจัยได้

## 5. จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิของผู้ให้ข้อมูลและจริยธรรมในการวิจัยดังนี้

5.1 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ของงานวิจัย วิธีการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้สอบถามประเด็นที่สงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย

5.2 ผู้วิจัยชี้แจงถึงสิทธิของผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมงานวิจัยและสามารถถอนตัวจากงานวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่บอกเหตุผลและการถอนตัวจากงานวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลใด ๆ ต่อตัวผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น

5.3 ผู้วิจัยชี้แจงและเคารพสิทธิประเด็นการรักษาความลับ โดยผลรายงานวิจัยจะใช้นามสมมติทั้งหมด และไม่มีข้อมูลใด ๆ ที่จะสามารถอ้างอิงหรือระบุตัวตนถึงผู้ให้ข้อมูลได้ รวมถึงการทำลายข้อมูลจากอุปกรณ์บันทึกเสียงเมื่องานวิจัยสิ้นสุดลงแล้ว



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เพื่อศึกษาการรับรู้ประสบการณ์ทางจิตใจของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ภายหลังการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา โดยวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) จากผู้ให้ข้อมูลซึ่งคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเลือกเฉพาะเจาะจงจำนวน 6 ราย ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูล ส่วนที่ 2 การรับรู้ประสบการณ์ในการเผชิญปัญหาภายหลังการได้รับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา โดยมีรายละเอียด ดังนี้

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูล

ในส่วนนี้ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลพื้นฐาน สถานการณ์การปรึกษาและประสบการณ์ตามคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลรายบุคคล

#### ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

ก้อย (นามสมมติ) เพศหญิง อายุ 25 ปี ภายหลังสำเร็จการศึกษาก็ได้ประกอบอาชีพนักร่างกายบำบัดในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งและขณะให้ข้อมูลก้อยเป็นนักร่างกายบำบัดในคลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง ระยะเวลาในการทำงานประมาณ 2 ปี ได้รับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาจำนวน 3 sessions และสิ้นสุดการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาไปแล้วเป็นเวลา 6 เดือน

#### สถานการณ์ปรึกษา

ก้อยได้เริ่มต้นรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยากับนักจิตวิทยาการปรึกษาในศูนย์ให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา เนื่องจากประสบปัญหาความเครียดจากการทำงาน โดยก้อยเล่าว่าในอดีตก้อยเคยได้พบจิตแพทย์ในช่วงเรียนมหาวิทยาลัยชั้นปีที่ 4 เนื่องจากรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเองและมีปัญหาในครอบครัวและได้รับการพูดคุยกับนักจิตวิทยาในโรงพยาบาลขณะที่กำลังเรียนมหาวิทยาลัยชั้นปีที่ 4 แบบต่อเนื่องในเรื่องการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ ไม่กล้าออกไปเผชิญโลกภายนอกและได้ยุติการรับบริการพบนักจิตวิทยาและจิตแพทย์เมื่อจบการศึกษา ภายหลังเรียนจบก้อยสมัครงานในโรงพยาบาลและคลินิกเอกชนแต่ถูกปฏิเสธและได้แนะนำให้ก้อยไปทำงานในโรงพยาบาลแบบราชการแทน แต่ก้อยไม่ชอบงานในระบบราชการ อยากจะพัฒนาตนเองทุกวันและรู้สึกว่าตนเองสามารถทำงานร่วมกับคลินิกเอกชนได้จึงได้พยายามสมัครงานอีกครั้งและสามารถเข้าทำงานในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ภายหลังก้อยได้ลาออกเนื่องจากต้องการพัฒนาตนเองและไม่เห็นด้วยกับระบบของโรงพยาบาล อีกทั้งคลินิกใกล้บ้านที่มีชื่อเสียงได้เปิดรับสมัครพนักงาน ก้อยจึงสมัครงานในคลินิกใกล้บ้านและได้ทำงานใน

คลินิกแห่งนี้จนถึงปัจจุบัน ภายหลังจากการทำงานก็อยู่ได้เผชิญกับท่าทีของคนไข้ที่มาใช้บริการในคลินิก หลากหลายและความคาดหวังของคนไข้ที่อยากหายกลับไปเป็นเหมือนเดิมทุกอย่างแต่ไม่สามารถทำได้ เป็นต้น การพบเจอเหตุการณ์ดังกล่าวเกือบทุกวันในการทำงานร่วมกับบุคคลสำคัญในครอบครัวไม่เชื่อมั่นในตัวก้อย ทำให้ก้อยรู้สึกเกิดความเครียดและความกดดันมาก ก้อยจึงตัดสินใจเข้าพบกับนักจิตวิทยาในโรงพยาบาลอีกครั้ง แต่เนื่องจากคิวหลุดในโรงพยาบาลและปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น สถานการณ์โรคระบาดไวรัสโคโรนา 2019 ความกังวลในการเจอคนรู้จักเมื่อเข้ารับการรักษา ช่วงเวลาการทำงานและการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลตรงกัน การรับพนักงานเพิ่มในที่ทำงาน เป็นต้น ทำให้ก้อยรู้สึกถึงความไม่มั่นคงของชีวิต รู้สึกไม่ปลอดภัยในการใช้ชีวิตปัจจุบัน กังวลในสิ่งที่ต้องเจอในอนาคต ไม่ว่าจะเป็นคนไข้ หน้าที่การงาน และต้องการจัดการกับความรู้สึกที่เผชิญอยู่ จึงได้เริ่มแสวงหาความช่วยเหลือในช่องทางอื่น โดยการค้นหาข้อมูลทางออนไลน์และได้พบศูนย์ให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาทางเฟซบุ๊ก จึงได้ทำการติดต่อศูนย์ให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

## ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

แอม (นามสมมติ) เพศหญิง อายุ 29 ปี ทำงานในโรงงานผลิตยาแห่งหนึ่ง มีประสบการณ์ในการทำงานด้านเภสัชกรรมประมาณ 3 ปี ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาจำนวน 3 sessions และสิ้นสุดการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยามาแล้วเป็นเวลา 1 ปี

## สถานการณ์ปรึกษา

แอมได้เริ่มต้นรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยากับนักจิตวิทยาการปรึกษาในศูนย์ให้คำปรึกษาแห่งหนึ่งด้วยการปรึกษาเชิงจิตวิทยาทางออนไลน์ทุกครั้ง เคยได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยารวมทั้งสิ้น 3 ครั้ง โดยแต่ละครั้งได้จบ session ลงเพียง 1 ครั้งและยุติการรับคำปรึกษาครั้งล่าสุดมาแล้ว 1 ปี ก่อนให้ข้อมูล แอมเคยได้รับการปรึกษาในช่วงกำลังศึกษาอยู่ระดับมหาวิทยาลัยในโครงการให้คำปรึกษาจากนักศึกษาในมหาวิทยาลัยจำนวน 1 ครั้งและรู้สึกดีที่มีคนพูดคุยถึงปัญหาที่เจอ โดยแอมเล่าแอมมักจะพบกับปัญหาในการสื่อสารกับผู้อื่น เนื่องจากตนเองสามารถอธิบายถึงสิ่งที่อยู่ข้างในใจให้ผู้อื่นเข้าใจได้ส่งผลกระทบต่อปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เมื่อแอมทำงานได้พบปัญหาในความสัมพันธ์ โดยแอมอยากออกจากความสัมพันธ์ที่ทำให้ตนเองรู้สึกไม่มีคุณค่าแต่ยังไม่สามารถทำได้เนื่องจากรู้สึกผิดหากเดินออกจากความสัมพันธ์ ทำให้รู้สึกทรมานในสิ่งที่กำลังเผชิญ ร้องไห้ในที่ทำงานอยู่บ่อย ๆ กังวลว่าตนเองจะระเบิดในที่ทำงาน แอมไม่รู้จะปรึกษาใครดีเนื่องจากปรึกษาเพื่อนพบว่าเพื่อนไม่เข้าใจ อีกทั้งยังไม่สามารถปรึกษาพ่อแม่ได้ จึงค้นหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตและพบกระทู้ในพันทิปถึงประสบการณ์ในการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาของคนที่มีประสบการณ์กับภาวะโรคซึมเศร้า จึงตัดสินใจลองปรึกษากับคนไม่รู้จัก โดยทำการค้นหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตและติดต่อเข้ารับบริการปรึกษาเชิง



จิตวิทยากับนักจิตวิทยาการศึกษา ในการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาครั้งที่ 1 ทำให้แอมสามารถออกจากปัญหาได้ และเมื่อเวลาผ่านไป แอมพบปัญหาในชีวิตเรื่องความสัมพันธ์กับคนรักจึงกลับเข้ามาใช้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นครั้งที่ 2 และแอมสามารถจัดการปัญหาที่เผชิญได้ เมื่อเวลาผ่านไปแอมได้กลับเข้ามาใช้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาครั้งที่ 3 เนื่องจากปัญหาในการทำงาน ซึ่งตำแหน่งของแอมเปรียบเสมือนตำแหน่งในทำงาน จึงทำให้ถูกตำหนิอยู่บ่อยครั้ง จนเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง

### ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

ซัน (นามสมมติ) เพศชาย อายุ 28 ปี ระยะเวลาในการทำงานเป็นทันตแพทย์ประมาณ 4 ปี ในคลินิกทันตกรรม ช่วงเวลาการทำงาน 10.00 น. – 19.00 น. ในทุกวัน ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาจำนวน 6 sessions และสิ้นสุดการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยามาแล้วเป็นเวลา 10 เดือน

### สถานการณ์ปรึกษา

ในช่วงชั้นกำลังศึกษาในมหาวิทยาลัยชั้นปีที่ 6 เกิดความเครียดสะสมจากการถูกอาจารย์ตำหนิ ข้างรุนแรงอยู่เป็นประจำและการปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรในการฝึกงานนั้นส่งผลให้ซันรู้สึกไม่มีคุณค่าในตัวเอง ความเครียด ความกดดันและความเจ็บปวดจากการเรียนนี้ ซันจึงตัดสินใจไปพบจิตแพทย์ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2 ครั้ง แต่การพบจิตแพทย์ได้เพียงแค่วินิจฉัยและให้ยาคลายเครียดแต่ไม่สามารถแก้ปัญหาในสิ่งที่ตนเองเผชิญได้ อีกทั้งได้รับผลกระทบจากการรับประทานยาทำให้มีนงง ไม่สามารถไปเรียนได้ จึงเลิกเรียนและพยายามจัดการความรู้สึกด้วยตัวเองเพื่อจบการศึกษาและคาดหวังว่าหากจบการศึกษาแล้วจะหลุดพ้นจากเรื่องราวที่ตนเองเผชิญ ภายหลังจากจบการศึกษาซันรู้สึกเหมือนเหตุการณ์ในช่วงเวลาเรียนได้ติดอยู่ในความทรงจำ เป็นฝันร้ายที่ทำให้ตื่นมาเหงื่อท่วมในช่วงแรก ซันได้ทำงานเป็นทันตแพทย์ในคลินิกทันตกรรมของบิดามารดา แต่รูปแบบการทำงานแตกต่างกันจึงเกิดการทะเลาะกับบิดามารดาเนื่องจากไม่ต้องการถูกบังคับและได้ออกจากคลินิกของบิดามารดา ซันเล่าว่าตนเองรู้สึกเหมือนถูกไล่ออกจากบ้าน รู้สึกพ่ายแพ้ เรียนจบมาแล้วชีวิตก็ยังไม่ดีขึ้น จึงหันเหไปสมัครเรียนนักบินเพื่อหลุดพ้นจากบาดแผลในวิชาชีพทันตกรรมของตนเอง ซันพยายามสอบนักบินเป็นเวลา 2 ปี แต่ยังไม่สามารถเบนสายอาชีพได้ ซันรู้สึกทุกอย่างพลิกจากที่คาดคิดไปหมด จึงยังส่งผลให้ขาดความมั่นใจในตนเอง ซันได้พูดคุยกับคนใกล้ชิดแต่รับรู้ว่าคุณใกล้ชิดไม่สามารถเข้าใจในสิ่งที่ซันเผชิญอยู่จึงแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพนอกเหนือจากแพทย์ เนื่องจากไม่ต้องการกลับไปรับประทานยาเนื่องจากยาไม่สามารถช่วยซันในการแก้ปัญหาได้และต้องการความมั่นใจของตนเองกลับมา ซันจึงได้เริ่มติดต่อศูนย์ให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแห่งหนึ่งเพื่อ

#### ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

พลอย (นามสมมติ) เพศหญิง อายุ 35 ปี ประกอบอาชีพทันตแพทย์มานาน 10 ปี ปัจจุบันทำงานในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ช่วงเวลาทำงาน 8.00 น. – 16.00 น. ในวันจันทร์ถึงศุกร์และเป็นทันตแพทย์ในคลินิกเอกชนช่วงวันเสาร์อาทิตย์ในบางครั้ง ได้รับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยามากกว่า 10 sessions และสิ้นสุดการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาไปแล้วเป็นเวลา 4 ปี

#### สถานการณ์ปรึกษา

พลอยเล่าว่าในช่วงที่พลอยเรียนต่อผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านทันตกรรมได้เกิดความเครียดและความกดดันในการสอบเพื่อเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง หากตนเองไม่สามารถสอบผ่านได้จะทำให้ผู้อื่นผิดหวังในตนเอง พลอยไม่สามารถจัดการความรู้สึกของตนเองได้และไม่สามารถอธิบายและหาได้ว่าตนเองประสบกับความทุกข์เพราะอะไร จึงลองค้นหาความช่วยเหลือทางออนไลน์และได้พบกับศูนย์ให้คำปรึกษาในมหาวิทยาลัยที่พลอยกำลังเรียนอยู่ จึงได้ติดต่อเข้ามาที่ศูนย์เพื่อรับบริการ พลอยเล่าว่าพลอยไม่รู้จิตศาสตร์นี้มาก่อน แต่พยายามหาสิ่งที่สามารถช่วยเหลือตนเองในปัญหาที่เผชิญอยู่ จึงได้ลองปรึกษาจากนักจิตวิทยาการปรึกษา เมื่อเข้ารับบริการปรึกษากับนักจิตวิทยาการปรึกษาในครั้งแรก พลอยไม่ได้เข้าพบต่อเนื่อง เนื่องจากพลอยรู้สึกดีขึ้นมาเล็กน้อยและสามารถประคองตัวเองได้อยู่ ภายหลังจากไม่นานพลอยได้เผชิญกับปัญหาอีกครั้ง ทำให้พลอยตัดสินใจเข้าพบจิตแพทย์ในโรงพยาบาลและพบว่าตนเองกำลังประสบภาวะซึมเศร้า จิตแพทย์จึงแนะนำให้พลอยเข้ารับบริการที่ศูนย์ให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาในมหาวิทยาลัยเพื่อลดค่าใช้จ่าย พลอยจึงได้โทรติดต่อมาประสานงานที่ศูนย์ให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาในมหาวิทยาลัย และทางศูนย์ให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาในมหาวิทยาลัยได้แนะนำให้พลอยรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาควบคู่ไปกับการรักษาของแพทย์ พลอยจึงได้เริ่มกลับมารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาอีกครั้ง

#### ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

มีน นามสมมติ เพศหญิง อายุ 40 ปี ปัจจุบันเป็นเภสัชกรในบริษัทจำหน่ายยาแห่งหนึ่ง ระยะเวลาการทำงานทางด้านเภสัชกรรมประมาณ 18 ปี ได้รับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาจำนวน 3 sessions และสิ้นสุดการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาไปแล้วเป็นเวลา 1 ปี 8 เดือน

#### สถานการณ์ปรึกษา

มีนทำงานในตำแหน่ง sale manager ในบริษัทจำหน่ายยาในประเทศไทยที่ต้องติดต่อกับหน่วยงานหรือโรงพยาบาลต่าง ๆ ในการจำหน่ายยาในบางครั้ง อีกทั้งดูแลพนักงานในทีมการขายหรือจำหน่ายยาในระดับภูมิภาค มีนได้สนใจที่จะศึกษาต่อทางด้านจิตวิทยา จึงได้เข้าศึกษาระดับปริญญาโท มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งซึ่งเรียนในช่วงวันเสาร์และอาทิตย์ เมื่อเข้ามาเรียนมีนพบว่าตนเองมี

ความรู้สึกกลัวเพื่อนร่วมรุ่นคนหนึ่งและไม่ทราบสาเหตุว่าเพราะอะไร มึนพยายามหาคำตอบเพื่อจัดการความรู้สึกนี้แต่ยังไม่สามารถหาคำตอบได้ จึงได้เข้าปรึกษาอาจารย์ในคณะถึงสิ่งที่มันกำลังเผชิญอยู่ ภายหลัมนั้นจึงได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยากับอาจารย์ในคณะที่เป็นนักจิตวิทยาการปรึกษาเป็นครั้งแรก หลังจากมันรับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแล้วทำให้รู้สึกสบายใจขึ้น สามารถเรียนได้เหมือนเดิม แต่ขณะเดียวกันมันรับรู้ถึงเสียงตำหนิในตนเองจึงได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยากับอาจารย์นักจิตวิทยาการปรึกษาอีกครั้ง

นอกจากนี้มันได้เล่าถึงประสบการณ์ในการพูดคุยกับเพื่อนรุ่นพี่ที่ได้ฝึกอบรม NPL (Neuro-Lingistic Programming) ที่ร้านอาหารแห่งหนึ่งเมื่อ 8 ปีที่แล้ว เป็นช่วงที่มันสนใจหาความรู้เพิ่มเติมจึงลองเป็นกรณีศึกษาให้เพื่อนรุ่นพี่ แต่รู้สึกปฏิเสธการพูดคุยในลักษณะเช่นนี้ เมื่อมันได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาจึงทราบสาเหตุที่ตนเองรู้สึกต่อต้านในวันนั้นจากความรู้สึกไม่ปลอดภัย ลักษณะท่าทางภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร อีกทั้งสถานที่ไม่เอื้ออำนวย

#### ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

คุณ (นามสมมติ) เพศชาย อายุ 48 ปี ปัจจุบันเป็นอาจารย์มหาวิทยาลัยในสาขาแพทย์แผนไทยประยุกต์แห่งหนึ่ง การทำงานวิจัยตามภารกิจของมหาวิทยาลัย สอนหนังสือ และตรวจรักษาคนไข้ นอกเวลาราชการ ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาจำนวน 4 sessions และสิ้นสุดการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยามาแล้วเป็นเวลา 2 ปี 4 เดือน

#### สถานการณ์ปรึกษา

โดยปกติคุณเป็นคนไม่ค่อยสื่อสารในเรื่องส่วนตัว มีความมุ่งมั่นในการทำสิ่งต่าง ๆ ให้สำเร็จ ต้องทำให้ถึงที่สุด ชอบช่วยเหลือผู้อื่น คุณนับถือศาสนาพุทธ สนใจในหลักปรัชญาศาสนาของแต่ละศาสนา หมั่นศึกษาหาความรู้อย่างสม่ำเสมอ คุณเล่าถึงการสูญเสียบิดาไปอย่างไม่มีวันกลับมา ภาพเหตุการณ์ในขณะที่แพทย์พยายามปั๊มหัวใจช่วยชีวิตบิดานั้นยังติดอยู่ในใจตนเองตลอดเวลา ในช่วงนั้นคุณรู้สึกเหมือนภูเขาชีวิตได้พังทลายลงมา สูญเสียเป้าหมายในชีวิตไปเนื่องจากสิ่งที่คุณทำทุกวันนี้เพื่อบิดา คุณโทษว่าตนเองได้ทำอนันตริยกรรม (ปิตุฆาต) เนื่องจากบิดาติดเชื้อจากภาวะแทรกซ้อนในการรักษา ทำให้คุณโทษตนเองที่ไม่ได้ดูแลบิดาให้ดีที่สุดในช่วงสุดท้ายของชีวิต คุณรู้สึกเสียใจ อึดอัด แน่นอยู่ข้างในจิตใจ เหมือนมีบางอย่างมากดทับความรู้สึกตนเองเอาไว้ นอนไม่หลับ จึงได้เข้าพบพระอาจารย์นักจิตวิทยาการปรึกษา (จบการศึกษาจิตวิทยาการปรึกษา) ในวัดแห่งหนึ่ง เพื่อพูดคุยในสิ่งที่คุณกำลังประสบอยู่ พระอาจารย์นักจิตวิทยาการปรึกษาให้คำปรึกษาคุณและได้แนะนำให้คุณรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาต่อในคลินิกให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

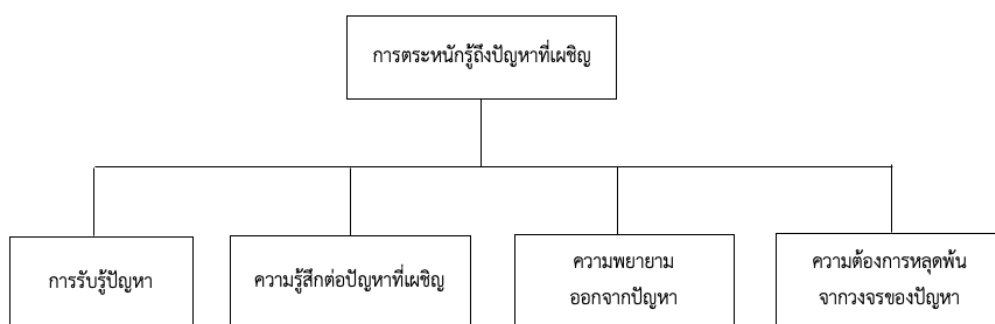
## ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ประสบการณ์ทางจิตใจภายหลังการได้รับคำปรึกษาเชิงจิตวิทยาในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข

ผลการศึกษาประสบการณ์ทางจิตใจของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เข้ารับการศึกษาเชิงจิตวิทยา สามารถวิเคราะห์ผลออกมาได้ 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. การตระหนักรู้ถึงปัญหาที่เผชิญ
  - 1.1 การรับรู้ปัญหา
  - 1.2 ความรู้สึกต่อปัญหาที่เผชิญ
  - 1.3 ความพยายามออกจากปัญหา
  - 1.4 ความต้องการหลุดพ้นจากวงจรของปัญหา
2. การเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือแบบเป็นทางการ
  - 2.1 ช่องทางการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือแบบเป็นทางการ
  - 2.2 การรับรู้ที่มีต่อการปรึกษาเชิงจิตวิทยา
    - 2.2.1 การรับรู้เดิมที่มีต่อการปรึกษาเชิงจิตวิทยา
    - 2.2.2 ประสบการณ์ตรงที่มีต่อการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา
  - 2.3 การรับรู้ที่มีต่อแหล่งช่วยเหลือช่องทางอื่น
  - 2.4 สิ่งสกัดกั้นในการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือ
3. การเติบโตและงอกงามภายหลังก้าวข้ามผ่านปัญหา
  - 3.1 ความเข้าใจที่เกิดขึ้นในตนเองในการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม
    - 3.1.1 การตระหนักรู้ในตนเอง
    - 3.1.2 การรับรู้ที่ขยายขึ้นต่อปัญหาที่ตนเองเผชิญ
    - 3.1.3 ความรู้สึกภายหลังปัญหาคลีคลายลง
  - 3.2 ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อการเติบโตงอกงามทางจิตใจ
    - 3.2.1 สภาพแวดล้อมที่ส่งผลให้เกิดการเติบโต
    - 3.2.2 ระยะเวลา
  - 3.3 ความงอกงามภายหลังก้าวข้ามผ่านปัญหา
    - 3.3.1 การขยายทัศนคติต่อปัญหาและความสามารถอยู่กับชีวิตด้วยความเข้าใจ
    - 3.3.2 การเปลี่ยนแปลงรูปแบบวิธีการดำรงชีวิต

## ประเด็นหลักที่ 1 การตระหนักรู้ถึงปัญหาที่เผชิญ

การตระหนักรู้ถึงปัญหาที่เผชิญ คือ การรับรู้ถึงสภาวะ เรือรราว ความรู้สึกหรือปัญหาที่ตนเองกำลังเผชิญ โดยผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าคุณเองกำลังประสบกับสภาวะบีบคั้น ไม่นั่นคงในจิตใจ และเกิดความทุกข์ในจิตใจส่งผลให้เกิดความไม่สงบสุขทางจิตใจ จึงพยายามจัดการกับสภาวะ ปัญหา ความทุกข์ ความรู้สึกบีบคั้น ไม่นั่นคงเหล่านั้นในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา แต่ไม่สามารถจัดการได้หรือสามารถจัดการปัญหาได้เพียงแค่วั่วคราวเท่านั้น เมื่อเวลาผ่านไปกลับพบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นยังคงส่งผลกระทบต่อจิตใจของตนเองอยู่ เป็นเหตุให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความปรารถนา ความต้องการผ่านพ้นจากสภาวะความทุกข์ ความบีบคั้นทางใจเหล่านั้น ในการตระหนักรู้ต่อปัญหาที่ตนเองเผชิญเป็นจุดเริ่มต้นของการพยายามจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง จากประเด็นดังกล่าวสามารถแบ่งประเด็นย่อยได้ 4 ประเด็น ดังนี้ การรับรู้ปัญหา ความรู้สึกต่อปัญหาที่เผชิญ การจัดการปัญหา / ความพยายามออกจากปัญหา และความต้องการหลุดพ้นจากวงจรของปัญหา อธิบายได้ดังรูปต่อไปนี้



แผนภาพที่ 3 การตระหนักรู้ถึงปัญหาที่เผชิญ

### 1.1 การรับรู้ปัญหา

การรับรู้ปัญหา เป็นจุดเริ่มต้นในความพยายามจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในตนเอง ผู้ให้ข้อมูลได้พบว่าเรื่องราวหรือปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ผ่านมาได้ส่งผลกระทบต่อตนเองให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ เกิดความทุกข์ข้างในจิตใจ จนกระทั่งปัญหาจากรีวิวเหล่านั้นได้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน ในการรับรู้ปัญหาเบื้องต้นนั้น ผู้ให้ข้อมูลได้รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตนเองในทิศทางลบที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต จึงรับรู้ถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตนเองพบว่าส่วนใหญ่จะกล่าวถึงการมองข้ามคุณค่าของตนเอง วิเคราะห์ตนเอง และความเศร้าโศกจากการสูญเสีย ตามลำดับ โดยปัญหาที่เกิดขึ้นในจิตใจอาจส่งผลมาจากปัญหาความสัมพันธ์ ปัญหาในวิชาชีพ และการทำงาน บาดแผลจากการเรียน การสูญเสียบุคคลสำคัญที่ผู้ให้ข้อมูลกำลังประสบอยู่

ในการมองข้ามคุณค่าของตนเองนั้นเป็นประเด็นส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าสู่กระบวนการแก้ไขปัญหากันนักวิชาชีพ ซึ่งอาจสืบเนื่องมาจากการเกิดปัญหาที่ผ่านมาในความสัมพันธ์ ทำให้ผู้ให้

ข้อมูลได้รับรู้ถึงความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง หรือการประสบกับความกดดันในภาระหน้าที่ของการทำงาน หรือเรื่องราวบาดแผลที่เกิดขึ้นในช่วงวัยเรียน ไม่ว่าจะเป็นการได้รับการปฏิบัติจากบุคคลอื่น ท่าที คำพูดหรือการกระทำนั้น ล้วนเป็นผลทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความกลัว ความรู้สึกไม่มีคุณค่า จนกระทั่งเกิดความไม่มั่นใจในตนเอง ปัญหาดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ตนเองดังปรากฏในข้อความต่อไปนี้

“เหมือนสมัยเรียน เรียนหมอพี่นอาจารย์ก็จะกดดันมาก เขาก็จะด่าเราก่อนข้างแรงอะไรอย่างนี้ ก่อนข้างแบบโหดเลย เวลาแบบ เรียนในคณะทันตะ มันจะเป็นแบบ นักศึกษามันจะเป็นแบบชนชั้น มันท่ำ ต่ำที่สุด แบบผู้ช่วยอะไรก็จะสูงกว่าเวลาเราจะทำอะไรก็ต้องยกมือไหว้ ขอนุ่น ขอนี้ แล้วแบบ เวลาตรวจงานที่ เราก็ต้องแบบคุกเข่าคลานไปหาอาจารย์อะไรอย่างนี้นะครับ ผมก็ ตอนที่เรียนอยู่มันก็รู้สึกหอรอกครับ แต่พอจบมาแล้วเราทำแบบนี้ไปได้ยังไง โดนอาจารย์ด่า แรงมาก เธอมันโง่ เธอ มันอย่างนั้น อย่างนี้ เธอไม่มีทางจบไปเป็นหมอฟันได้หรอก เธอลาออกไปซะ แต่เวลาเขาด่า เขาไม่ได้เรียกส่วนตัวไปด่านะ เขาแบบด่าในรุ่น ในที่คณะเราจะเป็นแบบเตี้ยทำฟันยาว แล้วจะมีคนเอานักศึกษามาทำกับคนไข้ ด่าที่ก็ได้ยินกันทั้ง floor เลย ไม่ได้แบบว่า ด่าเราแบบ เรียกเราไปด่าคนเดียว ก็จะได้หมดเลย อะไรแบบนี้อะ พอเราโดนกดมาก ๆ ก็จะมีรู้สึกว่า เอ๊ะ เรามันแย่จริง ๆ ใช่มั้ยอะไรอย่างนี้ หรือเปล่า ... นาน ๆ มันก็ติดตัว มันหลอนเลย เหมือนช่วงแรก ๆ ที่ผมจบใหม่ เหมือนเรายังเรียนไม่จบอะไรอย่างนี้ แล้วเราก็ตื่นมาเหงื่อท่วมเลย แบบ ฮีย เราเรียนจบแล้วนะ เราไม่ได้กลับไปอยู่คณะใหม่แล้วนะ” – C147

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

“เหมือนกับว่าพอคนไข้คาดหวังว่าจะได้รักษากับคนนั้น (เจ้าของคลินิก) แล้วดันมาเจอเรา แล้วเหมือนตอนนั้นเราก็อังใหม่ ๆ อยู่ เหมือนกับว่ามันไม่ได้ตรงตามความคาดหวังของเขา แล้วเหมือนตอนนั้นเราก็อังใหม่ ๆ อยู่ เหมือนกับว่ามันไม่ได้ตรงตามความคาดหวังของเขา แล้วเขาก็เลยโกรธ แล้วเขาก็เลย ว่า แสดงสีหน้าใส่ คือกิจกรรมารยาทที่เขาทำกับเราก่อนข้างรุนแรง แล้วเราต้องเจอแบบนี้แหละ เจอแบบนี้เกือบทุกวัน แล้วเราก็อึดแล้วก็เครียด เครียดมาก ๆ เลยอะ” – A020

“แต่จริง ๆ คือความไม่มั่นใจมันอยู่มาตลอดเลยนะคะ บางทีมันก็สามารถเก็บได้โดยที่ไม่แสดงออกมา แต่บางทีเจออะไร trigger มันก็เหมือนแสดงออกมาเต็มที่แล้ว” – A031

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“เราไปแอบชอบคน ๆ หนึ่ง แล้วเหมือนประมาณว่าเขา เขาทำให้เรารู้สึกแย่ ... แต่ว่าเหมือนกับแบบเขาอะ เขาคนอื่นมาเปรียบเทียบกับแบบเรารู้สึกอิจฉา มันน่าจะเป็นแบบมันเป็นเงาดำมืดของเราที่เรารู้สึกว่าเราชอบคน ๆ นี้ เราก็ไม่อยากจะเห็นใครที่แบบ เขาชื่นชมมากกว่าเราอะไรประมาณ

นี่อะค่ะ แล้วเหมือนเขาก็เป็นคนเป๊ะ ๆ นิดหนึ่ง แล้วมาตรฐานอะไรก็จะต้องตามเขา แล้วเรารู้สึกว่าเราไม่ไหวแล้ว ... ถ้าเดินออกมาจากเขา เราก็รู้สึกว่าแอบแสบ แหม่งจะใจร้ายกับเขาไปหรือเปล่า อีกใจหนึ่งก็รู้สึก ถ้าไม่เดินออกมา คือแบบมันรู้สึกแย่มาก มันรู้สึกว่าแบบ ไม่มีค่าอะ” - B049

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

ผู้ให้ข้อมูลบางรายได้กล่าวถึงการวิจารณ์ตนเอง โดยมีการประเมินตนเองในการกระทำตลอดเวลา เปรียบเสมือนการบีบคั้นตนเอง อีกทั้งมีการตำหนิตนเอง โทษตนเอง โบายตีตนเองเมื่อมีสถานการณ์หรือบุคคลไม่เป็นไปตามในสิ่งที่ปรารถนา ดังปรากฏในข้อความต่อไปนี้

“เสียงตำหนิตนตัวเองก็จะประมาณแบบว่า เออ ไม่ว่าจะอะไรจะเกิดขึ้น ก็เกิดจากที่เราไม่ดี ใดๆ ของทุกคนที่เกิดขึ้นเป็นเพราะว่าเราไม่ดี” - E028

“เหมือนเราโตมาแบบที่รู้สึกว่า คือ การที่เรากลับมาประเมินตัวเองมันถูกต้องแล้ว ทำอะไรเสร็จเราก็ต้องมาประเมินตัวเองสิ ดีไม่ดี ดีไม่ดี ดีไม่ดี อะไอย่างนี้ ... เมื่อไหร่ที่ลงมือทำแล้วมันมีการประเมินรออยู่” E050-1

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

“มันไม่สามารถที่มีอะไรที่ทำให้เรามีความสุขขึ้นเลย สิ่งที่เคยทำแล้วมันมีความสุขมันก็ทำแล้วมันไม่มีความสุข มันก็ยังดีตัวเองซ้ำกลับไปอีกรอบหนึ่งว่า อันนี้ฉันทำแล้วเคยมีความสุข แต่ทำไมวันนี้ฉันทำแล้วไม่มีความสุข ... แบบว่า เออ ฉันไม่ดีพอ ทำไม่ตรงมาอยู่ตรงนี้ด้วย” - D186

“เราถูกตีกรอบว่าเราต้องอยู่ในบทบาทของผู้เชี่ยวชาญ พอตัดสินใจอะไรไปมันมีความรู้สึกแบบ มันมีความกดดันจากอะไรหลายๆ อย่าง อะไอย่างนี้อ่าคะ” - D161

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

“ก็รู้สึกว่า โอ้ย เหมือนคนไข่น่าจะไปเจอคนที่ดีกว่าเราเนอะ ถ้าเขาได้ไปเจอคนอื่น เขาน่าจะหายแล้วอะไอย่างนี้ เพราะเขามาเจอเราหรือเปล่านั้นเลยไม่หาย” - A094

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

อีกทั้งผู้ให้ข้อมูลบางท่านได้เผชิญกับความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิตไปอย่างไม่มีวันกลับ ซึ่งบุคคลดังกล่าวเปรียบเสมือนเป้าหมายในชีวิต ในการสูญเสียครั้งนี้จึงเปรียบเสมือนได้สูญเสียเป้าหมายในการดำเนินชีวิต เกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ ทำให้เกิดความสิ้นหวังและเสียศูนย์ในชีวิต ความทุกข์ ความบีบคั้นในจิตใจอย่างมาก ดังปรากฏในข้อความต่อไปนี้

“สุดท้ายนี้พวคนที่ต้องรอรับความสำเร็จของเรา เขาไม่อยู่อะ ไม่อยู่ที่จะรอรับความสำเร็จ แล้วถามว่า ก็จะไปเพื่ออะไร ความรู้สึกอันนี้มันก็เลยรู้สึกว่ามันไม่มีเป้าหมายในชีวิต เป้าหมายในชีวิตมันก็หมดไป อันนี้ก็ประเด็นที่ 1 ที่ทำให้รู้สึกแย่ ส่วนประเด็นที่ 2 ก็คือมันแหละ รู้สึกว่าเรามีส่วนที่ทำให้ท่านเสียก็เลยรู้สึกไม่ดี ก็ประมาณนั้นครับ” - F065

“เหมือนกับเป้าหมายในชีวิตมันสูญหายไป ประเด็นที่ 1 ประเด็นที่ 2 คือว่าการที่คุณพ่อเสียเกิดจากเรา เราเป็นคนทำไง เรามีส่วนที่ทำให้คุณพ่อเสียชีวิต เราก้เลยรู้สึกว่าทำไมเราไม่ตาย ๆ ตามพ่อไปเลย ให้จบ ๆ อะไรทำนองนี้” - F054

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

## 1.2 ความรู้สึกต่อปัญหาที่เผชิญ

ความรู้สึกต่อปัญหาที่เผชิญ คือ สิ่งที่เกิดขึ้นข้างในใจต่อการตอบสนองถึงเรื่องราวสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ในประเด็น 1.1 การรับรู้ปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น โดยมีการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจเพื่อรับมือต่อสถานการณ์ที่ตนเองกำลังรู้สึกถูกคุกคาม ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่เปรียบเสมือนอยู่ในทางตันของชีวิต ผู้ให้ข้อมูลต่างรู้สึกไร้หนทางเดินต่อ หาหนทางเดินต่อไปไม่ได้หรือหาทางออกในชีวิตไม่ได้ในขณะนั้น ทำให้เกิดความรู้สึกสับสนในจิตใจ รับรู้ถึงความไม่แน่นอน เป็นผลให้เกิดความรู้สึกอัดแน่น อึดอัด ความรู้สึกท่วมท้น ต่อสถานการณ์ที่กำลังเผชิญ ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลยิ่งเกิดความเครียดและความกดดันภายในจิตใจมากขึ้น ดังปรากฏในข้อความต่อไปนี้

“รู้สึกว่ามันไม่ชัดเจน มันไม่สามารถที่จะ define ได้ว่าเราทุกข์ตรงนี้เพราะอะไรหลาย ๆ อย่างมันผสมปนกัน ไม่รู้ว่าอะไรเป็นหลักกันแน่ที่ทำให้เราเจ็บปวด หรือว่ามันพร้อม ๆ กัน มันผสมกัน” - D089

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

“ในใจของเราอะ เรารู้ว่ามีอะไรมากดทับชีวิตเราอยู่แบบมันไม่ปกติ เรารู้สึกว่าเราอึดอัด เราอยู่ไม่ได้ ชีวิตเราอยู่แบบไม่ปกติ เรารู้สึกว่าเราอึดอัด เราอยู่ไม่ได้ เรานอนไม่ได้ เรากินไม่ได้ เราทำอะไรไม่ได้ คือชีวิตมัน เป็นความทุกข์ในใจที่มัน มันอึดอัดอะ บอกไม่ถูก” - F071

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

“ก็คือว่าความรู้สึกมันท่วมท้นจนจะระเบิดออกมาอะ คือ มันเหมือนประมาณว่า มันร้องไห้ทุกวัน มันแบบเศร้าจนมองอะไรรอบ ๆ ตัวไม่ดีเลย ก็กลัวว่าวันหนึ่งมันจะไประเบิดแบบนี้กับที่ทำงาน” - B036

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2



“เรายังไงล่ะ เหมือนเรามีแต่ *feeling* เยอะ ๆ แล้วเราก็ไม่รู้ว่าจะประเด็นของเรามันอยู่ตรงไหน แล้วเราก็ไม่รู้ว่าจะปัญหา มันอยู่ตรงไหน คือตอนนี้มันเหมือนทุกซึกกับอารมณ์ที่มันเยอะๆ มากอย่างนี้ แต่หาทางแก้ไม่ได้” - A070

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

### 1.3 ความพยายามออกจากปัญหา

ความพยายามออกจากปัญหา คือ กระบวนการที่เกิดขึ้นภายหลังผู้ให้ข้อมูลได้รับรู้ว่าตนเองกำลังประสบกับปัญหาที่สั่นคลอนต่อการดำรงชีวิตหรือจิตใจของตนเอง จึงเกิดความพยายามจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นเพื่อหลุดพ้นและออกจากปัญหา หรือเพื่อให้สถานการณ์ เรื่องราว ปัญหานั้นบรรเทาเบาบางลงไป โดยการจัดการกับปัญหาด้วยตนเองหรือแสวงหาความช่วยเหลือแบบไม่เป็นทางการจากบุคคลใกล้ชิด แต่ยังไม่สามารถหลุดพ้นหรือออกจากปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้อย่างแท้จริง เป็นผลให้ปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นยังคงดำรงอยู่ในชีวิตของผู้ให้ข้อมูล ในกระบวนการความพยายามออกจากปัญหานี้เป็นการจัดการกับปัญหาของผู้ให้ข้อมูลซึ่งได้กระทำในช่วงเวลาที่ผ่านมามาก่อนเริ่มแสวงหาความช่วยเหลือแบบเป็นทางการ โดยผู้ให้ข้อมูลมีการเผชิญปัญหาด้วยวิธีต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นวิธีการหลีกเลี่ยง หลีกเลี้ยงที่จะเผชิญปัญหา การละเลยหรือเพิกเฉยต่อปัญหา การเก็บปัญหาไว้ในตนเอง การคิดหมกมุ่นอยู่กับปัญหามากจนเกินไปจนกลายเป็นการจมดิ่งในปัญหาที่เผชิญ โดยวิธีการเผชิญกับปัญหาเหล่านี้เป็นการจัดการต่อภาวะที่ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกถูกคุกคามข้างในจิตใจ ดังปรากฏในข้อความต่อไปนี้ “ความคิดเราทำงานก่อนเลยคะ ลากเราลงไปกิน ไปจ๊ะ จมลงไปเลยคะ จมลงไปในปลัก อะไรอย่างนี้ เออ แบบ เพราะแกเป็นแบบนี้เขาก็เลยไม่รัก ทำที่แบบนี้ เพราะแกทำตัวแบบนี้ อะไรอย่างนี้ เต็มไปหมดเลยคะ” - E118

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

“เมื่อก่อนที่เราเครียดเราก็นั่งจม จม จมอยู่อะไรแบบนี้” - C178

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

“มันไม่เกี่ยวกับงานหรือไม่เกี่ยวกับคนอื่น ส่วนใหญ่เราก็ไม่ได้พูดให้ใครฟังอยู่แล้ว เป็นธรรมชาติ” - F075

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

ผู้ให้ข้อมูลบางรายได้พยายามจัดการกับปัญหาโดยวิธีพูดคุย ระบาย เล่าเรื่องราวกับบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อน คนรัก แต่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการแสวงหาความช่วยเหลือแบบไม่เป็นทางการจาก

บุคคลใกล้ชิดนั้นอาจยังไม่สามารถเข้าใจถึงปัญหาหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นของผู้ให้ข้อมูลได้ชัดเจน จึงยังไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างแท้จริง ดังปรากฏในข้อความต่อไปนี้

“มันเป็นเรื่องการเรียนหมอพื้นแล้วก็แบบ แฟนผมก็ไม่เข้าใจหรือกว่า มันเรียนมามันยากเย็นแค่นั้น เพราะว่าเขาก็จับคนละสายมา เราอธิบายเยอะเขาก็ไม่เห็นภาพ คือ หลายคนชอบมองว่า เฮ้ยหมอพื้น จบมาสบาย เงินดีอะไรอย่างนี้ แต่คือมันมีหลายอย่างที่เรากำลังเจอในสมัยเรียน ซึ่งคนส่วนใหญ่ก็จะไม่เข้าใจ” – C087-1

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

“คือจริงๆ เราปรึกษาหลายคนนะคะ เราปรึกษาแฟน ปรึกษารุ่นพี่ ปรึกษาคนที่น่าจะมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ มันก็ไม่ใช้หะ อย่างที่บอกมันก็ไม่ใช้จริง ๆ มัน base on แต่ละคน มันไม่ได้ base on เราแล้วจะมาใช้อีกที่มันก็เหมือนขัดกับชีวิตเรา” – A098

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“แต่ว่าตอนที่ไม่วายใจจริง ๆ อะ คือก็รู้สึกว้าแบบ ไม่รู้จะปรึกษาใคร ปรึกษาพ่อแม่ก็ไม่ได้ ปรึกษาเพื่อนก็ไม่เข้าใจอะไรอย่างนี้”- B032-2

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

#### 1.4 ความต้องการหลุดพ้นจากวงจรของปัญหา

ความต้องการหลุดพ้นจากวงจรของปัญหา คือ ความต้องการภายหลังที่เกิดการรับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อการดำเนินชีวิตหรือจิตใจ โดยผู้ให้ข้อมูลตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาที่กระทบตนเองไม่ว่าจะเป็นความทุกข์ ความไม่สบายใจ ความสับสนไม่มั่นคง และไม่ต้องการที่จะอยู่กับความรู้สึกหรือปัญหานั้นอีกต่อไป จึงเกิดความปรารถนาในการหลุดพ้นจากปัญหาหรือออกจากวงจรของปัญหาที่เกิดขึ้น ในช่วงระยะนี้ผู้ให้ข้อมูลจะเกิดความรู้สึกเท่าทันจิตใจที่หม่นหมองของตนเองหรือการตระหนักรู้ต่อปัญหาที่ตนเองเผชิญว่ามีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อชีวิตหรือจิตใจของตนเอง จึงพยายามแสวงหาวิธีการหรือความช่วยเหลืออื่นนอกเหนือจากวิธีการที่ตนเองได้เคยจัดการแล้วแต่ยังไม่ประสบความสำเร็จในการออกจากปัญหาอย่างแท้จริง เป็นจุดเริ่มต้นในการแสวงหาความช่วยเหลือแบบเป็นทางการต่อไป ดังปรากฏในข้อความต่อไปนี้

“เหมือนเราเหนวงจรของปัญหาั้งคะ ถ้าเราไม่แก้จุด ๆ นี้มันก็จะวนกลับมาที่จุดเดิมตลอดเลย ขนาดว่าเราว่าเราหายแล้ว มันก็วนกลับมาว่าเราไม่เก่ง แล้วก็วนกลับมาว่าเราไม่เก่ง มันไม่จบสักทีอะ ก็เลยรู้สึกว่่าแก้ปมนี้ได้มันก็จะต่อไปต่อ ... รู้สึกว่่า โอ้ เราอยู่กับปัญหานี้มานานมากแล้ว อยู่มาทั้งชีวิต” – A138, A140

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“จะทำยังไงให้เรามีความมั่นใจมากขึ้น อย่างนี้ละ นั้นแหละ ... ผมก็รู้สึกว่่าคนข้างนอกไม่เข้าใจผมหรอก ซึ่งเราก็ต้องหาคนที่มัน professional อะใช้อย่างนี้” – C087

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

“รู้สึกว่่าโลกมันถล่มอะ ฉันทำอะไรไม่ได้แล้ว นอนไม่ได้ กินไม่ได้ ทำงานไม่ได้ คิดอะไรไม่ออก หายใจก็ยั้งอึดอัด นึกออกไหม มันอึดอัดไปหมดอะ มันคือความทุกข์ที่มันลุ่มอยู่ในใจ ถ้าเกิดเราไม่มีที่พึ่งปลดปล่อย ไม่มีที่พึ่งแก้ไขปัญหานี้ เราอาจจะตายได้ เรารู้สึกอย่างนั้น” – F161

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

## ประเด็นที่ 2 การเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือแบบเป็นทางการ

การเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือแบบเป็นทางการ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายหลังผู้ให้ข้อมูลได้ตระหนักหรือรับรู้ว่่าการเผชิญปัญหาของตนเองที่ผ่านมา ไม่ว่าจะเป็นการพยายามจัดการปัญหาด้วยตนเองหรือแสวงหาความช่วยเหลือแบบไม่เป็นทางการจากบุคคลใกล้ชิด แต่ยังไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ เมื่อถึงจุดวิกฤตข้างในจิตใจหรือความรู้สึกที่ท่วมล้นจนไม่สามารถควบคุมได้แล้ว จึงเกิดความต้องการแสวงหาความช่วยเหลือแบบเป็นทางการจากบุคคลอื่น ได้แก่ นักวิชาชีพที่ได้รับการฝึกมาเพื่อเป็นผู้เชี่ยวชาญในด้านการให้ความช่วยเหลือทางจิตใจ โดยการสำรวจตนเอง แนวทาง คำแนะนำ คำชี้แจง หรือวิธีการช่วยเหลือในรูปแบบอื่น ๆ อันเป็นเหตุให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกบรรเทาหรือคลายจากสภาวะไม่มั่นคง บีบคั้น หรือความทุกข์ทางใจที่เกิดขึ้นในขณะนั้น เช่น การพบจิตแพทย์ นักจิตวิทยาการปรึกษา นักจิตบำบัด เป็นต้น

ในการแสวงหาความช่วยเหลือแบบเป็นทางการของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นภายหลังที่ผู้ให้ข้อมูลได้พยายามจัดการปัญหาด้วยตนเองอย่างสุดความสามารถแล้วแต่ยังไม่ประสบความสำเร็จในการข้ามผ่านปัญหา จึงมุ่งเป้าหมายในการต้องการความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญในการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ เพื่อหลุดพ้นหรือข้ามผ่านปัญหาที่กำลังเผชิญหรือเป็นวิกฤตของชีวิตในขณะนั้น ในการแสวงหาความช่วยเหลือแบบเป็นทางการของผู้ให้ข้อมูลนั้นมีทั้งการรับบริการจากจิตแพทย์ นักจิตวิทยาการปรึกษา นักจิตบำบัด โดยจุดเริ่มต้นในการแสวงหาความช่วยเหลือแบบเป็นทางการนั้น

มีทั้งการพบจิตแพทย์ หรือ นักจิตวิทยาการปรึกษา เช่น เริ่มต้นรับความช่วยเหลือทางจิตใจจากจิตแพทย์ก่อน แต่รูปแบบความช่วยเหลือที่ได้รับจากจิตแพทย์ไม่ตรงกับความต้องการ ผู้ให้ข้อมูลจึงมุ่งสู่การรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาจากนักจิตวิทยาการปรึกษาต่อมา หรือเริ่มต้นรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาจากนักจิตวิทยาการปรึกษาก่อนและนำไปสู่การเข้าร่วมกิจกรรมกับนักบำบัด หรือรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาจากนักจิตวิทยาการปรึกษาควบคู่กับการพบจิตแพทย์ เป็นต้น ในประเด็นการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือแบบเป็นทางการ ผู้วิจัยขอกว่าถึงการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือแบบเป็นทางการของผู้ให้ข้อมูล โดยสามารถแบ่งประเด็นย่อยได้ 4 ประเด็นย่อย คือ ช่องทางการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือแบบเป็นทางการ การรับรู้ที่มีต่อการปรึกษาเชิงจิตวิทยา การรับรู้ที่มีต่อแหล่งช่วยเหลือช่องทางอื่น และ สิ่งสกัดกั้นในการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือ / อุปสรรคในการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือ ดังรูปต่อไปนี้



แผนภาพที่ 4 การเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือแบบเป็นทางการ

## 2.1 ช่องทางการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือแบบเป็นทางการ

ช่องทางการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือแบบเป็นทางการ คือ ช่องทางที่เป็นสื่อกลางที่ผู้ให้ข้อมูลเข้าถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือแบบเป็นทางการและนำมาสู่การได้รับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญทางจิตวิทยาที่ให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจ โดยมีทั้งวิธีการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือจากการใช้เทคโนโลยีระบบสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตเป็นจุดเริ่มต้นหรือการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือโดยตรงจากการรับรู้เดิมที่เคยรู้จักแหล่งให้ความช่วยเหลือเหล่านั้นและนำไปสู่การได้รับความช่วยเหลือแบบเป็นทางการจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตวิทยา

ในการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือแบบเป็นทางการ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ใช้วิธีการสืบค้นข้อมูลของแหล่งให้ความช่วยเหลือทางระบบอินเทอร์เน็ต ไม่ว่าจะเป็นการอ่านกระทู้ในกระดานสนทนาทางระบบอินเทอร์เน็ตในประสบการณ์เข้ารับการศึกษาเชิงจิตวิทยา การค้นหาแหล่งให้ความช่วยเหลือทางแพลตฟอร์ม (platform) ต่าง ๆ ในสื่อสังคมออนไลน์ เช่น เพจเฟซบุ๊กของแหล่งให้ความช่วยเหลือ

(Facebook page) และได้ติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อเข้าสู่การได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งให้ความช่วยเหลือแบบเป็นทางการ ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายได้เข้าถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือโดยตรง เนื่องจากรู้จักกับนักจิตวิทยาการปรึกษาอยู่ก่อนแล้วหรือได้รับความช่วยเหลือจากสถานศึกษาหรืออาจารย์ในการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือแบบเป็นทางการ โดยวิธีการเข้าถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือแบบเป็นทางการนี้ ล้วนเป็นผลให้ผู้ร่วมวิจัยสามารถเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือภายหลังที่ผู้ให้ข้อมูลประสบกับภาวะวิกฤตทางจิตใจหรือความรู้สึกที่ท่วมท้นที่ยากลำบากต่อการจัดการควบคุม ทำให้ได้รับความช่วยเหลือและการส่งเสริมให้เกิดการก้าวข้ามผ่านปัญหาในที่สุด ดังปรากฏในข้อความต่อไปนี้

“เราก็เลยแบบ เอ้อ เตียวเราหานักจิตวิทยาแล้วกัน เพราะว่าเขาก็จะ *counseling* เฉย ๆ เราก็ไม่ได้แบบ เป็นบ้าแบบ อ้าวหุว ควบคุมอารมณ์ตัวเองไม่ได้ แค่เราเครียดเฉย ๆ เราอยากหาคนที่แบบรับฟังเราอย่าง *professional* ก็เลย *search* ดู ก็เลย .. คุณยให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา มันขึ้นมาก็เลยลองเข้าไปดู เฮ้ย มันก็ ดูดีอะไรอย่างนี้ ก็เลยลองไป” – C066

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

“ตอนนั้นคือมีปัญหาเรื่องการเรียนแล้วก็มีปัญหาเรื่องวิจัย ก็เลยโทรเข้าไปในคุณย (คุณยให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาในมหาวิทยาลัย) เขาก็เลยแนะนำให้พบกับนักจิตวิทยาการปรึกษา” – D036

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

“ตอนนั้นมันแย่มาก คือชีวิตแบบ อยู่ไม่ได้ คือไม่มีที่ เรียกว่าเหมือนคนเรา ภูเขาชีวิตมันพังทลายลงไปเลย มันไม่รู้จะอยู่ไปทำไม เอ้อ ไม่รู้จะทำยังไงดีอะไรอย่างนี้ ก็ต้องหาที่ปรึกษา ก็เลย ๆ นั่นแหละไปปรึกษาท่านพระอาจารย์ (นักจิตวิทยาการปรึกษา) ที่วัดสุนทร (นามสมมติ) – F048

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

“เหมือนที่ดูในพันทิปเมื่อก่อนนี้ ... ก็เลยไหน ๆ ก็ลองปรึกษาคนที่ไม่รู้จักดู เผื่อว่าเขาจะสะท้อนอะไรบางอย่างให้เราเห็นได้ค่ะ ก็เลยลองปรึกษาคู่ค่ะ” – B030, B032-1

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

“ตอนนั้นเรารู้สึกว่าเราไม่ไหวแล้วอะค่ะ ... ก็โทรมันไปเรื่อย ๆ จนได้โรงพยาบาลเอ (นามสมมติ) ก่อนได้เจอกับจิตแพทย์ก่อน แล้วคราวนี้พอ คืออันนั้นอะ ได้คิวเร็วสุดคือ 2 อาทิตย์ ไซ่ แล้วคือต้องยอมอะ

ตอนนั้นเหมือนกันว่า อันนี้ได้คิวเร็วสุดแล้ว ก็ก็ต้องยอมว่ามันจะเสียเท่าไร ก็ต้องเสียแหละ ขอให้  
ได้รักษาก่อน” – A052, A054

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

## 2.2 การรับรู้ที่มีต่อการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

การรับรู้ที่มีต่อการปรึกษาเชิงจิตวิทยา คือ ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจที่ผู้ให้ข้อมูลมีต่อการ  
ปรึกษาเชิงจิตวิทยา อันได้แก่ บุคคล สถานที่ ศาสตร์หรือกระบวนการช่วยเหลือจากนักจิตวิทยาการ  
ปรึกษา ในการรับรู้ที่มีต่อการปรึกษาเชิงจิตวิทยานี้ ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงประสบการณ์ที่ตนเองรับรู้  
ความเข้าใจที่ผ่านมามีไม่ว่าจะเป็นประสบการณ์ปฐมภูมิหรือประสบการณ์ทุติยภูมิที่เกิดขึ้นในภายหลัง  
เข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา เนื่องจากความต้องการความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาหรือหลุดพ้นจาก  
สภาวะของความไม่มั่นคง ความบีบคั้น ความทุกข์ทรมานใจที่กำลังประสบอยู่ ในการรับรู้ที่มีต่อการ  
ปรึกษาเชิงจิตวิทยาสามารถแบ่งได้ 2 ประเด็น คือ การรับรู้เดิมที่มีต่อการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและ  
ประสบการณ์ตรงที่มีต่อการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา อธิบายได้ดังนี้

### 2.2.1 การรับรู้เดิมที่มีต่อการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

การรับรู้เดิมที่มีต่อการปรึกษาเชิงจิตวิทยา คือ ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจที่เคยมีอยู่เดิมต่อ  
การปรึกษาเชิงจิตวิทยา โดยการรับรู้เดิมที่เกิดขึ้นนั้นมาจากความเข้าใจที่เคยรับรู้ผ่านการเรียนรู้ การ  
สืบค้นข้อมูล การเห็นภาพหรือรับรู้ข้อมูลในช่องทางต่าง ๆ ทางเทคโนโลยี เช่น โทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต  
 เป็นต้น เป็นเหตุทำให้เกิดความเข้าใจตามการรับรู้เดิมของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นความเข้าใจในภาพรวม  
ของจิตวิทยาแต่อาจยังไม่ครอบคลุมถึงการปรึกษาเชิงจิตวิทยาดังปรากฏในข้อความต่อไปนี้

“ชื่อแปลก ๆ คือเหมือนเราก็เคยเรียนแบบว่า ที่จิตวิทยาเหมือนมันก็มีแบบว่า เหมือนนั่งทำกิจกรรม  
ร่วมกันเพื่อคลายเครียด บำบัด ทำศิลปะ อะไรที่ทำร่วมกับคนอื่นอย่างนี้ ... แต่ว่าเราไม่ได้คิดภาพว่า  
จะมานั่งคุยกันเลยนะ คิดว่ามาทำกิจกรรมหมู่ แต่ว่าก็ผิดคาด ผิดคาดก็ถือว่าดีนะละ” – A068

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“ก็ คือ ก็ไม่รู้จะเปรียบเทียบกับอะไรได้เป็นยังไง ก็ไม่รู้ทั้งแบบจิตบำบัด คลินิก จิตวิทยาอะไรอย่างนี้  
... (ภายหลังโทรไปยังศูนย์ให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา) เขาก็เลยแนะนำให้พบกับนักจิตวิทยาการปรึกษา  
ซึ่งก็ไม่รู้ด้วยว่าแนวไหน อะไร ยังไง อย่างนี้อ่าคะ ... ก็คือ blank blank ไปเลย” –D128, D038,  
D040

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

“จริง ๆ ก่อนจะมาเรียน ป.โท เราอะ หาที่เรียน ซึ่งเราอยากเรียนเพื่อเป็นแบบนี้ แต่เราไม่รู้ว่าจะเรียกว่า counseling เราอะนี่กว่ามันคือจิตคลินิก อะไอย่างนี้ ... ถ้าถามว่าก่อนหน้าไม่รู้จักใหม่ รู้แบบเหมือนเห็นภาพในหนังอะ ที่เขานอนบนเตียงแล้วแบบมีคนหนึ่งนั่งคุยอยู่ด้วย แล้วก็รู้ว่าสิ่งนี้ว่าสิ่งนี้เรียกว่าจิตวิทยาการปรึกษาใช้ใหม่” – E037

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

“การให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาก็จะเป็นเรื่องของการมีใครสักคนหนึ่ง คือคนเราไม่สามารถแก้ไขปัญหาของตัวเองได้อยู่แล้ว เหมือนกับผงเข้าตาหรือเจ็บไข้ได้ป่วยนี้ มันต้องอาศัยคนอื่นช่วย ในภาษาจิตวิทยานี้คิดว่ามันเป็นการรักษาโรคทางใจ เพราะว่า เออ การรักษาโรคทางกายก็เป็นอีกเรื่องหนึ่ง แต่เรื่องนี้ก็เป็นของการรักษาโรคทางจิต” – F032

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

## 2.2.2 ประสบการณ์ตรงที่มีต่อการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

การรับรู้จากการมีประสบการณ์โดยตรงต่อการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา เป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจที่มีต่อการปรึกษาเชิงจิตวิทยาจากประสบการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับโดยตรงภายหลังรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยากับนักจิตวิทยาการปรึกษา โดยประสบการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีทั้งคล้ายคลึงและแตกต่างจากประเด็น 2.2.1 การรับรู้เดิมที่มีต่อการปรึกษาเชิงจิตวิทยา โดยภายหลังได้รับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาจากนักจิตวิทยาการปรึกษาแล้วทำให้ผู้ให้ข้อมูลได้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเข้าใจ มุมมองต่อการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในรูปแบบใหม่ ซึ่งมุมมองในการให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในรูปแบบใหม่นั้นได้สอดคล้องกับวิธีการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับจากประสบการณ์รับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาโดยตรง ดังปรากฏในข้อความต่อไปนี้

“ถ้าเกิดว่าเรามีอะไรที่ไม่สบายใจแล้วหาทางออกไม่ได้ เรา คือ เหมือนกับว่าเรามีอะไรไม่สบายใจ เราก็บอกให้ปรึกษาเพื่อนใช้ใหม่คะ แต่ว่าเราก็ปรึกษาเพื่อนแล้ว แต่ว่าวิธีที่เพื่อนให้เรามันไม่ได้เหมาะกับตัวเราอย่างนี้อะคะ เหมือนเราได้แค่ เขาก็เหมือนได้แค่รับฟังเรา ไม่รู้วิธีที่จะแก้ปัญหา ถ้าการไปหานักจิตวิทยาเขาจะรู้ว่าเราจะเป็นแบบไหน เหมาะกับการแก้ไขปัญหาแบบไหน ที่มันอิงตัวเราอะ ซึ่งเราเอาไปแก้ไขปัญหาก็ได้มากกว่า ก็ควรจะไปปรึกษา เราไม่ได้เป็นคนบ้า เราแค่ยังผ่านปัญหาช่วงนั้นไปไม่ได้” – A046

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“ก็คือรู้ว่า คือในโลกยังมีศาสตร์นี้อยู่ มีอะไรแบบนี้อยู่ อะไรอย่างนี้ค่ะ คือเราอยู่ในมุมมองของแพทย์ ซึ่งถ้าพูดถึงจิต จิตใจอะไรอย่างนี้ ถ้าป่วยก็คือไปหาหมอ on ยาอย่างเดียว” – D154

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

“เหมือนกับเรามีปัญหาในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับเรื่องจิตใจอะคะ แล้วแบบมันรับไม่ไหว แล้วก็ไม่รู้ว่าจะไปพึ่งใครดี ก็ได้ นักจิตเนี่ยแหละคะเป็นคนที่ยกแขนกรอง เหมือนสะท้อนสิ่งที่เราเป็น แล้วก็ คือเขาจะไม่ได้เหมือนแนะนำเป็นหนึ่งในสองสามสี่ แต่เขาจะดูเรื่องราวของเราต่าง ๆ ด้วยความเข้าใจ ประมาณนั้น ก็คือไม่ได้ใช้ยาในการรักษาประกอบ แต่เน้นในการให้คำปรึกษามากกว่า” – B026

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

อีกทั้งในประสบการณ์ตรงในการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยานั้นทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความเข้าใจในกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาจากการสัมผัสโดยตรง ทำให้เกิดกระบวนการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมของผู้ให้ข้อมูล ปรากฏในข้อความต่อไปนี้

“การให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา) ดึงตัวเราออกจากปัญหาอะ แล้วก็มองย้อนกลับไปด้วยกันว่าในมุมมองของคนอื่น เขาจะจัดการกับปัญหานี้ยังไง ถ้าปัญหานั้นมันไม่เป็นปัญหาของเราแล้วอะ ... เขาสะท้อนกลับมาว่า มันพอจะมีวิธีการอะไรที่มันจะช่วยแก้ปัญหาดังนี้ได้บ้าง เพราะว่าของเดิมคือปัญหามันคือตัวเรา คือเรารู้ว่ามันมีปัญหาอยู่ คือเรามองไม่เห็น พอแยกออกมาแล้วมองกลับเข้าไปพร้อมกันเนี่ย มันเห็นมุมมองของคนอื่นที่สะท้อนกลับเข้าไป ว่าทำไมฉันจะต้องเป็น ทำไมฉันจะต้องรู้สึกแบบนี้ด้วย” – D129, D131

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

“เขาอะ ทำให้เราเห็นปัญหา main problem อะ ไม่ใช่อะไรแบบย่อยย่อยของเรา คือ main problem ของเราคืออะไร เราจะได้ไปถูก ให้เราเห็นปัญหาใหญ่ก่อน อันนั้นคืออันแรกเลยคะ อันที่สองคือ เขาช่วยหาแนวทางแก้ปัญหาในแบบของเราเอง ก็คิดว่าอันนี้ก็คือสองสาเหตุที่สำคัญนะคะ คือถ้าเขาหาวิธีแก้ปัญหาได้แต่เป็นแนวทางของเขาเอง เราก็คงจะไม่ไปคลินิกนั้นหรือที่นั่นต่ออีก ก็คงคิดว่าไม่ไปแล้วอะอะไรอย่างนี้” – A145

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลบางรายที่ได้รับความช่วยเหลือทางจิตใจจากนักจิตวิทยาการปรึกษาแล้ว ทำให้สามารถก้าวข้ามผ่านปัญหาได้อย่างแท้จริง จึงเกิดความปรารถนาให้ผู้อื่นที่กำลังประสบปัญหา



ได้สัมผัสกับความช่วยเหลือทางจิตใจจากนักจิตวิทยาการปรึกษาเช่นกัน เช่น ความต้องการให้นักจิตวิทยาในประเทศเป็นจำนวนมาก ความต้องการให้นักจิตวิทยาประจำคณะในสาขาวิชาชีพของตน ดังปรากฏในข้อความต่อไปนี้

“แล้วผมรู้สึกว่ามันน่าจะต้อง สมัย คณะทันตะของผมมันควรจะต้องมีแบบนี้ นักจิตวิทยาควบคุมไปด้วย มันก็จะช่วยมาก มันก็จะช่วยทั้งอาจารย์ ทั้งเด็กนักศึกษาที่เรียนด้วย อะไรอย่างนี้อ่าครับ” – C092

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

“จะทำยังไง ให้ ใ้ในประเทศเรามีบุคคลที่มีขีดความสามารถในการให้คำปรึกษาคัล้าย ๆ กับพระอาจารย์หรือว่าในทีมให้คำปรึกษา คือผมอยู่นอกวงการผมก็ไมรู้ อาจจะมีเยอะก็ได้ไง คือ คน คน แต่ถ้ามันมีเยอะแล้วก็ยินดีมาก ๆ ก็เลยคิดว่าอยากให้คำปรึกษาของจิตวิทยามันเจริญเติบโตมากขึ้น เพื่อที่จะรับใช้คนที่มีปัญหา ซึ่งผมคิดว่าทุกคนมีปัญหา เพียงแต่ว่าไม่รู้ช่องทางที่จะเข้าไป ไม่รู้ช่องทางว่า เออ มันมีคนกลุ่มนี้อยู่ ตรงไหน ถ้าใครมีปัญหาอะไรยังไง จะไปปรึกษาใคร ผมว่าถ้าตรงนี้มันมีการเติบโตเข้มแข็งมากขึ้น อันนี้มันจะมีประโยชน์ต่อประชาชนและก็สังคมประเทศชาติมากยิ่งขึ้น ก็หวังว่าสาขานี้ครับ จิตวิทยาการให้คำปรึกษา จิตวิทยาคลินิกจะมีจำนวนมากขึ้นในประเทศเรา”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

### 2.3 การรับรู้ที่มีต่อแหล่งช่วยเหลือช่องทางอื่น

การรับรู้ที่มีต่อแหล่งช่วยเหลือช่องทางอื่น คือ การได้รับความช่วยเหลือทางจิตใจแบบเป็นทางการนอกเหนือจากการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา โดยมีแหล่งให้ความช่วยเหลือทางจิตใจแบบเป็นทางการที่เคยได้รับก่อนเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ได้แก่ การพบจิตแพทย์และภายหลังจึงเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา โดยผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้เข้าถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือทางจิตใจอื่นๆ ภายหลังเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแล้ว เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมทรายบำบัด (Sand tray therapy) การเข้าร่วมกิจกรรมวิปัสสนาทางศาสนา (Meditation) โดยการได้รับความช่วยเหลือทางจิตใจจากแหล่งให้ความช่วยเหลือที่กล่าวมาเหล่านี้ล้วนเป็นการส่งเสริมให้เกิดการพิจารณา ทบทวน จนเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง ดังปรากฏในข้อความต่อไปนี้

“ตอนนั้นมาเจอครูโดม (นามสมมติ) เขาก็แบบ เหมือนก็พูดเรื่องนี้ขึ้นมาอีก ณ ตอนนั้นที่เลิกกับแฟน เหมือนก็มีการถามอารมณ์ตัวเอง ตอนนั้นเหมือนไม่ค่อยชัดเท่าไร แต่พอถาม ครูโดมก็แนะนำให้ลองนิยามชื่อให้กับความรู้สึกตัวเองได้ใหม่ ก็เลยย้อนกลับไปมอง อ้อ ที่เราทำที่เขียน diary ก็คือถามความรู้สึกตัวเองนั่นแหละ ตอนนั้นก็ลองถามแต่ทำให้ละเอียดยิ่งขึ้น” – B202

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

“Couse ปฏิบัติมั่งคะ มันส่งเสริมให้เกิดสติ ก็คือทำให้ไวกับอะไรที่เข้ามามากขึ้น ว่ามันเป็นความรู้สึก ยังไง คือก็ไม่ใช่เชิงที่นิ่งสมาธิสัก ๆ ไป ... แต่เหมือนก็จะเป็นในแนวของสติที่ช่วยให้ทันมากขึ้น ว่ามันเกิดขึ้น ๆ นะ แต่มันยังไม่ทันจะเปลี่ยนแปลง ความคิดยังไม่ทำให้เรารู้สึกไม่โอเคอะคะ คือดูแค่มันเกิดขึ้น แต่มันก็ยังไม่ทันที่จะทำให้เราไม่โอเค” – D255, D258

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

ในขณะที่เดียวกันผู้ให้ข้อมูลบางรายได้กล่าวถึงประสบการณ์ในแหล่งให้ความช่วยเหลือแบบเป็นทางการที่เคยได้รับแต่รูปแบบการรักษาหรือแก้ปัญหาไม่สอดคล้องกับความต้องการหรือวิถีชีวิตของตนเองจากการพบจิตแพทย์ จึงเกิดความต้องการเข้าถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือแบบเป็นทางการจากนักจิตวิทยาการปรึกษา ดังปรากฏในข้อความต่อไปนี้

“หมอเขาเป็นผู้ชาย หมอก็จะแบบว่า เหมือนเรามีปัญหานี้เขาก็จะแบบว่า เออ ก็แก้ไปดิ ซึ่งมันก็ถูกของเขานะ แต่มันก็จะอะไรไม่รู้ ไม่รู้เหมือนกัน แต่ว่า คือแบบว่ารู้สึกท้อสไตน์เขา ไม่ใช่เชิงสไตน์เรา รู้สึกว่าต้องเป็นนักจิตวิทยาคนนั้น จะเป็นสไตน์เรามากกว่า” – A055

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“ในใจของเรารู้สึกว่าเราจะไม่กลับไปหาจิตแพทย์แล้ว เพราะว่ายังไงไปพบจิตแพทย์ก็จะจบแบบ อะ เต็มวันกินยานะ กินยาคลายเครียดอะไรอย่างเนี่ย ซึ่งผมก็ เต็มวันกลับไปอีกรอบเดิม” – C065

“ผมก็ไม่เข้าใจเหมือนกันว่าทำไมหมอจะต้องจบด้วยการจ่ายยา ทั้งที่แบบยามันไม่ได้แก้ปัญหอะ มันเหมือนเป็นแค่แบบ แค่เหมือนยาคลายเครียด มันก็แค่ชั่วคราว แค่นอนหลับตื่นมาปัญหามันก็อยู่ที่เดิม มันไม่ได้ทำให้ปัญหามันตื้น หายไปเลย มันอยู่ที่จิตใจและวิธีการคิดมากกว่า ดังนั้นนักจิตวิทยาเหมือนจะตอบโจทย์มากกว่านะในความคิดผม” – C196

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

## 2.4 สิ่งสกัดกั้นในการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือ

สิ่งสกัดกั้นในการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือ เป็นข้อก้ำจัดในการแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งให้ความช่วยเหลือแบบเป็นทางการของผู้ให้ข้อมูลรูปแบบต่าง ๆ โดยมีความขัดข้อง ขัดขวาง หรือสิ่งทีุ่ดรั้งทำให้ไม่สามารถเข้าถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือแบบเป็นทางการได้อย่างสะดวก ดังปรากฏในข้อความต่อไปนี้

“รู้สึกแบบว่า ถ้าอยู่ในโรง’บาล รักษาในโรง’บาล มันจะดูไม่ค่อยปลอดภัยในข้อมูลของเรา รักษาในโรง’บาลมันจะดูไม่ค่อยปลอดภัยในข้อมูลของเรา แล้วแบบอย่าง ถ้าสมมติว่าเราไปรักษาแผนกหนึ่ง แล้วประวัติของเราก็จะอยู่ในนั้นอะคะ คนอื่นสามารถคลิกดูได้ เพราะว่าขนาดตอนเราอยู่โรงพยาบาล เรายังเคยเห็นประวัติของคนอื่นเลย ก็เลยเหมือนว่ากับว่าน่ากลัวจริง อาจจะเป็นเรื่องค่าใช้จ่ายด้วยมั้งคะ คือถ้าไม่ได้ไปรักษาในโรงพยาบาลเราอาจจะต้องเสียค่าใช้จ่ายที่แพงขึ้น” – A103, A188

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“เพราะบางทีคนเราพอพูดจิตแพทย์ใช้ใหม่ เขาก็ไม่อยากจะไป โดยนิสัยคนไทยถูก record ใน HN (hospital number) ปู๊ป เหมือนจะเสียประวัติ ซึ่งความจริงแล้วผมว่ามันไม่ใช่อะ” – F126

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

“หนูก็คิดว่าค่าการรักษามันก็ไม่ใช่อะไร หนูก็ต้องทำอะไร work on กับตัวเองในระดับหนึ่ง หนูจะปรึกษาต่อเมื่อหนูรู้สึก seek จริงๆ” – B136

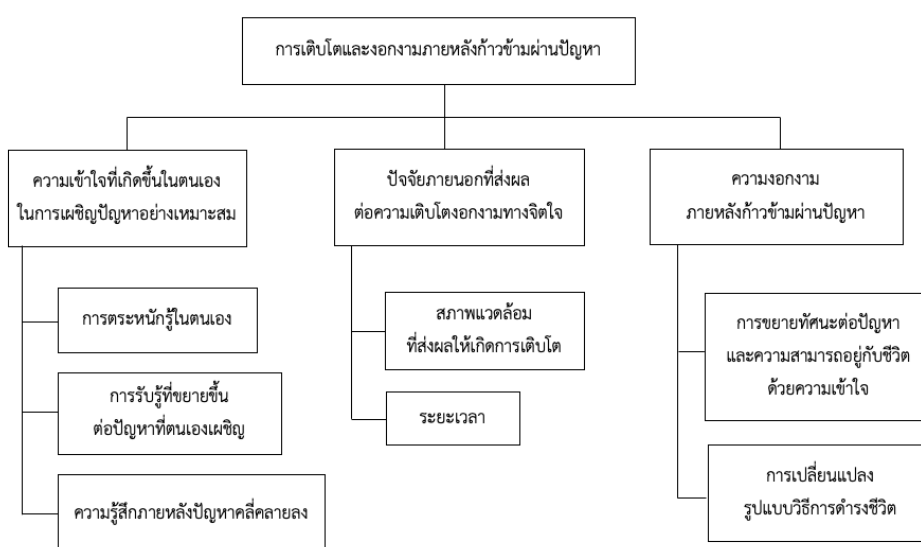
ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

### ประเด็นที่ 3 การเติบโตและงอกงามภายหลังการก้าวข้ามผ่านปัญหา

การเติบโตและงอกงามภายหลังการก้าวข้ามผ่านปัญหา เกิดขึ้นภายหลังที่ผู้ให้ข้อมูลสามารถจัดการกับปัญหาส่วนตนที่เผชิญได้ โดยสิ่งที่มีส่วนช่วยในการจัดการกับปัญหามีทั้งทรัพยากรในตนเอง ได้แก่ ความกล้าหาญในการเผชิญกับปัญหา แรงผลักดันในตนเอง และทรัพยากรจากภายนอกที่มาช่วยเหลือให้สามารถผ่านพ้นปัญหาหรือภาวะวิกฤติทางจิตใจ ได้แก่ กำลังใจจากบุคคลรอบข้าง การให้ความช่วยเหลือในชีวิต ไม่ว่าจะเป็นนักจิตวิทยาการศึกษา จิตแพทย์ นักจิตบำบัดหรือบุคคลอื่นที่มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้เกิดความสามารถในการจัดการปัญหา ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีหนทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในจิตใจและก้าวข้ามผ่านปัญหาได้ในที่สุด

เมื่อก้าวข้ามผ่านปัญหา ผู้ให้ข้อมูลมีการเติบโตและงอกงาม โดยมีจิตใจที่มีความเข้มแข็ง แข็งแรงและมั่นคงขึ้นภายหลังประสบกับภาวะความทุกข์ทางใจและสามารถผ่านพ้นหรือจัดการกับความทุกข์หรือภาวะวิกฤติทางจิตใจได้ เมื่อสามารถก้าวข้ามผ่านสถานการณ์วิกฤติหรือความทุกข์ทางจิตใจที่เปรียบเสมือนทางตันของชีวิตแล้ว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจในทิศทางการเติบโตขึ้น และมีการรับรู้ต่อเหตุการณ์หรือปัญหาที่ตนเองเผชิญในรูปแบบใหม่ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงการรับรู้นี้ได้ส่งผลให้มีการปรับตัวในชีวิตรูปแบบใหม่ จัดลำดับความสำคัญในชีวิตใหม่และค้นพบศักยภาพในตนเอง

การเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่เติบโตขึ้นนี้ทำให้ผู้ให้ข้อมูลได้ค้นพบด้านที่ดีของชีวิตมากยิ่งขึ้น มองเห็นความสามารถของตนเองในการก้าวข้ามผ่านปัญหา เกิดการรับรู้ตัวตนของตนเองในรูปแบบใหม่ มีการสร้างความยืดหยุ่นในชีวิตมากขึ้น โดยอาศัยปัจจัยภายในจากความเข้าใจตนเอง เห็นคุณค่าในตนเองและปัจจัยภายนอกจากการสนับสนุนของบุคคลใกล้ชิด สภาวะแวดล้อมต่าง ๆ ที่เอื้ออำนวยให้เกิดความเข้มแข็งในจิตใจและการตระหนักรู้ในตนเอง ที่ส่งเสริมให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดกำลังใจในการก้าวข้ามผ่านปัญหาและสามารถผ่านพ้นจากปัญหาที่เผชิญจนกระทั่งมีการเติบโตทางจิตใจ อธิบายได้ดังรูปต่อไปนี้



แผนภาพที่ 5 การเติบโตและงอกงามภายหลังการก้าวข้ามผ่านปัญหา

### 3.1 ความเข้าใจที่เกิดขึ้นในตนเองในการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

ความเข้าใจที่เกิดขึ้นในตนเองในการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม คือ ผู้ให้ข้อมูลได้เกิดความเข้าใจตนเอง เข้าใจความรู้สึกนึกคิดและความต้องการของตัวเองอย่างชัดเจน ส่งผลให้เกิดการตอบสนองต่อปัญหาในรูปแบบใหม่ทำให้สามารถก้าวข้ามผ่านปัญหาได้ โดยเกิดความเข้าใจที่เกิดขึ้นนั้นเป็นความเข้าใจในตนเองทั้งในอดีตและปัจจุบัน รวมถึงความเข้าใจต่อปัญหาที่เผชิญ เป็นผลทำให้ผู้ให้ข้อมูลได้ค้นพบทิศทางในการดำเนินชีวิตของตนเองได้อย่างเหมาะสมและสามารถจัดการหรือคลี่คลายปัญหาหรือภาวะวิกฤตทางจิตใจที่เกิดขึ้นได้จนกระทั่งก้าวข้ามผ่านปัญหาในที่สุด สามารถแบ่งประเด็นย่อยได้อีก 3 ประเด็นคือ การตระหนักรู้ในตนเอง การรับรู้ที่ขยายขึ้นต่อปัญหาที่ตนเองเผชิญและความรู้สึกภายหลังปัญหาคลี่คลายลง อธิบายดังต่อไปนี้

### 3.1.1 การตระหนักรู้ในตนเอง

การตระหนักรู้ในตนเอง คือ การเกิดความเข้าใจในตนเอง รับรู้ถึงความรู้สึก ความคิด การกระทำที่เกิดขึ้นในตนเอง โดยรับรู้ว่าคุณเองกำลังรู้สึกอย่างไร ตนเองกำลังคิดอย่างไร ตนเองต้องการอะไรและเข้าถึงถึงเหตุผลในการกระทำของตนเอง โดยการตระหนักรู้ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นการตระหนักรู้ในอดีตและปัจจุบัน เปรียบเสมือนผู้ให้ข้อมูลได้ทำความรู้จักตนเองและเห็นภาพของตนเองชัดเจนขึ้น จากที่ผ่านมา ซึ่งในอดีตผู้ให้ข้อมูลอาจยังไม่เข้าใจบางแง่มุมหรือบางมิติของตนเอง ภายหลังเมื่อเห็นตนเองชัดเจนขึ้นแล้วส่งผลให้การดำเนินชีวิต การเผชิญกับปัญหาที่มีการเปลี่ยนแปลงไป ดังปรากฏในข้อความต่อไปนี้

“เหมือนกับว่า ได้ ได้รู้ตัวตนมาก คือได้รู้จักตัวเองมากขึ้น ทั้ง ๆ ที่เราใช้ชีวิตอยู่บนนี้มาตั้งเยอะ เรา กลับไม่รู้จักตัวเองเลย แล้วก็รู้ว่าตัวเรา เออ ไม่ค่อยอยู่กับความเป็นจริง อยู่กับความคิดที่ไปข้างหน้า ตลอด พอมันไม่อยู่กับความเป็นจริง เราก็จะกั้วลงไปก่อน อืมว่าจะเกิดอันนั้น อันนี้ คิดเยอะ” - A127  
ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“ (เมื่อก่อน) คือมันอาจจะมีความรู้สึกนี้เกิดขึ้นมาแต่ไม่ได้หยิบขึ้นมาดูว่า เออ เรามีความรู้สึกนี้เกิดขึ้นนะ ก็ action ไปเลย ฉันต้องทำอะไรบางอย่างเพื่อให้ได้บางสิ่งที่ต้องการ อย่างนี้อ่าคะ โดยที่ไม่ได้รู้ว่าข้างในมันเกิดอะไรขึ้น ... (ปัจจุบัน) คือมันมีความรู้สึกนี้ แบบ สมมติว่าโกรธ อย่างนี้ ความรู้สึกโกรธเกิดขึ้น ก็ฉันโกรธแต่พอไปเรื่อย ๆ ก็แบบรู้ตัวว่าโกรธนะ ... เดียวนี้ก็ยังทำเหมือนเดิมนี่แหละ แต่ว่าก็รู้มากขึ้นว่า เออ มันเกิดเพราะว่าความโกรธมันขับเคลื่อนตรงนี้อยู่อะคะ ” - D200, D202, D210

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

“ส่วนหนึ่งผมอะ ถูกสั่งสม ถูกสร้างมาโดยระบบครอบครัวให้ติดดีใจ คือสิ่งที่มันซังเราอยู่คือความคิดดีนี่ใจ คือดูแลพ่อก็ต้องดูแลให้ดี ดูแลแม่ก็ต้องดูแลให้ดู ดูแลเพื่อนก็ดูให้ดี ใครมาขอความช่วยเหลือฉันก็ต้องทำให้ดี เราก็เลยกลายเป็นคนที่แบกโลกไปทั้งหมด เพราะว่าต้องทำความดี ช่วยเหลือสังคม ช่วยเหลือคนรอบข้าง ใครมาขอความช่วยเหลือไม่เคยปฏิเสธ” - F131

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

“การไม่ได้รับความเข้าใจนี้แหละที่ฉัน คือการได้รับความเข้าใจนี้แหละ คือสิ่งที่ฉันเรียกร้องมาทั้งชีวิต แล้วคือมันไม่มีที่ไหนเลย ... อาจจะรู้สึกว่าประเด็นที่คุยกันมันแทบจะเป็นของชีวิตหนึ่งชีวิตอะ ไอ้การกลัวไม่มีตัวตน กลัวไม่ได้รับการยอมรับอะ มันไม่ใช่แค่ปัญหาของ ของหนึ่งเรื่องอะ แต่มันคือทั้งชีวิต 1

คนอยู่แล้วที่เกิดมา ... กลัวสายตา กลัวคนนั้น ทั้ง ๆ ที่คนนั้นไม่รู้เรื่องเลยนะ แบบ แต่ว่าไอ้ความคิดที่มโนขึ้นมาว่าเราต้องมองเราแบบนี้ แต่ในวันนั้น โอ๊ย กลัว กลัวไอ้อันนี้มาก มันอยู่กับความกลัวที่สุด ๆ แล้วมันเหมือนกับ เออ มันปล่อยเองอะคะ ก็ เรื่องนั้นมันก็เลยเข้าใจว่า ที่ผ่านมาก็ดีนรนาว่าจะต้องเป็นเด็กดี เป็นคนดี เพราะฉันกลัวไอ้อันนี้แหละ สายตาคนที่ฉันเองตีความว่า เขามองฉันไม่ดี แล้วจริง ๆ สายตาเขาก็ไม่ได้มีอยู่จริงด้วยนะ คิดเองหมดเลย คือเรามาโนไปเอง ที่เรามาแบบนี้เพราะอย่างนี้แน่ ๆ” – E099, E108, E120

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

“เมื่อก่อนนะ เราเคยเสียใจแล้วเรารู้ว่าความเสียใจของเรากับคนอื่นนะ มันคือการคาดหวัง อ่า แล้วแบบถ้าไปเจอคนไหน ๆ เหมือนทำให้เราไม่เป็นไปตามที่เราคาดหวังไว้ เราก็แบบ fail เราก็เลยพยายามหาวิธีของเราที่แบบเออ เราเรียนรู้ว่าสถานการณ์นี้ที่จะทำให้เราเสียใจ เราก็ควรแบบ เหมือนก็คิดปล่อยวาง หรือว่าคิดแผนสอง แผนสามว่า เออ ถ้าเราไม่ตรงนี้แล้วเราจะไปตรงไหน เราจะไม่เสียใจมาก แล้วก็คิดถึง worse case” – B201

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

อีกทั้งเมื่อผู้ให้ข้อมูลบางรายมีการตระหนักรู้ในตนเองแล้วทำให้เกิดการยอมรับในตนเองด้วย ซึ่งการยอมรับตนเองเกิดขึ้นภายหลังเข้าใจตนเองในหลายแง่มุม รับรู้ทั้งด้านที่ดีและด้านที่ไม่ดีของตนเอง เป็นการยอมรับโดยปราศจากการต่อต้าน เมื่อเกิดการยอมรับในตนเองแล้วจะส่งผลต่อการพัฒนาตนเองและเป็นจุดเริ่มต้นในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ดังปรากฏในข้อความ

“มันทำให้เรายอมรับตัวเองได้มากขึ้น อย่างเช่น เราบู๊สึกแย่ ถ้าคน ๆ นั้นบอกเราในส่วนที่ไม่ดีของเรา ไอ้ความรู้สึกแย่ตรงนั้นของเรา เขาเรียกว่าอะไร มัน มันมีเหตุผลและเงาไม่เท่ากัน เหมือนประมาณว่าเราไม่เคยแบบจัดแจงแยกแยะเลยว่าจะทำไม่ถึงรู้สึกแย่ ไอ้ความรู้สึกแย่นั้นมันซื้ออะไร เออ แล้วพอแยกออกมาก็ทำให้เรายอมรับตัวเองได้มากขึ้น” – B177

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

“(ความมั่นใจในตนเอง) ก็เพิ่มขึ้นมา เหมือนตอนนั้นมันสลักลบ ตอนแรกเหลือสัก 10% ในชีวิต แต่มันเพิ่มขึ้นมาแบบ 50 แล้ว ใช่ว่าอะไรอย่างนี้ แล้วพอไปหลาย ๆ ก็ดีขึ้น แล้วพอตอนนี้เราก็ใช้ชีวิตปกติ เรา ก็ไม่ได้เครียดอะไรมากมายแล้ว” – C111

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

### 3.1.2 การรับรู้ที่ขยายขึ้นต่อปัญหาที่ตนเองเผชิญ

การรับรู้ที่ขยายขึ้นต่อปัญหาที่ตนเองเผชิญ คือ ความเข้าใจในปัญหาที่เผชิญรูปแบบใหม่ โดยมีการขยายมุมมองหรือปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหาที่เผชิญหรือส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตหรือจิตใจ ทำให้เกิดการรับรู้ต่อปัญหาเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม สามารถมองเห็นหนทางในการแก้ปัญหามากขึ้น ทำให้เกิดความสามารถเลือกวิธีการแก้ปัญหาหรือจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมในรูปแบบของตนเอง จนเป็นผลให้ก้าวข้ามผ่านปัญหาได้ในที่สุด ดังปรากฏในข้อความ

“เหมือนแบบว่าเราแบบจะ เหมือนเราจะมี ความเชื่อที่มันเป็นแกนของเราที่มันผิดหนักมา เหมือนใครชมเรา เราจะมีรู้สึกว่ามันไม่จริง เออ ใครบอกว่าเราเก่ง เราจะบอกว่าเราไม่เก่งเพราะว่าเรามีมาตรฐานความเก่งว่า เก่งคือ สอบได้ที่ 1 ได้เกรด 4.00 หรือได้เกียรติคุณ เป็นที่แบบว่าชื่อเสียงในด้านนั้น เป็น specialist” – A115

“ไม่มีทางที่จะทำให้คนไข้อยู่ได้ 100 % ทุกเคส มันไม่มีทาง ขนาดเจ้านายยังไม่ได้รักษาได้ขนาดนั้นเลย แล้วก็มีอะไรที่เราทำก็จริง แต่เราไม่รู้ เดี๋ยวเราก็ค่อยไปหาความรู้มากขึ้นเรื่อย ๆ หรือมันก็มีอะไรที่นอกเหนือการควบคุมของเราหรืออะไรที่เราไม่สามารถรักษาได้” – A175

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“แต่แค่ผมอะ แค่มันโดนคนบางส่วนกดดันใจ ซึ่งคนเหล่านั้นมันผ่านไปแล้วอะ มันไม่ได้มีแล้วอะ เขาไม่ได้มายื่นตำราเหมือนเมื่อก่อนแล้ว ... ไม่ได้มีแต่ส่วนแยะ แต่ผมเลือกที่จะไปมองส่วนแยะ จำแค่เรื่องที่มันแยะ ไร่เรื่องดี ๆ มันก็มี แต่เราแบบไม่จำอะไรอย่างนี้อะ ผมก็รู้สึกว่า เหมือนผมรู้สึกว่าตอนจบพวกอาจารย์เกลียดเรามาแน่เลย อย่างนั้น อย่างนี้ อะไรอย่างนี้อะ แต่จริง ๆ มันก็ไม่ใช่ มันก็เป็นแค่ แค่ไม่กี่คน หรือบางคนที่เขาชอบด่าอย่างนี้ เขาก็ด่าทุกคนเป็นมาตรฐานอยู่แล้ว คือไม่ได้โดนแค่เราคนเดียวอย่างนี้อะ” – C102, C152

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

“ไม่ได้เป็นคนไวใจคนง่ายขนาดนั้นอะคะ เป็นคนระวังตัว เป็นคนระวังตัวมาก ... เราเป็นคนระวังตัวเราว่าจริง ๆ เราเปราะบาง ภายใต้อะไรความเก่ง ดูเก่งอะ แต่จริง ๆ เราเปราะบางมาก เพราะฉะนั้นเราต้องมีความเก่งไว้ป้องกันตัว ก็เลยรู้สึกว่าทั้งหมดทั้งสิ้นนี่คือมองย้อนไปนะ ตอนนั้นมันคงเป็น sense ที่เออ ไม่ ไม่ใช่หรอก ตอนนั้นมันอาจจะ พอเราเป็นเด็กสายวิทย์ ทุกอย่างมันต้องจับต้องได้ ต้องทำให้เราเข้าใจได้ อย่างน้อยด้วยหัว” – E134

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

“นี่คือสิ่งที่เราถูกใส่ข้อมูลมาตั้งแต่เด็ก ๆ ในวิชาพระพุทธศาสนาและเราก็กีฬาเพิ่มเติม มันเหมือนตรงนี้น้ำมันข้างเราไว้ด้วยใจ มันข้างเราไว้ในกรอบด้วยตรงนี้ แล้วเหมือนว่าเรามาทำแบบ แบบที่เราคิดว่าตัวเองจะเข้าข่ายเรื่องมาตุฆาต” – F085

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

### 3.1.3 ความรู้สึกภายหลังปัญหาได้คลี่คลายลง

ความรู้สึกภายหลังปัญหาได้คลี่คลายลง คือ ความรู้สึกเมื่อปัญหาหรือสภาวะวิกฤตทางจิตใจ ได้คลี่คลายหรือบรรเทาลง เป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นภายหลังความบีบคั้น ความท่วมท้นอัดแน่น หรือความทุกข์ทางจิตใจที่ได้บรรเทาลงหรือหายไปภายหลังก้าวข้ามผ่านปัญหาอย่างแท้จริง เป็นความรู้สึกในทิศทางที่เป็นบวก อันได้แก่ ความรู้สึกเบาสบาย ความโล่งใจ โดยความรู้สึกที่เกิดขึ้นนั้นได้เปรียบเสมือนความบีบคั้นที่อัดแน่นในตนเองได้คลาย ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกเป็นอิสระ ผ่อนคลาย ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถก้าวข้ามผ่านปัญหาของตนเองในอนาคต ดังปรากฏในข้อความต่อไปนี้

“ผมว่า ผมโล่งมากเลย ก็คือแบบมันพลิก ปูบ ที่จริงไปครั้งแรกมันก็พลิกหน้ามือเป็นหลังมือ จากที่เรา กลายเป็นคนแบบไม่ค่อยโอ แบบไม่ค่อยมั่นใจ เครียดนู่น เครียดนี่ อะไรอย่างนี้ ปัญหาทุกอย่าง ... มันแบบ เหมือนเรามีแรงแบบลุกขึ้นยืนอีกครั้งหนึ่ง อะไรอย่างนี้ ที่จะเดินต่อไปข้างหน้า” - C100, C109

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

“ไม่ต้องกดดัน ก็อย่างที่บอกว่ามันจะต้องดีตามมาตรฐานปริญญาโทจบสองปี มันผ่อนคลายนมากขึ้นว่า ได้ก็ได้ ก็ทำไป ทำเต็มที่ผลจะเป็นยังไงก็แล้วแต่อีกเรื่องหนึ่ง แต่ตอนนี้มีโอกาสทำก็คือทำไปก่อน” – D224

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

“มันหายใจได้มากขึ้น แต่ก็เหมือนกับว่าเราก็จะอะไรที่แปลกไปกว่านี้ แต่ว่าคิดว่าน่าจะรับมือได้บ้าง รับมือได้แต่ก็อาจจะต้องใช้เวลา” – A183

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“หนูก็สบายใจระดับหนึ่งค่ะ คือหนูคุย 3 ครั้งใช่ไหมคะ ครั้งแรกคือพีคสุด อันนั้นคือที่หนูร้องไห้ 1 เดือน อันนั้นคือเขาช่วยหนูได้เยอะมาก พอหลังจากปัญหาครั้งนั้นคือปัญหามันไม่ได้หนักเท่าเดิม แล้วอะค่ะ” – B071



ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

“รู้สึกดีกับมัน เอนี่เพิ่งนี่ก็ออก รู้สึกดีกับมันขนาดที่ว่าถ้าเรียนจบที่นี่แล้วจะไปเรียนจิตศึกษา เคยคิดแบบนั้น ... โห เราแบบ เรา เราโล่ง เราสว่างขึ้นมาเลย เออ ใช่ ชื่นนี้ ชื่นนี้ที่ฉันต้องการมาตลอด และฉันไม่รู้ตัวเลยว่าคือสิ่งนี้” – E076, E100

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

“ก็ต้องบอกว่าสุดยอดมาก ๆ ครับ ผมรู้สึกว่าการให้คำปรึกษาเชิงพุทธเนี่ย คนอื่นผมไม่ทราบ แต่ผมว่าการให้คำปรึกษาเชิงพุทธเนี่ยแบบวิถีของท่านนี่ อาจจะเป็นเพราะพวกเราชาวพุทธด้วยเนี่ย แต่ถ้าพวกเราโดยซัดความรู้ความสามารถของผู้ให้คำปรึกษา ก็ต้องบอกว่า the best สุดยอดเลย ไม่รู้จะพูดว่ายังไงดี คือเยี่ยมยอดอะ เพราะว่าท่านสามารถที่จะเข้าใจหรือเข้าถึงในจุดที่เราคิดเรารู้สึก และก็สามารถจูงเรามาจากจุดที่เรามีปัญหาอยู่ ทำให้เราตื่นรู้ มีสติและเห็นตัวเราเอง เห็นความคิดของตัวเอง เราเอง สุดท้ายเราหาทางออกด้วยตัวเราเองได้” – F101

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

### 3.2 ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อการเติบโตของงามทางจิตใจ

ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อการเติบโตของงามทางจิตใจ คือ สิ่งแวดล้อมภายนอกทั้งในรูปธรรมและนามธรรมของผู้ให้ข้อมูลที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดการทบทวน พิจารณา ไตร่ตรองเรื่องราวตนเอง นอกเหนือจากการได้รับความช่วยเหลือแบบเป็นทางการ (การพบแพทย์ นักจิตวิทยา นักบำบัด) อีกทั้งยังมีช่วยช่วยในการเสริมกำลังใจในการต่อสู้ปัญหาที่เกิดขึ้น จนทำให้เกิดการตกตะกอนทางความคิด เกิดความชัดเจนในตนเอง เข้าใจปัญหาอย่างถ่องแท้และก้าวข้ามผ่านปัญหาอย่างแท้จริง จนกระทั่งเติบโตของงามทางจิตใจ สามารถแบ่งประเด็นย่อยได้ 2 ประเด็น คือ สภาพแวดล้อมที่ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการเติบโตและระยะเวลา อธิบายดังต่อไปนี้

#### 3.2.1 สภาพแวดล้อมที่ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการเติบโต

สภาพแวดล้อมที่ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการเติบโต คือ สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบนอกของผู้ให้ข้อมูลที่มีส่วนช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในตนเองและปัญหาที่เผชิญ โดยสิ่งแวดล้อมภายนอกเป็นทรัพยากรในรูปแบบนามธรรม อันได้แก่ คำชื่นชม หรือสิ่งแวดล้อมที่เป็นรูปธรรม อันได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ การเขียนบันทึก การเรียนการสอน เป็นต้น โดยสิ่งแวดล้อมเหล่านี้ล้วนส่งเสริมแรงในทิศทางบวก ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดการตระหนักรู้ในตนเองและเข้าใจต่อปัญหาจนก้าวข้ามผ่านปัญหาได้ ดังปรากฏในข้อความต่อไปนี้

“พอได้มาเข้ากิจกรรมการให้คำปรึกษาเชิงพุทธกับท่านอาจารย์เอส (นามสมมติ) เนี่ย มันเหมือนเป็นตัวที่ทำให้ เอ่อ ช่วยขัดเกลา ขัดล้างสิ่งที่มีมันมันคราบเกรอะกรัง มันอยู่ในใจมันออกไปหมดเลย ผมก็เลยรู้สึกว่ามันเป็นบุญมาก ๆ เลย มันเป็นความโชคดีของผม” – F166

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

“บางทีไปเจอคนนั้น คนนี้ บางทีเราก็ได้เหมือนศึกษาประสบการณ์ แล้วก็การสะท้อนของเขามา ก็คือถึงเรา เขาก็มองเราได้ในระดับหนึ่ง แต่เราต้องหยิบกระຈกหลาย ๆ บานอะ มาสะท้อนตัวเรา” – B157

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

“คนไข้ก็ บางคนก็ชมเราว่า เอ้อ เราทำงานได้ดีหรือคนไข้เขากลับมาหาเราใหม่ เขารีแควสว่าอยากเจอเรามากกว่าอะไรอย่างนี้ เออ เราก็ไม่ได้แย้งนิ ไม่งั้นคนไข้เขาคงจะหนีเราไปหมดแล้ว อะไรอย่างนี้” – C141

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

“เพราะว่าที่เรียนก็จะมีกรบ้านให้เขียนบันทึกชุ่น บันทึกชุ่นที่เขียนว่า ให้เล่าเหตุการณ์ที่ใจชุ่น แล้วจากเหตุการณ์นั้นเรามีความความหวังว่าเราอยากให้เกิดอะไรขึ้นหรือ สุดท้ายสิ่งที่เกิดขึ้นจริงมันคืออะไร เหตุการณ์วันนั้นมันก็คล้าย ๆ ว่า คือเราไม่รู้ว่าน้องคนนั้นเขามีอะไรกับเรา แต่เขาไม่ค่อยใจดีกับเราเท่าไร เหมือนกับประชุมกันแล้วมันพาดมากเลย ไม่โอเค ทำอย่างนั้นทำไม ทำอย่างนี้ทำไม ... เราก็เลยเขียนลงไปนั้น ไอ้พอแบบเขาให้เขียนถึงความคาดหวัง เราก็แบบ อยากให้เขาพูดดี ๆ กับเรา อยากให้การประชุมเป็นไปเรื่อย ๆ ถ้อยที่ถ้อยอาศัย แต่พอเขียนอยากของเขามันนิดเดียวเองคะ-แต่กับอยากของเรา อยากให้เราสื่อสารได้เหมือนกับที่อาจารย์สื่อสาร อยากให้เราใจเย็น ๆ มากกว่านี้ อยากให้เราดูแลงมากกว่านี้ อยากให้เรา คือสุดท้ายมีแต่ความคาดหวังในตัวเองเต็มไปหมดเลย มันเหมือนของเรา 11 ข้อ ของเขา 4 เหมือนมันหลุดโผละลงนั้นเลย มันเห็นที่มาของความชุ่นอะไรอย่างนี้” – E105

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

“ก็หลายอย่าง ทั้งความช่วยเหลือจากคนรอบข้าง เหมือนเขารู้ว่าเราเป็น depression เขาก็ soft ลง” – D217

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

### 3.2.2 ระยะเวลา

ระยะเวลา คือ ช่วงเวลาที่เกิดความเข้าใจตนเองอย่างชัดเจนภายหลังที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับความช่วยเหลือแบบเป็นทางการแล้ว โดยความเข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้หรือการตระหนักรู้ในตนเองนั้น ล้วนต้องอาศัยระยะเวลาในการพิจารณา ไตร่ตรอง ใคร่ครวญ วิเคราะห์ในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองและเรื่องราวต่าง ๆ ที่ได้เผชิญมา ซึ่งระยะเวลาในช่วงนี้เป็นสิ่งสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้ให้ข้อมูลได้ใช้เวลาอยู่กับตนเองจนเกิดความเข้าใจในตนเองมากขึ้น เปรียบเสมือนการเก็บรายละเอียดของตนเองให้ชัดเจนขึ้นภายหลังเห็นภาพรวมเบื้องต้นจากการได้รับความช่วยเหลือแบบเป็นทางการไม่ว่าจะเป็น นักจิตวิทยาการศึกษา นักจิตบำบัดหรือจิตแพทย์ จนกระทั่งเกิดความเข้าใจดังปรากฏในข้อความต่อไปนี้

“คือมันจะปั้งขึ้นมาก่อน แต่ว่ารายละเอียดเนี่ย คือมันจะยังไม่หายไปหมด แต่เราเห็นภาพ เหมือนเราเห็นแสงสว่างอะไรอย่างนี้ แวบหนึ่ง ๆ แต่ว่าก็มีหมอกขมัวอยู่นิดหน่อย ต้องคอยเก็บรายละเอียดไปเรื่อย ๆ คือมันเป็นจุดเริ่มต้นอะครับ ของการที่ทำให้เราหลุด จากนั้นมาเราก็ค่อย ๆ พิจารณา มันก็ผ่านมามากหลายเดือนอะครับ ก็สองสามเดือนอย่างนี้แหละครับ ทุก ๆ วันเราจะคิดอยู่แล้วใช้ไหมครับ คนเรามันจะไม่มีทางหยุดกระบวนการคิด ณ ทุกครั้งที่เราคิดพิจารณามันทำให้เราสว่างขึ้น ทำให้เราเห็นภาพมากขึ้น คือถ้อยคำกับคำถามหรือข้อคำถามนำของท่านก็จะลอยเข้ามาในความคิดเรากับปัญหา เมื่อเราเกิดปัญหาเรื่องนี้เกิดขึ้น คำถามนี้มันเหมือนกับกำกับกันไว้ละ แล้วมันทำให้เราคิดพิจารณาต่อว่าเออมันใช่ละ แล้วมันก็ทำให้เราสว่างขึ้น ๆ ” – F111

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

“บางทีก็ยังไม่ได้เก็ท ปั้งแวบในตอนนั้นหรือคะ บางทีก็อาทิตย์หนึ่ง เดือนหนึ่ง บางอันปีหนึ่งมั้ง ที่แบบกลับไปย้อนดู แล้วแบบ วันนั้นเขาก็พูดแบบนี้ว่าหว่า ตอนนั้นเข้าใจแบบนี้แหละ แต่ว่าเข้าใจด้วยความคิด พอเวลามันผ่านไป ได้สัมผัสประสบการณ์อีกครั้งหนึ่งแล้วตอนนี้ก็เข้าใจแล้วจริง ๆ เขาก็พูดแบบนี้มาตลอดตั้งแต่แรก” – E052

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

“คือต้องตั้งสติก่อนอีกทีหนึ่ง แล้วก็ค่อย ๆ แบบแก้ไปเรื่อย ๆ อย่างนี้ คือมันไม่สามารถพ้อออกมาปุ๊บ แล้วแก้ได้เลยอะไรอย่างนี้ มันต้องใช้เวลาหน่อย” – A103

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“มองเห็นตัวเองในระดับหนึ่งแล้ว แต่มันก็ต้องใช้เวลาและก็ประสบการณ์ สติปัญญาจากการเติบโตของเรา” – B162

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

ผู้ให้ข้อมูลบางรายได้กล่าวถึงความสำคัญของเวลาในการจัดการหรือการเผชิญกับปัญหา โดยได้เปรียบเทียบถึงการมีเวลาให้ตนเองเปรียบเสมือนการได้พักผ่อนและเพิ่มพลังงานของตนเองในยามต้องเผชิญกับปัญหาหรือใคร่ครวญถึงเรื่องราวของตนเองในอดีตที่ผ่านมา อีกทั้งระยะเวลานั้นเปรียบเสมือนตัวยาที่ช่วยในการผสมรอยแผลให้แผลหายได้เร็วขึ้นร่วมกับการอาศัยปัจจัยอื่นอีกด้วย ดังปรากฏในข้อความต่อไปนี้

“เหมือนหลังเลิกกับแฟน เราคิดได้เองเรื่อย ๆ เรามีเวลา สำคัญมากเลย การมีเวลาอยู่กับตัวเอง การให้พลังงาน การชาร์จแบตให้กับตัวเองอะค่ะ มันทำให้เราอะ ตกตะกอนอะไรหลาย ๆ อย่าง” – B170

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

“แต่เวลาถ้าผ่านไปเฉย ๆ มันคงไม่เกิดประโยชน์นะผมว่า ในเวลาตรงนั้นมันต้องมี มีสิ่งที่ใส่เข้าไปในเวลาด้วยก็คือการให้คำปรึกษา หรือให้คำแนะนำ มันเหมือนกับเป็นยามั้ง เหมือนกับเราให้ยาไปแล้วก็ระยะเวลานั้น ยานั่นมันค่อย ๆ ทำงาน ค่อย ๆ ซึมแทรกเข้าไปในใจ ในความคิด ในอะไรต่าง ๆ เนี่ย คือถ้าเกิดไม่มีการให้ยาเลยเนี่ย แล้วเวลามันผ่านไปเฉย ๆ แผลอาจจะดีนะ อาจจะเหมือนกับว่า สมมติว่าคนอกหักเนี่ย อกหักก็ซึมเศร้าเหมือนกัน เขาบอกว่าก็ให้เวลาเป็นสิ่งที่เยียวยา เอ่อ มันก็อาจจะได้ แต่มันก็อาจจะช้าหรือมันก็อาจจะไปแบบคนละทิศละทาง แต่ถ้าได้รับคำปรึกษาที่ถูกต้องเนี่ย ผมว่าหนึ่งคือมันทำให้เร็วขึ้น มันทำให้ปัญหาถูกแก้ไขได้เร็วขึ้น ตรงประเด็นขึ้น” – F171

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

### 3.3 ความงอกงามภายหลังก้าวข้ามผ่านปัญหา

ความงอกงามภายหลังก้าวข้ามผ่านปัญหา คือ การเปลี่ยนแปลงในทิศทางบวกภายหลังเข้าใจในตนเองและเรียนรู้ในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงมุมมองทัศนคติต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ในการเผชิญกับปัญหาหรือภาวะวิกฤตทางจิตใจ โดยการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ทำให้ผู้ให้ข้อมูลได้พบกับความงอกงามหรือการเติบโตทางจิตใจ โดยเข้าใจถึงธรรมชาติของชีวิต สัจธรรมในการดำเนินชีวิต ด้วยเหตุนี้ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมในทิศทางที่ดีและเหมาะสมในตนเอง ซึ่งในการเปลี่ยนแปลงงอกงามนี้ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลใกล้ชิด เช่น ครอบครัว เพื่อนร่วมทาง คนไข้ อีกทั้งทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความยืดหยุ่นทางจิตใจ

และมีความสุขในการดำรงชีวิตมากยิ่งขึ้น โดยสามารถแบ่งประเด็นย่อยได้ 2 ประเด็นคือ การขยายทัศนคติต่อปัญหาและความสามารถอยู่กับชีวิตด้วยความเข้าใจและการเปลี่ยนแปลงรูปแบบวิธีการดำรงชีวิต อธิบายได้ดังนี้

### 3.3.1 การขยายทัศนคติต่อปัญหาและความสามารถอยู่กับชีวิตด้วยความเข้าใจ

การขยายทัศนคติต่อปัญหาและความสามารถอยู่กับชีวิตด้วยความเข้าใจ คือ ผู้ให้ข้อมูลมีการขยายมุมมองหรือทัศนคติต่อชีวิตภายหลังก้าวข้ามผ่านปัญหา ในการเปลี่ยนแปลงมุมมองหรือทัศนคติในการดำเนินชีวิตนั้นต้องอาศัยประสบการณ์ในการเผชิญกับปัญหาหรือภาวะวิกฤตทางจิตใจที่สามารถก้าวข้ามผ่านได้แล้ว โดยนำประสบการณ์ที่ตนเองได้รับรู้และความเข้าใจต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ มาปรับใช้ในการดำเนินชีวิต มีการขยายขอบเขตหรือทัศนคติให้กว้างและหลากหลายมิติมากขึ้น ซึ่งในความเข้าใจที่ขยายกว้างนั้นเป็นความเข้าใจต่อสัจธรรมของชีวิตและการดำรงอยู่ในโลก อีกทั้งเมื่อเกิดความเข้าใจในการดำเนินชีวิตและความจริงแท้ของชีวิตแล้วยังส่งผลให้เกิดการดำเนินชีวิตที่เรียบง่าย ไม่บีบคั้นหรือยึดติดในมุมมองใดมุมมองหนึ่ง เห็นถึงเส้นทางหรือทางเลือกในการดำเนินชีวิตมากยิ่งขึ้น ดังปรากฏในข้อความต่อไปนี้

“อัพเกรดซอฟต์แวร์ในการตีความ ซึ่งการตีความได้อัพเกรดหลายรอบ ก็แรก ๆ ความคิดช่วยเยอะหน่อย แบบ เตี้ย ๆ เขาไม่ได้พูดถึงมึง อ่ะรับ ๆ อ่ะเพ็ง พอใจมันเดินไปถาม อ่ะไปถาม อ่ะไอย่างนี้ แล้วมันก็ค่อย ๆ อัพเกรดขึ้นมาเรื่อย ๆ จนมันดูแลเสียงความคิดได้ดีขึ้น” – E143

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

“ใช่ แล้วก็ารู้จักเหมือนธรรมชาติของคนอะไรอย่างนี้ มันไม่ใช่จะเป็นแบบที่เราคิดนะ ว่าทุกคนต้องเป็นคนดี อะไรอย่างนี้ หรือทุกคนต้องเป็นแบบนี้สิ เพราะเราจะมีเหมือนมาตรฐานของแต่ละคนต้องเป็นประมาณนี้ละ ทุกคนต้องเป็นคนดีนะ ต้องขยันทำงานนะ แต่ว่าจริง ๆ แล้วแต่ละคน passion มันก็ไม่เหมือนกัน เป้าหมายมันก็ไม่เหมือนกัน ... เหมือนตอนแรกที่เราอยู่ในกล่อง กล่องมันขนาดนี้ แต่จริงๆ แล้วกล่องมันกว้างกว่านั้นอีก” – A130, A181

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“มันทำให้เราแบบ มีมุมมองในชีวิตที่มันแบบหลายด้านมากขึ้น ไม่ใช่ว่าแบบเรามองในแง่ร้ายอย่างเดียวในชีวิตเรา มันก็ทำให้เราแบบอ้อ ยังมีอีกหลาย ๆ อย่างที่มันโอเคกับชีวิตเรา ... ก็แค่รู้สึกว่ แค่ว่าเราอย่าไปยึดติดกับอะไร ต่อคำพูดของใครอย่างหนึ่งมากเกินไป แล้วก็แบบว่าพยายามมองหลาย ๆ

ทางมากขึ้นอะไรอย่างนี้ ไม่ใช่ที่เราจะเก็บเรื่องใดเรื่องหนึ่งแล้วทำให้ชีวิตเราติดอยู่กับตรงนี้แล้วเราก็  
เดินหน้าไม่ไปไหน” - C117, C159

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

“คือแต่ก่อนจะต้องจัดการทุกอย่าง 1 2 3 4 งานจะต้องเป็นแบบนี้เท่านั้น ก็อยู่กับความไม่สมบูรณ์ ก็  
ตัวเรา ก็อยู่ได้ เรามีหน้าที่ทำแค่เหตุ ส่วนผลจะออกมาเป็นยังไง มันก็มีอีกตั้งหลายปัจจัย มันไม่  
จำเป็นต้องแบบคือเราทำหน้าที่เต็มที่แล้วอะ คือผลจะเป็นยังไงมันก็ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยด้วย มัน  
ไม่ได้แค่ความพยายามของเราอย่างเดียว” - D264

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

“ปัญหาแห่งธรรมที่เกิดขึ้นจากการที่ได้เห็นการเสียของท่านเนี่ย มันทำให้เราตื่นรู้ขึ้นมา แล้วก็  
ประมาทต่อการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งจะจากโลกนี้ไปเมื่อไหร่ก็ได้ ไม่จำเป็นที่จะต้องนอนหลับสบาย  
อย่างสงบ อาจจะนั่งมอเตอร์ไซด์ อุบัติเหตุ ณ ขณะนั้นก็ได้ อาจจะขับรถไป อาจจะตกท่อน้ำ อาจจะ  
จมน้ำ อาจจะ สารพัด ตายได้ตลอดเวลา” - F094

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

นอกจากเกิดความงอกงามในชีวิตภายหลังก้าวข้ามผ่านปัญหาแล้ว ผู้ให้ข้อมูลยังเกิดความ  
ยึดหยุ่นในชีวิตมากยิ่งขึ้น สามารถปล่อยวางจากความรู้สึกที่บีบคั้นตนเองได้ เช่น ความสมบูรณ์แบบ  
ในชีวิต ความยึดมั่นในความดีจนบีบคั้นตนเอง เป็นต้น โดยความยึดหยุ่นในชีวิตนั้นได้เกิดขึ้นภายหลัง  
ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจและยอมรับในตนเอง เข้าใจธรรมชาติของชีวิตและเกิดการขยายทัศนะมุมมองต่อชีวิต  
ดังปรากฏในข้อความต่อไปนี้

“พ้นจากเหตุการณ์นั้นก็ถือว่าเรารู้สึก เราเดินต่อไปด้วยความรู้สึกเราเดินต่อไปด้วยความเชี่ยวชาญนะ  
ลดลง ทำอะไรได้เป็นธรรมชาติมากขึ้น” - D159

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

“ไม่ต้องเรียนทุกอย่างบนโลกก็ได้ แต่ก่อนนี้ถ้าเมื่อไหร่มีจังหวัดพลาดคอร์สอาจารย์เอส (นามสมมติ) นี้  
จะตายแล้วนะ ฉันทจะแบบจะรู้เรื่องเธอ พระเจ้าตาจะสอนอะไร ไปเรียนก็ต้องอัดเอามาฟัง ตอนหลัง  
มันก็ ถ้ามันเป็นเรื่องที่ผมต้องรู้ เดี่ยวพระเจ้าก็คงส่งผมไปรู้อีก” - E178

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

“จะเป็นยังไงก็เป็นไปตามธรรมชาติของมัน ผมก็รู้สึกว่าจะเป็นยังไงก็ได้ ผมก็ทำหน้าที่เท่าที่ผมทำแล้ว ก็ไม่ได้ ไม่ได้ไปเรียกร้องแบบ ไม่ต้องไป fight ขนาดนั้น แบบไม่ต้องเป็นผู้นำประท้วงอะไรแบบสมัยหนุ่ม ๆ อันนั้นก็เลิกไปแล้ว แบบไม่ได้คิดอะไร ผมไม่แน่ใจว่าจะถูกหรือผิดแต่ว่า อันนี้มันทำให้เรารู้สึกว่าคือสุดท้ายคนเราก็ตาย ตายเสร็จแล้วมันก็ไม่ได้มีอะไร แต่ว่าก่อนที่ตายอะ ทำไมเราต้องใช้ชีวิตแบบบีบคั้น ทำไมต้องใช้ชีวิตอย่างมีความทุกข์ ทุกข์เพราะ ไม่ได้ทุกข์เพราะอะไร คือทุกข์เพราะเราต้องใช้ชีวิตติดในความคิด คือต้องเป็นคนดี ถ้าไม่ดีคือกุนีแย่แล้ว คือกุนีต้องคืนรนให้คนอื่นมองว่ากุนี สุดท้ายมันเลยกลายเป็นติดดี ผมก็เลยรู้สึกว่านี่ผมเปลี่ยนแปลงไปนะจากเหตุการณ์นี้” – F134

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

### 3.3.2 การเปลี่ยนแปลงรูปแบบวิธีการดำรงชีวิต

การเปลี่ยนแปลงรูปแบบวิธีการดำรงชีวิต คือ วิถีชีวิตหรือลักษณะการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ภายหลังจากได้รับความช่วยเหลือทางจิตใจแบบเป็นทางการ จนเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง และสามารถก้าวข้ามผ่านปัญหาหรือวิกฤตทางจิตใจได้แล้ว ผู้ให้ข้อมูลเกิดการเปลี่ยนแปลงทางมุมมอง และทัศนคติในชีวิตในทิศทางที่เป็นบวก จากความเข้าใจหรือตระหนักรู้ในตนเองที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการรับรู้ถึงเป้าหมายในชีวิตใหม่ จึงมีการจัดลำดับความสำคัญในชีวิตใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับการรับรู้ในรูปแบบใหม่ที่เกิดขึ้น เช่น มีการเปลี่ยนแปลงคุณค่าที่ให้ในชีวิตจากให้ความสำคัญในการทำงานเป็นอันดับแรก ภายหลังจากได้ปรับเปลี่ยนเป็นการให้ความสำคัญในครอบครัวเป็นลำดับแรก หรือจากที่เคยให้ความสำคัญในวัตถุหรือสิ่งที่อยู่ภายนอกจิตใจ ก็ปรับเปลี่ยนมาให้ความสำคัญทางด้านจิตใจมากกว่าเดิม ดังปรากฏในข้อความต่อไปนี้

“จากที่เคยให้ความสำคัญกับความสำเร็จข้างนอก เงินทอง ตำแหน่ง หน้าที่ ก็เริ่มกลับเข้ามาเรียนรู้เรื่องการทำงานของจิตใจมากขึ้น ... แล้วก็เข้าใจมากขึ้นด้วยว่าที่เราต้องการเงินทอง ความสำเร็จชื่อเสียง แท้ที่จริงแล้วความต้องการที่แท้จริงของเราคืออะไร คือความมั่นคง คือความปลอดภัย ความรัก การได้รับการยอมรับ เราไม่ได้ต้องการเงินเยอะๆ แต่ว่าเราต้องการตรงนี้ ความมั่นคง” - D278, D283

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

“คือตั้งแต่แต่งงานกับภรรยา มาสิบกว่าปีครับ ผมไม่เคยพาเขาไปฮันนีมูน ไม่เคยพาเขาไปเที่ยวเลย ผมก็คิดว่าปีนี้ก็พาเขาไปผ่อนคลายหน่อย จริง ๆ ตั้งใจตั้งแต่ก่อนมีโควิด พอมีโควิดเลยไม่ได้ไป พอถึงเวลานี้ ใจก็เริ่มผ่อนคลายลงมากขึ้น ก็เลยคิดว่า อาจจะเป็นช่วงที่เราหันกลับมาดูแลครอบครัวมาก

ยิ่งขึ้น อาจจะพาแฟนไปเที่ยวบ้าง พาลูก ๆ ไปเที่ยวนอกบ้าน มีกิจกรรมในครอบครัวมากยิ่งขึ้น มากกว่าการที่เราจะไปเคร่งกับชีวิตอย่างนั้นอะนะ” – F151

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

นอกจากการจัดลำดับความสำคัญหรือคุณค่าในชีวิตใหม่ ผู้ให้ข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตหรือการดำเนินชีวิตด้วยเช่นกัน โดยรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปนั้นมีทั้งการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกตนเองเพื่อให้การดำเนินชีวิตมีความยืดหยุ่นและมีความหมายในการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับคุณค่าที่ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตนั้นได้ส่งผลให้สัมพันธภาพของผู้ให้ข้อมูลกับบุคคลรอบข้างหรือบุคคลใกล้ชิดดีขึ้นด้วย ดังปรากฏในข้อความ

“แต่ก่อนว่าทำงาน 11 โมง เราก็จะตั้น 10 โมงอะไรอย่างนี้อะ แบบ โอ้ย ฉันไม่อยากจะต้องไปคลินิกเลย อย่างนั้น อย่างนี้ แต่พอมันเปลี่ยนไปเราก็จะตั้น ตั้นเข้ามามากขึ้นเราพร้อมจะทำงาน เราก็จะไป fitness ตอนเช้า อะไรอย่างนี้อะ ก็แบบเอ้อมานั่งตรงที่ระเบียงคอนโด สูดอากาศที่มันสดชื่นอะไรอย่างนี้ เราก็จะไปทำงานไม่สาย แบบไม่เฉียดเวลามากอะไรอย่างนี้ คือเหมือนว่าเราพร้อมจะไปทำงาน ไม่ใช่แบบ เอ้อ เราต้องไปทำงานอีกแล้ว นาฬิกาปลุกแล้วก็คลุมโปงอะไรอย่างนี้” – C182

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

“อย่างเมื่อก่อนเนียกรรยาเขาเตือนเรื่องนุ่นเรื่องนี้ ก็ไม่ค่อยฟัง คือเราฟัง เพราะเราไม่อยากทะเลาะกับเขา นึกออกไหม แต่ในใจเราไม่ฟังไง คือจริง ๆ แล้วมันไม่ฟังไง คือเขาเตือนเราเรื่องนั้นเรื่องนี้ เราก็จะโอเคนะ ก็ไม่อยากทะเลาะกัน แต่ใจจริงก็คือไม่ฟัง แต่วันเวลานี้ผมรู้สึกว้า เราฟังเขาด้วยใจจริง ๆ คือพอเขาบอกเขาเตือน เอ้อ เราก็จะฟังเขาแล้วก็จะฟังเขา แล้วเราก็จะไม่ทำในสิ่งที่เขาไม่อยากจะให้ทำนี่แหละ การที่เราจะดื้อดึงหรือด้นทุรังอะไรอย่างนี้ เอ้อ พอมันเป็นแบบนี้ บางทีมันก็ทำให้ความตึงเครียดในครอบครัวมันก็ผ่อนคลายไปได้ ก็ทำให้ชีวิตมีความสุขมากขึ้น” – F147

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

“จะดูแลปัญหาที่ถูกตำหนิไม่ให้เกิดขึ้นอีก คือมันไม่สน ข้ามตัวบุคคลไปเลยอะ จะตำหนิใครก็ไม่สน ไม่ได้เป็นประเด็นที่เราหยิบมามอง แต่ก่อนคือว่าลูกน้อง แล้วฉันโดนตำหนิอะ ฉันโดน 2 เท่า ถ้าลูกน้องฉันโดนตำหนิแปลว่าฉันบกพร่อง มันจะ jump ไปเลยว่า เออ ตรงนี้ต้องแก้ยังไง ไม่ได้ไปตะจะว่าใครถูกตำหนิ ใครมาตำหนิไม่โกรธคนตำหนิ แต่มันก็ไม่ได้ 100 % อะคะ มันก็มีบ้างอะไรแบบนี้ที่ชุ่นอะ ปากไวอะ ก็สวาน แต่ทำที่ที่สวานก็ไม่ว้าวดีหรือแย่ มันดูเป็นมิตรแต่จริง ๆ มันเชือดเฉือน คือ



เชือดเฉือนในใจเรา บางทีอาจจะไม่รู้หรอก แต่ว่าในใจเราข้างในมันหลุดไปด้วยความไม่ได้โอเค ไร้อะไรที่จะ  
เทศมามันก็นั่งลง” – E147

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

“(คุณค่าที่ให้ในชีวิตเดิม) มันก็ยังสำคัญอยู่ แต่รู้ว่า อันนั้นนะ เพื่ออะไร ก็คือเพื่อให้มีชีวิตอยู่ต่อไปได้  
เพื่อที่จะแบบมีปัจจัยทำให้เรามีเวลามาศึกษาอะไรที่เราสนใจมากขึ้น ไม่ใช่แค่พุ่งที่จะไปหาเป้าหมาย  
อย่างเดียว อย่างนี้อ่าค่ะ” – D280

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4



## บทที่ 5

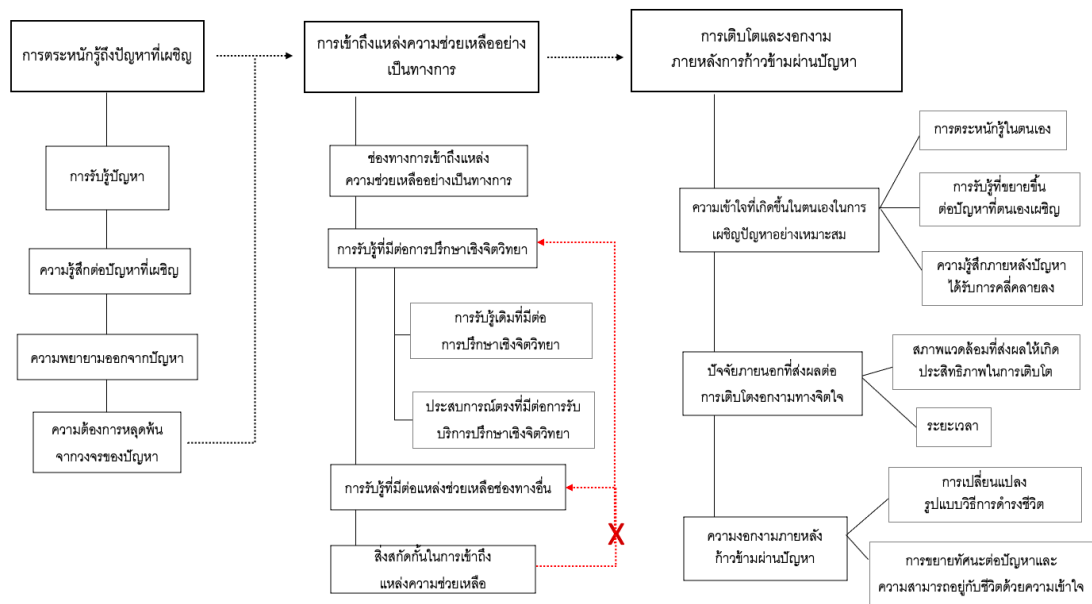
### สรุปและอภิปรายผล

#### สรุปผลการวิจัย

งานวิจัยประสบการณ์ทางจิตใจภายหลังการรับบริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข ดำเนินการวิจัยด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพในรูปแบบปรากฏการณ์วิทยาเพื่อศึกษาและทำความเข้าใจถึงประสบการณ์ทางจิตใจเชิงลึกของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ภายหลังได้รับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

มีผู้เข้าร่วมงานวิจัยนี้ทั้งหมด 6 ราย อายุระหว่าง 24-48 ปี ประกอบด้วยเพศหญิง 4 ราย และเพศชาย 2 ราย อันได้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด เภสัชกรรม ทันตกรรมและแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่ประกอบวิชาชีพในวิชาชีพของตนเองนาน 2-26 ปี จำนวนครั้งในการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาโดยเฉลี่ย 3-4 sessions สิ้นสุดการรับบริการแล้วตั้งแต่ 6 เดือน – 4 ปี ซึ่งผ่านเกณฑ์การคัดเข้าทั้ง 5 ข้อ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลเชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างโดยการสัมภาษณ์แบบรายบุคคลซึ่งมีแนวคำถามที่เตรียมไว้เบื้องต้นทั้งหมด 5 ข้อ โดยผ่านความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว รวมถึงคำถามเพิ่มเติมตามสถานการณ์ความเหมาะสม ได้ทำการสัมภาษณ์ทางออนไลน์ด้วยวิธีวิดีโอคอล เนื่องจากสถานการณ์โรคระบาดไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศและได้รับอนุญาตทำการบันทึกเสียงสัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูล โดยใช้ระยะเวลาสัมภาษณ์ 57 นาที – 1 ชั่วโมง 46 นาที และวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพในรูปแบบปรากฏการณ์วิทยา ได้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือเชิงเนื้อหาโดยอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัยผู้มีความเชี่ยวชาญทางด้านจิตวิทยาการปรึกษาและงานวิจัยเชิงคุณภาพในการช่วยอ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลและให้ความคิดเห็น

จากผลการวิจัยการศึกษาประสบการณ์ทางจิตใจของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา วิเคราะห์ผลออกมาได้ 3 ประเด็นหลัก สามารถอธิบายถึงความเชื่อมโยงของประเด็นแต่ละประเด็นได้ตามภาพดังนี้



แผนภาพที่ 6 ผลการวิเคราะห์ประสบการณ์ทางจิตใจภายหลังเข้ารับการศึกษาเชิงจิตวิทยาในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข

**ประเด็นหลักที่ 1 การตระหนักรู้ถึงปัญหาที่เผชิญ**

ประกอบด้วยประเด็นย่อยได้ 4 ประเด็น ได้แก่

- 1.1 การรับรู้ปัญหา
- 1.2 ความรู้สึกต่อปัญหาที่
- 1.3 ความพยายามออกจากปัญหา
- 1.4 ความต้องการหลุดพ้นจากวงจรของปัญหา

การตระหนักรู้ปัญหาเป็นจุดเริ่มต้นในการแสวงหาความช่วยเหลือแบบเป็นทางการ ในช่วงแรกผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในทิศทางลบที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของตนเองและส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตปัจจุบัน โดยเกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ความอัดแน่น ความเจ็บปวด ท่วมท้น สับสน จากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาหรือวิกฤตทางจิตใจ ได้แก่ สถานการณ์ในความสัมพันธ์ สถานการณ์ในวิชาชีพการทำงาน สถานการณ์ในการเรียนและสถานการณ์ในการสูญเสีย ซึ่งสถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้นนั้นทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขส่วนใหญ่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ (Low self-esteem) และอยู่ในช่วงเผชิญกับความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลสำคัญ (Grief and loss) อีกทั้งผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขบางคนอาจมีการวิจารณ์ตนเอง (Self-criticism) ต่ำหนิตนเอง โทษตนเองโดยตีตนเองร่วมด้วย ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขจึงได้พยายามจัดการกับความรู้สึกในทิศทางลบด้วยตนเองโดยวิธีการต่าง ๆ เช่น การใคร่ครวญถึงปัญหามากเกินไปทำให้จมดิ่งกับปัญหา การเพิกเฉย ละเลย หลีกหนีหรือหลีกเลี่ยงต่อปัญหาที่เกิดขึ้น ในขณะที่ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์

และสาธารณสุขบางคนได้พยายามแสวงหาความช่วยเหลือแบบไม่เป็นทางการโดยการพูดคุยกับบุคคลใกล้ชิดที่รู้สึกไว้วางใจ เช่น เพื่อน รุ่นพี่ คนรัก แต่ยังไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์และความรู้สึกที่เป็นปัญหาได้ ส่งผลให้รู้สึกไร้ทางออกจากปัญหาเสมือนอยู่ในทางตันของชีวิต ไม่สามารถหาหนทางในการเดินต่อไปได้ จึงเกิดความต้องการหลุดพ้นจากสภาวะปัญหาที่กำลังประสบ ซึ่งผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขได้ตระหนักว่าปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นได้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและจิตใจของตนเองและต้องการความช่วยเหลือนอกเหนือจากวิธีการที่ตนเองเคยจัดการแต่ยังไม่ประสบความสำเร็จในการก้าวออกจากปัญหา จึงเป็นจุดเริ่มต้นในการแสวงหาความช่วยเหลือแบบเป็นทางการ

## ประเด็นที่ 2 การเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือแบบเป็นทางการ

ประกอบด้วยประเด็นย่อยได้ 4 ประเด็น ได้แก่

- 2.1 ช่องทางการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือแบบเป็นทางการ
- 2.2 การรับรู้ที่มีต่อการปรึกษาเชิงจิตวิทยา
- 2.3 การรับรู้ที่มีต่อแหล่งช่วยเหลือช่องทางอื่น
- 2.4 สิ่งสกัดกั้นในการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือ

เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขเกิดความต้องการในการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นภายหลังตระหนักและรับรู้ว่าตนเองยังไม่สามารถจัดการกับปัญหาและความรู้สึกที่เผชิญได้ เมื่อถึงจุดวิกฤตทางจิตใจหรือความรู้สึกท่วมท้นที่ยากต่อการควบคุม ทำให้เกิดความต้องการในการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น จึงทำการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการช่วยเหลือทางจิตใจในช่องทางสื่อสังคมออนไลน์เพื่อทราบถึงการให้ความช่วยเหลือทางจิตใจและแหล่งให้ความช่วยเหลือทางจิตใจแบบเป็นทางการ นำมาสู่การติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อเข้ารับบริการจากแหล่งความช่วยเหลือแบบเป็นทางการ ในขณะเดียวกัน ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขบางคนได้เข้าถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือทางจิตใจโดยตรงจากการรับรู้เดิมที่ทราบเกี่ยวกับผู้เชี่ยวชาญทางจิตวิทยาในการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ได้แก่ นักจิตวิทยาการปรึกษา จิตแพทย์ ภายหลังจากการได้รับความช่วยเหลือทางด้านจิตใจได้มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่อแหล่งให้ความช่วยเหลือทางจิตใจแบบเป็นทางการจากนักจิตวิทยาการปรึกษา โดยแต่เดิมผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขอาจมีการรับรู้หรือความเข้าใจถึงการปรึกษาเชิงจิตวิทยาไม่ครอบคลุมและไม่ชัดเจนหรือไม่เคยรับรู้ถึงการปรึกษาเชิงจิตวิทยามาก่อนและภายหลังเกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่อการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามรูปแบบ กระบวนการในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาจากนักจิตวิทยาการปรึกษาที่ผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รับ นอกจากนี้ผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขยังแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตใจแบบเป็นทางการในแหล่งความช่วยเหลือ

อื่น เช่น นักบำบัด จิตแพทย์ เป็นต้น ซึ่งในการได้รับความช่วยเหลือทางจิตใจแบบเป็นทางการนั้น ล้วนส่งเสริมให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขสามารถจัดการกับปัญหาและก้าวข้ามผ่านปัญหาได้ ในขณะที่เดียวกันก็พบอุปสรรคหรือสิ่งที่สกัดกั้นให้เข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือแบบเป็นทางการ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่สูงในการรับบริการจากแหล่งให้ความช่วยเหลือ การพบจิตแพทย์ในโรงพยาบาลจะเกิดความกังวลถึงความปลอดภัยในการรักษาความลับและการถูกตีตราว่าด้อยค่า

### ประเด็นที่ 3 การเติบโตและงอกงามภายหลังการก้าวข้ามผ่านปัญหา

ประกอบด้วยประเด็นย่อยได้ 3 ประเด็น ได้แก่

3.1 ความเข้าใจที่เกิดขึ้นในตนเองในการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

3.2 ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อการเติบโตงอกงามทางจิตใจ

3.2 ความงอกงามภายหลังก้าวข้ามผ่านปัญหา

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขสามารถจัดการกับปัญหาหรือภาวะวิกฤตทางจิตใจได้ ภายใต้ทรัพยากรในตนเอง ได้แก่ ความเข้าใจตนเอง ความกล้าหาญในการเผชิญปัญหา เป็นต้น และทรัพยากรภายนอกในการช่วยเหลือให้เกิดการจัดการกับปัญหาในรูปแบบใหม่ ได้แก่ การช่วยเหลือทางจิตใจจากผู้เชี่ยวชาญในการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ เช่น นักจิตวิทยาการปรึกษา จิตแพทย์ นักบำบัด และทรัพยากรภายนอกอื่นที่มีส่วนช่วยในการส่งเสริมความเข้าใจในตนเองทั้งรูปธรรมและนามธรรม ได้แก่ กิจกรรมเชิงปฏิบัติการต่าง ๆ การเขียนบันทึก คำชื่นชม กำลังใจจากบุคคลรอบข้าง การเรียนการสอน ระยะเวลา เป็นต้น จนกระทั่งสามารถก้าวข้ามผ่านปัญหาได้ ทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขเกิดความรู้สึกเบา โล่งใจหรือคลายความหนักและเป็นอิสระต่อปัญหา ในงานวิจัยศึกษาประสบการณ์ทางจิตใจภายหลังการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขนี้พบว่าเมื่อผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขสามารถก้าวข้ามผ่านปัญหาได้จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจโดยมีการตระหนักรู้และเข้าใจตนเองทั้งในอดีตและปัจจุบัน มีความเข้าใจต่อปัญหาที่เผชิญต่างจากเดิมซึ่งต้องทำให้เกิดวิธีการจัดการปัญหาในรูปแบบใหม่และสามารถจัดการปัญหาได้ในที่สุด รวมถึงเกิดการความงอกงามภายหลังก้าวข้ามผ่านปัญหา ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่เป็นบวกต่อชีวิต โดยมีการขยายกว้างของมุมมอง ทักษะในการดำเนินชีวิต เข้าใจสัจธรรมของชีวิตและการดำรงอยู่ในโลก มีความยืดหยุ่นทางจิตใจ รวมถึงมีรูปแบบชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป โดยมีการจัดลำดับความสำคัญในชีวิตใหม่และมีความสุขในการใช้ชีวิตมากขึ้น

## อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปรายถึงผลการวิจัยประเด็นที่พบดังนี้ ส่วนที่ 1 การตระหนักรู้ถึงปัญหาที่เผชิญ ส่วนที่ 2 การเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือแบบเป็นทางการ ส่วนที่ 3 การเติบโตและงอกงามภายหลังการก้าวข้ามผ่านปัญหา ในประสบการณ์ทางจิตใจภายหลังการรับบริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข ดังต่อไปนี้

### ส่วนที่ 1 การตระหนักรู้ถึงปัญหาที่เผชิญ

ผู้วิจัยขออภิปรายประเด็นปัญหาการตระหนักรู้ต่อปัญหาเป็น 2 ประการ ได้แก่ ประการที่ 1 การรับรู้ปัญหาและความรู้สึกที่มีต่อปัญหา ประการที่ 2 ความพยายามออกจากปัญหาและความต้องการหลุดพ้นจากวงจรของปัญหา ตามลำดับดังต่อไปนี้

#### ประการที่ 1 การรับรู้ปัญหาและความรู้สึกต่อปัญหา

ในการรับรู้ปัญหาเป็นจุดเริ่มต้นในการพยายามจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในตนเอง ผู้วิจัยพบว่าผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขจะรับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจหรือการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในเชิงลบ ตัวอย่างเช่น เกิดความรู้สึกอัดอั้นนอนไม่หลับ ไม่มีความสุขเช่นเคย ร้องให้ตลอดเวลา ในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าวจึงเป็นจุดเริ่มต้นในการตระหนักและรับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นซึ่งประกอบด้วย ปัญหาความสัมพันธ์ ปัญหาภายในวิชาชีพการทำงาน ปัญหาในการเรียน ปัญหาจากการสูญเสียและปัญหาข้างต้นนี้ได้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง เมื่อพิจารณาถึงรากฐานของปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยเห็นว่าปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นส่วนใหญ่มาจากการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ (Low self-esteem) โดยมีผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขบางรายมีการรับรู้ชัดเจนว่าตนเองกำลังประสบกับปัญหาการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ สูญเสียความมั่นใจ ไม่มีความมั่นใจในตนเองและต้องการเพิ่มความมั่นใจในตนเอง Hepper (2016) กล่าวว่าบุคคลที่มีความนับถือในตนเองต่ำจะมีความรู้สึกไม่มั่นคงและไม่มั่นใจในตนเอง มีการระวังตัวต่อการตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมทางสังคม ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขบางรายได้มีการวิจารณ์ตนเอง (Self-criticism) โทษตนเอง ตำหนิตนเอง

นอกจากนี้งานวิจัยนี้ยังพบว่าปัญหาที่ทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขเข้าสู่การแสวงหาความช่วยเหลือแบบเป็นทางการ คือ การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ ภาวะซึมเศร้า ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย การวิจารณ์ตนเอง สอดคล้องกับ Pérez-Rojas et al. (2017) ที่กล่าวว่าปัญหาส่วนใหญ่ที่ทำให้บุคคลแสวงหาความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยาการปรึกษาได้แก่ ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ปัญหาความสัมพันธ์ และมีบางปัญหาที่อาจจะพบปานกลาง ได้แก่ ความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย ภาวะการนับาดเจ็บทางจิตใจ แตกต่างจาก Rø et al. (2007) ที่พบว่าปัญหาที่ทำให้วิชาชีพแพทย์ตัดสินใจเข้ารับบริการมากที่สุด ได้แก่

คุณภาพชีวิต ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์หรือภาวะหมดไฟ ปัญหาส่วนตัว ความสัมพันธ์ในที่ทำงาน อัตลักษณ์ของวิชาชีพแพทย์ ตามลำดับ และแพทย์รุ่นเยาว์มักจะมาด้วยปัญหาความเชี่ยวชาญในวิชาชีพแพทย์

## ประการที่ 2 ความพยายามออกจากปัญหาและความต้องการหลุดพ้นจากวงจรของปัญหา

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขเกิดการตระหนักและรับรู้ต่อปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือจิตใจ จึงเกิดความพยายามจัดการกับปัญหาและความรู้สึกที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง โดยวิธีการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นในจิตใจที่ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขใช้ส่วนใหญ่เป็นการหลีกเลี่ยง ละเลยหรือเพิกเฉยต่อปัญหา บางรายมีการคิดหมกมุ่นทำให้จมอยู่กับปัญหา ซึ่งวิธีการเหล่านี้ล้วนเป็นวิธีการปกป้องตนเองเมื่อกำลังเผชิญกับภาวะที่กำลังคุกคามชีวิตหรือจิตใจ อีกทั้งผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขบางรายได้พยายามจัดการปัญหาโดยการพูดคุยปรึกษากับบุคคลใกล้ชิดที่ไว้วางใจ ได้แก่ เพื่อน รุ่นพี่ หรือคนรัก แต่ยังไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างแท้จริง สอดคล้องกับ Garelick (2012) กล่าวว่าวิชาชีพเฉพาะทางการแพทย์เป็นกลุ่มที่ประสบความสำเร็จสูง ความรับผิดชอบสูง มีมโนธรรม มีแรงผลักดัน วิจาร์ณตนเองและสงสัยในตนเองสูง หากความทุกข์ทางใจเกิดขึ้นจะพยายามจัดการด้วยตนเองหรือแสวงหาความช่วยเหลือแบบไม่เป็นทางการ

ผลการวิจัยยังแสดงให้เห็นว่าช่วงความพยายามจัดการกับปัญหาจะเห็นได้ว่าเป็นช่วงที่ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขเริ่มตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการปัญหาที่เผชิญในรูปแบบใหม่ โดยในขั้นแรกผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขจะพยายามจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง หากยังไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้จะเริ่มตัดสินใจเลือกวิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างออกไปจากเดิม ตัวอย่างเช่น ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3 ประสบกับการบาดเจ็บทางจิตใจในการเรียนจนส่งผลกระทบต่อการทำงานเห็นคุณค่าในตนเอง จึงได้พยายามจัดการและเผชิญหน้ากับปัญหาในช่วงแรก แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นยังส่งผลกระทบต่อการทำงานอยู่ จึงเกิดความต้องการหนีจากปัญหาโดยการพยายามเปลี่ยนสายอาชีพการทำงานและพูดคุยปรึกษากับบุคคลใกล้ชิด แต่ยังไม่สามารถจัดการปัญหาได้อย่างแท้จริง สอดคล้องกับ Brickman et al. (1982) อธิบายว่าเมื่อบุคคลได้ประสบกับช่วงยากลำบากของชีวิตที่ทำให้ตนเองรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมหรือจัดการได้ ในขณะนั้น บุคคลจะรับมือกับช่วงยากลำบากในชีวิตนั้นจากเลือกสองทาง คือ พยายามจัดการปัญหาด้วยตัวเองหรือการขอความช่วยเหลือ เช่นเดียวกับ Koinis et al. (2015) อธิบายถึงการเผชิญหน้ากับความทุกข์ทางใจที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในตนเอง โดยเบื้องต้นมีการประเมินว่าเหตุการณ์หรือสถานการณ์นี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพตนเองหรือไม่และตนเองสามารถจัดการปัญหาได้หรือไม่

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขตระหนักได้ว่ายังคงเผชิญกับความทุกข์ทางจิตใจ อยู่แม้ว่าจะพยายามจัดการกับปัญหาแล้ว ในช่วงนี้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขจะรับรู้ถึงความรู้สึกไร้หนทาง ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไรต่อไป ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นว่าเป็นความรู้สึกไม่มีทางออก ไม่พบหนทางในการแก้ปัญหา ในผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 ได้อธิบายถึงการเห็นวงจรของปัญหาที่เกิดขึ้นว่าวนกลับมาอยู่จุดเดิม (ความรู้สึกเดิม) ทุกครั้ง หรือผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6 ที่อธิบายถึงความเศร้าเสียใจที่อัดแน่นจนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต หากไม่สามารถจัดการได้ตนเองอาจจะเสียชีวิตได้ การตระหนักรู้ถึงปัญหาหรือความรู้สึกดังกล่าวที่เกิดขึ้นว่ายังส่งผลกระทบต่อตนเองอย่างมาก จึงเกิดความปรารถนาในการหลุดพ้น เป็นเหตุให้เกิดความต้องการความช่วยเหลือแบบเป็นทางการต่อไป เช่นเดียวกับ Adams et al. (2010) ที่พบว่าผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขส่วนใหญ่เมื่อเกิดความทุกข์ทางจิตใจจะไม่ขอความช่วยเหลือ เนื่องจากกังวลถึงความผิดหวังจากครอบครัว ความลับของตนเองและหน้าที่การงาน หรือเลือกแสวงหาความช่วยเหลือแบบไม่เป็นทางการ จากเพื่อน ครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน มากกว่าการแสวงหาความช่วยเหลือจากแบบเป็นทางการ หากยังไม่สามารถจัดการปัญหาได้ ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขจึงเริ่มตระหนักรู้ต่อปัญหาที่เกิดขึ้นว่ายังไม่สามารถจัดการหรือก้าวข้ามผ่านไปได้ จึงเกิดความปรารถนาในการหลุดพ้นหรือออกจากความรู้สึกที่เกิดขึ้น เป็นสาเหตุให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขเริ่มแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพ เช่นเดียวกับ Staiger et al. (2017) ที่อธิบายถึงความเข้าใจและความรู้ในเกี่ยวกับปัญหาทางจิตใจ โดยที่บุคคลสามารถตระหนักว่าไม่สามารถจัดการปัญหาได้เพียงคนเดียวและจำเป็นต้องแสวงหาความช่วยเหลือ เจตตติดต่อการแสวงหาความช่วยเหลือนี้เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้บุคคลแสวงหาความช่วยเหลือต่อไป

## ส่วนที่ 2 การเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือแบบเป็นทางการ

ผู้วิจัยขออภิปรายประเด็นการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือแบบเป็นทางการเป็น 3 ประการ ได้แก่ ประการที่ 1 ช่องทางการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือ ประการที่ 2 การรับรู้ต่อแหล่งความช่วยเหลือเชิงจิตวิทยาและความช่วยเหลือทางอื่น ประการที่ 3 สิ่งสกัดกั้นในการเข้าถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือ ดังต่อไปนี้

### ประการที่ 1 ช่องทางการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือ

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นได้ส่งผลกระทบต่อตนเองร่วมกับไม่สามารถจัดการปัญหาได้ในระยะเวลาที่ผ่านมา จึงตัดสินใจแสวงหาความช่วยเหลือแบบเป็นทางการจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตใจ อันได้แก่ นักจิตวิทยาการปรึกษา จิตแพทย์ นักจิตบำบัด โดยส่วนใหญ่เริ่มต้นจากการสืบค้นข้อมูลบนอินเทอร์เน็ตทางสื่อสังคมออนไลน์ถึงวิธีการให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจและแหล่งให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจแบบเป็นทางการ



ตัวอย่างเช่น ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 ทำการสืบค้นถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจอื่น นอกเหนือจากแหล่งให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจในโรงพยาบาลที่ตนเองเคยรับบริการ ผู้ให้ข้อมูล รายที่ 2 ได้ทำการสืบค้นวิธีการช่วยเหลือทางด้านจิตใจในเว็บไซต์พันทิปในการแสดงความคิดเห็นถึง ประสบการณ์ในการรับบริการช่วยเหลือทางจิตใจต่าง ๆ สอดคล้องกับ ขนิษฐา มีเสื่อ (2556) ที่กล่าว ว่าการแสวงหาความช่วยเหลือบนช่องทางอินเทอร์เน็ตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น จะมียุติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือบนช่องทางอินเทอร์เน็ตในการหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะ สุขภาพมากที่สุด นอกจากนี้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขบางรายได้เข้าถึงแหล่งให้ ความช่วยเหลือทางจิตใจโดยตรงจากข้อมูลเดิมเกี่ยวกับผู้เชี่ยวชาญทางจิตวิทยาในการช่วยเหลือ ทางด้านจิตใจ ได้แก่ นักจิตวิทยาการปรึกษา จิตแพทย์ ตัวอย่างเช่น ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5 ได้เข้าถึงการ รับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาจากการปรึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นกับอาจารย์ในขณะที่เรียนระดับปริญญา โท ซึ่งอาจารย์ในภาควิชาที่ศึกษาได้เป็นนักจิตวิทยาการปรึกษาเช่นกัน หรือ ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6 ที่ เข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือทางจิตใจจากการทราบถึงคลินิกการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาภายใน มหาวิทยาลัยและพระอาจารย์ (จบจิตวิทยาการปรึกษา) สอดคล้องกับ Will และ Depaula (1991) ที่ อธิบายถึงบริบททางสังคมและสถานที่ตั้งของแหล่งให้ความช่วยเหลือ บุคคลส่วนใหญ่จะสามารถ เข้าถึงสถานที่ตั้งของแหล่งให้ความช่วยเหลือในระดับปฐมภูมิที่เข้าถึงง่าย

## ประการที่ 2 การรับรู้ต่อแหล่งความช่วยเหลือเชิงจิตวิทยาและความช่วยเหลือทางอื่น

ภายหลังผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขได้เข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ได้มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่อการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา โดยแต่เดิมผู้ประกอบวิชาชีพ ทางทางการแพทย์และสาธารณสุขอาจมีการรับรู้หรือความเข้าใจถึงการปรึกษาเชิงจิตวิทยาไม่ชัดเจน มี ความสับสนระหว่างจิตวิทยาการปรึกษาและจิตวิทยาคลินิก ภายหลังเกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่อ การปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามกระบวนการและผลลัพธ์ที่ได้จากการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา เกิด ความเข้าใจในจิตวิทยาการปรึกษามากยิ่งขึ้น ตัวอย่างเช่น ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4 ที่ไม่ทราบถึงการปรึกษา เชิงจิตวิทยามาก่อน ภายหลังมีการเปลี่ยนแปลงกับรับรู้และเข้าใจว่าการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นการ ดึงตนเองออกจากปัญหาและมองเข้าไปในมุมมองของคนภายนอกเพื่อจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นใน รูปแบบที่แตกต่างจากเดิม

นอกจากนี้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขได้แสวงหาความช่วยเหลือทาง จิตใจแบบเป็นทางการในแหล่งความช่วยเหลืออื่นจากนักจิตบำบัดและจิตแพทย์ ซึ่งล้วนส่งเสริมให้ผู้ ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขสามารถจัดการกับปัญหาและก้าวข้ามผ่านปัญหาได้ ตัวอย่างเช่น ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 ได้กล่าวถึงการเข้าร่วมกิจกรรมถ่ายทอดรายบำบัดจากนักจิตบำบัด ส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในความแตกต่างของบุคคลมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขบางรายได้รับความช่วยเหลือทางจิตใจจากจิตแพทย์ร่วมด้วย ในกรณีผู้ประกอบ

วิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขเคยเข้ารับการช่วยเหลือทางจิตใจจากจิตแพทย์ก่อน นักจิตวิทยาการศึกษาพบว่า การรับความช่วยเหลือทางจิตใจที่เกิดขึ้นไม่สอดคล้องกับความต้องการของตนเอง ตัวอย่างเช่น ในการกินยาที่บรรเทาความเครียดไม่สามารถทำให้จัดการกับปัญหาที่แท้จริง ได้จึงแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตใจในรูปแบบอื่น แตกต่างจากผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขบางรายที่มีมุมมองว่าการพบแพทย์และนักจิตวิทยาการศึกษาเป็นวิธีความช่วยเหลือทางจิตใจที่ส่งเสริมซึ่งกันและกัน คล้ายกับ Mahmood (2008 อ้างใน ธนวัต บุญยกนก, 2553) ที่อธิบายถึงการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตใจจากนักวิชาชีพ เป็นวิธีการเผชิญปัญหาในรูปแบบหนึ่งของบุคคล เพื่อตอบสนองต่อความต้องการความช่วยเหลือและนำมาซึ่งความเข้าใจ คำแนะนำ การรักษาเยียวยาและการสนับสนุนจากผู้อื่นในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น

### ประการที่ 3 สิ่งสกัดกั้นในการเข้าถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือ

ในประสบการณ์การเข้าถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือทางจิตใจมีข้อจำกัดบางประการที่ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขได้ประสบหรือกังวลต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตใจแบบเป็นทางการ ซึ่งเป็นสิ่งที่ขัดข้อง ขัดขวางทำให้ไม่สามารถเข้าถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือแบบเป็นทางการได้อย่างสะดวก ตัวอย่างเช่น ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุคลากรในโรงพยาบาล จึงกังวลถึงระบบการเก็บหรือเข้าถึงข้อมูลทำให้รู้สึกไม่ปลอดภัยในการรักษาความลับ หรือความกังวลในการเสียประวัติจากการถูกบันทึกข้อมูลในระบบการรักษา รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรับบริการ สอดคล้องกับ Garelick (2012) กล่าวว่าในอดีตผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่ประสบปัญหาต้องการความช่วยเหลือทางจิตใจมักจะได้รับการดูแลจากเพื่อนร่วมงานนอกพื้นที่ โดยไม่ถูกบันทึกข้อมูล การดูแลรักษาในระบบ เพื่อรักษาความลับของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ แต่ในปัจจุบันมีการยอมรับในภาวะปัญหาและความทุกข์ทางจิตใจมากขึ้น โดยการรับบริการความช่วยเหลือแบบเป็นทางการที่สำคัญ คือ ต้องรักษาความลับสามารถเข้าถึงง่ายและอุปสรรคในการเข้าถึงน้อยที่สุด เช่น การคัดกรอง นอกจากนี้ Ro et al. (2007) พบว่าสิ่งที่แพทย์กังวลมากที่สุดคือการรักษาความลับถึงภาวะสุขภาพจิตของตนเอง เช่น โรคซึมเศร้า หรือโรคทางจิตเวช คล้ายกับ Spiers et al. (2017) พบว่าอุปสรรคในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขในการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือแบบเป็นทางการ มาจากภาระงานที่มาก การถูกตีตราว่าด้อยค่า ความเป็นส่วนตัวในการรับบริการ การรักษาความลับและการไม่มีเวลา ในการแสวงหาความช่วยเหลือแบบเป็นทางการจากวิชาชีพอื่นจึงเป็นเรื่องท้าทายต่อวิถีชีวิตของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างมากและเมื่อผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขเผชิญกับจุดวิกฤตในปัญหาจึงเป็นการยากในจะเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือ

### ส่วนที่ 3 การเติบโตและงอกงามภายหลังการก้าวข้ามผ่านปัญหา

ผู้วิจัยขออภิปรายประเด็นการเติบโตและงอกงามภายหลังการก้าวข้ามผ่านปัญหาเป็น 2 ประการ ได้แก่ ประการที่ 1 ความเข้าใจที่เกิดขึ้นในตนเองและปัจจัยที่ส่งผลต่อการเติบโตงอกงามทางจิตใจ ประการที่ 2 ความงอกงามภายหลังก้าวข้ามผ่านปัญหา ตามลำดับดังต่อไปนี้

#### ประการที่ 1 ความเข้าใจที่เกิดขึ้นในตนเองและปัจจัยที่ส่งผลต่อการเติบโตงอกงามทางจิตใจ

ภายหลังจากผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รับความช่วยเหลือทางด้านจิตใจจากผู้เชี่ยวชาญในการช่วยเหลือทางด้านจิตใจทำให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเองและการรับรู้ต่อปัญหาที่เปลี่ยนแปลง โดยการตระหนักรู้ในตนเองเป็นความเข้าใจตนเองในหลายมิติทั้งในอดีตและปัจจุบัน ทำให้เกิดความเข้าใจในตนเองในรูปแบบใหม่ ตัวอย่างเช่น ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 ที่กล่าวว่าได้รู้จักกับตนเองมากขึ้น ที่ผ่านมามีเหมือนไม่รู้จักตนเอง ทั้งที่อยู่กับตัวเองมาทั้งชีวิต หรือ ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4 ได้กล่าวว่า เพิ่งรับรู้ว่ามีสิ่งที่ตนเองรู้สึกคือความโกรธ ที่ผ่านมามีเหมือนมีอารมณ์นี้ขึ้นมาจะแสดงออกถึงสิ่งที่ต้องการทันที ไม่ได้รับรู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นข้างในใจของตนเอง เมื่อเกิดการตระหนักรู้ในตนเองมากขึ้น ยังส่งผลให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขเกิดการยอมรับในตนเองและนำมาสู่การพัฒนาตนเองในอนาคต ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นในการเปลี่ยนแปลงตนเอง อีกทั้งเกิดการขยายการรับรู้ต่อปัญหาที่เผชิญ โดยมีการปรับเปลี่ยนมุมมองหรือมีมุมมองต่อปัญหาที่กว้างขึ้น ทำให้มองเห็นหนทางในการแก้ปัญหาในรูปแบบที่แตกต่างจากเดิม ตัวอย่างเช่น ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3 ที่มีการขยายมุมมองต่อปัญหา โดยเห็นว่าตนเองมองเห็นแต่ในมุมที่ไม่ดี มีบางส่วนที่ตนเองไม่ได้มองเห็นหรือเรื่องดี ๆ ที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น การเข้าใจตนเองและมีมุมมองต่อปัญหาที่ขยายขึ้น ส่งผลให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขมีแนวทางในการจัดการปัญหารูปแบบใหม่ทำให้สามารถจัดการปัญหาหรือวิกฤตทางจิตใจได้ในที่สุด สอดคล้องกับ Morin (2011) กล่าวว่า การตระหนักรู้ในตนเองเป็นความเข้าใจตนเองทั้งในอดีตและปัจจุบัน เมื่อเกิดการตระหนักรู้ในตนเองบุคคลจะเกิดความเข้าใจตนเองมากขึ้นและส่งผลให้บุคลิกภาพหรือเป้าหมายในตนเองเปลี่ยนแปลงไปเพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับการรับรู้ตนเองและเข้าใจตนเองในรูปแบบใหม่

เมื่อวิเคราะห์ถึงกระบวนการที่เกิดขึ้นในการก้าวข้ามผ่านปัญหาหรือวิกฤตทางจิตใจในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยสิ่งสำคัญที่เกิดขึ้นคือการตระหนักรู้ในตนเองและปัญหาที่เผชิญ ซึ่งการตระหนักรู้ในตนเองเกิดจากทบทวน ไตร่ตรองถึงเรื่องราวและตนเองในอดีตและปัญหาที่ผ่านมา โดยมีการส่งเสริมการทบทวนตนเอง เปิดเผยตนเอง ทำความเข้าใจตนเองจากการพูดคุยหรือกิจกรรมบำบัดในกระบวนการช่วยเหลือทางจิตใจของผู้เชี่ยวชาญการให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจ สอดคล้องกับ Hill (2014) ได้อธิบายถึงเป้าหมายของผู้ให้ความช่วยเหลือทางจิตใจ โดยส่งเสริมให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง มีการสำรวจตัวเองอย่างต่อเนื่องในประสบการณ์และ

ความเจ็บปวดของตนเอง เพื่อช่วยเหลือให้บุคคลเกิดศักยภาพในการก้าวข้ามผ่านปัญหาและสามารถจัดการปัญหาจนกระทั่งก้าวข้ามผ่านปัญหาได้อย่างแท้จริง เช่นเดียวกับ Joseph et al. (2012) ได้กล่าวว่าบุคคลจะเรียนรู้วิธีการจัดการปัญหาแบบใหม่หลังจากเรียนรู้และเข้าใจบทบาทใหม่ในตนเองแล้ว โดยกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยานั้นสามารถส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในตัวบุคคล นักจิตวิทยาการปรึกษาได้จัดหาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทบทวนตนเองอย่างต่อเนื่อง เช่น การรับฟังอย่างตั้งใจ การส่งเสริมให้มีการเผชิญหน้ากับความเจ็บปวดในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและสนับสนุนในการเผชิญกับปัญหาในรูปแบบใหม่ ทำให้บุคคลมีความพยายามหาสมดุลให้ตนเองใหม่ โดยการเปลี่ยนการรับรู้ เช่น รับรู้ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นไม่จำเป็นต้องเป็นทิศทางลบและตีความหมายของสิ่งที่เผชิญใหม่ในทิศทางบวกแทน คล้ายกับ Calhoun et al. (2010) ได้กล่าวว่า การเปิดเผยตนเอง (self-disclosure) เป็นสิ่งสำคัญในการเกิดการตระหนักรู้ในตนเองจากเหตุการณ์ที่สะท้อนต่อความรู้สึกที่เปรียบเสมือนเรื่องทำร้ายในชีวิต โดยบุคคลจะพยายามทำความเข้าใจเหตุการณ์ เปลี่ยนมุมมองความเชื่อและเข้าใจต่อเหตุการณ์ใหม่ทำให้ความทุกข์ทรมานใจเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งบุคคลมักจะพยายามมองในมุมมองของคนนอกต่อเหตุการณ์มากกว่ามุมมองส่วนตัวและได้ตระหนักมากขึ้นว่าสิ่งที่ปรากฏต่อผู้อื่นเป็นอย่างไร และเมื่อผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขสามารถก้าวข้ามผ่านปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วจะเกิดความรู้สึกโล่ง เบา ผ่อนคลายจากความตึงเครียดที่ผ่านมา ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขบางรายรู้สึกถึงความสว่าง มีสติ ตื่นรู้ในตนเอง

นอกจากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ยังมีปัจจัยภายนอกอื่นนอกเหนือจากการได้รับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญในการช่วยเหลือทางด้านจิตใจในการส่งเสริมและช่วยเหลือให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขเกิดการตระหนักรู้และเข้าใจในตนเองมากยิ่งขึ้น ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการที่ส่งเสริมทางด้านจิตใจ การเขียนบันทึก กระบวนการเรียนการสอนในมหาวิทยาลัยที่ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจในตนเอง กำลังใจจากบุคคลรอบข้าง คำชื่นชมจากคนไข้ และเวลา ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขส่วนใหญ่อธิบายว่าเวลาคือสิ่งที่สำคัญมากในการทบทวน ทำความเข้าใจตนเอง ตัวอย่างเช่น ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2 ได้อธิบายถึงการมีเวลาอยู่กับตนเองเป็นการชาร์จแบตเตอรี่ตนเองและทำให้คิด พิจารณาถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในตนเอง ต่างจากในอดีต โดยเล่าถึงวิชาชีพของตนเองนั้นมีการเรียนหนักและได้รับการปลูกฝังว่าต้องอุทิศตนเองเพื่อผู้อื่น ทำให้ที่ผ่านมามาตนเองไม่เคยมีเวลาให้ตนเองมาก่อน ภายหลังจากจัดการปัญหาในชีวิตได้จึงเริ่มรับรู้ความสำคัญของการมีเวลาให้ตนเอง อีกทั้ง ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6 อธิบายว่าเวลาและการให้คำปรึกษาเปรียบเสมือนยาสมานแผล ที่ทำให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ในระยะเวลาอันสั้น สอดคล้องกับวรรณพร โรจนปัญญา และ วิชช ธรรมปัญญา, (2562) ในการทำงานหนักไม่สัมพันธ์กับสัดส่วนการพักผ่อนเป็นผลให้วิชาชีพแพทย์ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าและเครียดเรื้อรัง โดยจะแสดงออกมาในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ขาดแรงจูงใจในการทำงาน หงุดหงิดง่าย ไม่มีสมาธิในการทำงาน ก่อให้เกิดปัญหา

กับบุคคลรอบข้าง เป็นผลให้ลดความพึงพอใจในตัวเองเอง ขาดการดูแลตัวเองจนกระทั่งเกิดโรคทางกายและใจในที่สุด เช่นเดียวกับ Calhoun et al. (2010) ได้กล่าวว่าอิทธิพลที่มีผลต่อการเติบโตทางจิตใจนั้นได้แก่บุคคลใกล้ชิด และ Calhoun และ Tedeschi (2014) ได้อธิบายถึงการตอบสนองของบุคคลอื่นต่อการเปิดเผยตนเองในเรื่องราวความทุกข์หรือความบอบช้ำทางจิตใจมีผลต่อการก้าวข้ามผ่านปัญหาและเติบโตทางจิตใจ

## ประการที่ 2 ความมั่งคั่งภายหลังก้าวข้ามผ่านปัญหา

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขได้ก้าวข้ามผ่านปัญหาและได้มีระยะเวลาทำความเข้าใจในตนเองเพิ่มมากขึ้นจนกระทั่งเกิดการตกตะกอนทางความคิด ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางบวกต่อการดำเนินชีวิตจากการขยายมุมมอง เห็นมิติของชีวิตหลากหลายด้านมากขึ้น เข้าใจความแตกต่างระหว่างบุคคล เข้าใจสัจธรรมในชีวิตและโลก ทำให้ทัศนคติในการดำรงชีวิตปรับเปลี่ยนขึ้น ส่งผลให้มีความกว้างขวางขึ้นของรูปแบบหรือวิถีชีวิต มีหนทางหรือตัวเลือกในชีวิตมากขึ้น ตัวอย่างเช่น ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5 ได้อธิบายว่าเหมือนตนเองอัฟเกรดซอฟต์แวร์ในการตีความมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6 เห็นสัจธรรมของการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ยอมรับว่ามนุษย์ไม่สามารถหนีความตายพ้นและความตายสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขเกิดความเข้าใจและยอมรับในชีวิตแล้วส่งผลให้เกิดความยืดหยุ่นขึ้นในจิตใจ ลดความเข้มงวดและคลายความบีบคั้นต่อตัวเองลง สอดคล้องกับ Tedeschi และ Calhoun (1996) ที่อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ในตนเองเกิดจากการที่บุคคลสามารถจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงยากลำบากของชีวิตได้ทำให้เกิดการเติบโตในทิศทางบวก โดยบุคคลจะเกิดความเข้มแข็งทางจิตใจ มีความมั่นใจในตนเอง เชื่อมั่นในความสามารถในการพึ่งพาตนเองต่อการเผชิญกับปัญหา เกิดความยืดหยุ่นในการดำรงชีวิต กล่าวคือเกิดการรับรู้คุณค่าตนเองในทางบวก เห็นคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้เกิดการนับถือตนเองมากขึ้น ทำให้มีความมั่นใจในศักยภาพของตนเองและสามารถรับมือกับปัญหาในชีวิตได้ดีขึ้น สอดคล้องกับ Ro et al. (2007) เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รับความช่วยเหลือทางด้านจิตใจ สามารถเพิ่มประสิทธิภาพและการจัดการคุณภาพชีวิตดีขึ้น ช่วยลดความรู้สึกเหนื่อยล้าและสามารถจัดการชีวิตของตนเองได้มากขึ้น และ Timulak (2007) ได้อธิบายการเปลี่ยนแปลงภายหลังการได้รับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาว่าบุคคลจะเกิดการตระหนักรู้ในตนเองและเข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้ ทำให้เกิดพฤติกรรมในชีวิตใหม่และมีวิธีการจัดการกับปัญหาในชีวิตรูปแบบใหม่ เกิดความมั่นใจในการดำรงชีวิตมากขึ้น

นอกจากนี้เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขสามารถจัดการกับความวิตกกังวลทางจิตใจหรือปัญหาในชีวิตได้แล้ว ทำให้เกิดการเรียนรู้ความสำคัญในชีวิตใหม่ภายหลังจากความพยายามในการจัดการปัญหาที่ผ่านมา ทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขมีการเปลี่ยนแปลงคุณค่าที่เห็นในชีวิตและจัดลำดับความสำคัญในชีวิตใหม่ เช่น ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6 ที่เปลี่ยน

จากการให้ความสำคัญในการทำงานเป็นเริ่มกลับมาให้ความสำคัญในครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4 จากเดิมที่ให้ความสำคัญต่อการมุ่งสู่เป้าหมายในชีวิตอย่างเดียว มีการเปลี่ยนแปลงเป็นมาเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างทางเพิ่มเติมและรับรู้ถึงความหมายของสิ่งที่ตนเองต้องการ เช่น การให้ความสำคัญกับความสำเร็จภายนอก เงินทอง ตำแหน่ง เนื่องจากตนเองต้องการความมั่นคง ความรัก ความปลอดภัย การได้รับการยอมรับ จึงทำให้กลับมาให้ความสำคัญกับจิตใจของตนเองมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับ Calhoun และ Tedeschi (2014) ได้อธิบายว่ากระบวนการเติบโตทางจิตใจเป็นกระบวนการที่ตอบสนองต่อภาวะวิกฤตในชีวิต โดยการประเมินต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นอาจจะไม่ได้เกิดในทันทีและไม่ได้เกิดแค่ในช่วงขณะที่เผชิญกับปัญหาหรือจุดวิกฤตเท่านั้น ในการเติบโตทางจิตใจจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลประสบความสำเร็จในการรับมือต่อช่วงวิกฤตหรือช่วงยากลำบากในชีวิตแล้ว และภายหลังจะเกิดความแข็งแกร่งทางจิตใจเพื่อตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อทางจิตใจ มีมุมมองที่เปลี่ยนแปลงไป ลำดับความสำคัญในชีวิตใหม่และสร้างความยืดหยุ่นในชีวิตเพื่อรองรับเหตุการณ์ในอนาคตที่อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจอีกครั้ง

เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงข้างต้นแล้ว ทำให้ผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิต ใช้ชีวิตด้วยความผ่อนคลายและยืดหยุ่น เห็นความหมายและคุณค่าในการดำรงชีวิตสำหรับตนเอง ตัวอย่างเช่น ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5 ให้ความสำคัญกับครอบครัวมากขึ้น สอนการบ้านลูก พาลูกออกกำลังกาย และ ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3 ที่มีความสุขในการทำงาน เกิดความกระตือรือร้นในการดำเนินชีวิต ให้ความสำคัญกับตนเองในผ่อนคลาย การออกกำลังกาย สัมผัสกับอากาศบริสุทธิ์ และ ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5 มีการเปลี่ยนแปลงมุมมองต่อปัญหาในชีวิต ไม่โทษตนเองมากเกินไป รับฟังผู้อื่นโดยไม่ตัดสินมากขึ้น จากการเปลี่ยนแปลงของผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้างและบุคคลใกล้ชิดมากยิ่งขึ้น ผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความสุขในการดำเนินชีวิตมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับ Jayawickreme และ Blackie (2014) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงเชิงบวกภายหลังประสบภาวะวิกฤตของชีวิตทำให้การสัมพันธภาพและการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นดีขึ้น เกิดความแข็งแกร่งทางจิตใจและมีการเติบโตทางจิตวิญญาณ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้เป็นผลมาจากการประสบความสำเร็จในการก้าวข้ามผ่านวิกฤตของชีวิต คล้ายกับ ได้กล่าวไว้ว่าภายหลังการปรับตัวและเติบโตจากความทุกข์ทรมานแล้วบุคคลจะมีความยืดหยุ่นทางจิตใจ สามารถให้อภัยให้กับบุคคลที่ทำให้ตนเองเจ็บปวดและสามารถพุดคุยหรืออธิบายประสบการณ์จากความเจ็บปวดทางจิตใจให้ผู้อื่นฟัง มองโลกในด้านดีเมื่อประสบปัญหาในชีวิต ซึ่งเป็นความองกวมทางจิตใจที่เป็นลักษณะของความเป็นอยู่ที่ผาสุก และ Scholl et al. (2014) พบว่า ภายหลังการได้รับความช่วยเหลือทางจิตใจในการก้าวข้ามผ่านปัญหาแล้วจะทำให้บุคคลมีการพัฒนาตนเอง มีความพอใจและสมบูรณ์ในชีวิต มีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นดีขึ้น เคารพความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้อื่นและมีความสุขทางจิตใจ

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. จากผลการวิจัยในการแสวงหาความช่วยเหลือของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขจะเห็นกระบวนการในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ค่อนข้างยากต่อการเข้าถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือทางจิตใจแบบเป็นทางการ อันเนื่องมาจาก ภาระงานที่มากส่งผลให้เกิดการไม่มีเวลา ความกังวลในการถูกตีตราว่าด้อยค่า ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการแหล่งความช่วยเหลือทางจิตใจแบบเป็นทางการ หรือความวิตกกังวลถึงการรักษาความลับ ผู้สนใจศึกษาหรือนักจิตวิทยาการปรึกษาสามารถนำไปปรับใช้ในการบูรณาการหรือจัดตั้งโครงการในการส่งเสริมการดูแลจิตใจในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อในการช่วยเหลือทางจิตใจได้มากขึ้น

2. จากผลการวิจัยถึงการรับรู้เดิมที่ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขมีต่อการปรึกษาเชิงจิตวิทยาพบว่าส่วนใหญ่ยังไม่ทราบแน่ชัดหรือเข้าใจถึงศาสตร์ของการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ไม่ครอบคลุม ผู้ที่สนใจหรือส่งเสริมการช่วยเหลือทางจิตใจในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข อาจมีการส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้องและครอบคลุมของแหล่งให้ความช่วยเหลือทางจิตใจในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อการรับรู้และเข้าใจได้อย่างครอบคลุมทำให้เกิดการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยาการปรึกษามากขึ้นในอนาคต

3. จากการศึกษาผลที่เกิดขึ้นภายหลังการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขพบว่าผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความเข้าใจตนเอง เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง อีกทั้งมีการเติบโตและเกิดความงอกงามทางจิตใจส่งผลให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขสามารถดำเนินชีวิตด้วยความเข้าใจ มีความยืดหยุ่น ไม่กดดันในตนเองและมีความสุขมากขึ้น ผู้สนใจศึกษาข้อมูลถึงผลลัพธ์หรือประสิทธิผลในการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือเชิงจิตวิทยาสามารถนำไปประกอบการพิจารณาในการเลือกเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือแบบเป็นทางการจากนักจิตวิทยาการปรึกษาเพื่อช่วยเหลือทางจิตใจในกาลต่อไป

4. จากผลการวิจัยการรับรู้ประเด็นปัญหาในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข นักจิตวิทยาการปรึกษาสามารถทำความเข้าใจถึงกระบวนการที่เกิดขึ้นในจิตใจของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เข้ามาปรึกษาเชิงจิตวิทยาให้เห็นภาพชัดเจน

### ข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งถัดไป

1. ในงานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่เนื่องจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลอาจจะยังไม่ครอบคลุมในทุกวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล เทคนิคการแพทย์ เป็นต้น ในงานวิจัยครั้งถัดไปอาจศึกษาถึงเงื่อนไขเชิงลึกและ

ประสบการณ์ การรับรู้ที่แตกต่างกันในการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือทางจิตใจแบบเป็นทางการในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศไทย

2. ในงานวิจัยครั้งนี้พบความยากลำบากและความกังวลในการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือทางจิตใจแบบเป็นทางการในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ การรับรู้ต่อการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ความกังวลในการรักษาความลับในโรงพยาบาล เป็นต้น หากมีงานวิจัยครั้งถัดไปอาจจะศึกษาถึงการรับรู้ต่อการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือทางจิตใจแบบเป็นทางการในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อทำความเข้าใจถึงข้อจำกัดบางประการและเป็นประโยชน์ต่อการเสริมสร้างการได้รับความช่วยเหลือทางจิตใจในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขที่พบความเครียดและความกดดันที่สูง

3. ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นด่านหน้าในการป้องกันและรักษาในสถานการณ์โรคระบาดนี้ ล้วนได้รับผลกระทบจากภาระงานที่มากขึ้น อาจทำให้เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ควรมีการส่งเสริมและวิจัยเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางด้านจิตใจในผู้ประกอบวิชาชีพเหล่านี้ในช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้มีการจัดการความเครียด ความเหนื่อยล้าและความกดดันอย่างมีประสิทธิภาพ





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก ใบรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน



### บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 โทร.0-2218-3202, 830491. 2564  
 ที่ จว 052/2564 (ผ) วันที่ 17 มีนาคม 2564  
 เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



เรียน คณบดีคณะจิตวิทยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารแจ้งผ่านการรับรองผลการพิจารณา

ตามที่นิสิต/บุคลากรในสังกัดของท่านได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นั้น ในการนี้ กรรมการผู้ทบทวนหลักได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้ ดังนี้

โครงการวิจัยที่ 232.1/63 เรื่อง ประสบการณ์ทางจิตใจในการรับบริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข (PSYCHOLOGICAL EXPERIENCE IN RECEIVING COUNSELING SERVICE OF HEALTH PROFESSION) ของ นางสาวสิวพร อุดมสินานนท์ นิสิตระดับมหาบัณฑิต แขนงวิชาจิตวิทยาการศึกษา

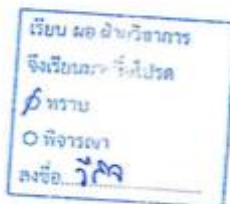
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

*อ.วิวัฒน์ มิ่งกัณนี*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ระวีพันธ์ มิ่งกัณนี)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน  
 กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



เรียน คุณชัชฌา  
 เพื่อโปรดแจ้ง (นิสิต) อาจารย์  
*Kanika U...*  
 (น.ส.เวณิกา บวรสิน)  
 ผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ  
 31 มี.ค. 2564

AF 02-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทรศัพท์: 0-2218-3202, 0-2218-3049 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 067/2564

### ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 232.1/63 : ประสบการณ์ทางจิตใจในการรับบริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข  
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวศิวพร อุคณสินานนท์  
หน่วยงาน : คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ Belmont Report 1979, Declaration of Helsinki 2013, Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOM) 2016, มาตรฐานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (มทจค.) 2560, นโยบายแห่งชาติและแนวทางปฏิบัติการวิจัยในมนุษย์ 2558 อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม อภิรักษ์ อภิบาลวิวัฒน์  
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริศนา ทิศนประดิษฐ์)  
ประธาน

ลงนาม อวิวัฒน์ มิ่งกมลน้อย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ระวีพันธ์ มิ่งกมลน้อย)  
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 17 มีนาคม 2564

วันหมดอายุ : 16 มีนาคม 2565

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) เอกสารขออนุมัติโครงการวิจัยและหนังสือแสดงความยินยอมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แนวคำถาม



เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการวิจัยจริยธรรม หากดำเนินการกับข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ให้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือเหตุร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลหรือข้อมูลวิจัยจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้แจ้งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยก่อนดำเนินการ
7. หากยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนดต้องแจ้งคณะกรรมการ ภายใน 2 สัปดาห์หรือทันทีแจ้ง
8. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 01-15) และบทความต่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทความต่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น
9. โครงการวิจัยที่มีหลายระยะ จะรับรองโครงการเป็นระยะ เมื่อดำเนินการวิจัยในระยะแรกเสร็จสิ้นแล้ว ให้ดำเนินการส่งรายงานความก้าวหน้า หรือโครงการวิจัยต่อเอกสารที่เกี่ยวข้องในระบอบต่อไป
10. คณะกรรมการฯ สรรพสิทธิ์ในการตรวจสอบเพื่อติดตามการดำเนินการวิจัย
11. สำหรับโครงการวิจัยจากภายนอก ผู้บริหารส่วนงาน ก่อให้เกิดการดำเนินการวิจัย



AF 02-12  
 The Research Ethics Review Committee for Research Involving Human Research  
 Participants, Group I, Chulalongkorn University  
 Jamjuree 1 Building, 2nd Floor, Phayathai Rd., Patumwan district, Bangkok 10330, Thailand,  
 Tel: 0-2218-3202, 0-2218-3049 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 067/2021

### Certificate of Approval

Study Title No. 232.1/63 : PSYCHOLOGICAL EXPERIENCE IN RECEIVING COUNSELING  
 SERVICE OF HEALTH PROFESSION

Principal Investigator : MISS SIWAPORN UDOMSINANON

Place of Proposed Study/Institution : Faculty of Psychology,  
 Chulalongkorn University

The Research Ethics Review Committee for Research Involving Human Research  
 Participants, Group I, Chulalongkorn University, Thailand, has approved constituted in accordance  
 with Belmont Report 1979, Declaration of Helsinki 2013, Council for International Organizations of  
 Medical Sciences (CIOM) 2016, Standards of Research Ethics Committee (SREC) 2017, and National  
 Policy and guidelines for Human Research 2015.

Signature: Prida Tasanapradit  
 (Associate Prof. Prida Tasanapradit, M.D.)  
 Chairman

Signature: Raveenan Mingpakanee  
 (Assistant Prof. Raveenan Mingpakanee, Ph.D.)  
 Secretary

Date of Approval : 17 March 2021

Approval Expire date : 16 March 2022

#### The approval documents including:

- 1) Research proposal
- 2) Participant Information Sheet and Consent Form
- 3) Researcher
- 4) Guideline questions



Proposal No. 232.1/63  
 Date of Approval 17 MAR 2021  
 Approval Expire Date 16 MAR 2022

The approved investigator must comply with the following conditions:

1. It's unethical to collect data of research participants before the project has been approved by the committee.
2. The research/project activities must end on the approval expired date. To renew the approval, it can be applied one month prior to the expired date with submission of progress report.
3. Strictly conduct the research/project activities as written in the proposal.
4. Using only the documents that bearing the RECCU's seal of approval: research tools, information sheet, consent form, invitation letter for research participation (if applicable).
5. Report to the RECCU for any serious adverse events within 5 working days.
6. Report to the RECCU for any amendment of the research project prior to conduct the research activities.
7. Report to the RECCU for termination of the research project within 2 weeks with reasons.
8. Final report (AF-01-15) and abstract is required for a one year (or less) research/project and report within 30 days after the completion of the research/project.
9. Research project with several phases; approval will be approved phase by phase, progress report and relevant documents for the next phase must be submitted for review.
10. The committee reserves the right to site visit to follow up how the research project being conducted.
11. For external research proposal the dean or head of department oversees how the research being conducted.

แบบฟอร์มข้อมูลการคัดกรองผู้เข้าร่วมงานวิจัยทาง QR Code

โปรดทำเครื่องหมาย / ในข้อความการคัดกรองเบื้องต้น

- ท่านเป็นผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ หรือ ทันตแพทย์ หรือ เกษตรกร หรือ พยาบาล หรือ นักเทคนิคการแพทย์ หรือ นักกายภาพบำบัด หรือ นักรังสีเทคนิค
- ท่านมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่ท่านได้ปฏิบัติงานอยู่
- ท่านยังคงปฏิบัติงานตามใบประกอบวิชาชีพของท่าน
- ท่านเคยเข้ารับการศึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลและได้สิ้นสุดการรับบริการแล้ว
- ท่านไม่อยู่ระหว่างการรักษาทางจิตเวชหรือรับประทานยาทางจิตเวช
- ท่านสามารถยินยอมประสานการในการเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่สิ้นสุดไปแล้วได้
- ท่านยินยอมและยินดีถ่ายทอดประสบการณ์ที่จะเข้าร่วมงานวิจัยนี้

\*ผู้ผ่านการคัดกรองจะต้องทำเครื่องหมาย / ในทุกข้อ หากผู้เข้ารับการคัดกรองไม่ผ่านการคัดกรองจะนำไปสู่หน้าถัดไปดังนี้

ท่านไม่ผ่านการคัดกรอง

ขอขอบพระคุณที่สนใจงานวิจัยนี้ หากท่านประสงค์รับของที่ระลึกแสดงความขอบคุณที่เข้าร่วมการคัดกรองโปรดระบุสถานที่ท่านสะดวกรับของที่ระลึกทางไปรษณีย์

ผู้รับ \_\_\_\_\_

สถานที่จัดส่งของที่ระลึก \_\_\_\_\_

เบอร์ที่ติดต่อได้สะดวก \_\_\_\_\_

ขอบพระคุณค่ะ



ฉบับนี้ตรวจแล้ว 232.1/63  
วันที่รับผล 17 ส.ค. 2564  
วันที่ออก 16 ส.ค. 2565

\*ผู้ผ่านการคัดกรองจะต้องทำเครื่องหมาย / ในทุกข้อจะผ่านการคัดกรองและนำมาสู่หน้าดังนี้

ชื่อ ..... นามสกุล .....

เบอร์โทรที่ติดต่อได้ .....

Email.....

ปัญหานำที่ทำให้ท่านตัดสินใจเข้ารับบริการ .....

สถานที่ท่านเข้ารับการศึกษาเชิงจิตวิทยา .....

ระยะเวลาที่สิ้นสุดการรับบริการจนถึงปัจจุบัน (ในผู้ที่สิ้นสุดการรับบริการแล้ว)  
 \_\_\_\_ ปี \_\_\_\_ เดือน

ท่านสะดวกให้สัมภาษณ์ในช่วงวันเวลาไหน โปรดระบุ .....

ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยจะรักษาเป็นความลับและจะติดต่อกลับภายใน 2 อาทิตย์  
 ขอขอบคุณที่สนใจเข้าร่วมงานวิจัยนี้ค่ะ



สาขาที่โครงการวิจัย 232-1/63  
 วันที่รับผล 17 ส.ค. 2564  
 วันหมดอายุ 16 ส.ค. 2565

ภาคผนวก ข หน้าเว็บไซต์การลงทะเบียนเข้าร่วมงานวิจัยออนไลน์

## สมัครเข้าร่วมการวิจัย "ประสบการณ์ทางจิตใจในการรับบริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข"

ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต เรื่อง "ประสบการณ์ทางจิตใจในการรับบริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข" (PSYCHOLOGICAL EXPERIENCE IN RECEIVING COUNSELING SERVICE OF HEALTH PROFESSION)

โครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาประสบการณ์ทางจิตใจของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เคยเข้ารับบริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล โดยศึกษาในผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทยและแพทย์แผนไทยประยุกต์ และยังคงปฏิบัติงานตามใบประกอบวิชาชีพในประเทศไทย

โดยผู้เข้าร่วมงานวิจัยจะต้องมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์ และ ยังคงปฏิบัติหน้าที่ตาม ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพอยู่
2. เคยเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลแบบพบหน้ากับนักจิตวิทยาการปรึกษา และ สิ้นสุดการรับบริการแล้ว
3. ไม่อยู่ระหว่างการนำบัตรรักษาอาการทางจิตหรือรับยาทางจิตเวช

รายละเอียด ในการเข้าร่วมวิจัย

- ผู้สนใจเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่ง ในงานวิจัยตอบแบบสอบถามคัดกรองซึ่งใช้เวลาทำประมาณ 5 นาที
  - ผู้วิจัยตรวจสอบพบว่าท่านมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ทุกประการแล้ว ผู้วิจัยจะทำการติดต่อท่านเพื่อชี้แจงเกี่ยวกับรายละเอียดของ โครงการวิจัยและข้อมูลสำคัญอื่นๆ ทางโทรศัพท์ภายใน 1-2 สัปดาห์
  - ทุกการนัดหมายสัมภาษณ์ทาง online โดยใช้ระยะเวลา 45 - 90 นาที เพียง 1 ครั้ง หากการสัมภาษณ์ครั้งแรกข้อมูลไม่เพียงพอ ผู้วิจัยจะติดต่อท่านเพื่อทำการสัมภาษณ์อีก 1 ครั้ง โดยครั้งที่ 2 จะใช้เวลาไม่เกิน 60 นาที
  - สำหรับผู้ที่ผ่านเกณฑ์และเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยขอมอบปากกา parker 1 ตามแทนค่าขอบคุณและจัดส่งให้ทางไปรษณีย์เมื่อทำการสัมภาษณ์เรียบร้อยแล้ว
- \*\*\* ข้อมูลทุกอย่างและการสัมภาษณ์จะถูกเก็บไว้เป็นความลับและไม่สามารถนำข้อมูลไปสู่การระบุตัวตนของท่านได้ \*\*\*

ขอบพระคุณอย่างยิ่งที่ท่านสนใจเข้าร่วมงานวิจัยนี้

หากมีข้อสงสัยเพิ่มเติมสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่

นางสาวศิวพร อุดมสินานนท์ (จีจี)

นิสิตปริญญาโท แผนกวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อีเมล: [geesiwaprn@gmail.com](mailto:geesiwaprn@gmail.com) หรือ เบอร์โทรศัพท์ 0886119977 หรือ Line : [ggnatureproject](https://www.line.me/tw/ggnatureproject)

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2218-3202, 0-2218-3409 E-mail: [eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)

ลงชื่อเข้าใช้ Googleเพื่อบันทึกการแก้ไข ดูข้อมูลเพิ่มเติม

ถัดไป

ล้างแบบฟอร์ม





เท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้าและข้อมูลการจดบันทึกขณะสัมภาษณ์ ข้อมูลการบันทึกเทปเสียงสัมภาษณ์จะถูกทำลายทิ้งทันทีหลังจากการวิจัยเสร็จสิ้น

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-3202, 0-2218-3409 Email: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาวศิวพร อุดมสินานนท์)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ให้ข้อมูล

ลงชื่อ.....

(ผศ.ดร.ณัฐสุดา เต็มพันธ์)

ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

## ภาคผนวก ง โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย

ขอเชิญเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยระดับมหาบัณฑิต

**ประสบการณ์ทางจิตใจในการรับบริการ  
การปรึกษาเชิงจิตวิทยา  
ในผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข**

 **คุณสมบัติ**

**แพทย์ ทันตแพทย์  
เภสัชกร พยาบาล  
นักเทคนิคการแพทย์  
นักกายภาพบำบัด  
แพทย์แผนไทย  
แพทย์แผนไทยประยุกต์**

- ประกอบวิชาชีพตามใบประกอบวิชาชีพ
- เคยเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลแบบพบหน้าตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป และ สิ้นสุดลงแล้ว
- สามารถนิกย้อนและถ่ายทอดประสบการณ์ได้
- มีความสมัครใจและยินดีที่จะถ่ายทอดประสบการณ์ในการสัมภาษณ์
- ไม่อยู่ระหว่างการบำบัดรักษาอาการทางจิตและไม่ได้รับยาทางจิตเวช

**ระยะเวลา**

ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 45-90 นาที/ครั้งและสัมภาษณ์ไม่เกิน 2 ครั้ง  
(นัดหมายตามวันเวลาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยสะดวก)

**สิ่งที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับ**

การสำรวจและทบทวนตนเองภายหลังการเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา  
ของที่ระลึกภายหลังการสัมภาษณ์

**สัมภาษณ์  
ONLINE**

 สนใจเข้าร่วมงานวิจัย  
แสกน QR CODE  
หรือที่ <https://forms.gle/oM2ZSDZkDJHihErS9>



หากมีข้อสงสัยสามารถติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่  
ผู้วิจัย : นางสาวศิวพร อุดมสินานนท์ (จีจี)  
นิสิต ป.โท แขนงวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 [geesiwapm@gmail.com](mailto:geesiwapm@gmail.com)  0886119977  ggnatureproject



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**

## บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต. (2548). คู่มือคลายเครียดด้วยตัวเอง ฉบับวัยรุ่น. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ชนิษฐา มีเสื่อ. (2556). ประสบการณ์การแสวงหาความช่วยเหลือด้านจิตใจทางอินเทอร์เน็ตในวัยรุ่น: การวิจัยเชิงคุณภาพแบบทีมผู้วิจัยเห็นชอบร่วมกัน (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย : กรุงเทพมหานคร.
- จามรี ณ บางช้าง. (2562). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลราชวิถี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 64(1): 61-76.
- จำลอง ดิษยวณิช, & พริ้มเพรา ดิษยวณิช. (2545). ความเครียดและสรีรวิทยาของความเครียด. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 47(3), 3-26.
- ชาย โปธิสิตา. (2562). ศาสตร์และศิลป์การวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 8, กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์ พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด.
- ฐากร กาญจนภาค และคณะ. (2564). สูญเสีย ไม่เสียศูนย์ บทเรียนการดูแลความสูญเสียหลากหลายมุมมอง. กรุงเทพฯ : สามลดา.
- ณัฐธิดา สุพรรณภพ. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในการทำงาน คุณภาพชีวิตในการทำงาน การรับรู้คุณค่าของงานและความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของผู้ประกอบวิชาชีพสายวิชาการ กรณีศึกษามหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ดุชนีย์ ชาญปริษา และคณะ. (2559). คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่มีภาวะซึมเศร้า. กรุงเทพมหานคร.
- ธนวัต ปุณยกนก. (2553). โมเดลเจตจำนงต่อการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพ : บทบาทการส่งผ่านของการประทับใจว่าด้อยค่าตามการรับรู้และเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือ (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย : กรุงเทพมหานคร
- นัยนา แสงทอง. (2555). ความเครียดและความ เหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพ (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศิลปากร, นครปฐม
- ประพัทธา จันชนะสมบัติ. (2545). ความชุกของความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย : กรุงเทพมหานคร
- ภัทรिया มุลกาย. (2552). ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ในโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่ง. วารสารแพทย์เขต 4-5, 24(4), 457-464.

- ภาณิดา บัวเพ็ชร. (2554). ประสบการณ์ความสะเทือนขวัญของผู้สูญเสียในเหตุการณ์ความขัดแย้งทางการเมืองในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2551 (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย : กรุงเทพมหานคร
- มาโนช หล่อตระกูล. (2544). คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์ (ฉบับปรับปรุง 2544). กรุงเทพฯ : บริษัทเรดิโอเซ็นจำกัด.
- วรรณพร โรจนปัญญา, & วิชช ธรรมปัญญา. (2562). ภาวะจิตใจและความเหนื่อยล้าในการทำงานของอาจารย์แพทย์และเรสซิเดนต์โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. *เชียงรายวารสาร*, 11(2), 66-73.
- วิลาสินี ฝนดี. (2020). โรคเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญกับจิตวิทยาเชิงบวก. *วารสารสมาคมนักวิจัย*, 25(3), 396-409.
- ศรีเพ็ญ ศุภพิทยากุล. (2532). การศึกษาและวิจัยด้วยวิธีปรากฏการณ์วิทยา. *วารสารวิธีวิทยาการวิจัย*. 4(1), 9-15.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2551). การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของคนไทย. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*.
- ภาษาอังกฤษ
- Adams, E. F., Lee, A. J., Pritchard, C. W., & White, R. J. (2010). What stops us from healing the healers: a survey of help-seeking behaviour, stigmatisation and depression within the medical profession. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(4), 359-370.
- Baier, M., & Buechsel, R. (2012). A model to help bereaved individuals understand the grief process. *Mental health practice*, 16(1).
- Balch, C. M., Freischlag, J. A., & Shanafelt, T. D. (2009). Stress and burnout among surgeons: understanding and managing the syndrome and avoiding the adverse consequences. *Archives of surgery*, 144(4), 371-376.
- Bandura, A. (1998). Personal and collective efficacy in human adaptation and change. *Advances in psychological science*, 1(1), 51-71.
- Baumeister, R. F. (1993). Understanding the inner nature of low self-esteem: Uncertain, fragile, protective, and conflicted. In *Self-esteem* (pp. 201-218). Springer.
- Bittner IV, J. G., Khan, Z., Babu, M., & Hamed, O. (2011). Stress, burnout, and maladaptive coping. *Bulletin of the American College of Surgeons*, 96(8), 17-22.
- Brickman, P., Rabinowitz, V. C., Karuza, J., Coates, D., Cohn, E., & Kidder, L. (1982). Models of helping and coping. *American Psychologist*, 37(4), 368-384.

- Brooks, S. K., Gerada, C., & Chalder, T. (2011). Review of literature on the mental health of doctors: are specialist services needed? *Journal of Mental Health*, 20(2), 146-156.
- Calhoun, L. G., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2010). The posttraumatic growth model: Sociocultural considerations.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2014). *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. Routledge.
- Cast, A. D., & Burke, P. J. (2002). A theory of self-esteem. *Social forces*, 80(3), 1041-1068.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in cognitive sciences*, 14(9), 418-424.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2011). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford Press.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine*, 45(1), 11-27.
- Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of management review*, 18(4), 621-656.
- Costa, J., Marôco, J., Pinto-Gouveia, J., & Ferreira, C. (2016). Shame, self-criticism, perfectionistic self-presentation and depression in eating disorders.
- Davies, S. R., Meerton, M., Rost, F., & Garelick, A. I. (2016). A sea change for sick doctors—how do doctors fare after presenting to a specialist psychotherapy service? *Journal of Mental Health*, 25(3), 238-244.
- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (1988). Helping, helplessness, and harm. In *Handbook of behavior therapy in education* (pp. 343-376). Springer.
- Dwyer Kaluzna, S., Benken, S. T., Petzel Gimbar, R., & DiDomenico, R. J. (2020). Combating pharmacist burnout: A model for critical care clinical pharmacy faculty. *Journal of the American College of Clinical Pharmacy*, 3(3), 655-662.
- Freudenberger, H. J. (1986). The issues of staff burnout in therapeutic communities. *Journal of psychoactive drugs*, 18(3), 247-251.

- Garelick, A. I. (2012). Doctors' health: stigma and the professional discomfort in seeking help. *The Psychiatrist*, 36(3), 81-84.
- Garland, C. (2018). *Understanding trauma: A psychoanalytical approach*. Routledge.
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of phenomenological psychology*, 28(2), 235-260.
- Giorgi, A. P., & Giorgi, B. M. (2003). The descriptive phenomenological psychological method.
- Harris, L. M., Cumming, S. R., & Campbell, A. J. (2006). Stress and psychological well-being among allied health professionals. *Journal of allied health*, 35(4), 198-207.
- Henderson, M., Brooks, S. K., Del Busso, L., Chalder, T., Harvey, S. B., Hotopf, M., Madan, I., & Hatch, S. (2012). Shame! Self-stigmatisation as an obstacle to sick doctors returning to work: a qualitative study. *BMJ open*, 2(5), e001776.
- Hepper, E. (2016). Self-Esteem.
- Hill, C., & O'Brien, K. (2014). Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action . American Psychological Association. In.
- Horwitz, A. V. (1987). Help-seeking processes and mental health services. *New directions for mental health services*, 1987(36), 33-45.
- Howerton, A., Byng, R., Campbell, J., Hess, D., Owens, C., & Aitken, P. (2007). Understanding help seeking behaviour among male offenders: qualitative interview study. *Bmj*, 334(7588), 303.
- Jankowski, P. J., Sandage, S. J., Bell, C. A., Davis, D. E., Porter, E., Jessen, M., Motzny, C. L., Ross, K. V., & Owen, J. (2020). Virtue, flourishing, and positive psychology in psychotherapy: An overview and research prospectus. *Psychotherapy*, 57(3), 291.
- Jayawickreme, E., & Blackie, L. E. (2014). Post-traumatic growth as positive personality change: Evidence, controversies and future directions. *European Journal of Personality*, 28(4), 312-331.
- Joseph, S., Murphy, D., & Regel, S. (2012). An affective-cognitive processing model of post-traumatic growth. *Clinical psychology & psychotherapy*, 19(4), 316-325.

- Kaplan, D. M., Tarvydas, V. M., & Gladding, S. T. (2014). 20/20: A vision for the future of counseling: The new consensus definition of counseling. *Journal of counseling & development, 92*(3), 366-372.
- Koinis, A., Giannou, V., Drantaki, V., Angelaina, S., Stratou, E., & Saridi, M. (2015). The impact of healthcare workers job environment on their mental-emotional health. Coping strategies: the case of a local general hospital. *Health psychology research, 3*(1).
- Krohne, H. W. (2002). Stress and coping theories. *International Encyclopedia of the Social Behavioral Sciences, 22*, 15163-15170.
- Krystal, H. (1978). Trauma and affects. *The psychoanalytic study of the child, 33*(1), 81-116.
- Kübler-Ross, E. (1973). *On death and dying*. Routledge.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Lemaire, J. B., & Wallace, J. E. (2010). Not all coping strategies are created equal: a mixed methods study exploring physicians' self reported coping strategies. *BMC health services research, 10*(1), 1-10.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior, 2*(2), 99-113.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). *Maslach burnout inventory*. Scarecrow Education.
- Maslow, A. H. (2000). A theory of human motivation. *Classics in Management Thought-Edward Elgar Publishing, 1*, 450.
- McLeod, J., & McLeod, J. (2003). An introduction to counselling.
- Meerten, M., Bland, J., Gross, S. R., & Garelick, A. I. (2011). Doctors' experience of a bespoke physician consultation service: cross-sectional investigation. *The Psychiatrist, 35*(6), 206-212.
- Morin, A. (2011). Self-awareness part 1: Definition, measures, effects, functions, and antecedents. *Social and personality psychology compass, 5*(10), 807-823.
- Morley, J. (2019). Phenomenology in nursing studies: New perspectives—Commentary. *International journal of nursing studies, 93*(2), 163-167.



- Munyon, T. P., Breaux, D. M., & Perrewé, P. L. (2009). Implications of burnout for health professionals. In *Handbook of managerial behavior and occupational health*. Edward Elgar Publishing.
- Pérez-Rojas, A. E., Lockard, A. J., Bartholomew, T. T., Janis, R. A., Carney, D. M., Xiao, H., Youn, S. J., Scofield, B. E., Locke, B. D., & Castonguay, L. G. (2017). Presenting concerns in counseling centers: The view from clinicians on the ground. *Psychological Services*, 14(4), 416.
- Philip, B., Vita Carulli, R., Jurgis Jr, K., Dan, C., Ellen, C., & Louise, K. (1982). Models of helping and coping. *American Psychologist*, 37(4), 368.
- Rada, R. E., & Johnson-Leong, C. (2004). Stress, burnout, anxiety and depression among dentists. *The Journal of the American Dental Association*, 135(6), 788-794.
- Razali, S., & Najib, M. (2000). Help-seeking pathways among Malay psychiatric patients. *International Journal of Social Psychiatry*, 46(4), 281-289.
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-journal for the Advancement of Mental health*, 4(3), 218-251.
- Rø, K. E. I., Gude, T., & Aasland, O. G. (2007). Does a self-referral counselling program reach doctors in need of help? A comparison with the general Norwegian doctor workforce. *BMC Public Health*, 7(1), 1-8.
- Rø, K. E. I., Gude, T., Tyssen, R., & Aasland, O. G. (2008). Counselling for burnout in Norwegian doctors: one year cohort study. *Bmj*, 337.
- Rø, K. E. I., Gude, T., Tyssen, R., & Aasland, O. G. (2010). A self-referral preventive intervention for burnout among Norwegian nurses: one-year follow-up study. *Patient education and counseling*, 78(2), 191-197.
- Rø, K. I., Veggeland, F., & Aasland, O. G. (2016). Peer counselling for doctors in Norway: a qualitative study of the relationship between support and surveillance. *Social science & medicine*, 162, 193-200.
- Ruglass, L. M., & Kendall-Tackett, K. (2014). *Psychology of trauma* 101. Springer publishing Company.

- Santos, M. C., Barros, L., & Carolino, E. (2010). Occupational stress and coping resources in physiotherapists: a survey of physiotherapists in three general hospitals. *Physiotherapy*, 96(4), 303-310.
- Scholl, M. B., Ray, D. C., & BRADY-AMOOON, P. (2014). Humanistic counseling process, outcomes, and research. *The Journal of Humanistic Counseling*, 53(3), 218-239.
- Selye, H. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *British medical journal*, 1(4667), 1383.
- Spielberger, C. D. (1966). Theory and research on anxiety. *Anxiety and behavior*, 1(3), 3-20.
- Spiers, J., Buszewicz, M., Chew-Graham, C. A., Gerada, C., Kessler, D., Leggett, N., Manning, C., Taylor, A. K., Thornton, G., & Riley, R. (2017). Barriers, facilitators, and survival strategies for GPs seeking treatment for distress: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 67(663), e700-e708.
- Staiger, T., Waldmann, T., Rüschi, N., & Krumm, S. (2017). Barriers and facilitators of help-seeking among unemployed persons with mental health problems: a qualitative study. *BMC health services research*, 17(1), 1-9.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*, 9(3), 455-471.
- Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy research*, 17(3), 305-314.
- Topkaya, N. (2015). Factors Influencing Psychological Help Seeking in Adults: A Qualitative Study. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 15(1), 21-31.
- Van der Bijl, H., & Oosthuizen, P. (2007). Anxiety, depression, health attitudes and coping strategies in doctors and teachers in a Cape Town setting. *South African Journal of Psychiatry*, 13(2), 46-51.
- Vogel, D. L., & Wester, S. R. (2003). To seek help or not to seek help: The risks of self-disclosure. *Journal of counseling psychology*, 50(3), 351.
- Vogel, D. L., Wester, S. R., & Larson, L. M. (2007). Avoidance of counseling: Psychological factors that inhibit seeking help. *Journal of counseling & development*, 85(4), 410-422.

Wertz, F. J. (2005). Phenomenological research methods for counseling psychology. *Journal of counseling psychology*, 52(2), 167.

Wills, T. A. (1987). Help-seeking as a coping mechanism. In *Coping with negative life events* (pp. 19-50). Springer.

Wills, T. A., & DePaulo, B. M. (1991). Interpersonal analysis of the help-seeking process. *Handbook of social and clinical psychology*, 162, 350-375.

Wistrand, J. (2017). When doctors are patients: a narrative study of help-seeking behaviour among addicted physicians. *Medical Humanities*, 43(1), 19-23.

Zimmerman, M., Martinez, J. H., Young, D., Chelminski, I., & Dalrymple, K. (2013). Severity classification on the Hamilton depression rating scale. *Journal of affective disorders*, 150(2), 384-388.





จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	ศิวพร อุดมสินานนท์
วัน เดือน ปี เกิด	6 ตุลาคม 2533
สถานที่เกิด	สุรินทร์
วุฒิการศึกษา	พ.ศ.2552 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา โรงเรียนสิรินธร จังหวัดสุรินทร์ พ.ศ.2557 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชราช พ.ศ.2562 ปัจจุบันศึกษาในหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY