ความสัมพันธ์ระหว่างมิติความผูกพันของผู้รับบริการกับสัมพันธภาพในการบำบัด โดยมีการรับรู้อวัจนภาษาของนักจิตวิทยาการปรึกษาในผู้มารับบริการปรึกษาเป็นตัวแปรส่งผ่าน

นายคีตา มากศิริ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาจิตวิทยา ไม่สังกัดภาควิชา/เทียบเท่า
คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2563
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE RELATIONSHIP BETWEEN ATTACHMENT DIMENSIONS AND WORKING ALLIANCE : THE MEDIATING EFFECT OF CLIENT'S PERCEIVED COUNSELOR'S NONVERBAL BEHAVIORS

Mr. Keeta Maksiri

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

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 2020

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความสัมพันธ์ระหว่างมิติความผูกพันของผู้รับบริการกับสัมพันธภาพในการบำบัด โดยมีการรับรู้อวัจนภาษาของนักจิตวิทยาการปรึกษาในผู้มารับบริการปรึกษาเป็นตัวแปรส่งผ่าน
โดย	นายคีตา มากศิริ
สาขาวิชา	จิตวิทยา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐสุดา เต้พันธ์

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

---------- คณบดีคณะจิตวิทยา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรรณระพี สุทธิวรรณ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

---------- ประธานกรรมการ
(อาจารย์ ดร.สมบุญ จารุเกษมทวี)

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

---------- กรรมการ
(อาจารย์ ดร.พนิตา เสือวรรณศรี)

---------- กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.นิรนาท แสนสา)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

คีตา มากศิริ : ความสัมพันธ์ระหว่างมิติความผูกพันของผู้รับบริการกับสัมพันธภาพในการบำบัด โดยมีการรับรู้อวัจนภาษาของนักจิตวิทยาการปรึกษาในผู้มารับบริการปรึกษาเป็นตัวแปรส่งผ่าน. (THE RELATIONSHIP BETWEEN ATTACHMENT DIMENSIONS AND WORKING ALLIANCE : THE MEDIATING EFFECT OF CLIENT'S PERCEIVED COUNSELOR'S NONVERBAL BEHAVIORS) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.ณัฐสุดา เต้พันธ์

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสัมพันธภาพระหว่างมิติความผูกพันของผู้รับบริการและสัมพันธภาพในการบำบัด โดยมีการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่าน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่เคยมีประสบการณ์เข้ารับบริการปรึกษาทางจิตวิทยาจำนวน 137 คน อายุเฉลี่ย 26.15 ± 7.219 ปี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ได้แก่ (1) แบบสอบถามอวัจนภาษาของนักจิตวิทยา (2) แบบสอบถามสัมพันธภาพในการบำบัด และ (3) แบบสอบถามรูปแบบความผูกพัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและทดสอบตัวแปรส่งผ่านโดยใช้คำสั่ง PROCESS (Hayes et al., 2017) ผลการวิจัยพบว่า

มิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการ มีค่าสหสัมพันธ์ทางบวกกับสัมพันธภาพในการบำบัด (r = .276, p < .01) และมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการ มีค่าสหสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยา (r = .346, p < .01) ในขณะที่มิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการ มีค่าสหสัมพันธ์ทางลบกับสัมพันธภาพในการบำบัด (r = -.302, p < .01) และมิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการมีค่าสหสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยา (r = -.179, p < .05) นอกจากนี้ การรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยา มีค่าสหสัมพันธ์ทางบวกกับสัมพันธภาพในการบำบัด (r = .546, p < .01)

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรส่งผ่าน พบว่า การรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาส่งผลทางอ้อม (Indirect Effect) ระหว่างมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลกับสัมพันธภาพในการบำบัดในระดับ .39 (p < .05) และการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาส่งผลทางอ้อมระหว่างมิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการกับสัมพันธภาพในการบำบัดในระดับ -.18 (p < .05)

สาขาวิชา จิตวิทยา ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2563 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

6077603938 : MAJOR PSYCHOLOGY

KEYWORD: NONVERBAL COMMUNICATION, COUNSELOR, WORKING ALLIANCE, ATTACHMENT STYLES

Keeta Maksiri : THE RELATIONSHIP BETWEEN ATTACHMENT DIMENSIONS AND WORKING ALLIANCE : THE MEDIATING EFFECT OF CLIENT'S PERCEIVED COUNSELOR'S NONVERBAL BEHAVIORS. Advisor: Asst. Prof. NATTASUDA TAEPHANT, Ph.D.

The purpose of this aimed to investigate the relationships between attachment dimensions of clients and working alliance by mediating client's perception of counselor's nonverbal immediacy. Participants were 137 clients, an average age of 26.15 ± 7.219 years. Three instruments were completed by clients include (1) Experiences in Close Relationships Scale – Relationship Structure Questionnaire (ECR-RS) (2) Working Alliance Inventory – Short Form (WAI) and (3) The Physician Nonverbal Immediacy Measure (PNIM).

The results revealed.

Clients with avoidance attachment had negatively correlated with working alliance and perception of counselor's nonverbal immediacy (r = -.302, p < .01; r = -.179, p < .05), while clients with anxiety attachment had positively correlated with working alliance and perception of counselor's nonverbal immediacy (r = .276, p < .01; r = .346, p < .01). And perception of counselor's nonverbal immediacy had positively correlated with working alliance (r = .546, p < .01).

Perception of counselor's nonverbal immediacy had an indirect effect on clients with avoidance attachment via working alliance at the level of -.18 (p < .05) and perception of counselor's nonverbal immediacy had an indirect effect on clients with anxiety attachment via working alliance at the level of .39 (p < .05).

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Field of Study:	Psychology	Student's Signature .....
Academic Year:	2020	Advisor's Signature .....

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐสุดา เต้พันธ์ ผู้อยู่เบื้องหลังความสำเร็จตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ผู้เสียสละอย่างยิ่งต่อการสนับสนุนทั้งแรงกายและแรงใจ ช่วยเหลือและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างสูงแก่งานวิจัยเล่มนี้ นอกจากนั้นยังเมตตาสั่งสอนบทเรียนที่มีคุณค่ากับทั้งการดำเนินชีวิต และวิชาชีพกับลูกศิษย์เสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านในชีวิตการศึกษาของ คีตา มากศิริ ตั้งแต่ระดับอนุบาลจนกระทั่งจบการศึกษาระดับปริญญาโท ที่เมตตาและปรารถนาดีให้ความรู้เพื่อที่จะเติบโตเป็นบุคลากรที่ทำคุณประโยชน์แก่ประเทศชาติในอนาคต ข้าพเจ้าจะสืบต่อความตั้งใจนี้เป็นหลักในการดำเนินชีวิตต่อไป

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากต่างประเทศที่เป็นแหล่งข้อมูลในการศึกษาวิจัย อันก่อให้เกิดวิทยานิพนธ์เล่มนี้ได้

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อบรรลือ มากศิริ และคุณแม่นงค์รักษ์ มากศิริ ที่เข้าใจและสนับสนุนอย่างเต็มที่กับสิ่งที่ลูกเชื่อมั่นเสมอมา ความเสียสละนี้เป็นกำลังใจให้ลูกกล้าที่จะคิดเพื่อส่วนรวม ทำในสิ่งที่ควร และเป็นในสิ่งที่เป็น ความสำเร็จในครั้งนี้มีความภาคภูมิใจของคุณพ่อและคุณแม่เป็นแรงบันดาลใจสำคัญในการก้าวผ่านอุปสรรคต่าง ๆ

ขอกราบขอบพระคุณ คุณคณิตา มากศิริ ผู้เป็นทั้งพี่สาวและเปรียบเสมือนแม่คนที่สอง ที่ดูแลและห่วงใยน้องชายคนนี้ในแบบของตัวเองเสมอมา

ขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่บัณฑิตทุกท่าน ที่ให้การช่วยเหลือจนวิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณพี่ ๆ เพื่อน ๆ น้อง ๆ สาขาจิตวิทยาการปรึกษา ผู้ช่วยเหลือ สั่งสอน และให้ข้อมูลที่สำคัญในการจัดทำวิทยานิพนธ์

คีตา มากศิริ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ค

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... ง

กิตติกรรมประกาศ ..... จ

สารบัญ ..... ฉ

สารบัญตาราง ..... ซ

สารบัญภาพ ..... ฌ

บทที่ 1 บทนำ 1

ที่มาและความสำคัญของปัญหา 1

วัตถุประสงค์การวิจัย 5

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย 5

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย 5

สมมติฐานการวิจัย 6

กรอบแนวคิดในการวิจัย 7

การออกแบบการวิจัย 8

ขอบเขตการวิจัย 8

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 8

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 9

1. แนวคิดสัมพันธภาพในการบำบัด (working alliance) 9

2. แนวคิดการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาการปรึกษา 14

3. แนวคิดมิติความผูกพันของผู้รับบริการ (Attachment Dimension) 18

4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 27

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย....31
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง....31
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย....32
การพัฒนาเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ....33
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย....41
การวิเคราะห์ข้อมูล....42
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล....44
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง....45
ตอนที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษา....46
ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการทดสอบสมมติฐานทางการวิจัย....48
ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม....57
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ....60
สรุปผลการวิจัย....60
สมมติฐานการวิจัย....60
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย....61
อภิปรายผล....62
ข้อจำกัดในการวิจัย....69
ข้อเสนอแนะ....70
บรรณานุกรม....72
ภาคผนวก....88
ภาคผนวก ก....89
ภาคผนวก ข....94
ประวัติผู้เขียน....96

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง....46

ตารางที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษา....48

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ....51

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการ ในการทำนายสัมพันธภาพในการบำบัด โดยมีการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่าน....52

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรมิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการ ในการทำนายสัมพันธภาพในการบำบัด โดยมีการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่าน....55

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบความผูกพันและองค์ประกอบของสัมพันธภาพในการบำบัด....58

ตารางที่ 7 สรุปผลการทดสอบสมมติฐานงานวิจัย....58

ตารางที่ 8 ผลการทดลองใช้และการพิจารณาคัดเลือกข้อกระทงของแบบสอบถามอวัจนภาษาของนักจิตวิทยา....95

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 โมเดลความผูกพันของผู้ใหญ่ (Bartholomew & Horowitz, 1991, p. 227) 22

ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ 2 ตัวแปรและตัวแปรตาม 1 ตัวแปร 51

ภาพที่ 3 โมเดลของการวิเคราะห์ข้อมูลในกระบวนการ PROCESS โดยมีตัวแปรต้นคือ
มิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการ 53

ภาพที่ 4 โมเดลของการวิเคราะห์ข้อมูลในกระบวนการ PROCESS โดยมีตัวแปรต้นคือ
มิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการ 56

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ในการให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยานักจิตวิทยาการปรึกษาย่อมมุ่งให้สัมพันธภาพในการบำบัด (Working alliance) เกิดขึ้น โดยสัมพันธภาพในการบำบัดที่เกิดขึ้นตลอดทั้งกระบวนการปรึกษาจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงภายในของผู้รับบริการ (Bordin, 1979; Corso et al., 2012) นักจิตวิทยาเปรียบเสมือนปัจจัยพื้นฐานของการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการ ตัวตนของนักจิตวิทยาที่ใส่ใจและพร้อมที่จะยอมรับผู้รับบริการอย่างเต็มที่ ช่วยให้ความสัมพันธภาพในการบำบัดเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น (Siegel, 2010)

Bordin (1979) ได้ศึกษาเกี่ยวกับสัมพันธภาพในการบำบัดทางจิตวิทยา (Working alliance) และได้นิยามไว้ว่า เป็นความสัมพันธ์ระหว่างนักจิตวิทยาปรึกษาและผู้รับบริการ ที่ประกอบไปด้วย เป้าหมายที่ตกลงร่วมกัน (goal), ภาระงานที่เกิดขึ้นเพื่อบรรลุเป้าหมายในการบำบัด (task), และสัมพันธภาพที่มีประสิทธิภาพ (bond) ซึ่งสัมพันธภาพที่มีประสิทธิภาพ คือ ความเชื่อมั่นที่มีให้แก่กัน (trust) ผ่านการถ่ายทอดอารมณ์ความรู้สึกซึ่งกันและกัน เพื่อบรรลุเป้าหมายการบำบัด (Orlinsky & Howard, 1987) มีการศึกษาที่บ่งบอกว่าสัมพันธภาพในการบำบัดนั้นยังเป็นตัวทำนายที่แม่นยำต่อผลสัมฤทธิ์ในกระบวนการบำบัด (Eklund, 1996; Meier et al., 2005; Svensson & Hansson, 1999) นอกจากนี้สัมพันธภาพที่เข้มแข็งระหว่างนักจิตวิทยาการปรึกษาและผู้รับบริการยังเป็นตัวทำนายโอกาสการยุติการเข้ารับบริการปรึกษาในระดับต่ำ (low-dropout) อีกด้วย (Arnow et al., 2007; Johansson & Eklund, 2006; Tryon & Kane, 1993) การพัฒนาสัมพันธภาพในการบำบัดจึงอาจจะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดต่อการเพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการปรึกษา (Johansson & Jansson, 2010)

ผู้ที่เข้ารับบริการปรึกษาย่อมมีบุคลิกภาพเป็นปัจเจกทั้ง ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม (Topolinski & Hertel, 2007; Tremblay et al., 1986) ในการปฏิสัมพันธ์กับนักจิตวิทยาการปรึกษา ซึ่งลักษณะปัจเจกบุคคลเหล่านี้ส่งผลต่อกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยา Daly และ Mallinckrodt (2009) เสนอว่าการนำทฤษฎีรูปแบบความผูกพัน (Attachment theory) มาเป็นแนวทางในการสร้างสัมพันธภาพในการบำบัด (Working Alliance) จะช่วยให้เข้าใจความต้องการของผู้รับบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ได้ดีขึ้น นอกจากนี้รูปแบบความผูกพันของผู้รับบริการจะเผยออกมาและเข้ามามีบทบาทในกระบวนการปรึกษา เนื่องด้วยหน้าที่ของนักจิตวิทยาที่เป็นพื้นที่ปลอดภัยเพื่อตอบสนองความไม่มั่นคงทางอารมณ์อันคล้ายคลึงกับความรูปแบบความผูกพันในวัยเด็กของผู้รับบริการ (Bowlby, 1982) โดย Ainsworth และคณะ (1978) ได้ศึกษารูปแบบความผูกพันระหว่าง การดูแลและตอบสนองของแม่กับพฤติกรรมของเด็กเมื่อร้องขอความสัมพันธ์แบบใกล้ชิด (proximity) พบว่าเด็กที่ได้รับการตอบสนองอย่างอบอุ่นจากผู้เป็นแม่อย่างสม่ำเสมอ มีแนวโน้มที่จะสามารถสร้างสัมพันธภาพแบบใกล้ชิดกับบุคคลสำคัญในชีวิตได้อย่างมั่นคง เช่นเดียวกับบริบทของการปรึกษาทางจิตวิทยาเมื่อผู้รับบริการที่มีรูปแบบความผูกพันแบบมั่นคงสามารถสร้างสัมพันธภาพที่เข้มแข็งกับนักจิตวิทยาการปรึกษาได้ (Bachelor et al., 2010; Romano et al., 2008)

ปัจจุบันรูปแบบสัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการกับนักจิตวิทยาในกระบวนการปรึกษานั้นกระทบต่อเป้าหมายการปรึกษาทางจิตวิทยาและสัมพันธภาพในการบำบัด โดยมีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาผลกระทบของรูปแบบความผูกพันของผู้รับบริการต่อสัมพันธภาพในการบำบัด และพบว่ารูปแบบความผูกพันของผู้รับบริการเป็นปัจจัยที่มีความสามารถในการทำนาย สัมพันธภาพในการบำบัด (working alliance) และผลสัมฤทธิ์ทางการปรึกษา (Bachelor et al., 2010; Byrd et al., 2010; Eames & Roth, 2000; Marmarosh et al., 2009) ผู้รับบริการที่มีลักษณะความผูกพันแบบหลีกหนีจะรู้สึกไม่สบายใจเมื่อต้องร้องขอการสนับสนุนจากนักจิตวิทยาการปรึกษา หรืออาจจะถึงขั้นยุติการรับบริการปรึกษาหากนักจิตวิทยาพูดถึงสัมพันธภาพที่ยากลำบากในอดีต ซึ่งขัดขวางการพัฒนาสัมพันธภาพในการบำบัด (Dozier, 1990; Dozier et al., 2001; Slade, 2008) ส่วนผู้รับบริการที่มีรูปแบบความผูกพันแบบวิตกกังวล อาจเกิดความรู้สึกผิดหวังในตัวนักจิตวิทยาที่ไม่สามารถเป็นที่พึ่งพิงหรือแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างทันท่วงที หรือ การที่ผู้รับบริการผิดหวังกับนักจิตวิทยาที่ขาดความตั้งใจและเอาใจใส่ต่อพวกเขาอย่างเพียงพอ (Slade, 2008)

ความสัมพันธ์ระหว่างนักจิตวิทยาการปรึกษา และผู้รับบริการนั้น บางครั้งมีลักษณะที่คล้ายกับผู้ดูแลและผู้รับความช่วยเหลือ การกระทำของนักจิตวิทยาการปรึกษามีบทบาทในการสร้างพื้นที่ปลอดภัย (secure base) เพื่อเอื้อให้ผู้รับบริการรู้สึกปลอดภัยในการสำรวจเรื่องราวที่เจ็บปวดของพวกเขา (Mallinckrodt et al., 2005) Bowlby (1988) ได้อธิบายเกี่ยวกับพื้นที่ปลอดภัย (secure base) ว่า คือ ความพยายามของนักจิตวิทยาการปรึกษาในการตอบสนองอย่างน่าเชื่อถือ (reliable)

ตั้งใจ (attentive) และเห็นอกเห็นใจ (sympathetically) เพื่อเอื้อให้ผู้รับบริการรู้สึกปลอดภัยในการสำรวจเรื่องราวของตนเอง ซึ่งเขายังเสนอเพิ่มเติมอีกว่านักจิตวิทยาการปรึกษาควรที่จะตระหนักว่าบางครั้งการที่ผู้รับบริการไม่เชื่อถือหรือไม่ไว้ใจนักจิตวิทยาว่าจะสามารถเข้าใจพวกเขาได้นั้น อาจเกิดจากประสบการณ์ในอดีตของพวกเขาเอง ดังนั้นนอกจากพฤติกรรมของนักจิตวิทยาการปรึกษาแล้ว ลักษณะของผู้รับบริการเองก็มีส่วนสำคัญต่อการสร้างสัมพันธภาพในการบำบัดเช่นกัน (Clarkin & Levy, 2004)

นอกจากการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจลักษณะของผู้รับบริการแล้ว การพัฒนากระบวนการปรึกษา Ackerman และ Hilsenroth (2003) ได้แนะนำว่าควรที่จะมีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของนักจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพในการบำบัด อันสอดคล้องกับแนวคิดของ Castonguay และคณะ (2006) ที่กล่าวถึงการศึกษาสัมพันธภาพในการบำบัดว่าจำเป็นที่จะต้องให้ความสนใจกับพฤติกรรมของนักจิตวิทยาการปรึกษาเพื่อพัฒนาความเข้าใจพัฒนาการของสัมพันธภาพในการบำบัดที่เกิดขึ้นภายใต้กระบวนการปรึกษา ปฏิสัมพันธ์ระหว่างนักจิตวิทยาการปรึกษาและผู้รับบริการทั้งทางด้านวัจนภาษาและอวัจนภาษาช่วยส่งเสริมมุมมองของผู้รับบริการที่มีต่อสัมพันธภาพในการบำบัด (Kleinjan, 2014; Wanzer et al., 2004) โดยเฉพาะการสื่อสารแบบอวัจนภาษามีส่วนสำคัญต่อสัมพันธภาพระหว่างนักจิตวิทยาการปรึกษาและผู้รับบริการ Mehrabian (1971) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับอวัจนภาษาและได้นิยามว่า อวัจนภาษา คือ ความสามารถของผู้ส่งสารในการถ่ายทอดความรู้สึกอบอุ่น ความใกล้ชิด และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง ผ่านการประสานสายตา การจัดวางร่างกายระยะห่าง และการเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นต้น จากการศึกษาของ Mehrabian (1971) พบว่า ร้อยละ 93 ของการสื่อสารของมนุษย์ใช้การสื่อสารแบบอวัจนภาษา แบ่งออกเป็น ภาษาท่าทาง (body language) ประมาณร้อยละ 55 และน้ำเสียง (voice tone) ประมาณร้อยละ 38 ของความหมายทั้งหมดที่ผู้ส่งสารต้องการจะสื่อ โดย Sharpley และคณะ (2006) ระบุว่าอวัจนภาษาของนักจิตวิทยาทั้งทางบวกและทางลบส่งผลกระทบต่อการสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการ ผู้รับบริการสามารถรับรู้อารมณ์ความรู้สึกของนักจิตวิทยาการปรึกษาผ่านท่าทาง น้ำเสียง หรือสายตา ได้มากกว่าคำพูด การที่นักจิตวิทยาแสดงออกซึ่งความรู้สึกที่มีต่อผู้รับบริการนั้นช่วยให้สัมพันธภาพในการบำบัดเข้มแข็งมากขึ้น (Bordin, 1979) และในสัมพันธภาพระหว่างนักจิตวิทยาและผู้รับบริการนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่เพียงแค่กับความสามารถ

ของนักจิตวิทยาในการทำความเข้าใจอวัจนภาษาของผู้รับบริการเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับการสื่อสารทางอวัจนภาษาของนักจิตวิทยาต่อผู้รับบริการด้วย (Kleinjan, 2014)

ความพยายามอย่างเต็มความสามารถในการแสดงออกถึงอวัจนภาษาของนักจิตวิทยาการปรึกษาที่สื่อถึงความตั้งใจและให้ความสำคัญกับเรื่องราวของผู้รับบริการนั้นเป็นคุณประโยชน์แก่ผู้รับบริการ (Hill et al., 2008) จากการศึกษาพบว่าการแสดงความรู้สึกของนักจิตวิทยาทั้งในด้านวัจนภาษา และอวัจนภาษา เกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญกับพัฒนาการในการสื่อสาร และมีมุมมองที่ดีต่อสัมพันภาพซึ่งกันและกัน (interpersonal relationship) (Grace et al., 1995; Wanzer et al., 2004) อวัจนภาษาในกระบวนการปรึกษาของนักจิตวิทยาและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนั้น เป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับการสร้างความเชื่อมั่น (trust) ต่อผู้รับบริการให้เกิดขึ้นในการบำบัด (Del Re et al., 2012) โดยในปี 2010 นั้น Duff และ Bedi (2010) ได้ศึกษาการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาและสัมพันธภาพในการบำบัด โดยให้ผู้รับบริการพิจารณาว่านักจิตวิทยาได้แสดงพฤติกรรมใดบ้างในกระบวนการปรึกษา พบความสัมพันธ์ระหว่างอวัจนภาษาของนักจิตวิทยากับสัมพันธภาพในการบำบัด พบว่าการแสดงออกทางด้านอารมณ์ความรู้สึกผ่านอวัจนภาษาของนักจิตวิทยาที่เพิ่มมากขึ้นนั้นมีอิทธิพลต่อการรายงานตนเองของผู้รับ บริการ (self-report) ไปในทิศทางบวกด้วยคือ มีประสิทธิภาพในการแสดงความคิดเห็นมากขึ้น มีเมตตามากขึ้น (kindness) สามารถอธิบายได้ดีขึ้น มีอารมณ์ขันมากขึ้น และเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ได้ดียิ่งขึ้น

การศึกษาสัมพันธภาพในการบำบัดร่วมกับความหลากหลายทางลักษณะของผู้รับบริการนั้นจะช่วยสร้างความเข้มแข็งในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างทฤษฎีสัมพันธภาพทางการปรึกษาและผลสัมฤทธิ์ในการบำบัด ไม่ว่าข้อค้นพบที่เกิดขึ้นจะสนับสนุนหรือคัดค้าน ล้วนช่วยพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับโครงสร้างของสัมพันธภาพทางการบำบัดให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น (Bernecker et al., 2014) โดยการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่อสัมพันธภาพในการบำบัดนั้นมีขนาดความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการปรึกษา สูงกว่าการประเมินโดยการรับรู้จากบุคคลอื่น (Horvath et al., 2011) นอกจากนี้พฤติกรรมของนักจิตวิทยาในกระบวนการปรึกษานั้นเป็นปัจจัยสำคัญต่อการรับรู้ของผู้รับบริการ แต่กลับพบว่าการศึกษาเกี่ยวกับอวัจนภาษาของนักจิตวิทยาในประเทศไทยนั้นมีค่อนข้างจำกัด ซึ่งมีเพียงการศึกษาของ ศรีประไพ ลดาวัลย์ (2524) เท่านั้นที่ศึกษาเกี่ยวกับอวัจภาษาของนักจิตวิทยาการปรึกษาต่อการรับรู้ของผู้รับบริการในเรื่องความเข้าใจในสาระและความรู้สึก (Empathy)

ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากงานวิจัยนี้คือ การได้ทราบแนวทางการพัฒนาสัมพันธภาพในการบำบัดที่เข้มแข็ง ซึ่งจะช่วยพัฒนากระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาในประเทศไทยในการให้ความสำคัญกับลักษณะพื้นฐานของผู้รับบริการ และอวัจนภาษาของนักจิตวิทยา ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมิติความผูกพันของผู้รับบริการและสัมพันธภาพในการบำบัด โดยมีการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาการปรึกษาเป็นตัวแปรส่งผ่าน โดยผู้วิจัยมุ่งเน้นไปที่การรับรู้ของผู้รับบริการปรึกษา

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมิติความผูกพันของผู้รับบริการ และสัมพันธภาพในการบำบัด โดยมีการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่าน

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น คือ มิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการ (Anxious) และมิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการ (Avoidant)

ตัวแปรส่งผ่าน คือ การรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยา (Client's Perception of Counselor's Nonverbal Immediacy)

ตัวแปรตาม คือ สัมพันธภาพในการบำบัด (Working alliance)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

สัมพันธภาพในการบำบัด (Working alliance) หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างนักจิตวิทยาและผู้รับบริการ เพื่อบรรลุเป้าหมายในการบำบัดรักษา โดยสัมพันธภาพในการบำบัดนั้นประกอบด้วย (1) เป้าหมายที่ตั้งร่วมกันของนักจิตวิทยาและผู้รับบริการ (Agreement on goals) (2) การทำงานร่วมกันของนักจิตวิทยาและผู้รับบริการเพื่อบรรลุเป้าหมายในการบำบัด (Collaboration on therapeutic tasks) และ (3) สายสัมพันธ์ในทางบวก (Positive emotional bonds) การประเมินคุณสมบัติทั้งสามประการของสัมพันธภาพในการบำบัดของการศึกษานี้มาจาก แบบสอบถามสัมพันธภาพในการปรึกษา ของ Tracey และ Kokotovic (1989) ที่ได้รับการพัฒนาโดย ธนพล เลี้ยงสุขสันต์ (2562)

มิติความผูกพันของผู้รับบริการ (Client's Attachment) หมายถึง ความคิดของผู้รับบริการที่มีต่อตนเอง และผู้อื่น เป็นตัวที่กำหนดการตอบสนองทางความคิด รูปแบบการสื่อสาร และพฤติกรรมในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น Hazan และ Shaver (1987) ได้ขยายแนวคิดทฤษฎีความผูกพันของ Bowlby (1973) โดยสังเกตสัมพันธภาพระหว่างคู่รักในผู้ใหญ่ที่มีลักษณะคล้ายกับรูปแบบความผูกพันระหว่างทารกกับแม่ และได้จำแนกลักษณะความผูกพันเป็นสองมิติ คือ มิติของความวิตกกังวล (Anxiety) และมิติการหลีกหนี (Avoidant) โดยการประเมินมิติความผูกพันของผู้รับบริการในการศึกษานี้มาจากแบบวัดความผูกพันที่พัฒนาโดย ธนพล เลี้ยงสุขสันต์ (2562)

การรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยา (Client's perception of counselor's nonverbal immediacy) หมายถึง การตอบสนองของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาภายใต้กระบวนการปรึกษา โดยอวัจนภาษาของนักจิตวิทยา เช่น สีหน้า ท่าทาง การเคลื่อนไหวร่างกาย ระดับเสียง หรือการประสานสายตา ส่งผลต่อความรู้สึกไว้วางใจของผู้รับบริการที่มีต่อนักจิตวิทยา นำไปสู่การก่อตัวหรือต่อต้าน การเกิดสัมพันธภาพในการบำบัด โดยในการดำเนินการวัดการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยานั้นมาจาก The Physician Nonverbal Immediacy Measure (PNIM) ของ Richmond และคณะ (2001)

สมมติฐานการวิจัย

1. มิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการ มีสหสัมพันธ์ทางลบกับสัมพันธภาพในการบำบัด

2. มิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการ มีสหสัมพันธ์ทางลบกับสัมพันธภาพในการบำบัด

3. มิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการ มีสหสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยา

4. มิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการ มีสหสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยา

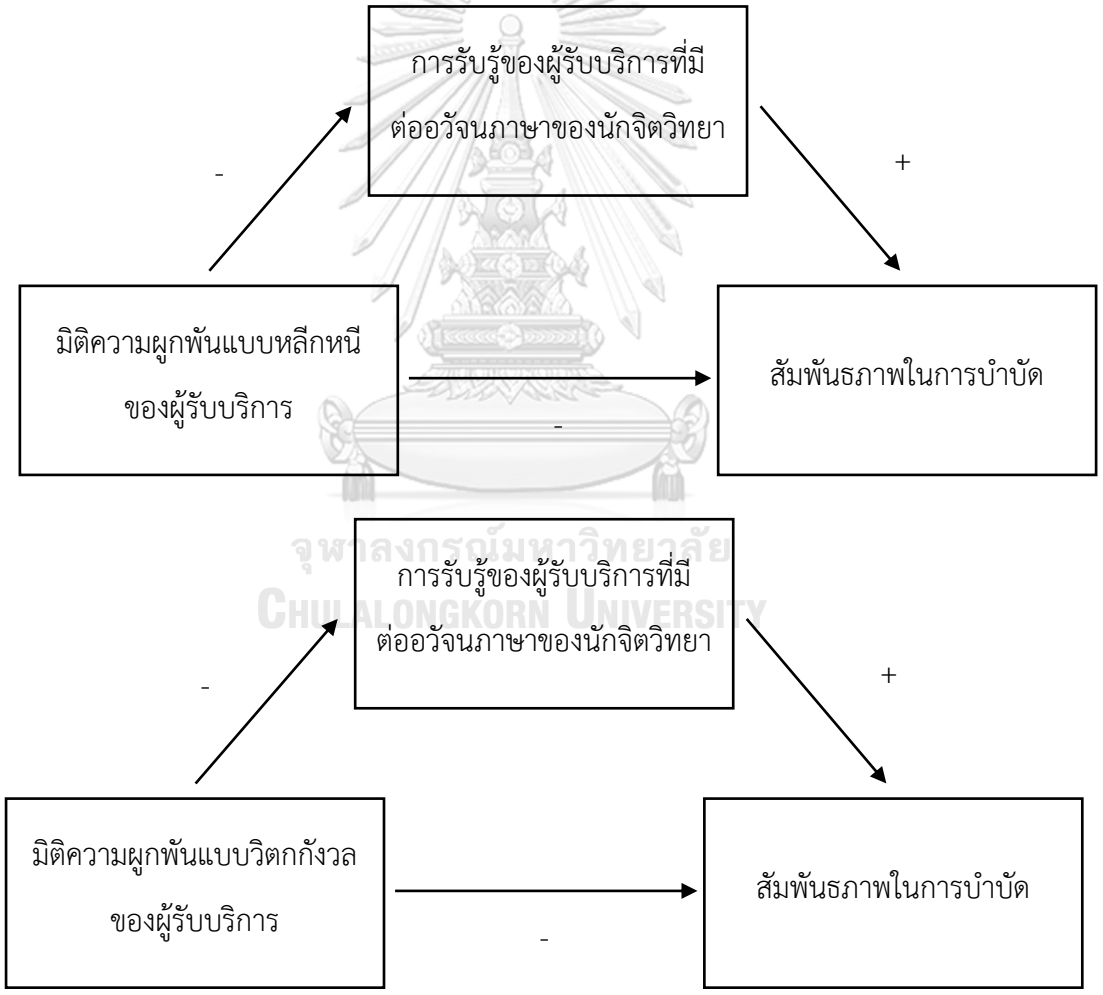
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

5. การรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยา มีสหสัมพันธ์ทางบวกกับสัมพันธภาพในการบำบัด

6. การรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่านในความสัมพันธ์ระหว่างมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการ กับสัมพันธภาพในการบำบัด

7. การรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่านในความสัมพันธ์ระหว่างมิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการ กับสัมพันธภาพในการบำบัด

กรอบแนวคิดในการวิจัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การออกแบบการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบสำรวจ โดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับมิติความผูกพัน สัมพันธภาพในการบำบัด และการรับรู้ที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาภายใต้กระบวนการปรึกษา

ขอบเขตการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ได้แก่บุคคลที่เคยมีประสบการณ์เข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา จำนวน 137 คนในประเทศไทย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ทราบความสัมพันธ์ระหว่าง มิติความผูกพันของผู้รับบริการ และสัมพันธภาพในการบำบัด โดยมีการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่าน

2. ได้รับแนวทางในการพัฒนาสัมพันธภาพในกระบวนการปรึกษา

3. ได้ทราบบทบาทของการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาที่จะช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพในการบำบัด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการศึกษานี้โดยค้นคว้าจากหนังสือ บทความ เอกสารงานวิจัยจากทั้งในประเทศและต่างประเทศ และได้สรุปรวบรวมข้อมูลที่เป็นสาระสำคัญต่องานวิจัยดังนี้

1. แนวคิดสัมพันธภาพในการบำบัด
2. แนวคิดการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาการปรึกษา
3. แนวคิดมิติความผูกพันของผู้รับบริการ
4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดสัมพันธภาพในการบำบัด (working alliance)

1.1 นิยาม

สัมพันธภาพในการบำบัด (working alliance) ระหว่างบุคคลที่ต้องการจะเปลี่ยนแปลง (seeking change) กับผู้ที่อำนวยให้การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น (change agent) สัมพันธภาพในการบำบัดสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างกว้างขวาง ไม่ว่าจะเป็นภายใต้กระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยา สัมพันธภาพระหว่างครูและนักเรียน หรือระหว่างผู้นำและกลุ่มใต้บังคับบัญชา เป็นต้น (Bordin, 1983)

โดยแนวคิดสัมพันธภาพในการบำบัดมีรากฐานมาจาก Freud (1912) เกี่ยวกับธรรมชาติของการเกี่ยวเนื่องระหว่างนักจิตวิทยาการปรึกษาและผู้รับบริการ เป็นการถ่ายโยงความรู้สึก (Transference) และการถ่ายโยงความรู้สึกซึ่งกันและกัน (Countertransference) การรับรู้ของผู้รับบริการว่านักจิตวิทยามีลักษณะคล้ายกับบุคคลในชีวิตของตนที่มีเมตตา และอบอุ่น สามารถอธิบายสัมพันธภาพในการบำบัดที่เข้มแข็งที่เกิดขึ้นได้

Rogers (1957) เสนอว่า สัมพันธภาพในการบำบัดที่เข้มแข็งนั้นสำคัญและเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการโดยการที่นักจิตวิทยาอยู่ร่วมกับผู้รับบริการแบบปัจจุบันขณะ (being present) การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก (empathy) การแสดงออกอย่างจริงแท้ (genuineness)

และยอมรับผู้รับบริการแบบไม่มีเงื่อนไข (unconditional positive regard) จะเอื้อให้เกิดสัมพันธภาพในการบำบัดที่เข้มแข็งอันจะทำให้ผู้รับบริการมีสุขภาวะทางจิตที่ดียิ่งขึ้น (Cain, 2010)

Bordin (1983) ได้นิยามสัมพันธภาพในการบำบัดไว้ว่าเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างนักจิตวิทยาการปรึกษาและผู้รับบริการ ที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคล ไม่ใช่เพียงแค่ความพร้อมของผู้รับบริการต่อการมีส่วนร่วมในเป้าหมายการบำบัดเท่านั้นที่ช่วยก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายใน แต่ยังรวมถึงการสร้างบรรยากาศที่เต็มไปด้วยการสนับสนุนจากนักจิตวิทยาการปรึกษาอีกด้วย (Bordin, 1979) โดยบรรยากาศดังกล่าวนั้น Horvath (2001) ได้ระบุว่าคือคุณภาพและความเข้มแข็งในการร่วมมือกันระหว่างนักจิตวิทยาการปรึกษาและผู้รับบริการในกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยา อันประกอบไปด้วยความรู้สึกที่มีซึ่งกันและกัน เช่น ความไว้วางใจ ความพึงพอใจ ความเคารพและการเอาใจใส่ นอกจากนี้ความเชื่อมั่นซึ่งกันและกันระหว่างนักจิตวิทยาการปรึกษาและผู้รับบริการ ก่อให้เกิดพันธะทางจิตใจต่อเป้าหมายในการบำบัดที่กำหนดขึ้นร่วมกัน (Orlinsky & Howard, 1987) โดยสัมพันธภาพการบำบัดนี้ (working alliance) สามารถเกิดขึ้นได้ในหลากหลายทฤษฎีการบำบัดทางจิตวิทยา

ในการวิจัยครั้งนี้สัมพันธภาพในการบำบัดอ้างอิงตามแนวคิดของ Bordin (1983) หมายถึงการถ่ายโยงความรู้สึกเชื่อมั่นซึ่งกันและกันระหว่างนักจิตวิทยาและผู้รับบริการภายใต้กระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยา อันประกอบไปด้วย เป้าหมายการบำบัดที่ตกลงร่วมกัน,ภาระงานที่เกิดขึ้นเพื่อบรรลุเป้าหมายในการบำบัด และสัมพันธภาพที่มีประสิทธิภาพ เพื่อที่จะบรรลุเป้าหมายการบำบัด (outcome) นอกจากนี้ คุณภาพของปฏิสัมสัมพันธ์ที่นักจิตวิทยาที่สื่อถึงความเคารพ และเอาใจใส่ผู้รับบริการช่วยพัฒนาสัมพันธภาพในการบำบัดให้เข้มแข็งขึ้น

1.2 องค์ประกอบของสัมพันธภาพการบำบัดตามแนวคิด โดย Bordin (1983)

Bordin (1983) ได้อธิบายถึงคุณสมบัติสามประการของสัมพันธภาพในการบำบัด ได้แก่ เป้าหมายการบำบัดที่ตกลงร่วมกัน (Agreement on goals), ภาระงานที่เกิดขึ้นเพื่อบรรลุเป้าหมายในการบำบัด (Tasks), และสัมพันธภาพที่มีประสิทธิภาพ (Bonds) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.2.1) เป้าหมายการบำบัดที่ตกลงร่วมกัน (Agreement on goals)

คือ การตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างนักจิตวิทยาการปรึกษาและผู้รับบริการอาจมาได้จาก เป้าหมายของผู้รับบริการ หรือ เป้าหมายพื้นฐานของการบำบัดตามทฤษฎีที่นักจิตวิทยาการปรึกษายึดถือ เช่น นักจิตวิทยาการปรึกษาที่ยึดถือแนวทางจิตวิเคราะห์จะมีจุดมุ่งหมายของการบำบัดคือ ช่วยให้ตระหนัก บรรเทาหรือเยียวยา ความเจ็บปวด ที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ของชีวิตที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะช่วยผู้รับบริการในการความในการยอมรับ เหตุการณ์ดังกล่าว

การที่ผู้รับบริการตั้งใจที่จะกำหนดเป้าหมายในชีวิตของตนเองหรือคือสิ่งที่ตนเองต้องการให้เกิดขึ้นในชีวิต ผู้รับบริการแต่ละบุคคลมีความต้องการแตกต่างกันในกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยา เช่น อยากที่จะรู้สึกมั่นคงปลอดภัยมากขึ้น อยากที่จะจัดการกับปัญหาได้ดียิ่งขึ้น หรือต้องการที่จะเศร้าน้อยลง ทุกเป้าหมายที่ผู้รับบริการตั้งใจเกี่ยวพันกับความยากลำบากที่กำลังเผชิญในชีวิต ในทางตรงข้ามไม่ใช่ผู้รับบริการทุกคนที่ตระหนักถึงเป้าหมายของตนเอง ผู้รับบริการบางคนต้องการความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเพียงพอจากนักจิตวิทยาก่อนที่จะเปิดเผยเป้าหมายที่แท้จริง (Cooper & McLeod, 2007) นอกจากการสร้างพื้นที่ปลอดภัยแก่ผู้รับบริการแล้ว Dreier (2008) ได้เสนอว่าควรที่จะเข้าใจปัญหาของผู้รับบริการทั้งในบริบทของวิถีชีวิตบุคคลและบริบทของผู้รับบริการ ซึ่งการสำรวจที่มาที่ไปในเป้าหมายของผู้รับบริการและพิจารณาความเป็นไปได้ของการบรรลุเป้าหมายนั้นช่วยผู้รับบริการชัดเจนและผูกพันกับเป้าหมายที่จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงไปสู่วิถีชีวิตที่ผู้รับบริการต้องการ โดยผู้รับบริการที่มีความมุ่งมั่นที่จะบรรลุเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ มีแนวโน้มที่จะมีสุขภาวะทางจิต (well-being) ในระดับสูงกว่าผู้รับบริการที่ไม่มีพันธะผูกพันกับเป้าหมายของตนเอง (Wiese, 2007)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1.2.2) ภาระงานที่เกิดขึ้นเพื่อบรรลุเป้าหมายในการบำบัด (Tasks)

ภาระงานในกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยา (task) นั้นเกี่ยวเนื่องกับเป้าหมายที่ตกลงร่วมกันในกระบวนการปรึกษา (goal) หากแต่สำหรับภาระงานนั้นมีความชัดเจนมากกว่าในแง่ของการกระทำของบุคคลทั้งสองฝ่าย โดยภาระงานของผู้รับบริการคือการทำงานร่วมกับนักจิตวิทยาในกระบวนการปรึกษา และพฤติกรรมที่จะช่วยส่งเสริมความสมบูรณ์ของชีวิต (McLeod, 2007, p. 54) ในการระบุพฤติกรรมที่ชัดเจนนั้นเพื่อที่จะตอบคำถามที่ว่า “เรา (นักจิตวิทยาและผู้รับบริการ) จะทำ

อะไรบ้างในกระบวนการปรึกษาตอนนี้?” โดยพฤติกรรมดังกล่าวมีความสอดคล้องกับศักยภาพของบุคคลทั้งสองฝ่าย Cooper และ McLeod (2007) ระบุว่าทักษะของกระบวนการปรึกษาที่ควรมีในนักจิตวิทยาเริ่มต้นที่ ความชัดเจนต่อภาระหน้าที่ตนเองของนักจิตวิทยาและผู้รับบริการ ข้อตกลงร่วมกันต่อภาระงานของทั้งสองฝ่าย การยึดถือภาระงานที่ตกลงร่วมกันเป็นหลักในการดำเนินกระบวนการปรึกษา และสุดท้ายคือการรับรู้ว่าเมื่อใดที่ภาระงานใดได้บรรลุแล้ว ยกตัวอย่างเช่น การพูดอย่างเปิดใจและใส่ใจต่อปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ พฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลง การระบายและปล่อยวางจากอารมณ์และความรู้สึก และเพิ่มความใส่ใจในตัวเอง เป็นต้น Prochaska และ DiClemente (1984) เสนอว่าการพัฒนาสัมพันธภาพในการบำบัดนั้นต้องคำนึงถึงความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ ซึ่งการพิจารณาสัมพันธภาพในการบำบัดและภาระงานที่เหมาะกับความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการนั้นส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ในการบำบัดที่สูงขึ้นด้วย

นอกจากนี้ การสร้างข้อตกลงร่วมกันระหว่างนักจิตวิทยาการปรึกษาและผู้รับบริการในการแลกเปลี่ยนที่เกิดขึ้นภายใต้กระบวนการปรึกษา โดยการแลกเปลี่ยนที่เป็นรูปธรรมที่สุดคือการที่ผู้รับบริการชำระค่าบริการให้กับทักษะและความทุ่มเทของนักจิตวิทยา โดยภาระงานของผู้รับบริการ และนักจิตวิทยาภายใต้กระบวนการปรึกษาก็แตกต่างกันไปตามแนวทางการบำบัดที่นักจิตวิทยายึดถือเช่นกัน ภาระงานของนักจิตวิทยา เช่น การรับฟังอย่างตั้งใจ การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การตีความ การเปิดเผยเรื่องราวของนักจิตวิทยา เป็นต้น ซึ่งภาระงานเหล่านี้แตกต่างกันไปตามกระบวนการบำบัดของแต่ละทฤษฎี ส่วนในภาระงานของผู้รับบริการนั้น ตามทฤษฎีธรรมกรรมนิยมนั้น ผู้รับบริการมีภาระงานในการสังเกตและจดบันทึกความถี่ของพฤติกรรมของตนเอง ส่วนในภาระงานของผู้รับบริการตามทฤษฎีของเกสตอลท์ (Gestalt) นั้นผู้รับบริการจะได้รับประสบการณ์ยากลำบากที่เกิดขึ้นกับพวกเขาอย่างชัดเจน และประสบกับความปรารถนาที่จะเปลี่ยนแปลง และในการบำบัดตามทฤษฎีบุคคลเป็นส่วนกลางนั้น จะไม่มีภาระงานที่ระบุอย่างชัดเจน แต่จะค่อย ๆ ก่อขึ้นระหว่างกระบวนการปรึกษา เป็นต้น

1.2.3) สัมพันธภาพที่มีประสิทธิภาพ (Bonds)

คือ สายสัมพันธ์ในเชิงลึกระหว่างนักจิตวิทยาและผู้รับบริการ โดยสัมพันธภาพที่มีประสิทธิภาพจะเต็มไปด้วยความเชื่อใจและใกล้ชิด การพัฒนาสายสัมพันธ์เกิดขึ้นได้ดังนี้ เมื่อ

นักจิตวิทยามอบหมายให้ผู้รับบริการสังเกตและจดบันทึกพฤติกรรมของตนเอง หรือเมื่อนักจิตวิทยาเป็นแบบอย่างให้กับผู้รับบริการ โดยแสดงออกซึ่งความรู้สึกของตนเองอย่างตรงไปตรงมาต่อพฤติกรรมของผู้รับบริการที่ส่งผลต่อบุคคลอื่น เป็นต้น ดังนั้นการพัฒนาสายสัมพันธ์อาจจะเกิดขึ้นแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับแต่ละทฤษฎีทำให้รูปแบบความสายสัมพันธ์ต่างกันไปด้วย เช่น ในทฤษฎีพฤติกรรมนิยมนั้นนักจิตวิทยาจะมีบทบาทสำคัญต่อความรับผิดชอบในกระบวนการปรึกษา ซึ่งแตกต่างกับทฤษฎีบุคคลเป็นศูนย์กลางที่พยายามจะลดบทบาทของนักจิตวิทยาลง และมุ่งให้ผู้รับบริการรับผิดชอบต่อกระบวนการปรึกษาที่เกิดขึ้น

Sprenkle และคณะ (2009) เสนอว่านักจิตวิทยาต้องพิจารณาอย่างถี่ถ้วนถึงธรรมชาติที่แท้จริงของผู้รับบริการถึงจะสามารถสร้างสัมพันธภาพในการบำบัดที่เข้มแข็งได้ นอกจากนี้นักจิตวิทยายังควรที่จะเป็นตัวเองอย่างแท้จริงและปรับตัวได้เหมาะสมกับผู้รับบริการ ผู้รับบริการล้วนแตกต่างกันดังนั้นกระบวนการทำงานของนักจิตวิทยาก็ควรมีการปรับให้เหมาะสม โดยการตระหนักและปรับแนวทางที่เหมาะสมกับลักษณะความผูกพันของผู้รับบริการนั้นจะช่วยให้นักจิตวิทยาเอื้อสัมพันธภาพในการบำบัดที่เข้มแข็งให้เกิดขึ้นได้ (Kietaibl, 2012)

1.3 สัมพันธภาพในการบำบัด

สัมพันธภาพในการบำบัดได้รับการศึกษาอย่างต่อเนื่องว่าเป็นหนึ่งในตัวแปรที่สามารถทำนายผลสัมฤทธิ์ในการปรึกษาได้ (Bohart & Tallman, 2010; Eklund, 1996; Norcross, 2010; Svensson & Hansson, 1999) การสร้างสัมพันธภาพในการบำบัดที่เข้มแข็งจึงเป็นเป้าหมายแรกที่นักจิตวิทยาควรคำนึงถึง (Norcross, 2010) ผู้รับบริการที่กำลังเผชิญกับความทุกข์มีแนวโน้มเกิดการเปลี่ยนภายในขึ้นหากนักจิตวิทยาสามารถเอื้อให้สัมพันธภาพที่เข้มแข็งเกิดขึ้นในกระบวนการปรึกษาได้ Kietaibl (2012) พบว่านักจิตวิทยาสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการปรึกษาได้โดยการปรับแนวทางการสร้างสัมพันธภาพตามความเหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการแต่ละบุคคล

การศึกษาตามแนวทางของจิตวิทยาเชิงพลวัตจำนวนหนึ่งมองว่า สัมพันธภาพในการบำบัดเป็นส่วนหนึ่งหรืออาจจะทั้งหมดของการถ่ายโยงความรู้สึก (transference) เช่นเดียวกับรูปแบบความผูกพัน เนื่องจากทั้งสัมพันธภาพในการบำบัด การถ่ายโยงความรู้สึก และรูปแบบความผูกพันล้วนได้รับการ

พัฒนามาจากสัมพันธภาพในอดีต (Safran & Muran, 2006) ซึ่งสอดคล้องกับทัศนะของ Berant และ Obegi (2009) ที่มองว่าสัมพันธภาพในการบำบัดเป็นหนึ่งในปัจจัยของรูปแบบความผูกพันแบบมั่นคง

Horvath และ Bedi (2002) เสนอว่า ปัจจัยด้านความหลากหลายของนักจิตวิทยา และผู้รับบริการ และปัจจัยด้านปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในกระบวนการปรึกษา มีความสัมพันธ์อย่างยิ่งต่อสัมพันธภาพในการบำบัด ผู้รับบริการมีลักษณะในการตัดสินใจ ร่วมรู้สึก และพิจารณาในแนวทางของตนเองต่อกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาการปรึกษาที่นักจิตวิทยามอบให้ ดังนั้น เพื่อให้ครอบคลุมทั้งปัจจัยของตัวผู้รับบริการ ในที่นี้คือ ลักษณะความผูกพันของผู้รับบริการ และปัจจัยของนักจิตวิทยาในด้านพฤติกรรมอวัจนภาษา อันเป็นไปได้ที่จะสามารถมอบแนวทางการสร้างสัมพันธภาพในการบำบัดที่เหมาะสมกับผู้รับบริการ

2. แนวคิดการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาการปรึกษา

2.1 นิยาม

Kleinjan (2014) ได้นิยามการสื่อสารผ่านอวัจนภาษาว่าคือ การสื่อสารถึงความใกล้ชิดผ่านอวัจนภาษา (Nonverbal immediacy) เป็นระดับการสื่อสารระหว่างผู้รับบริการและนักจิตวิทยาการปรึกษาในการสร้างสายสัมพันธ์ โดยสัมพันธภาพนี้หมายถึงสัมพันธภาพในการบำบัดที่เข้มแข็ง (strong therapeutic relationship) โดย Mehrabian (1971) อธิบายการสื่อสารแบบอวัจนภาษาไว้ว่าคือ “การที่บุคคลเข้าใกล้สิ่งที่ตนประเมินว่าชอบ มีคุณค่า และปรารถนา และ การที่บุคคลหลีกเลี่ยงหรือหลีกหนีจากสิ่งที่ตนประเมินว่า ไม่ชอบ ไม่ดี และไม่ปรารถนา” เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับทั้งร่างกายและจิตใจของบุคคลที่แสดงออกซึ่งระยะห่างสำหรับสัมพันธภาพใดใดที่บุคคลก่อขึ้นกับบุคคลอื่นผ่านการสื่อสารทางวัจนภาษาและอวัจนภาษา (Wiener & Mehrabian, 1968) ยิ่งบุคคลมีระดับความใกล้ชิด (Immediate) มาก บุคคลจะยิ่งสื่อสารอวัจนภาษาความใกล้ชิดมากขึ้น เช่น อยู่ใกล้กันมากขึ้น ยิ้มมากขึ้น สบตามากขึ้น เคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น สัมผัสซึ่งกันและกันมากขึ้น ผ่อนคลายมากขึ้น และใช้น้ำเสียงหลากหลายขึ้น (Andersen, 1979) หากเป็นการสื่อสารที่ไม่มีความใกล้ชิด (non-Immediate) คู่สนทนาจะรับรู้ถึง มนุษยสัมพันธ์ที่น้อยลง ความเย็นชา ความเหินห่าง ความมุ่งร้าย เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลที่แสดงออกถึงความใกล้ชิด (Immediate) (Richmond & McCroskey, 2000)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ในการวิจัยครั้งนี้คือ การที่ผู้รับบริการรับรู้ถึงอวัจนภาษาที่แสดงถึงความใกล้ชิดของนักจิตวิทยาการปรึกษา ภายใต้กระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยา การรับรู้นี้ส่งผลต่อการพัฒนาเจตคติของผู้รับบริการที่มีต่อสัมพันธภาพในการบำบัด

2.2 ประเภทของอวัจนภาษา

Richmond และคณะ (2001) ได้แบ่งประเภทของอวัจนภาษาไว้ดังนี้

2.2.1) การสบตา (eye contact)

วิธีการที่ดีที่สุดในการสื่อความรู้สึกของผู้ส่งสาร คือ การสื่อผ่านสายตา (Eisenbarth & Alpers, 2011) การสบตาถือเป็นแก่นสำคัญของ nonverbal immediacy เพราะการสบตานั้นสามารถแฝงทั้งความรู้สึกด้านบวก และด้านลบของผู้ส่งสาร (Remland, 2000) ซึ่งในการสื่อสารนั้นการทำความเข้าใจหรือตีความซึ่งข้อความและความรู้สึกจากผู้ส่งสารโดยปราศจากการสบตานั้นก่อให้เกิดความผิดพลาดขึ้นบ่อยครั้ง (Richmond & McCroskey, 2000) นอกจากนี้ในแต่ละวัฒนธรรมอาจมีการรับรู้ถึงการสบตาที่แตกต่างกัน Kim (2001) พบว่าในเกาหลีการมองตากลุ่มคนที่ไม่ทัดเทียมกันบ่งบอกถึงการแข่งขันซึ่งเป็นการกระทำที่ไม่เหมาะสม ส่วนในไนจีเรียและแอฟริกาผู้คนมักจะสบตากันขณะฟังผู้อื่นพูด

อย่างไรก็ตามในกระบวนการปรึกษา นักจิตวิทยาการปรึกษาควรที่จะคำนึงถึงความอ่อนไหวของผู้รับบริการและเวลาที่เหมาะสมในการสบตาแต่ละครั้ง เพราะนั่นส่งผลต่อความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยของผู้รับบริการ (Grace et al., 1995)

2.2.2) ปริภาษา (paralanguage)

ปริภาษาคือ วิธีในการพูดถ้อยคำ ซึ่งช่วยเพิ่มความใกล้ชิดระหว่างบุคคลโดยจะเน้นไปที่คุณภาพของการใช้เสียงดังนี้ จังหวะในการพูด การผันเสียง การใช้เสียงที่หลากหลาย มีชีวิตชีวาและเสียงซึ่งแสดงออกด้วยความเป็นมิตร ในอีกด้านหนึ่งการใช้เสียงก็สามารถแสดงออกถึงไม่มีความใกล้ชิด (non-immediacy behaviors) อีกด้วย เช่น เสียงโมโนโทนอาจเป็นการสื่อถึงการดูถูกและความน่าเบื่อ (Remland, 2000; Richmond & McCroskey, 2000) หรือการเว้นจังหวะเสียง

กระชั้นชิด อาจบ่งบอกถึงความวิตกกังวลในขณะที่การเว้นจังหวะช้า และระดับเสียงต่ำอาจบ่งบอกถึงความเศร้า (Matsumoto et al., 2011)

2.2.3) กิริยาท่าทาง (body posture)

การใช้ท่าทางของผู้ส่งสารช่วยให้ผู้รับสารสามารถเข้าใจสารได้ดียิ่งขึ้น ท่าทางที่เป็นธรรมชาติ มีความเป็นมืออาชีพ เช่น สำหรับนักจิตวิทยาการปรึกษาในการนั่งให้บริการหากมีการเอนตัวไปข้างหน้าเล็กน้อย (Morreale et al., 1998) นอกจากจะช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างนักจิตวิทยาและผู้รับบริการแล้ว ท่าทีเช่นนี้ยังเป็นต้นแบบให้ผู้รับบริการเกิดแรงผลักดันในการเลี่ยนแปลงอีกด้วย และหากท่าทางของนักจิตวิทยาการปรึกษาไม่เป็นไปตามที่ผู้รับบริการคาดไว้ ก็สามารถส่งผลต่อความเชื่อมั่นของผู้รับบริการได้ (Cant & Aroni, 2008) และจากการศึกษาของ ศรีประไพ ลดาวัลย์ (2524) พบว่า บุคคลที่รับรู้อวัจนภาษาของนักจิตวิทยาการปรึกษาที่เกี่ยวกับ การเคลื่อนไหวหรือไม่เคลื่อนไหวแขนและขา ตำแหน่งการวางแขนและขา จะให้คะแนนความเข้าใจสาระและความรู้สึกโดยส่วนรวมสูงกว่าบุคคลที่ไม่รับรู้อวัจภาษาเหล่านี้

2.2.4) การแสดงสีหน้า (Facial expressions)

การแสดงออกสีหน้าเกิดขึ้นโดยไม่รู้ตัว ซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกที่แท้จริงของบุคคล (Haggard & Isaacs, 1966; Matsumoto et al., 2011) การแสดงออกทางสีหน้านั่นบ่งบอกถึงสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลและสามารถสะท้อนทัศนคติภายในที่ยากต่อการอธิบายด้วยคำพูดได้ ใบหน้าที่นิ่งเฉยหรือไม่แสดงออกซึ่งความรู้สึกมักจะทำให้เกิดความสับสนในการทำความเข้าใจภาวะของบุคคล (Ekman, 2009) ดังนั้นการทำความเข้าใจใบหน้าปกติของผู้รับบริการจะช่วยในการวิเคราะห์การแสดงออกทางสีหน้าในขณะที่ใบหน้าเปลี่ยนแปลงได้ดีขึ้นในระหว่างกระบวนการปรึกษา (Kleinjan, 2014)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

2.3 ผลกระทบของอวัจนภาษาของนักจิตวิทยา ที่มีต่อสัมพันธภาพในการบำบัด

Duff และ Bedi (2010) ได้ทำการศึกษาระหว่างอวัจนภาษาและสัมพันธภาพในการบำบัด พบความสัมพันธ์กันในระดับสูงระหว่าง อวัจนภาษาในด้านของกริยาท่าทางของนักจิตวิทยา อันประกอบด้วย การประสานสายตา การต้อนรับผู้รับบริการด้วยรอยยิ้ม และท่าทางที่สงบในขณะนั่ง

ที่ผู้รับบริการรับรู้กับสัมพันธภาพในการบำบัด หากผู้รับบริการรับรู้ถึงอวัจนภาษาในด้านกริยาท่าทางที่เกิดขึ้นภายในกระบวนการปรึกษาแล้วส่งผลทางบวกต่อการประเมินสัมพันธภาพในการบำบัดด้วย

Toriello และ Strohmer (2004) ศึกษาอวัจนภาษาของนักจิตวิทยา (เช่นการสบตา การเคลื่อนไหวของมือสองข้าง และการโน้มตัวมาข้างหน้าเล็กน้อย) กับสัมพันธภาพในการบำบัด พบว่านักจิตวิทยาการปรึกษาที่ใช้อวัจนภาษาดังกล่าวผู้รับบริการมีแนวโน้มที่จะประเมินความพึงพอใจและความน่าเชื่อถือมากกว่า รวมถึงความสนใจที่มีต่อการสร้างสัมพันธภาพกับนักจิตวิทยาประเภทนี้ด้วย

นอกจากนี้การสบตาในสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีเพศเดียวกันสามารถสื่อสารความสนิทสนม (Wada, 1990) และพบว่ามีการประเมินในทางบวกมากขึ้นในด้านสายสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการและนักจิตวิทยา (Harrigan et al., 1985) และการแสดงออกถึงความรู้สึกเป็นมิตรของผู้รับบริการต่อนักจิตวิทยาการปรึกษาอีกด้วย (Kellerman et al., 1989)

Ishikawa และคณะ (2006) ศึกษาอวัจนภาษาของนักจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของผู้รับบริการ พบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยมีการประเมินสัมพันธภาพในการบำบัดในระดับสูงกว่ากับนักจิตวิทยาที่มองพวกเขาโดยตรง ผงกศีรษะขณะรับฟัง และผู้รับบริการยังมีการออกเสียงและใช้เสียงในระดับที่ใกล้เคียงกับนักจิตวิทยาอีกด้วย

อวัจนภาษาของนักจิตวิทยาไม่ว่าจะเป็นท่าทาง น้ำเสียง และการสบตาที่นักจิตวิทยาสื่อสารล้วนส่งผลต่อการรับรู้และการตอบสนองของผู้รับบริการ แม้จะไม่ได้รับรู้เป็นคำพูดแต่ภาษาร่างกายเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงภายในของผู้รับบริการทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ ซึ่งมีการศึกษาที่ระบุถึงความเหมาะสมของอวัจนภาษาของนักจิตวิทยาที่ผู้รับบริการมีการตอบสนองแตกต่างกันไป เช่น วัฒนธรรม และเพศของผู้รับบริการ การศึกษาของการวิจัยนี้เพื่อที่จะทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยของการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาว่าเป็นตัวแปรส่งผ่านในความสัมพันธ์ระหว่างมิติความผูกพันของผู้รับบริการกับสัมพันธภาพในการบำบัดภายใต้กระบวนการปรึกษา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

3. แนวคิดมิติความผูกพันของผู้รับบริการ (Attachment Dimension)

3.1 นิยาม

Bowlby (1973) ได้นิยามของความผูกพัน (attachment) ว่าคือ ลักษณะการปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ หรือสายสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลสำคัญในชีวิตของพวกเขา โดยเฉพาะแม่ เป็นสายใยทางอารมณ์ (emotional bond) ระหว่างบุคคล ได้รับการพัฒนามาตั้งแต่เกิดและคงอยู่ไม่หายไปตามเวลา โดยสายสัมพันธ์นี้ตอบสนองความต้องการที่บุคคลมีต่อสังคมคือพื้นที่ปลอดภัย (secure base) ในการรักษาสัมพันธภาพกับบุคคลสำคัญและการเรียนรู้สิ่งใหม่ ความผูกพันเป็นพื้นฐานสำคัญที่บุคคลจะมีความสัมพันธ์ที่มั่นคงและเชื่อมั่นในวัยเด็ก ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญต่อความสัมพันธ์ในวัยผู้ใหญ่ (Ainsworth et al., 1978)

Stayton และคณะ (1971) อธิบายถึงรูปแบบความผูกพันว่าเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างทารกและผู้เลี้ยงดู ทารกที่มีรูปแบบความผูกพันแบบมั่นคงเกิดจากการได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมออันส่งเสริมความเชื่อมั่นในสัมพันธภาพระหว่างทารกกับผู้เลี้ยงดู ในอีกแง่หนึ่งบางครั้งผู้เลี้ยงดูก็เพิกเฉยไม่ตอบสนองเมื่อทารกต้องการการดูแลใส่ใจ อันส่งผลต่อรูปแบบความผูกพันที่ไม่มั่นคงของทารก

Brennan และคณะ (1998) อธิบายรูปแบบความผูกพันวัยในผู้ใหญ่เป็น 2 มิติ คือ มิติความผูกพันแบบหลีกหนีและมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลที่มีต่อบุคคลสำคัญในชีวิต โดยมิติความผูกพันแบบหลีกหนีแสดงถึง บุคคลที่ไม่ไว้วางใจในความสัมพันธ์กับคู่ของตนเองพยายามรักษาระยะห่างทางความรู้สึกและยึดถือการพึ่งพาตนเองเป็นหลัก และมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลแสดงถึงความวิตกกังวลของบุคคลว่าคู่ของตนจะไม่สามารถตอบสนองความต้องการของบุคคลในเวลาที่ต้องการได้ ส่วนบุคคลที่มีระดับของมิติความผูกพันแบบหลีกหนี และแบบวิตกกังวลในระดับต่ำนั้นแสดงถึงลักษณะของบุคคลที่มีความมั่นคง

3.2 พัฒนาการของทฤษฎีความผูกพัน

Bowlby (1977) เริ่มต้นศึกษาทฤษฎีความผูกพันโดยมีสมมติฐานที่ว่าการทำงานของรูปแบบความผูกพันเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์แบบใกล้ชิด (proximity) ในวัยเด็ก ระหว่างทารกกับผู้ดูแล

หากตกอยู่ในสถานการณ์อันตรายหรือถูกคุกคามอันทารกต้องเผชิญอยู่กับความไม่มั่นคงทางอารมณ์ นอกจากนี้ผู้ปกครองที่เข้าใจและตอบสนองความต้องการของทารกอย่างเหมาะสมนั้น จะทำให้ทารกรับรู้ถึงความปลอดภัยต่อการสำรวจสิ่งใหม่ (Ainsworth, 1967) ทารกที่ถูกปฏิเสธหรือละเลยจากผู้เลี้ยงดูจะสร้างระบบความคิดที่รับรู้ว่าตนดำรงชีวิตอยู่โดยปราศจากความรักและการสนับสนุนจากผู้อื่น เด็กจะไม่พัฒนาความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองอันนำมาซึ่งการหลีกหนี มีการปฏิเสธที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดในวัยผู้ใหญ่ต่อไป (Bowlby, 1988) เมื่อบุคคล (ทุกช่วงวัย) ที่มีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเขามีแนวโน้มที่จะสำรวจรูปแบบความผูกพันเมื่อเกิดความวิตกกังวล เหนื่อยล้า ไม่สบายใจขึ้นกับสัมพันธภาพที่มีกับบุคคลใกล้ชิด ซึ่งเป็นลักษณะทั่วไปของสัมพันธภาพระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดูที่เรียกว่า พื้นที่ปลอดภัย (secure base)

ข้อสันนิษฐานของ Bowlby (1973) ได้รับการศึกษาต่อโดย Ainsworth และคณะ (1978) ในการทดลองที่มีชื่อเสียงเกี่ยวกับรูปแบบความผูกพันระหว่างแม่และเด็กชื่อว่า “สถานการณ์แปลกใหม่” (Strange Situation) สังเกตพฤติกรรมการตอบสนองของเด็กในการกลับมาพบผู้ดูแลอีกครั้ง (reunion) หลังจากถูกแยกออกจากกัน ซึ่ง Ainsworth และคณะ ได้แบ่งลักษณะของเด็กออกเป็น 3 แบบ คือ มั่นคง (secure) วิตกกังวล (anxious-resistant) และหลีกหนี (avoidant) เด็กที่มีรูปแบบความผูกพันแบบมั่นคงจะตอบสนองการกลับมาพบกับผู้ดูแลอีกครั้งด้วยความยินดี เมื่อมีความทุกข์เด็กสามารถที่จะร้องขอความใกล้ชิดจากผู้ดูแลอย่างสบายใจ สำหรับเด็กที่มีลักษณะวิตกกังวลจะแสดงความสับสนและตระหนกในการอยู่ร่วมกับผู้ดูแลอีกครั้งหนึ่ง และสำหรับเด็กที่มีลักษณะแบบหลีกหนีจะหลีกเลี่ยงความสัมพันธ์แบบใกล้ชิดที่ผู้ดูแลมอบให้ในการกลับมาพบกันอีกครั้ง คุณภาพความสัมพันธ์ในวัยเด็กก่อนที่จะก่อตัวเป็นรูปแบบความผูกพันคือรากฐานสำคัญของเด็กในการพิจารณาว่าเขาสามารถพึ่งพิงความผูกพันแบบใกล้ชิดนี้อย่างมั่นคงปลอดภัยได้หรือไม่

โดย Bowlby (1973) ได้อธิบายเกี่ยวกับประสบการณ์ของทารกที่มีต่อการพึ่งพิงในความสัมพันธ์แบบใกล้ชิดนี้ว่าคือรูปแบบการทำงานภายในของความผูกพัน (working models of attachment) โดยมีหลักการสำคัญ 2 ประการคือ 1.รูปแบบความผูกพันของทารกเกิดจากการผู้ดูแลตอบสนองต่อทารกหรือไม่หากทารกแสวงหาการสนับสนุนและปกป้อง และ 2.คุณค่าในตนเองของเด็กเกิดจากการที่เด็กรับรู้ว่าตนเองมีความสำคัญต่อผู้ดูแลจากการได้รับการดูแลที่เหมาะสม

กล่าวโดยสรุปคือการพัฒนารูปแบบความผูกพันของทารกมาจากมุมมองของเด็กที่มีต่อตนเองและบุคคลอื่นในความสัมพันธ์แบบใกล้ชิด

3.3 แนวคิดความผูกพันของ Hazan และ Shaver (1987)

Hazan และ Shaver (1987) ได้ขยายแนวคิดทฤษฎีความผูกพันของ Bowlby (1973) โดยสังเกตว่าสังเกตสัมพันธภาพแบบคู่รักในผู้ใหญ่มีลักษณะคล้ายกับรูปแบบความผูกพันระหว่างทารกกับแม่ที่ศึกษาโดย Ainsworth และคณะ (1978) ซึ่ง Hazan และ Shaver พบว่าผู้ใหญ่จะมีความรู้สึกที่มั่นคงเมื่อบุคคลที่ตนรักอยู่ใกล้และให้การตอบสนองทางความรู้สึกแก่ตน โดยคู่รักเปรียบเสมือนพื้นที่ปลอดภัยในการสำรวจสิ่งต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดความทุกข์ เสียใจ เจ็บป่วย หรือถูกคุกคาม โดยได้จำแนกรูปแบบความผูกพันในวัยผู้ใหญ่ 3 รูปแบบดังนี้

3.3.1) มิติความผูกพันแบบมั่นคง (secure) หมายถึง บุคคลที่มีความไว้วางใจในสัมพันธภาพและมิตรภาพที่บุคคลอื่นมอบให้ มีความเชื่อมั่นตนเอง ยอมรับบุคคลอื่นในดี มีมิตรภาพที่มั่นคง มีสัมพันธภาพที่ใกล้ชิด รับรู้ว่าตนเองได้รับการเอาใจใส่อย่างดีและมีสัมพันธภาพที่อบอุ่นจากพ่อแม่

3.3.2) มิติความผูกพันแบบวิตกกังวล-ไม่มั่นใจ (Anxious-Ambivalent) หมายถึง บุคคลที่มีรูปแบบความผูกพันวิตกกังวลในสัมพันธภาพ ไม่แน่ใจในความรักและมิตรภาพที่ผู้อื่นมอบให้ มีความวิตกกังวลต่อการถูกพรากจากบุคคลที่รัก หลงรักผู้อื่นง่าย กลัวการอยู่ลำพังโดดเดี่ยวและมีความรู้สึกอิจฉาสูง รับรู้ว่าตนได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างเหมาะสม และไม่เหมาะสมตามความต้องการจากผู้เลี้ยงดูเป็นครั้งคราว

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

3.3.3) มิติความผูกพันแบบหลีกหนี (Avoidant) หมายถึง บุคคลที่มีลักษณะของการหลีกเลี่ยงการสร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและหลีกหนีการมีสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดสนิทสนม จะแสดงออกอย่างชัดเจนในขณะที่เผชิญกับความกดดัน มีความเชื่อมั่นหรือไว้วางใจในสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นต่ำ มักรักษาระยะห่างต่อสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รับรู้ว่าตนเองถูกปฏิเสธและถูกละเลยความสนใจและเอาใจใส่จากผู้เลี้ยงดู

3.4 รูปแบบความผูกพัน 4 รูปแบบ (Four category) โดย Bartholomew และ Horowitz (1991)

Bartholomew และ Horowitz (1991) ได้เสนอรูปแบบความผูกพัน 4 แบบ ที่ต่างจาก การศึกษาของ Hazan และ Shaver (1987) ที่มี 3 รูปแบบ โดย Bartholomew และ Horowitz ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความผูกพัน และสรุปออกมาว่ารูปแบบความผูกพัน 4 รูปแบบ ถูกกำหนดขึ้นโดยมีพื้นฐานมาจากลักษณะการรับรู้ที่มีต่อตนเอง และการรับรู้ที่มีต่อผู้อื่น แบ่งออกเป็น 2 มิติ ซึ่งสอดคล้องกับ Bowlby (1988) โดยมิติแรกคือ ความผูกพันแบบวิตกกังวล (anxiety attachment) ซึ่งบุคคลที่มีมิติด้านนี้สูงจะแสดงถึงความกังวลต่อการตอบสนองที่จะได้รับในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น และหากมีบุคคลมีลักษณะความผูกพันในมิติวิตกกังวลต่ำ ก็จะมีลักษณะที่ไว้วางใจสูง ส่วนมิติที่สองคือ ความผูกพันแบบความหลีกหนี (avoidant attachment) นั้นบุคคลที่มีลักษณะความผูกพันมิติหลีกหนีสูงจะมีลักษณะมีความต้องการในการใกล้ชิดกับผู้อื่นต่ำ แล้วหากบุคคลมีลักษณะความผูกพันมิติหลีกหนีต่ำนั้น จะแสดงออกถึงความรู้สึกต้องการใกล้ชิดและรู้สึกดีกับการได้ใกล้ชิดกับบุคคลอื่น โดยแบ่งเป็น 4 รูปแบบดังนี้

3.4.1) รูปแบบความผูกพันแบบมั่นคง (secure) รูปแบบความผูกพันที่มีการผสานกันระหว่างการรับรู้ตนเองและผู้อื่นในทางบวก บุคคลที่มีรูปแบบความผูกพันแบบมั่นคง เป็นผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเอง ยอมรับผู้อื่น ตอบสนองต่อผู้อื่น สบายใจในการมีสัมพันธ์แบบใกล้ชิดกับผู้อื่น และสามารถสร้างสัมพันธ์ที่ยาวนาน แน่นแฟ้นได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

3.4.2) รูปแบบความผูกพันแบบหมกมุ่น (preoccupied) เป็นการรวมกันระหว่างการนับถือและมั่นใจในตนเองต่ำ รู้สึกว่าตนไร้ค่า ไม่เป็นที่รัก กับการประเมินผู้อื่นในทางบวก รูปแบบความผูกพันประเภทนี้แสดงออกถึงการโหยหาความใกล้ชิดและการได้รับการยอมรับจากบุคคลสำคัญของตนเอง ในขณะที่มุมมองที่มีต่อตนเองนั้นมองว่าตนไม่มีคุณค่าพอสำหรับความสัมพันธ์นั้น

3.4.3) รูปแบบความผูกพันแบบหมางเมิน (dismissing) บุคคลที่มีลักษณะความผูกพันแบบหมางเมินจะมีการรับรู้ต่อตนเองในทางบวก มองว่าตนเองมีคุณค่า และรับรู้ผู้อื่นในทางลบ ซึ่งจะแสดงออกโดยการปกป้องตนเองจากความผิดหวังและหลีกเลี่ยงการมีสัมพันธ์แบบใกล้ชิดกับบุคคลอื่น บุคคลที่มีรูปแบบความผูกพันแบบหมางเมินมักจะพยายามพึ่งพาตนเอง พยายามรักษาความเข้มแข็งในการยืนหยัดด้วยตนเอง

3.4.4) รูปแบบความผูกพันแบบหวาดหวั่น (fearful-avoidant) เป็นรูปแบบที่เป็นการผสมผสานกันระหว่างการรับรู้ตนเองและผู้อื่นในทางลบ รับรู้ตนว่าไร้ค่า ไม่สมควรเป็นที่รัก ร่วมกับความรู้สึกไม่เชื่อใจผู้อื่น มักจะปฏิเสธปฏิเสธความต้องการสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นของตนเองและตอบสนองตนเองในทางลบ มักจะหลีกเลี่ยงสัมพันธภาพแบบใกล้ชิดกับบุคคลอื่นเพื่อป้องกันไม่ให้ตัวเองประสบกัความผิดหวังจากการถูกปฏิเสธ

ภาพที่ 1

โมเดลความผูกพันของผู้ใหญ่ (Bartholomew & Horowitz, 1991, p. 227)

		มิติความผูกพันแบบวิตกกังวล	
		ต่ำ	**สูง**
มิติความผูกพันแบบหลีกหนี	**ต่ำ**	มั่นคง (สบายใจกับความใกล้ชิด)	หมกมุ่น (หมกมุ่นกับความสัมพันธ์)
	สูง	หมางเมิน หลีกหนีความสัมพันธ์) ใกล้ชิด และต่อต้านการยึด (ติด	หวาดกลัว กลัวต่อความสัมพันธ์) ใกล้ชิด และหลีกหนีการเข้า (สังคม

ต่อมา Brennan และคณะ (1998) ได้พัฒนามาตรประสบการณ์ในความสัมพันธ์แบบใกล้ชิด (Experiences in Close Relationships) หรือ ECR โดยการแปรผลของมาตรนี้ ไม่ได้แบ่งบุคคลเป็นประเภท แต่แสดงตามคะแนนซึ่งเป็นค่าต่อเนื่อง (continuous score) ของมิติทั้งสองมิติว่า ในแต่ละบุคคลจะมีคะแนนของรูปแบบความผูกพันสองค่า ได้แก่ ระดับรูปแบบความผูกพันด้านวิตกกังวล (anxiety) ซึ่งเทียบได้กับโมเดลของตนเอง และระดับรูปแบบความผูกพันแบบหลีกหนี (avoidance) ซึ่งเทียบได้กับโมเดลของผู้อื่น ว่าสูงหรือต่ำเพียงใด การใช้คะแนนต่อเนื่องเป็นวิธีได้ข้อมูลที่มีรายละเอียดมากกว่า และสูญเสียความแปรปรวนของข้อมูลน้อยกว่าการแบ่งบุคคลออกเป็นประเภท และเหมาะกับการวิเคราะห์ทางสถิติมากกว่า หลังจากนั้น Fraley และคณะ (2000) ได้นำมาตร ECR มาพัฒนาโดยใช้วิธีตอบนองข้อกระทง (Item response) และได้พัฒนามาเป็นมาตรประสบการณ์ในความสัมพันธ์แบบใกล้ชิดฉบับแก้ไข (Experiences in Close Relationships Revised) หรือ ECR-R ซึ่งได้รับความนิยมในการศึกษาตัวแปรรูปแบบความผูกพันอย่างแพร่หลาย จากการรายงานของ

Ravitz และคณะ (2010) ซึ่งสำรวจความตรงและความเที่ยงของมาตร ECR-R ที่ใช้ในการศึกษาช่วง 25 ปีที่ผ่านมาพบว่ามีค่าความตรงและความเที่ยงดีที่สุดในการวัดรูปแบบความผูกพันด้วยการรายงานตนเอง

ในบริบทของกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทามีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง รูปแบบความผูกพันของผู้รับบริการร่วมกับสัมพันธภาพในการบำบัด เช่น การศึกษาของ Mallinckrodt และคณะ (1995) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง สัมพันธภาพในการบำบัด รูปแบบความผูกพัน และความสามารถทางสังคมในผู้รับบริการที่เป็นนักศึกษาเพศหญิงพบว่าผู้ที่มีระดับความผูกพันแบบวิตกกังวลสูงนั้น จะทำให้มีระดับของสัมพันธภาพในการบำบัดต่ำลงไปด้วยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Eames และ Roth (2000) ในความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบความผูกพันของผู้รับบริการกับสัมพันธภาพในการบำบัดในครั้งแรกของบริการปรึกษาทางจิตวิทยา พบว่าผู้รับบริการที่มีรูปแบบความผูกพันแบบวิตกกังวลนั้นมีความสัมพันธ์ในทางลบกับสัมพันธภาพในการบำบัดเช่นกัน

เช่นเดียวกับผู้รับบริการที่มีรูปแบบความผูกพันแบบวิตกกังวล ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในการบำบัดและรูปแบบความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการพบการศึกษาของ Marmarosh และคณะ (2009) ที่ศึกษาการรับรู้ของทั้งผู้รับบริการและนักจิตวิทยาที่มีต่อสัมพันธภาพในการบำบัด รูปแบบความผูกพัน และผลสัมฤทธิ์ในการบำบัดในศูนย์บริการปรึกษาในมหาวิทยาลัย พบว่าผู้รับบริการที่มีมิติความผูกพันแบบหลีกหนีมักจะมีสัมพันธภาพกับนักจิตวิทยาการปรึกษาในระดับต่ำ (Marmarosh et al., 2009) นอกจากนี้ผู้รับบริการที่มีลักษณะความผูกพันแบบหลีกหนีสะดวกใจกับการทำกิจกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาที่เป็นรูปธรรมมากกว่าการสานสัมพนธ์ทางด้านจิตใจกับนักจิตวิทยา

3.5 บทบาทของนักจิตวิทยาภายใต้กระบวนการปรึกษา

นักจิตวิทยาเปรียบเสมือนปัจจัยพื้นฐานของการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการ ตัวตนของนักจิตวิทยาที่ใส่ใจ และพร้อมที่จะยอมรับผู้รับบริการอย่างเต็มที่ ช่วยให้ความสัมพันธภาพในการบำบัดเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น (Siegel, 2010)

Bowlby (1988) จึงได้กล่าวถึงบทบาทของนักจิตวิทยาการปรึกษาภายใต้ทฤษฎีความผูกพันคือการสร้างปัจจัยที่ช่วยให้ผู้รับบริการได้สำรวจรูปแบบความผูกพันที่พวกเขาและเธอแสดงออกมา

ด้วยความเข้าใจแบบใหม่และสัมพันธภาพทางการบำบัดที่พวกเขาได้รับนั้นจะทำให้ผู้รับบริการพิจารณาตนเองใหม่อีกครั้ง โดยอธิบายผ่านบทบาทของนักจิตวิทยาได้ 5 ประการดังนี้

ประการแรก คือ การสร้างพื้นที่ปลอดภัยให้แก่ผู้รับบริการซึ่งช่วยให้พวกเขาสามารถสำรวจแง่มุมต่าง ๆ ของเรื่องราวไม่มีความสุขและเจ็บปวดในชีวิตของเขาทั้งในอดีตและปัจจุบัน ซึ่งเป็นเรื่องที่ยากมาก ๆ หรืออาจเป็นไปไม่ได้เลยต่อการที่จะคิดหรือพิจารณาถึงเรื่องราวเหล่านี้อีกครั้งหากปราศจาก คนรับฟังที่ไว้ใจได้หรือเพื่อนร่วมทางที่ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ แสดงความเห็นอกเห็นใจ และมอบคำแนะนำในเวลาจำเป็น

ประการที่สอง คือ การช่วยเหลือในเรื่องการสำรวจของผู้รับบริการ โดยเอื้อให้พวกเขาพิจารณารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างพวกเขากับบุคคลสำคัญในชีวิตปัจจุบัน และสำรวจสิ่งที่ความรู้สึกที่พวกเขาคาดหวังให้เกิดขึ้นและการกระทำของตัวเอง และสิ่งที่คิดว่าคนอื่นคาดหวังต่อเขา อคติที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้รับบริการเมื่อ เขาหวังที่จะสร้างความสัมพันธ์อันดีกับบุคคลอื่น แต่กลับกระทำสิ่งที่ไม่ดีตอบแทน

ประการที่สาม คือ เอื้อให้ผู้รับบริการได้พิจารณาถึงสัมพันธภาพที่ระหว่างตนเองกับนักจิตวิทยาการปรึกษา ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักถึง รูปแบบ การรับรู้ และความคาดหวังที่มีต่อสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นด้วย

ประการที่สี่ คือ การเอื้อให้ผู้รับบริการพิจารณาว่าการรับรู้และความคาดหวังในปัจจุบันของเขากับความรู้สึกและการกระทำ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากเหตุการณ์ในวัยเด็กและวัยรุ่นที่พวกเขาประสบโดยเฉพาะกับบิดาและมารดา หรืออาจสังเกตจากเรื่องราวที่ผู้รับบริการมักจะเล่าซ้ำ ๆ โดยการสำรวจเรื่องราวเหล่านี้มักจะเป็นกระบวนการที่เจ็บปวดและยากกับผู้รับบริการ ไม่บ่อยครั้งนักที่นักจิตวิทยาเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้แสดงความรู้สึกที่แท้จริงต่อบุคคลที่ผู้รับบริการยกย่องและไม่คาดคิดว่าจะสามารถนึกถึงในแง่ไม่ดีได้ ในการทำเช่นนี้อาจจะทำให้ผู้รับบริการ ตกอยู่ในอารมณ์ต่อต้านอย่างรุนแรงและพยายามค้นหาวิธีในการตอบสนองต่อบุคคลที่แตะต้องพ่อแม่ของพวกเขา ซึ่งหลายครั้งพบว่าผู้รับบริการเกิดความรู้สึกกลัว และรับไม่ได้กับกระบวนการนี้ของนักจิตวิทยาการปรึกษา

ประการที่ห้า สืบเนื่องจากประการที่สี่การทำให้ผู้รับบริการเข้าใจรูปแบบการมองตนเอง และรูปแบบการมองผู้อื่น ว่ามาจากประสบการณ์ที่เจ็บปวดในอดีตหรือจากการรับรู้บางสิ่งที่ผิดพลาดจาก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การเลี้ยงดูของพ่อแม่ เมื่อได้เข้าใจภาพของตัวเอง และพิจารณาถึงสิ่งที่หล่อหลอมเขาขึ้นมาแล้ว นั่นอาจเป็นจุดเริ่มต้นที่นำมาสู่ความเข้าใจในโลกที่ผู้รับบริการคิด รู้สึก และการกระทำ ภายใต้ประสบการณ์ที่ผู้รับบริการรู้สึกต่อบุคคลสำคัญนั้น ดังเช่น พ่อแม่ แล้ว การที่ผู้รับบริการได้พบกับปฏิสัมพันธ์แบบเดิมที่พวกเขารู้อย่างถ่องแท้ว่าปฏิสัมพันธ์เช่นนี้จะส่งผลอย่างไรตามมา จากนั้นผู้รับบริการจะคำนึงถึงรูปแบบที่เหมาะสมกับชีวิตปัจจุบัน

3.6 มิติความผูกพันของผู้รับบริการ ที่มีต่อสัมพันธภาพในการบำบัด

Bowlby (1982) เสนอแนะว่ารูปแบบความผูกพันอาจปรากฏขึ้นระหว่างกระบวนการปรึกษา จากบทบาทหน้าที่ของนักจิตวิทยาการปรึกษาที่คล้ายคลึงกับประสบการณ์รูปแบบความผูกพันในวัยเด็กของผู้รับบริการ ที่ได้ประสบกับพื้นที่ปลอดภัยซึ่งช่วยให้พร้อมที่จะสำรวจและได้รับการปกป้องคุ้มครองอีกครั้งเมื่อตกอยู่ในความทุกข์

Holmes (2001) มองว่าสัมพันธภาพในการบำบัดไม่ได้แตกต่างอะไรไปมากกว่าสายสัมพันธ์ของความผูกพัน (attachment bond) ที่เกิดขึ้นกับนักจิตวิทยาการปรึกษา เช่นเดียวกับ Berant และ Obegi (2009) เสนอว่าอาจจะเป็นประโยชน์ในการพิจารณาสัมพันธภาพในการบำบัดว่า คือ ความผูกพันแบบมั่นคง ในทางตรงกันข้ามนักทฤษฎีหลายคน Mallinckrodt (2010), Farber และ Metzger (2009), และ Parish และ Eagle (2003) เชื่อว่าสายสัมพันธ์ของความผูกพัน (attachment bond) สามารถเกิดขึ้นได้ในปฏิสัมพันธ์กับนักจิตวิทยาการปรึกษา ซึ่งถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของสัมพันธภาพในการบำบัด แต่การแยกพิจารณาโครงสร้างของปัจจัยทั้งสองตัว (สัมพันธภาพในการบำบัด และรูปแบบความผูกพันระหว่างผู้รับบริการและนักจิตวิทยาการปรึกษา) นั้นช่วยเพิ่มความแม่นยำในการศึกษามากขึ้น

Bachelor และคณะ (2010) ศึกษาถึงอิทธิพลของความผูกพันของผู้รับบริการที่มีต่อสัมพันธภาพในการบำบัด และพบว่าผู้รับบริการที่มีรูปแบบความผูกพันแบบมั่นคง ยิ่งมีข้อตกลงที่เกิดขึ้นร่วมกับกับนักจิตวิทยาการปรึกษาในเรื่องเป้าหมาย (Goals) และภาระงานสูง (Tasks) ผู้รับบริการเหล่านี้จะมีสายสัมพันธ์ที่ดีมากขึ้นกับนักจิตวิทยาการปรึกษา และมีส่วนร่วมมากขึ้นในกระบวนการปรึกษา นอกจากนี้ยังพบว่าผู้รับบริการที่มีรูปแบบความผูกพันแบบหลีกหนีที่มีความสัมพันธ์กับสัมพันธภาพในการบำบัดที่ไม่เข้มแข็ง

Byrd และคณะ (2010) ศึกษาผลของรูปแบบความผูกพันที่มีต่อกระบวนการปรึกษาและผลสัมฤทธิ์ทางการปรึกษา ในนักศึกษาจำนวน 66 คน พบว่าผู้รับบริการที่รู้สึกสบายใจกับความสัมพันธ์แบบใกล้ชิด นั้นมีแนวโน้มที่จะการแสดงอาการทางความทุกข์ลดลงในกระบวนการปรึกษา ผลกระทบนี้ปรากฏขึ้นเฉพาะบางส่วนของสัมพันธภาพในการบำบัด หรือก็คือ ความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพในการบำบัดจะก่อตัวขึ้นจากการพิจารณา การตกลงร่วมมือถึงการพัฒนาสัมพันธภาพว่าด้านใดที่จะช่วยให้ผลสัมฤทธิ์ทางการบำบัดดีขึ้น

Goldman และ Anderson (2007) ศึกษาการทำนายสัมพันธภาพในการบำบัด ของรูปแบบความผูกพันแบบมั่นคง และคุณภาพของกระบวนการปรึกษาแต่ละครั้ง ศึกษาจากผู้รับบริการจำนวน 55 คน พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างระดับของความผูกพันของผู้รับบริการกับสัมพันธภาพในการบำบัด โดยผู้รับบริการที่คุ้นเคยสัมพันธภาพแบบใกล้ชิดนั้น สามารถที่จะไว้วางใจและพึ่งพาคนอื่น ๆ โดยปราศจากความความกลัวที่มากเกินจากการถูกปฏิเสธ และสามารถสร้างสัมพันธภาพที่เข้มแข็งกับนักจิตวิทยาการปรึกษาได้ตั้งแต่ครั้งแรกของกระบวนการปรึกษา

Mallinckrodt และคณะ (2005) ได้ทำการศึกษารูปแบบความผูกพันที่มีต่อกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาในผู้รับบริการ 38 คน พบว่ารูปแบบความผูกพันแบบวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับสัมพันธภาพในการบำบัด ความวิตกกังวลนี้มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับองค์ประกอบด้านภาระงาน (tasks) และเป้าหมาย (goals) ที่มีร่วมกันของนักจิตวิทยาการปรึกษาและผู้รับบริการ แต่ไม่ได้ส่งผลต่อองค์ประกอบด้านสายสัมพันธ์ (bond) ผู้วิจัยกล่าวว่ายิ่งผู้รับบริการมีความวิตกกังวลจากรูปแบบความผูกพันสูงนั้นส่งผลต่อความยากลำบากในการสร้างข้อตกลงที่มีร่วมกันในเรื่องภาระงานและเป้าหมายในการบำบัดมากกว่า การสานสัมพันธภาพทางด้านความรู้สึกกับนักจิตวิทยาการปรึกษา

หากความสัมพันธ์ระหว่างนักจิตวิทยาและผู้รับบริการเป็นไปอย่างเข้มแข็งเมื่อนักจิตวิทยาแสดงออกซึ่งความรู้สึกที่จริงใจ อบอุ่น อันสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการแต่ละคน เป็นการพัฒนากระบวนการทางจิตวิทยาที่ตระหนักถึงความแตกต่างเชิงบุคคลและนอกจากจะสัมพันธ์กับการพัฒนาเป้าหมายการบำบัดทางจิตวิทยาแล้วยังส่งผลต่อความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยที่มีต่อการสานสัมพันธ์ของผู้รับบริการในกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาด้วย

รูปแบบความผูกพันของผู้รับบริการที่ผู้รับบริการใช้ในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลสำคัญในชีวิตนั้นเกิดขึ้นเช่นกันในความสัมพันธ์ระหว่างนักจิตวิทยาผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เนื่องจากหนึ่งในเป้าหมายของการปรึกษาทางจิตวิทยาคือ การที่นักจิตวิทยาสร้างความสัมพันธ์ที่เต็มไปด้วยความเชื่อมั่นและจริงใจแก่ผู้รับบริการ ส่วนหนึ่งในเป้าหมายของผู้รับบริการคือ การแสวงหาการสนับสนุนทางอารมณ์ในสถานการณ์ที่ผู้รับบริการกำลังเผชิญกับความทุกข์ ดังนั้นเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าวและเพื่อเติมเต็มความเข้าใจในรูปแบบความผูกพันของผู้รับบริการ และสัมพันธภาพในการบำบัด โดยมีปัจจัยการแสดงออกทางอวัจนภาษาของนักจิตวิทยาว่าส่งผลอย่างไรแก่ผู้รับบริการที่มีรูปแบบความผูกพันแตกต่างกัน เมื่อรูปแบบการตอบสนองต่อความผูกพันแบบใกล้ชิดของผู้รับบริการที่แตกต่างกันกระทบต่อการสร้างสัมพันธภาพที่เข้มแข็งของนักจิตวิทยา

4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาการปรึกษา

อวัจนภาษาของนักจิตวิทยาคือเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการสื่อสารความรู้สึกห่วงใย (caring) แก่ผู้รับบริการ และอาจจะมีอิทธิผลต่อความเข้มแข็งหรืออ่อนแอของสายสัมพันธ์ระหว่างนักจิตวิทยาและผู้รับบริการ (bond) (Highlen & Hill, 1984) โดยในการพัฒนาสัมพันธภาพในการบำบัดให้มีประสิทธิภาพนั้นนักจิตวิทยาจึงควรที่จะให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ทางความรู้สึกระหว่างนักจิตวิทยาและผู้รับบริการ Andrews (2000) ได้ทำการศึกษา พบว่าผลสัมฤทธิ์ทางการบำบัดที่เพิ่มขึ้นจากอิทธิพลของสัมพันธภาพในการบำบัดที่เข้มแข็งนั้น มีหลักสำคัญคือ การที่นักจิตวิทยาสื่อสารความรู้สึกอบอุ่น เข้าใจ และเคารพแก่ผู้รับบริการ (Strupp, 1996) ด้วยเหตุนี้จึงมีการศึกษามากมายที่สนใจศึกษาเกี่ยวกับอวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเพื่อที่จะพัฒนาสัมพันธภาพในการบำบัด

การศึกษาของ Sharpley และคณะ (2006) ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของพฤติกรรมของนักจิตวิทยาจำนวน 59 คน (เพศหญิง 47 คน) ที่มีต่อการรับของผู้รับบริการในเรื่องสายสัมพันธ์ระหว่างกัน (rapport) ผลของการศึกษาระบุว่าผู้รับบริการที่มีการรับรู้เกี่ยวกับสัมพันธภาพในการบำบัดเป็นไปในทางบวกเมื่อนักจิตวิทยาแสดงสีหน้าที่สนใจ (interest-excitement) และเพลิดเพลิน (enjoyment-joy)

Duncan และคณะ (1968) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปรากฏการณ์ความสัมพันธ์ระหว่างปริภาษา (paralanguage) ในกระบวนการปรึกษาและความเต็มใจของนักจิตวิทยาจำนวน 9 คน ในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ โดยมีแบ่งประเภทของปริภาษาดังนี้ ความหนักเบาของเสียง ระดับเสียง การควบคุมเสียง จังหวะการหยุดและพูด ก่อนเริ่มกระบวนการปรึกษานักจิตวิทยาแต่ละคนจะถูกเลือกให้มีความเต็มใจในการให้บริการ 2 แบบคือ แบบตั้งใจดีที่สุด (peak) และแบบความตั้งใจต่ำ (poor) ผลจากการศึกษาพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญต่อคุณค่าของนักจิตวิทยาการปรึกษาและการสื่อสารผ่านปริภาษาที่มีประสิทธิภาพ

กลไกรูปแบบความผูกพัน (attachment system) จะแสดงออกมาในรูปของความตั้งใจและอวัจนภาษาเพื่อตอบสนองการสำรวจความสัมพันธ์แบบใกล้ชิดและความต้องการการสนับสนุน (Mikulincer et al., 2002) โดย Ainsworth และคณะ (1978) ได้ทำการศึกษาสัมพันธภาพระหว่างทารกกับแม่ และจำแนกอวัจนภาษาตามสถานการณ์ต่าง ดังนี้ การจ้องมองซึ่งกันและกันการสัมผัสทางกาย รวมถึงการกอดและการยึดติด การแสดงออกความเศร้าทางสีหน้า การร้องไห้ เป็นต้น

Guerrero และ Burgoon (1996) ได้ศึกษาเกี่ยวกับอวัจนภาษาของความผูกพันแบบรักใคร่เสน่ห์หาในคู่รักโดยทำการอัดวีดีโอการสนทนาเพื่อปรับความเข้าใจซึ่งกันและกันของคู่รัก และพบว่าบุคคลที่มีรูปแบบความผูกพันแบบหลีกหนีนั้น มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอวัจนภาษาน้อยครั้งกับคู่รัก (การสบตา แสดงความรู้สึกพอใจทางสีหน้า ใช้ระดับเสียงที่แสดงถึงความพอใจ และความสนใจในการสนทนา) ส่วนบุคคลที่มีรูปแบบความผูกพันแบบวิตกกังวลนั้นมีความสัมพันธ์กับอ วัจนภาษาบ่อยครั้ง การใช้ระดับเสียงและท่าทางที่แสดงออกถึงความทุกข์ในการสนทนากับคู่รัก

4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวกับสัมพันธภาพในการบำบัด

Luborsky และคณะ (1983) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างพฤติกรรมของนักจิตวิทยาที่เอื้อและขัดขวาง การพัฒนาของสัมพันธภาพในการบำบัดทั้งโดย พบว่าพฤติกรรมของนักจิตวิทยาที่สื่อสารถึงความหวังในการบรรลุเป้าหมายการบำบัดของผู้รับบริการโดยการแสดงให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงพัฒนาการ ความเข้าใจ การยอมรับและเคารพผู้รับบริการ เอื้อให้เกิดความพยายามที่จะเล่าเรื่องราวความยากลำบากของผู้รับบริการ และสื่อสารถึงความเชื่อมั่นที่มีต่อพัฒนาการของผู้รับบริการในกระบวนการปรึกษา

Mohl และคณะ (1991) ศึกษาปรากฏการณ์การยุติเข้ารับบริการของผู้รับบริการจากการสัมภาษณ์เบื้องต้นในกระบวนการปรึกษา (intake interviews) ระหว่างนักจิตวิทยา 4 คนและผู้รับบริการ 96 คน พบว่าผู้รับบริการที่มีการประเมินสัมพันธภาพในการบำบัดในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับนักจิตวิทยาที่มีลักษณะอบอุ่นและเป็นกันเอง ซึ่งยังพบอีกว่าผู้รับบริการที่ยุติการรับบริการต่อหลังจากการสัมภาษณ์เบื้องต้นในกระบวนการปรึกษา (intake interviews) นั้นมาจากนักจิตวิทยาที่มีลักษณะ เฉยชา ไม่มีชีวิตชีวา และแสดงถึงความเข้าใจในผู้รับบริการน้อย

Svenson และ Hansson (1999) ศึกษาเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพระหว่างนักจิตวิทยาและผู้รับบริการในกระบวนการครั้งแรก โดยผู้รับบริการพิจารณาถึงการรับรู้ที่มีกระบวนการปรึกษา ส่วนนักจิตวิทยาประเมินระดับสัมพันธภาพในการบำบัด พบว่าการรับรู้ของผู้รับบริการในกระบวนการปรึกษาครั้งแรกนั้นเกี่ยวข้องกับ สัมพันธภาพและการสนับสนุน และความปลอดภัยและการตระหนักรู้ หรือคือการที่พูดคุยกับใครสักคนที่เข้าใจ ผู้ศึกษาได้แนะนำว่าการสำรวจเรื่องราวที่สำคัญมากขึ้นของผู้รับบริการอย่าง ลึกซึ้ง และให้คุณค่า อาจช่วยพัฒนาการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่อสัมพันธภาพในการบำบัด

Gaston และ Ring (1992) พบว่าการสำรวจเรื่องราวของผู้รับบริการที่เพิ่มมากขึ้น มีความสัมพันธ์กับสัมพันธภาพในการบำบัดที่เข้มแข็ง จากการศึกษานี้พบว่าการใช้กลยุทธ์ในการสื่อสาร อาจช่วยแสดงถึงความสนใจในประสบการณ์ของผู้รับบริการ นั่นรวมถึงสัมพันธภาพทางความรู้สึกที่มีซึ่งกันและกันระหว่างนักจิตวิทยาและผู้รับบริการ หากผู้รับบริการรับรู้ว่านักจิตวิทยามีความรู้สึกร่วมในเรื่องราวของพวกเขาแล้วนั้นมีแนวโน้มที่ผู้รับบริการจะพัฒนาความเชื่อมั่น (trust) ที่มีต่อนักจิตวิทยาภายใต้กระบวนการปรึกษา นอกจากนี้ผู้รับบริการยังสามารถรับรู้ถึงความอบอุ่น (warmth) และเป็นห่วง (concern) ของนักจิตวิทยาได้จากการที่นักจิตวิทยาสนใจในการสำรวจเรื่องราวของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง

4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวกับรูปแบบความผูกพัน

ณัฐสุดา เต้พันธ์ (2544) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบความผูกพันและเจตคติในการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ช่วยเหลือมืออาชีพของนักศึกษาจำนวน 358 คน ซึ่งจากการศึกษาพบว่านักศึกษาที่มีรูปแบบความผูกพันที่แตกต่างกัน จะมีเจตคติในการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ช่วยเหลือมืออาชีพแตกต่างกันด้วย

You และ Malley-Morrison (2000) ศึกษารูปแบบความผูกพันที่มีต่อความสัมพันธ์ใกล้ชิดในวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน โดยทำการศึกษากับชาวอเมริกันเชื้อสายคอเคเชี่ยนจำนวน 62 คน (เพศชาย 20 คนและเพศหญิง42 คน) และชาวเกาหลี 115 คน (เพศชาย 70 คน และเพศหญิง 45 คน) ผลการศึกษาพบว่าคนเกาหลีมีรูปแบบความผูกพนแบบวิตกกังวลมากกว่า มีความใกล้ชิดทางสังคมต่ำและมีความคาดหวังในมิตรภาพต่ำกว่าคนอเมริกันคอเคเชี่ยน อีกทั้งผู้ที่มีรูปแบบความผูกพันแบบมั่นคงจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสัมพันธ์ใกล้ชิด

Shaver และ Mikulincer (2002) ศึกษารูปแบบความผูกพันที่แตกต่างกันกับวิธีการที่ผู้รับบริการใช้จัดการกับปัญหาของตนเอง พบว่าผู้รับบริการที่มีรูปแบบความผูกพันแบบวิตกกังวลจะมีการตอบสนองต่อประสบการณ์ที่มากเกินความเป็นจริง ในขณะที่ผู้รับบริการที่มีรูปแบบความผูกพันแบบหลีกหนีจะมีการตอบสนองต่อประสบการณ์ในทางตรงข้ามคือ น้อยกว่าปกติหรือพยายามที่จะกักเก็บความรู้สึกที่มีไว้ ผลจากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีรูปแบบความผูกพันแบบวิตกกังวลจะมีการรับรู้ต่อปัญหาของตนเกินความเป็นจริง ภายใต้สัมพันธภาพในการบำบัด และในทางตรงข้ามผู้ที่มีรูปแบบความผูกพันแบบหลีกหนีจะรับรู้ว่าปัญหาของตนเองไม่ได้มีอิทธิพลกับพวกเขา

Smith และคณะ (2010) จากการศึกษารูปแบบของความผูกพัน (attachment dimension) แล้วไม่พบความความสัมพันธ์กันระหว่างการระบุรูปแบบความผูกพันที่เฉพาะเจาะจง (เช่น แบบวิตกกังวล และแบบหลีกหนี) กับสัมพันธภาพในการบำบัด โดยผู้ทำการศึกษาได้ชี้แจงว่าข้อค้นพบที่ได้อาจเกิดจากกระบวนการปรึกษาได้รับอิทธิพลจากความผูกพัน ของผู้รับบริการที่มีต่อนักจิตวิทยาในอดีต

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบสหสัมพันธ์ระหว่างมิติความผูกพันของผู้รับบริการกับสัมพันธภาพในการบำบัด โดยมีมิติความผูกพันของผู้รับบริการเป็นตัวแปรต้น มีตัวแปรสัมพันธภาพการบำบัดตามการรับรู้ของผู้รับบริการเป็นตัวแปรตาม และการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาการปรึกษาเป็นตัวแปรส่งผ่าน โดยรายละเอียดการวิจัยมีดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยนี้ คือ ผู้ที่เคยเข้ารับบริการปรึกษาทางจิตวิทยาในประเทศไทย ทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ที่เคยมีประสบการณ์เข้ารับบริการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบรายบุคคลอย่างน้อย 1 ครั้ง ซึ่งเกณฑ์สอดคล้องกับงานวิจัยนี้ Mohl และคณะ (1991) ศึกษาปรากฏการณ์การยุติเข้ารับบริการของผู้รับบริการจากการสัมภาษณ์เบื้องต้นในกระบวนการปรึกษา (intake interviews) และ การศึกษาของ Eames และ Roth (2000) ในความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบความผูกพันของผู้รับบริการกับสัมพันธภาพในการบำบัดในครั้งแรกของบริการปรึกษาทางจิตวิทยา ผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรด้วยวิธีสุ่มแบบตามสะดวก (Convenience Sampling)

เกณฑ์การคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1. บุคคลที่เคยมีประสบการณ์เข้ารับบริการปรึกษา อย่างน้อย 1 ครั้ง
2. เป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชาย และหญิง
3. สามารถอ่าน เข้าใจภาษาไทยได้ดี และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย
4. เป็นผู้ที่รายงานตนเองว่าไม่มีปัญหาสุขภาพจิต และไม่อยู่ในระยะการบำบัดรักษาโรคทางจิตเวช

การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง

การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างผ่านเครือข่ายออนไลน์ส่วนตัว ทั้งหมดจำนวน 137 คน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม โดยกำหนดค่า effect size ในการคำนวณที่ Medium effect (.03) ค่า alpha = .05 และค่า power = 0.95 จากการคำนวณของโปรแกรม G*Power บ่งชี้จำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำไว้ 134 คน เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านกลุ่มตัวอย่าง และเนื่องด้วยในช่วงที่ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเกิดสถานการณ์ไม่ปกติ จากการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่คือ ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ (Coronavirus Disease 2019 : COVID-19) ที่มีความร้ายแรงเป็นวงกว้างไปทั่วโลก รัฐบาลได้ออกข้อกำหนดและแนวทางต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตของประชาชนเพื่อควบคุม และป้องกันการแพร่ระบาดของโรค เช่น การประกาศใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พระราชบัญญัติโรคติดต่อ มีผลให้กิจกรรมในสังคมทุกประเภทได้รับผลกระทบ รวมทั้งบริการปรึกษาทางจิตวิทยาด้วย เมื่อเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวขึ้นทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลผ่านช่องทางการตอบแบบสอบถามแบบกระดาษได้ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงปรับเปลี่ยนรูปแบบการเก็บข้อมูลผ่านทางสื่อออนไลน์เท่านั้น ซึ่งผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ทั้งสิ้น 137 คน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบไปด้วยแบบสอบถามดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 แบบคัดกรอง

ตอนที่ 2 แบบสอบถามอวัจนภาษาของนักจิตวิทยา

ตอนที่ 3 แบบสอบถามสัมพันธภาพในการบำบัด

ตอนที่ 4 แบบสอบถามรูปแบบความผูกพัน

การพัฒนาเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสอบถามอวัจนภาษาของนักจิตวิทยา

แบบสอบถามการรับรู้ที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยา ที่ใช้สำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ the Physician Nonverbal Immediacy Measure (PNIM: Richmond et al., 2001) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้รับบริการทำการประเมินอวัจนภาษาของนักจิตวิทยา โดยผู้วิจัยได้นำมาตรวจสอบคุณภาพและพัฒนาเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น

การตอบแบบสอบถาม

แบบวัดอวัจนภาษาของนักจิตวิทยา (The Physician Nonverbal Immediacy Measure: PNIM) พัฒนาโดย Richmond และคณะ (2001) เป็นแบบสอบถามที่นำมาใช้ศึกษาการรับรู้ของคนไข้ที่มีต่ออวัจนภาษาของจิตแพทย์ โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ พัฒนามาจากแบบวัดอวัจนภาษาของครู (TNIM: McCroskey et al., 1996) ซึ่งถูกใช้ในการประเมินการรับรู้ของนักเรียนที่มีต่ออวัจนภาษาของครู แบบสอบถามชุดนี้มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ ผู้ตอบแบบสอบถามสำรวจตนเองในแต่ละข้อคำถามที่แสดงถึงความถี่ต่อพฤติกรรมของนักจิตวิทยาที่มีต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยในกระบวนการปรึกษาโดยทำเครื่องหมายถูกตรงที่ว่างด้านขวาของแบบสอบถาม

0 หมายถึง ไม่เคย (Never)

1 หมายถึง แทบไม่เคย (Rarely)

2 หมายถึง ไม่บ่อย (Occasionally)

3 หมายถึง บ่อย (Often)

4 หมายถึง บ่อยมาก (Very Often)

ตัวอย่างข้อคำถาม

1) __ ดูร่างกายผ่อนคลายขณะคุยกับฉัน

2) __ พูดด้วยเรียบเฉย หรือ จืดชืดขณะพูดคุยกับฉัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การแปลงผลแบบสอบถามการรับรู้ที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยา

คะแนนของ PNIM อยู่ในช่วงตั้งแต่ 10 ถึง 40 คะแนน โดยคะแนนต่ำบ่งชี้ว่ามีการที่ผู้รับบริการมีส่วนร่วมหรือรับรู้อวัจนภาษาของนักจิตวิทยาได้น้อยและคะแนนที่สูงแสดงถึงการที่ผู้รับบริการมีส่วนร่วมหรือรับรู้อวัจนภาษาของนักจิตวิทยาได้บ่อยครั้ง

การประเมินคุณภาพเครื่องมือ

Richmond และคณะ (2001) ผู้พัฒนาแบบสอบถามอวัจนภาษาของนักจิตวิทยา (PNIM) ทำการทดสอบคุณภาพของแบบสอบถามจากผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 214 คน โดยวิธีการสุ่มตามสะดวกเป็นเพศชาย 113 คน และเพศหญิง 101 คน มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 34.22 ปี ทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้วิธี การหาความเชื่อมั่นเชิงความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) พบค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .81 และทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างกับแบบทดสอบอวัจนภาษาของครู (TNIM) ฉบับที่มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ พบว่ามีความใกล้เคียงกัน

ขั้นตอนการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพข้อคำถาม

1. ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาการปรึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างละเอียดพร้อมทบทวนเครื่องมือที่ในใช้ประเมินการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาการปรึกษา จากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตไปทางผู้พัฒนามาตรเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาเพื่อต่อยอดการศึกษาเกี่ยวการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาการปรึกษา

2. ผู้วิจัยตรวจสอบความเหมาะสมทางภาษาของข้อคำถามแต่ละข้อกับกลุ่มตัวอย่างที่จะนำไปใช้และปรับภาษาของข้อคำถามให้เหมาะสม เมื่อได้ข้อคำถามที่ผ่านการทบทวนโดยผู้วิจัยอย่างละเอียดแล้วจึงนำข้อคำถามเหล่านั้นให้กับผู้ทรงคุณวุฒิทำการ Back-Translation มาตรที่แปลเป็นภาษาไทยแล้วแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้งหนึ่ง จากนั้นนำแบบสอบถามที่แปลเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้งนั้น ไปเทียบกับแบบสอบถามต้นฉบับ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นเจ้าของภาษา (Native Speaker) เป็นผู้ตรวจสอบความสอดคล้องของทั้งสองแบบสอบถาม ผลของการตรวจสอบพบว่ามีเพียงข้อที่ 9

ที่มีสรรพนามต่างกันแต่ว่ามีความสอดคล้องในด้านความหมาย จากนั้นจึงนำแบบสอบถามที่ผ่านการ Back-Translation แล้วไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 59 คน

3. จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาประเมินคุณภาพของแบบสอบถามพบว่าค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคของอัลฟามีค่าเท่ากับ .82

4. นำแบบสอบถามที่ได้รับการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพแล้วไปใช้ในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

2. แบบสอบถามสัมพันธภาพในการบำบัด ฉบับย่อ: สำหรับผู้รับบริการ (Working Alliance Inventory – Short Form: Client Version)

คือแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินคุณสมบัติของสัมพันธภาพในการบำบัดภายใต้กระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยา แบบสอบถาม Working Alliance Inventory – Short Form: Client Version ของ Tracey และ Kokotovic (1989) ได้รับการพัฒนาโดย ธนพล เลี้ยงสุขสันต์ (2562) แบบสอบถามชุดนี้มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Likert Scale) 7 ระดับ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นการรายงานตนเอง (Self-report) ประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ โดยผู้ตอบแบบสอบถามความถี่ที่รับรู้จากข้อคำถามว่าตรงกับประสบการณ์ของตนเองมากน้อยเพียงใด

1 หมายถึง ไม่เคย (Never)

2 หมายถึง แทบไม่เคย (Rarely)

3 หมายถึง ไม่บ่อย (Occasionally)

4 หมายถึง บางครั้ง (Sometimes)

5 หมายถึง บ่อย (Often)

6 หมายถึง บ่อยมาก (Very Often)

7 หมายถึง ตลอดเวลา (Always)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบสอบถามสัมพันธภาพในการบำบัดมีพื้นฐานมาจากทฤษฎี working alliance โดย Bordin (1979) ที่มีคุณสมบัติ 3 ประการ ดประกอบด้วย (1) เป้าหมายที่ตั้งร่วมกันของนักจิตวิทยาและผู้รับบริการ (Agreement on goals) (2) การทำงานร่วมกันของนักจิตวิทยาและผู้รับบริการเพื่อบรรลุเป้าหมายในการบำบัด (Collaboration on therapeutic tasks) และ (3) สายสัมพันธ์ในทางบวก (Positive emotional bonds)

ตัวอย่างข้อคำถาม

1) สิ่งที่ฉันกำลังทำในการบำบัดช่วยให้ฉันมีหนทางใหม่ ๆ ในการมองปัญหาของฉัน

2) เราสร้างความเข้าใจร่วมกันว่าการเปลี่ยนแปลงแบบไหนที่จะดีกับฉัน

การแปลผลแบบสอบถามสัมพันธภาพในการบำบัด

คะแนนของแบบสอบถามสัมพันธภาพในการบำบัด อยู่ในช่วงตั้งแต่ 12 ถึง 84 คะแนน โดยคะแนนที่สูงแสดงถึงความเข้มแข็งในสัมพันธภาพในการบำบัดระหว่างนักจิตวิทยาและผู้รับบริการ

การประเมินคุณภาพเครื่องมือ

Horvath และ Greenberg (1989) ทำการทดสอบความเที่ยงโดยใช้วิธี การหาความเชื่อมั่นเชิงความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) ของแบบสอบถามสัมพันธภาพในการบำบัดฉบับย่อ: สำหรับผู้รับบริการจากนักจิตวิทยาและผู้รับบริการ 29 คู่ ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 19 – 65 ปี พบค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .93 และทำการทดสอบความตรงของแบบสอบถามนี้พบว่ามีความตรงแบบ Convergent Discriminant Concurrent และ Predictive

ขั้นตอนการพัฒนาแบบสอบถามแบบสอบถามสัมพันธภาพในการบำบัด ฉบับย่อ: สำหรับผู้รับบริการ ได้รับการพัฒนาโดย ธนพล เลี้ยงสุขสันต์ (2562) มีดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรม แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อคัดเลือกมาตรที่เหมาะสมกับการวิจัยครั้งนี้ ในแง่ความเข้ากันได้เชิงทฤษฎี คุณภาพเครื่องมือ ความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตของตัวแปรและนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยอิงจากมาตรวัดความร่วมมือเชิงการปรึกษา ฉบับสั้น (Working Alliance Inventory – WAI; Horvath & Greenberg, 1989) จากนั้น

เขียนจดหมายขออนุญาตการใช้มาตรเพื่อนำมาพัฒนาเป็นภาษาไทยใช้ในการศึกษาวิจัย โดยส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ถึงเจ้าของมาตร

2. เมื่อได้รับอนุญาตการใช้มาตรจากเจ้าของมาตรแล้ว ผู้วิจัยพัฒนามาตรฉบับร่าง โดยนำมาแปลเป็นภาษาไทย เรียบเรียง ดัดแปลงข้อกระทง และสร้างข้อกระทงเพิ่ม จากนั้นขอให้ผู้แปลที่มีความรู้ความชำนาญทางภาษาไทย ภาษาอังกฤษ และจิตวิทยาการปรึกษา ทำการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ (back translation) และนำมาตรฉบับแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษให้ผู้เชี่ยวชาญทางจิตวิทยาซึ่งเป็นเจ้าของภาษาตรวจทานและทำการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ

3. นำมาตรฉบับร่างพร้อมรายละเอียดของเครื่องมือได้แก่ กรอบแนวคิดการวิจัย นิยามเชิงปฏิบัติการ และตารางการตรวจสอบข้อกระทงให้ผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และปรับแก้โดยการคัดเลือกข้อกระทงเฉพาะที่มีค่าความสอดคล้อง IOC (Item Objective Congruence) ตั้งแต่ .60 ขึ้นไป มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ การพัฒนามาตรครั้งนี้ข้อกระทงที่นำมาพัฒนาทั้งหมดมีค่าความสอดคล้องอยู่ที่ 1.00

4. นำมาตรวัดไปทำการทำสอบเบื้องต้น และตรวจคุณภาพของเครื่องมือแง่ความเที่ยงภายใน (internal consistency reliability) ด้วยเกณฑ์ต่าง ๆ ได้แก่ ค่าสหสัมพันธ์รายข้อกับข้อกระทงทั้งฉบับ (corrected item-total correlation: CITC) โดยใช้ค่าวิกฤติ CITC ในการพิจารณา ผู้วิจัยได้พิจารณาข้อกระทงที่ไม่ผ่านเกณฑ์ค่าวิกฤติประกอบกับความเห็นจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อแก้ไขข้อกระทงให้มีข้อความที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และยังคงความหมายเดิมของข้อกระทงไว้ เมื่อทดสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Pearson's product moment correlation) สำหรับค่าความเที่ยงของเครื่องมือฉบับผู้รับบริการใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 102 คน ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือทั้งฉบับเท่ากับ .91 เมื่อพิจารณาข้อกระทงในแต่ละองค์ประกอบโดยใช้เกณฑ์ค่าวิกฤติ (r = .164, df = 100, p < .05) ด้านการเห็นพ้องกันในเป้าหมายของการปรึกษามีความเที่ยงเท่ากับ .77 มีค่า CITC สำหรับข้อกระทงอยู่ระหว่าง .51-.61 ด้านการร่วมมือกันมีความเที่ยงเท่ากับ .83 มีค่า CITC สำหรับข้อกระทงอยู่ระหว่าง .57-.70 ด้านการสร้างพันธะต่อกัน มีความเที่ยงเท่ากับ .83 มีค่า CITC สำหรับข้อกระทงอยู่ระหว่าง .54-.77 ดังนั้นข้อกระทงทุกข้อในแบบวัดฉบับผู้รับบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพเครื่องมือ

5. นำมาตรวัดที่ได้รับการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพแล้วไปใช้ในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

3. แบบสอบถามรูปแบบความผูกพัน

คือแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินรูปแบบความผูกพันของผู้รับบริการที่มีต่อสัมพันธภาพแบบใกล้ชิดกับนักจิตวิทยาการปรึกษา โดยแบบสอบถาม Experiences in Close Relationships Scale – Short For (ECR-RS: Fraley et al., 2000) ได้รับการพัฒนาโดย ธนพล เลี้ยงสุขสันต์ (2562) แบบสอบถามชุดนี้มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Likert Scale) 7 ระดับ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นการรายงานตนเอง (Self-report) ประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ที่ประกอบด้วย 2 ด้านย่อย คือ ด้านความวิตกกังวล (Anxiety) และด้านการหลีกหนี (Avoidance) ดังนี้

1. มิติความผูกพันแบบหลีกหนี หมายถึง บุคคลที่ประเมินตนเองในความสัมพันธ์แบบใกล้ชิดว่าไม่คู่ควร และกลัวการถูกปฏิเสธ ประเมินบุคคลอื่นว่าดีกว่า มีคุณค่ามากกว่า จึงวิตกกังวลสูงกับการตอบสนองจากบุคคลอื่น ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 2, 3, 4, 5, และ 6

2. มิติความผูกพันแบบวิตกกังวล หมายถึง บุคคลที่รู้สึกไม่สบายใจกับสัมพันธภาพแบบใกล้ชิด ประเมินปัญหาของตนเองเล็กน้อยกว่าความเป็นจริง และมักจะไม่พึ่งพิงคนอื่น ได้แก่ ข้อคำถามที่ 7 8 และ 9

1	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยมาก (Strongly Disagree)
2	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย (Disagree)
3	หมายถึง	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย (Slightly Disagree)
4	หมายถึง	ปานกลาง (Neutral)
5	หมายถึง	ค่อนข้างเห็นด้วย (Slightly Agree)
6	หมายถึง	เห็นด้วย (Agree)
7	หมายถึง	เห็นด้วยมาก (Strongly Agree)

ตัวอย่างข้อคำถาม

1) การหันไปหาผู้อื่นยามจำเป็นมีประโยชน์

2) ฉันมักกังวลว่าผู้อื่นจะไม่สนใจฉันจริง ๆ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การแปลผลแบบสอบถามรูปแบบความผูกพัน

คะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับหลังจากกลับคะแนนในข้อคำถามทางลบแล้ว แบ่งออกเป็น 2 ด้านคือ ลักษณะความผูกพันแบบวิตกกังวล และลักษณะความผูกพันแบบหลีกหนี

ด้านลักษณะความผูกพันแบบวิตกกังวล โดยคะแนนที่ได้จะสะท้อนถึงความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้ตอบ ยิ่งคะแนนสูงหมายความว่าผู้ตอบมีลักษณะความผูกพันแบบวิตกกังวลสูงตามไปด้วย

ด้านลักษณะความผูกพันแบบหลีกหนี โดยคะแนนที่ได้จะสะท้อนถึงความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้ตอบ ยิ่งคะแนนสูงหมายความว่าผู้ตอบมีลักษณะความผูกพันแบบหลีกหนีสูงตามไปด้วย

การประเมินคุณภาพเครื่องมือ

Wei และคณะ (2007) ผู้พัฒนาแบบวัดได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 851 คน (เป็นเพศชาย 407 คน เพศหญิง 442 คน ไม่ระบุเพศ 2 คน) อายุเฉลี่ย 20.36 ปี ทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้วิธี การหาความเชื่อมั่นเชิงความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) พบค่า Cronbach's alpha = .78 (Anxiety) และ = .84 (Avoidance) และทดสอบความเที่ยงโดยการทดสอบซ้ำ (test-retest) ในกลุ่มนักศึกษาจำนวน 122 คน (เป็นเพศชาย 54 คน เพศหญิง 68 คน) อายุเฉลี่ย 20.04 ปี โดยมีเว้นระยะเวลา 1 เดือนจากการตอบแบบสอบถามครั้งแรก โดยพบความสัมพันธ์ระหว่างการทำแบบสอบถามทั้ง 2 ครั้ง r = .80 (Anxiety) และ r = .83 (Avoidance)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างกับแบบทดสอบรูปแบบความผูกพันฉบับเต็ม (Experiences in Close Relationship Scale: Brennan et al., 1998) ฉบับที่มีข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ พบว่าแบบสอบถามทั้งสองฉบับแสดงถึงการวัดโครงสร้างความผูกพัน (attachment) ทั้งคู่

ขั้นตอนการพัฒนาแบบสอบถามแบบสอบถามสัมพันธภาพในการบำบัด ฉบับย่อ: สำหรับผู้รับบริการ ได้รับการพัฒนาโดย ธนพล เลี้ยงสุขสันต์ (2562) มีดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรม แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อคัดเลือกมาตรที่เหมาะสมกับการวิจัยครั้งนี้ ในแง่ความเข้ากันได้เชิงทฤษฎี คุณภาพเครื่องมือ ความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ ในการวิจัย

ครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตของตัวแปรและนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยอิงจากมาตรวัดโครงสร้างความผูกพันของ Fraley และคณะ (2000) จากนั้นเขียนจดหมายขออนุญาตการใช้มาตรเพื่อนำมาพัฒนาเป็นภาษาไทยใช้ในการศึกษาวิจัย โดยส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ถึงเจ้าของมาตร

2. เมื่อได้รับอนุญาตการใช้มาตรจากเจ้าของมาตรแล้ว ผู้วิจัยพัฒนามาตรฉบับร่าง โดยนำมาแปลเป็นภาษาไทย เรียบเรียง ดัดแปลงข้อกระทง และสร้างข้อกระทงเพิ่ม จากนั้นขอให้ผู้แปลที่มีความรู้ความชำนาญทางภาษาไทย ภาษาอังกฤษ และจิตวิทยาการปรึกษา ทำการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ (back translation) และนำมาตรฉบับแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษให้ผู้เชี่ยวชาญทางจิตวิทยาซึ่งเป็นเจ้าของภาษาตรวจทานและทำการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ

3. นำมาตรฉบับร่างพร้อมรายละเอียดของเครื่องมือได้แก่ กรอบแนวคิดการวิจัย นิยามเชิงปฏิบัติการ และตารางการตรวจสอบข้อกระทงให้ผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และปรับแก้โดยการคัดเลือกข้อกระทงเฉพาะที่มีค่าความสอดคล้อง IOC (Item Objective Congruence) ตั้งแต่ .60 ขึ้นไป มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ การพัฒนามาตรครั้งนี้ข้อกระทงที่นำมาพัฒนาทั้งหมดมีค่าความสอดคล้องอยู่ที่ 1.00

4. นำมาตรวัดไปทำการทำสอบเบื้องต้น และตรวจคุณภาพของเครื่องมือแง่ความเที่ยงภายใน (internal consistency reliability) ด้วยเกณฑ์ต่าง ๆ ได้แก่ ค่าสหสัมพันธ์รายข้อกับข้อกระทงทั้งฉบับ (corrected item-total correlation: CITC) โดยใช้ข้อกระทงที่มีค่า CITC ต่ำกว่าค่าวิกฤติ (r = .132, df = 154, p < .05) เมื่อทดสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Pearson's product moment correlation) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 156คน ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือทั้งฉบับเท่ากับ .76 ความเที่ยงด้านการหลีกเลี่ยงเท่ากับ .78 ความเที่ยงด้านความวิตกกังวลเท่ากับ .88 มีค่า CITC รายข้ออยู่ระหว่าง .432-.806 โดยไม่พบข้อคำถามที่ไม่ผ่านเกณฑ์

5. นำมาตรวัดที่ได้รับการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพแล้วไปใช้ในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจริง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างการวิจัยแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อดำเนินการตรวจสอบ และพิจารณาประเด็นทางจริยธรรมการวิจัย

2. เมื่อได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากศูนย์บริการปรึกษาทางจิตวิทยา เพื่อขอความร่วมมือในการประชาสัมพันธ์โครงการผ่าน 2 ช่องทาง คือ 1. ใบประชาสัมพันธ์แก่ผู้รับบริการของศูนย์บริการปรึกษาทางจิตวิทยา 2. ผ่านนักจิตวิทยาในการเป็น Gate Keeper เพื่อประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยแก่ผู้รับบริการที่สมัครใจ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า เพื่อทำการคัดกรองผู้เข้าร่วมการวิจัย

3. เมื่อได้รับอนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการติดแผ่นประชาสัมพันธ์ที่มี QR code ในการตอบแบบสอบถามผ่านช่องทางออนไลน์สำหรับผู้สนใจเข้าร่วมการวิจัย และสำหรับ Gate Keeper ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัยให้กับนักจิตวิทยาที่เป็น Gate Keeper ถึงคุณสมบัติที่สอดคล้องกับการวิจัย เพื่อนำส่งข้อมูลและช่องทางในการเข้าร่วมการวิจัยของผู้ที่มีคุณสมบัติสอดคล้อง และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่แสดงความจำนงเข้าร่วมการวิจัย ตอบแบบคัดกรอง แบบสอบถามอวัจนภาษาของนักจิตวิทยา แบบสอบถามสัมพันธภาพในการบำบัด และแบบสอบถามรูปแบบความผูกพัน จำนวน 1ครั้ง โดยใช้เวลาทำ ประมาณ 20 นาที โดยไม่มีการระบุชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัยในแบบสอบถามทั้งหมด นอกจากนี้ผู้วิจัยแสดงช่องทางการติดต่อของผู้วิจัยประกอบการตอบแบบสอบถามผ่านช่องทางออนไลน์ สำหรับการสอบถามข้อสงสัย และเป็นช่องทางในการดูแลจิตใจของผู้เข้าร่วมการวิจัยหากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะนำส่งคู่มือการดูแลสุขภาพจิตกลับไปทางอีเมล์ ที่ท่านได้ให้ข้อมูลไว้

5. การตอบแบบสอบถามผ่านช่องทางออนไลน์ ผู้วิจัยจะเป็นผู้เดียวที่เข้าถึงข้อมูลได้ เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยจะมีการทำลายแบบสอบถามดังกล่าวทั้งหมด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

6. นำข้อมูลที่ได้มาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้โปรแกรม SPSS For Windows ในการคำนวณและวิเคราะห์ค่าทางสถิติต่าง ๆ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติพื้นฐานของตัวแปรได้แก่การแจกแจงความถี่ (Frequency) และคำนวณค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. การวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

3. การวิเคราะห์เพื่อทดสอบตัวแปรส่งผ่านโดยใช้คำสั่ง PROCESS (Hayes et al., 2017) ซึ่งเป็นคำสั่งในการวิเคราะห์ข้อมูลของโปรแกรม SPSS

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์อิทธิพลผลปฏิสัมพันธ์ (Indirect Effect) โดยการวิเคราะห์อิทธิพลของการรับรู้อวัจนภาษาของนักจิตวิทยาการปรึกษา (ตัวแปรต้น) กับ สัมพันธภาพในการบำบัด (ตัวแปรตาม) และอิทธิพลของรูปแบบความผูกพัน (ตัวแปรส่งผ่าน) กับ สัมพันธภาพในการบำบัด (ตัวแปรตาม) ผลที่ได้ควรมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 พร้อมทั้งพิจารณาช่วงของความเชื่อมั่น Boostrap ในการพิจารณาอิทธิพลของตัวแปรส่งผ่าน

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์อิทธิพลผลหลัก (Direct Effect) ของการรับรู้อวัจนภาษาของนักจิตวิทยาการปรึกษา (ตัวแปรต้น) กับ สัมพันธภาพในการบำบัด (ตัวแปรตาม) พร้อมทั้งพิจารณาช่วงของความเชื่อมั่น Boostrap ที่มีค่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผลที่ได้หากมีนัยสำคัญทางสถิติจะแสดงถึงอิทธิพลส่งผ่านบางส่วน (Partial Effect) ของตัวแปรส่งผ่าน ในขณะเดียวกันหากผลที่ได้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติจะแสดงถึงอิทธิพลส่งผ่านสมบูรณ์ (Full Effect) ของตัวแปรส่งผ่าน

ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์อิทธิพลทางรวม (Total Effect) วิเคราะห์ตามสูตร $c' = c + ab$ ผลที่ได้ควรมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เพื่อดูอิทธิพลทางรวมว่ามิติความผูกพัน (ตัวแปรต้น) มีอิทธิพลกับสัมพันธภาพในการบำบัด (ตัวแปรตาม) หรือไม่

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การเข้าร่วมงานวิจัยของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัย ความเสี่ยงในการเข้าร่วมงานวิจัยของผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัยนี้อยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิในการถอนตัวออกจากการวิจัยตามความประสงค์โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลให้ทราบ การถอนตัวออกจากการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดกรองในการเก็บข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 137 ชุด ในจำนวนนี้มีแบบสอบถามที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนดได้ทั้งสิ้น 143 ชุด คิดเป็นประมาณร้อยละ 89.24 ส่วนอีก 6 ชุดไม่ผ่านคุณสมบัติที่กำหนดไว้เนื่องจากตอบไม่ครบถ้วน หรือมีการตอบค่าคะแนนตรงกลางค่าเดียวทั้งฉบับ หรือเป็นผู้ที่รายงานตนเองว่าเคยได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช อยู่ระหว่างการรับประทานยาเพื่อรักษาอาการจากโรคทางจิตเวช หรือรับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาหรือจิตบำบัดรักษา โดยผลการวิจัยในครั้งที่แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ เพศของนักจิตวิทยา และอายุ

ตอนที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (*M*) ค่ามัธยฐาน (*Mdn*) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) ค่าสูงสุด (Max) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ของตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย มิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการ (Anxious) และมิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการ (Avoidant) การรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยา (Client's Perception of Counselor's Nonverbal Immediacy) และสัมพันธภาพในการบำบัด (Working alliance)

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการทดสอบสมมติฐานทางการวิจัย ด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Correlation) ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย มิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการ (Anxious) และมิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการ (Avoidant) การรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยา (Client's Perception of Counselor's Nonverbal Immediacy) และ สัมพันธภาพในการบำบัด (Working alliance) และวิเคราะห์การรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่านในความสัมพันธ์ระหว่างมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการ กับสัมพันธภาพในการบำบัด และการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่านในความสัมพันธ์ระหว่างมิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการ กับสัมพันธภาพในการบำบัด ด้วยด้วยคำสั่ง PROCESS (Hayes et al., 2017)

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

โดยมีรายละเอียดดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สัญลักษณ์ทางสถิติที่ใช้ในการวิจัย

N	หมายถึง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
M	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยเลขคณิตของคะแนน
Mdn	หมายถึง	ค่ามัธยฐานของคะแนน
SD	หมายถึง	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
SK	หมายถึง	ค่าความเบ้ของคะแนน
KU	หมายถึง	ค่าความโด่งของคะแนน
Min	หมายถึง	ค่าต่ำสุดของคะแนน
Max	หมายถึง	ค่าสูงสุดของคะแนน
r	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ บุคคลที่เคยมีประสบการณ์เข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาอย่างน้อย 1 ครั้ง และมีอายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 137 คน แบ่งออกเป็นเพศชาย 36 คน คิดเป็นร้อยละ 26.3 เพศหญิง 98 คน คิดเป็นร้อยละ 71.2 และ LGBT 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.2 มีอายุระหว่าง 18-58 ปี (*M* = 26.15, *SD* = 7.219) เข้ารับบริการกับ นักจิตวิทยาเพศชาย จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 48.2 และรับบริการกับนักจิตวิทยาเพศหญิง จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 51.8 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

	รายการ	**จำนวน**	**ค่าร้อยละ**
เพศ	ชาย	36	26.3
	หญิง	98	71.5
	LGBT	3	2.2
	รวม	137	100
เพศของนักจิตวิทยา	ชาย	66	48.2
	หญิง	71	51.8
	รวม	137	100
อายุ	18 - 20 ปี	27	19.7
	21 - 30 ปี	87	63.5
	31 - 40 ปี	17	12.4
	41 - 50 ปี	4	2.9
	51 - 60 ปี	2	1.5
	รวม	137	100

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตอนที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษา

ค่าสถิติพื้นฐานได้แก่ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (*M*) ค่ามัธยฐาน (*Mdn*) ค่าความเบ้ (*SK*) ค่าความโด่ง (*KU*) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) ค่าต่ำสุด (Min) และค่าสูงสุด (Max) ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ของตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย มิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการ (Anxious) และมิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการ (Avoidant) การรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยา (Client’s Perception of Counselor’s Nonverbal Immediacy) และสัมพันธภาพในการบำบัด (Working alliance)

มิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการ ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินด้วยแบบสอบถามรูปแบบความผูกพันจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 137 คน พบว่าค่าเฉลี่ยเลขคณิตของมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการ มีค่าเท่ากับ (*M* = 14.03) ค่ามัธยฐานเท่ากับ (*Mdn* = 15) ค่าความเบ้ (*SK* = -0.42) ค่าความโด่ง (*KU* = -0.90) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD* = 5.43) ค่าต่ำสุด (Min = 3) และค่าสูงสุด (Max = 21) ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ของตัวแปรที่ศึกษาอยู่ระหว่าง 3-21 คะแนน การกระจายของข้อมูลเบ้ซ้ายแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ย ลักษณะความโด่งน้อยแสดงว่ามีการกระจายตัวของข้อมูลค่อนข้างสูง

มิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการ ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินด้วยแบบสอบถามรูปแบบความผูกพัน จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 137 คน พบว่าค่าเฉลี่ยเลขคณิตของมิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการ มีค่าเท่ากับ (*M* = 23.96 ค่ามัธยฐานเท่ากับ (*Mdn* = 25) ค่าความเบ้ (*SK* = -0.22) ค่าความโด่ง (*KU* = -0.44) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD* = 5.93) ค่าต่ำสุด (Min = 9) และค่าสูงสุด (Max = 37) ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ของตัวแปรที่ศึกษาอยู่ระหว่าง 6-42 คะแนน การกระจายของข้อมูลเบ้ซ้ายแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ย ลักษณะความโด่งน้อยแสดงว่ามีการกระจายตัวของข้อมูลค่อนข้างสูง

การรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยา ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินด้วยแบบสอบถามอวัจนภาษาของนักจิตวิทยา จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 137 คน พบว่าค่าเฉลี่ยเลขคณิตของการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยา มีค่าเท่ากับ (*M* = 26.69) ค่ามัธยฐานเท่ากับ (*Mdn* = 28) ค่าความเบ้ (*SK* = -0.91) ค่าความโด่ง (*KU* = 1.15) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD* = 5.32) ค่าต่ำสุด (Min = 6) และค่าสูงสุด (Max = 36) ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ของตัวแปรที่ศึกษาอยู่ระหว่าง 0-36 คะแนน การกระจายของข้อมูลเบ้ซ้ายแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ย ลักษณะความโด่งสูงแสดงว่ามีการกระจายตัวของข้อมูลค่อนข้างต่ำ

สัมพันธภาพในการบำบัด ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินด้วยแบบสอบถามสัมพันธภาพในการบำบัด จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 137 คน พบว่าค่าเฉลี่ยเลขคณิตของสัมพันธภาพในการบำบัด มีค่าเท่ากับ (*M* = 57.81) ค่ามัธยฐานเท่ากับ (*Mdn* = 58) ค่าความเบ้ (*SK* = -0.90) ค่าความโด่ง (*KU* = 1) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD* = 12.06) ค่าต่ำสุด (Min = 18) และค่าสูงสุด (Max = 79) ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ของตัวแปรที่ศึกษาอยู่ระหว่าง 12-84 คะแนน การกระจายของข้อมูลเบ้ขวาแสดงว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย ลักษณะความโด่งสูงแสดงว่ามีการกระจายตัวของข้อมูลค่อนข้างต่ำรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร	*M*	*SD*	*Mdn*	*SK*	*KU*	ค่าต่ำสุด-สูงสุด	ค่าคะแนนที่เป็นไปได้
มิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการ	14.03	5.43	15	-0.42	-0.90	3-21	3-21
มิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการ	23.96	5.93	25	-0.22	-0.44	9-37	6-42
การรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยา	26.69	5.32	28	-0.91	1.15	6-36	0-36
สัมพันธภาพในการบำบัด	57.81	12.06	58	-0.90	1	18-79	12-84

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการทดสอบสมมติฐานทางการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 137 คน ซึ่งขนาดตัวอย่างนับเป็นจำนวนที่มากพอจนมีผลต่อลักษณะการกระจายตัวของข้อมูล ตามทฤษฎีแนวโน้มเข้าสู่ศูนย์กลาง (Central Limit Theorem) ที่อธิบายว่าสำหรับประชากร ถ้าดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในจำนวนที่มากพอ การกระจายของข้อมูลดังกล่าวจะมีแนวโน้มใกล้เคียงกับการกระจายแบบโค้งปกติ (Normal distribution) (Bartz, 1999) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบสมมติฐานการวิจัยในลำดับต่อไป

สมมติฐานที่ 1 มิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการ มีสหสัมพันธ์ทางลบกับสัมพันธภาพในการบำบัด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า มิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการ มีสหสัมพันธ์ทางบวกกับสัมพันธภาพในการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .276 ดังนั้นผลการวิเคราะห์ข้อมูลจึงสามารถอธิบายได้ว่าถ้าระดับของมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการอยู่ในระดับที่สูง ระดับของสัมพันธภาพในการบำบัดจะสูงเช่นกัน เป็นลักษณะความสัมพันธ์แบบผันตรง ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานที่ 2 มิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการ มีสหสัมพันธ์ทางลบกับสัมพันธภาพในการบำบัด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า มิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการมีสหสัมพันธ์ทางลบกับสัมพันธภาพในการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -.302 ดังนั้นผลการวิเคราะห์ข้อมูลจึงสามารถอธิบายได้ว่าถ้าระดับของมิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการอยู่ในระดับที่สูง ระดับของสัมพันธภาพในการบำบัดจะต่ำลง เป็นลักษณะความสัมพันธ์แบบผกผัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานที่ 3 มิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการ มีสหสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า มิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการ มีสหสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .346 ดังนั้นผลการวิเคราะห์ข้อมูลจึงสามารถอธิบายได้ว่าถ้าระดับของมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการอยู่ในระดับที่สูง ระดับของการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาจะสูงเช่นกัน เป็นลักษณะความสัมพันธ์แบบผันตรง ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานที่ 4 มิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการ มีสหสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า มิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการมีสหสัมพันธ์ทางลบกับสัมพันธภาพในการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -.179 ดังนั้นผลการวิเคราะห์ข้อมูลจึงสามารถอธิบายได้ว่าถ้าระดับของมิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการอยู่ในระดับที่สูง ระดับของการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาจะต่ำลง เป็นลักษณะความสัมพันธ์แบบผกผัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานที่ 5 การรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยา มีสหสัมพันธ์ทางบวกกับสัมพันธภาพในการบำบัด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยามีสหสัมพันธ์ทางบวกกับสัมพันธภาพในการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .546 ดังนั้นผลการวิเคราะห์ข้อมูลจึงสามารถอธิบายได้ว่าถ้าระดับของการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาอยู่ในระดับที่สูง ระดับของสัมพันธภาพในการบำบัดจะสูงเช่นกัน เป็นลักษณะความสัมพันธ์แบบผันตรง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1 – 5 สรุปได้ตามตารางที่ 3

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 3

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ

ตัวแปร	ANX	AVO	PNIM	WORK
ANX	-			
AVO	-.018	-		
PNIM	.346**	-.179*	(.80)	
WORK	.276**	-.302**	.546**	(.90)

หมายเหตุ. ANX = มิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการ, AVO = มิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการ, PNIM = การรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยา, WORK = สัมพันธภาพในการบำบัด

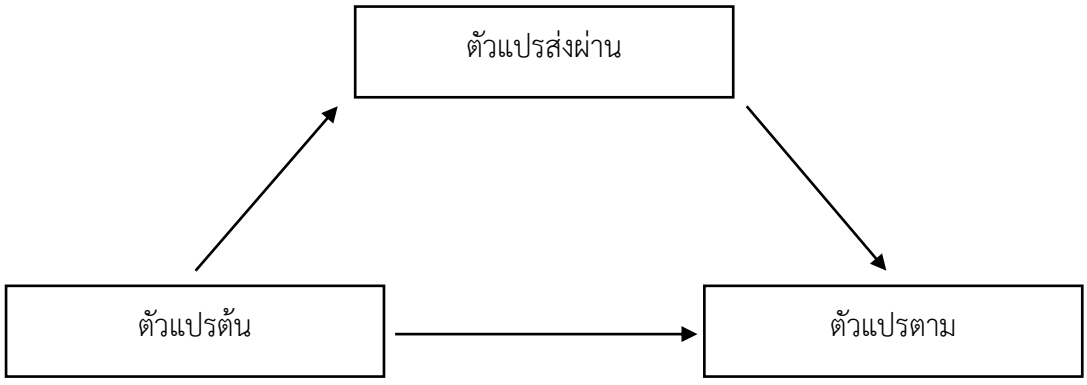
*$p < .05$. **$p < .01$.

ผู้วิจัยทดสอบสมมติฐานด้วยการวิเคราะห์ผลปฏิสัมพันธ์ด้วยคำสั่ง PROCESS (Hayes et al., 2017) โดยเป็นกระบวนการเสริมของโปรแกรม SPSS ซึ่งใช้ในการวิเคราะห์รูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่มีอิทธิพลจากตัวแปรส่งผ่าน ผู้วิจัยเลือกรูปแบบความสัมพันธ์ที่ 4 (Model 4) เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ผลผ่านคำสั่ง PROCESS เนื่องจากเป็นรูปแบบที่ใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ 2 ตัวแปรและตัวแปรตาม 1 ตัวแปร โดยวิเคราะห์ทั้งผลทางตรง (Direct effect) และผลทางอ้อม (Indirect effect) ของตัวแปรอิสระต่อตัวแปรตาม โมเดลที่ใช้วิเคราะห์แสดงดังภาพที่ 2

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาพที่ 2

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ 2 ตัวแปรและตัวแปรตาม 1 ตัวแปร



สมมติฐานที่ 6 การรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่านในความสัมพันธ์ระหว่างมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการ กับสัมพันธภาพในการบำบัด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4

ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการ ในการทำนายสัมพันธภาพในการบำบัด โดยมีการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่าน

ตัวแปร		**ตัวแปร**						
		M (PNIM)				**Y (WORK)**		
		Coeff.	***SE***	***p***		***Coeff.***	***SE***	***p***
X (ANX)	*a*	0.34	.08	< .001	*c'*	0.22	.17	.20
M (PNIM)					*b*	1.16	.17	< .001
Constant	i_1	21.93	1.19	< .001	i_2	23.76	4.51	< .001
		R^2 = .12				R^2 = .31		
		$F(1,135) = 18.41, p < .001$				$F(2,134) = 29.62, p < .001$		

หมายเหตุ. ANX = มิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการ, PNIM = ผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยา, WORK = สัมพันธภาพในการบำบัด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

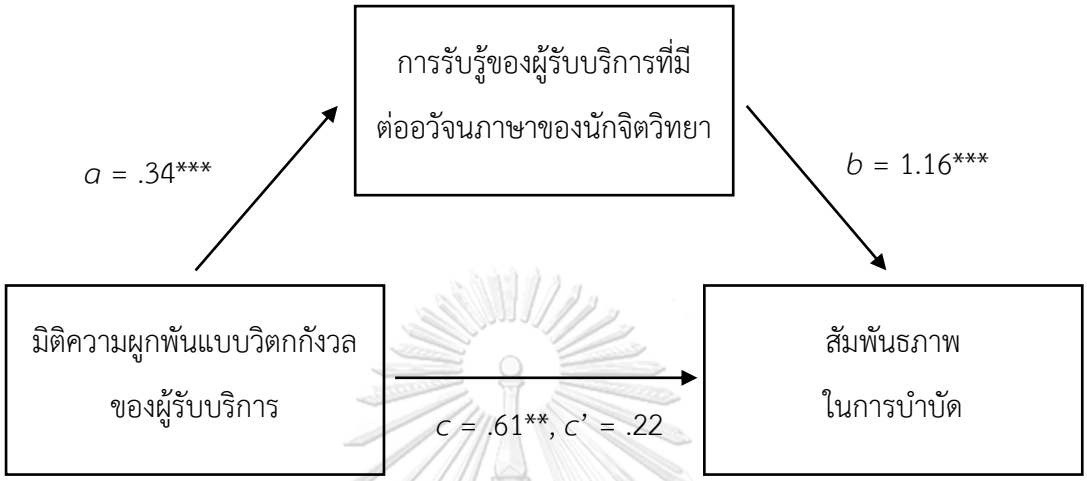
จากการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติข้างต้นพบว่า ตัวแปรทั้งหมดสามารถเขียนสมการถดถอยของสัมพันธภาพในการบำบัดได้ดังนี้

M = 21.93 + .34X

Y = 23.76 + .22X + 1.16M

ภาพที่ 3

โมเดลของการวิเคราะห์ข้อมูลในกระบวนการ PROCESS โดยมีตัวแปรต้นคือมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการ



*อิทธิพลทางตรง (Direct Effect) ของมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการต่อสัมพันธภาพในการบำบัด

**อิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect) ของมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการต่อสัมพันธภาพในการบำบัดผ่านการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยา

$^{**}p < .01$. $^{***}p < .001$.

จากการวิเคราะห์ตัวแปรส่งผ่านด้วยโปรแกรม PROCESS พบว่า การรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยามีอิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect) ระหว่างมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการกับสัมพันธภาพในการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่าเท่ากับ ab = .34 (1.16) = .39 หมายความว่าบุคคลที่เคยมีประสบการณ์เข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีระดับของมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการสูงจะมีระดับของการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาที่สูงตามไปด้วย (a = .34) ในขณะเดียวกันบุคคลที่เคยมีประสบการณ์เข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีระดับของการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาสูงจะมีระดับของสัมพันธภาพในการบำบัดที่สูงเช่นกัน (b = 1.16) ซึ่งอิทธิพลทางอ้อมนี้มีความสัมพันธ์ทางสถิติ เมื่อพิจารณาช่วงความเชื่อมั่น Bootstrap ที่มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ .05 และอยู่ในช่วงความเชื่อมั่นที่ .15 กับ .71

อิทธิพลทางตรง (Direct Effect) หรือ *c'* คือค่าความสัมพันธ์ระหว่างมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการกับสัมพันธภาพในการบำบัด โดยมีการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่านที่มีค่าคงที่ มีค่าเท่ากับ .22 เมื่อพิจารณาค่า PROCESS หมายความว่ามิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับสัมพันธภาพในการบำบัด เมื่อการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่านที่มีค่าคงที่ ($t(134) = 1.28$, $p = .20$) และมีช่วงความเชื่อมั่น อยู่ในช่วง -.12 กับ .56

อิทธิพลรวม (Total Effect) ระหว่างมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการกับสัมพันธภาพในการบำบัด โดยมีการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่าน หรือ *c* คือผลรวมระหว่างอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อม มีค่าเท่ากับ $c = c' + (ab1) = .22 + (.34(1.16) = .61$ หมายความว่ามิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการมีความสัมพันธ์กับสัมพันธภาพในการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่าน ($t(135) = .61$, $p < .01$) และมีช่วงความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .25 กับ .98

จากการวิเคราะห์ตัวแปรส่งผ่านสรุปได้ว่าการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยามีบทบาทเป็นตัวแปรส่งผ่านของความสัมพันธ์ระหว่างมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการกับสัมพันธภาพในการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สมมติฐานที่ 7 การรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่านในความสัมพันธ์ระหว่างมิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการ กับสัมพันธภาพในการบำบัด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5

ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรมิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการ ในการทำนายสัมพันธภาพในการบำบัด โดยมีการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่าน

ตัวแปร		**ตัวแปร**						
		M (PNIM)				Y (WORK)		
		Coeff.	***SE***	***p***		***Coeff.***	***SE***	***p***
X (ANX)	*a*	-0.16	.08	< .05	*c'*	-0.43	.14	< .01
M (PNIM)					*b*	1.15	.16	< .001
Constant	i_1	30.53	1.87	< .001	i_2	37.36	6.06	< .001
		R^2 = .03				R^2 = .34		
		$F(1,135) = .446, p < .05$				$F(2,134) = 34.73, p < .001$		

หมายเหตุ. AVO = มิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการ, PNIM = ผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยา, WORK = สัมพันธภาพในการบำบัด

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติข้างต้นพบว่า ตัวแปรทั้งหมดสามารถเขียนสมการถดถอยของสัมพันธภาพในการบำบัดได้ดังนี้

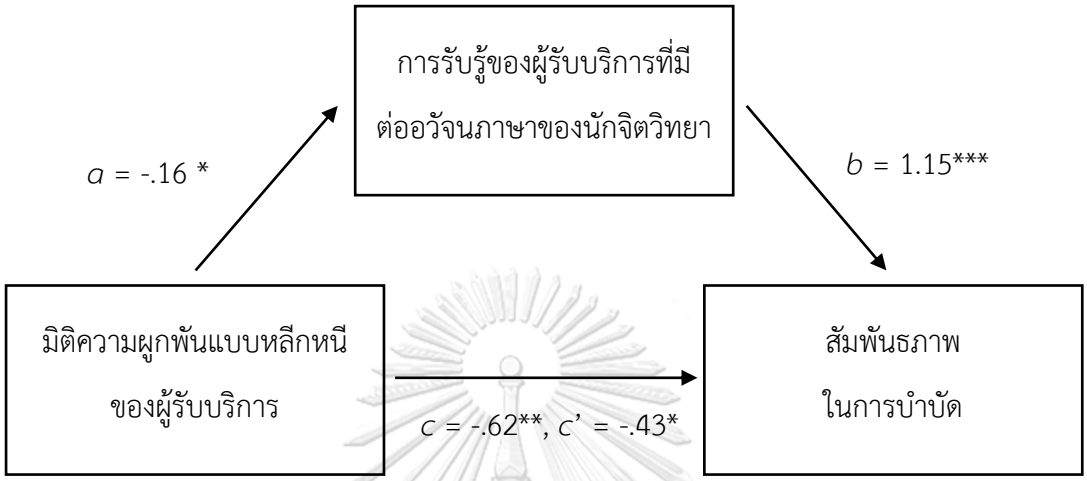
M = 30.53 - .16X

Y = 37.36 - .43X + 1.15M

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาพที่ 4

โมเดลของการวิเคราะห์ข้อมูลในกระบวนการ PROCESS โดยมีตัวแปรต้นคือมิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการ



*อิทธิพลทางตรง (Direct Effect) ของมิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการต่อสัมพันธภาพในการบำบัด

**อิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect) ของมิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการต่อสัมพันธภาพในการบำบัดผ่านการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยา

*$p < .05$. **$p < .01$. ***$p < .001$.

จากการวิเคราะห์ตัวแปรส่งผ่านด้วยโปรแกรม PROCESS พบว่า การรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยามีอิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect) ระหว่างมิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการกับสัมพันธภาพในการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่าเท่ากับ ab = -.16 (1.15) = -.184 หมายความว่าบุคคลที่เคยมีประสบการณ์เข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีระดับของมิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการสูงจะมีระดับของการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาที่ต่ำลง (a = -.16) ในขณะเดียวกันบุคคลที่เคยมีประสบการณ์เข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีระดับของการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาสูงจะมีระดับของสัมพันธภาพในการบำบัดที่สูงเช่นกัน (b = 1.15) ซึ่งอิทธิพลทางอ้อมนี้มีความสัมพันธ์ทางสถิติ เมื่อพิจารณาช่วงความเชื่อมั่น Bootstrap ที่มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ .05 และอยู่ในช่วงความเชื่อมั่นที่ -.41 กับ -.02

อิทธิพลทางตรง (Direct Effect) หรือ *c'* คือค่าความสัมพันธ์ระหว่างมิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการกับสัมพันธภาพในการบำบัด โดยมีการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่านที่มีค่าคงที่ มีค่าเท่ากับ -.43 เมื่อพิจารณาค่า PROCESS หมายความว่า มิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการมีความสัมพันธ์ทางสถิติกับสัมพันธภาพในการบำบัด เมื่อการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่านที่มีค่าคงที่ ($t(134) = -2.97$, $p < .05$) และมีช่วงความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง -.72 กับ -.14

อิทธิพลรวม (Total Effect) ระหว่างมิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการกับสัมพันธภาพในการบำบัด โดยมีการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่าน หรือ *c* คือผลรวมระหว่างอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อม มีค่าเท่ากับ $c = c' + (ab1) = -.43 + (-.16(1.15) = -.62$ หมายความว่ามิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการมีความสัมพันธ์กับสัมพันธภาพในการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่าน ($t(135) = -3.69$, $p < .01$) และมีช่วงความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง -.94 กับ -.28

จากการวิเคราะห์ตัวแปรส่งผ่านสรุปได้ว่าการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยามีบทบาทเป็นตัวแปรส่งผ่านของความสัมพันธ์ระหว่างมิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการกับสัมพันธภาพในการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

เนื่องจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้รับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง จะมีระดับสัมพันธภาพในการบำบัดกับนักจิตวิทยาในระดับสูงเช่นกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่มิติความผูกพันแบบวิตกกังวลจะมีสหสัมพันธ์ทางลบกับสัมพันธภาพในการบำบัด อย่างไรก็ตามก็ได้มีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่ได้พบผลคล้ายกันคือ Mallinckrodt และคณะ (2005) พบว่ารูปแบบความผูกพันแบบวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับสัมพันธภาพในการบำบัด ความวิตกกังวลนี้มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับองค์ประกอบด้านภาระงาน (tasks) และเป้าหมาย (goals) ที่มีร่วมกันของนักจิตวิทยาการปรึกษาและผู้รับบริการ แต่ไม่ได้ส่งผลต่อองค์ประกอบด้านสายสัมพันธ์ (bond) ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลกับแต่ละองค์ประกอบของสัมพันธภาพในการบำบัด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมพบว่าผู้รับบริการที่มีมิติความผูกพันแบบวิตกกังวล มีสหสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญกับองค์ประกอบด้านสายสัมพันธ์ (bond) (r = .258, p < .01) และภาระงานที่ตกลงร่วมกัน (task) (r = .24, p < .01) ส่วนในด้านเป้าหมายที่มีร่วมกัน (goal) ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีร่วมกัน (r = .142) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบความผูกพันและองค์ประกอบของสัมพันธภาพในการบำบัด

	bond	task	goal
anxiety	.258**	.240**	.142
avoidance	-.312***	-.304***	-.198*

*p < .05. **p < .01. ***p < .001.

ตารางที่ 7

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานงานวิจัย

สมมติฐานการวิจัย	ผลการทดสอบสมมติฐาน
สมมติฐานที่ 1 มิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการมีสหสัมพันธ์ทางลบกับสัมพันธภาพในการบำบัด	ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานงานวิจัย
สมมติฐานที่ 2 มิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการมีสหสัมพันธ์ทางลบกับสัมพันธภาพในการบำบัด	สอดคล้องกับสมมติฐานงานวิจัย
สมมติฐานที่ 3 มิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการมีสหสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยา	ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานงานวิจัย
สมมติฐานที่ 4 มิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการมีสหสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยา	สอดคล้องกับสมมติฐานงานวิจัย
สมมติฐานที่ 5 การรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยา มีสหสัมพันธ์ทางบวกกับสัมพันธภาพในการบำบัด	สอดคล้องกับสมมติฐานงานวิจัยบางส่วน

	สมมติฐานการวิจัย	ผลการทดสอบสมมติฐาน
สมมติฐานที่ 6	การรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่านในความสัมพันธ์ระหว่างมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการ กับสัมพันธภาพในการบำบัด	สอดคล้องกับสมมติฐานงานวิจัย
สมมติฐานที่ 7	การรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่านในความสัมพันธ์ระหว่างมิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการกับสัมพันธภาพในการบำบัด	สอดคล้องกับสมมติฐานงานวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้ เพื่อศึกษาสัมพันธภาพระหว่างมิติความผูกพันของผู้รับบริการและสัมพันธภาพในการบำบัด โดยมี การรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่าน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีประสบการณ์รับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาจำนวน 137 คน อายุเฉลี่ยเท่ากับ 25.72 $\pm$ 7.089 ปี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามอวัจนภาษาของนักจิตวิทยา 2) แบบสอบถามสัมพันธภาพในการบำบัด 3) แบบสอบถามรูปแบบความผูกพัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่มีอิทธิพลจากตัวแปรส่งผ่านด้วยคำสั่ง PROCESS (Hayes et al., 2017) ผลการวิจัยพบว่า มิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการ มีค่าสหสัมพันธ์ทางบวกกับสัมพันธภาพในการบำบัด (r = .276, p < .01) ในขณะที่มิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการมีค่าสหสัมพันธ์ทางลบกับสัมพันธภาพในการบำบัด (r = -.302, p < .01) ส่วนมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการ มีค่าสหสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยา (r = .346, p < .01) ในขณะที่มิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการมีค่าสหสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยา (r = -.179, p < .05) นอกจากนี้ การรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยามีค่าสหสัมพันธ์ทางบวกกับสัมพันธภาพในการบำบัด (r = .546, p < .01) โดยการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยามีบทบาทเป็นตัวแปรส่งผ่านของสัมพันธภาพระหว่างมิติความผูกพันแบบวิตกกังวล และมิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการ (ab = .34(1.16) = .39, ab = -.16 (1.15) = -.18 ตามลำดับ)

สมมติฐานการวิจัย

1. มิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการ มีสหสัมพันธ์ทางลบกับสัมพันธภาพในการบำบัด

2. มิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการ มีสหสัมพันธ์ทางลบกับสัมพันธภาพในการบำบัด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

3. มิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการ มีสหสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยา

4. มิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการ มีสหสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยา

5. การรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยา มีสหสัมพันธ์ทางบวกกับสัมพันธภาพในการบำบัด

6. การรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่านในความสัมพันธ์ระหว่างมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการ กับสัมพันธภาพในการบำบัด

7. การรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่านในความสัมพันธ์ระหว่างมิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการ กับสัมพันธภาพในการบำบัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามอวัจนภาษาของนักจิตวิทยา (The Physician Nonverbal Immediacy Measure: PNIM) ของ Richmond และคณะ (2001) พัฒนาโดยผู้วิจัย มีข้อคำถามทั้งหมดทั้งหมด 9 ข้อ แบบสอบถามชุดนี้มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ ผู้ตอบแบบสอบถามสำรวจตนเองในแต่ละข้อคำถามที่แสดงถึงความถี่ต่อพฤติกรรมของนักจิตวิทยาที่มีต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยในกระบวนการปรึกษา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2. แบบสอบถาม Working Alliance Inventory – Short Form: Client Version ของ Tracey และ Kokotovic (1989) ได้รับการพัฒนาโดย ธนพล เลี้ยงสุขสันต์ (2562) แบบสอบถามชุดนี้มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Likert Scale) 7 ระดับ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นการรายงานตนเองเกี่ยวกับคุณสมบัติของสัมพันธภาพในการบำบัดภายใต้กระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ

3. แบบสอบถาม Experiences in Close Relationships Scale – Short For (ECR-S: Wei et al., 2007) ได้รับการพัฒนาโดย ธนพล เลี้ยงสุขสันต์ (2562) แบบสอบถามชุดนี้มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Likert Scale) 7 ระดับ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นการรายงานตนเองเพื่อประเมิน

รูปแบบความผูกพันของผู้รับบริการที่มีต่อสัมพันธภาพแบบใกล้ชิดกับนักจิตวิทยาการปรึกษา ประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ

อภิปรายผล

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 มิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการ มีสหสัมพันธ์ทางลบกับสัมพันธภาพในการบำบัด

ผลการทดสอบสมมติฐาน *ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้*

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า มิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการ มีสหสัมพันธ์ทางบวกกับสัมพันธภาพในการบำบัด ($r = .276, p < .01$) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ที่มีประสบการณ์รับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา โดยมีขนาดความสัมพันธ์ระดับปานกลาง (Cohen, 1977)

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้รับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง จะมีระดับสัมพันธภาพในการบำบัดกับนักจิตวิทยาในระดับสูงเช่นกัน Bartholomew และ Horowitz (1991) ได้อธิบายถึงบุคคลที่มีคะแนนความผูกพันในมิติที่มองตนเองทางลบ ว่าจะมองตนเองทางลบ และมองผู้อื่นทางบวก รูปแบบนี้จะมีความรู้สึกลึกๆว่าตนเองไม่มีคุณค่าเพียงพอสำหรับความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้อื่น บุคคลจึงพยายามอย่างมากที่จะสานความสัมพันธ์เพื่อยืนยันคุณค่าของตนเอง Berry และคณะ (2018) ได้พบว่า มิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการมีสหสัมพันธ์ทางบวกกับสัมพันธภาพในการบำบัดโดยการประเมินจากนักจิตวิทยาการปรึกษา แต่ไม่พบผลลัพธ์นี้จากการประเมินโดยผู้รับบริการเอง ซึ่งเป็นไปได้ที่ผู้รับบริการที่มีความผูกพันแบบวิตกกังวลในความสัมพันธ์แบบใกล้ชิด ประเมินสัมพันธภาพในการบำบัดที่เข้มแข็ง เนื่องจากวิตกกังวลที่จะไม่ได้รับความช่วยเหลือพึ่งพา จึงพยายามอย่างยิ่งในการสร้างความประทับใจแก่นักจิตวิทยาด้วยการคล้อยตาม และแสดงความร่วมมือนักจิตวิทยาการปรึกษาในกระบวนการปรึกษา เพื่อตอบสนองความต้องการความสัมพันธ์แบบใกล้ชิด

นอกจากนี้ Mallinckrodt และคณะ (2005) พบว่ามิติความผูกพันแบบวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับสัมพันธภาพในการบำบัด ความวิตกกังวลนี้มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมี

นัยสำคัญกับองค์ประกอบด้านภาระงาน (tasks) และเป้าหมาย (goals) ที่มีร่วมกันของนักจิตวิทยาการปรึกษาและผู้รับบริการ แต่ไม่ได้ส่งผลต่อองค์ประกอบด้านสายสัมพันธ์ (bond) ผู้วิจัยกล่าวว่ายิ่งผู้รับบริการมีความวิตกกังวลจากรูปแบบความผูกพันสูงนั้นส่งผลต่อความยากลำบากในการสร้างข้อตกลงที่มีร่วมกันในเรื่องภาระงานและเป้าหมายในการบำบัดมากกว่า การสานสัมพันธภาพทางด้านความรู้สึกกับนักจิตวิทยาการปรึกษา

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมพบว่าได้ผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับงานวิจัยข้างต้น คือ ผู้รับบริการที่มีมิติความผูกพันแบบวิตกกังวล มีสหสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญกับองค์ประกอบด้านสายสัมพันธ์ (bond) (r = .258, p < .01) และภาระงานที่ตกลงร่วมกัน (task) (r = .24, p < .01) ส่วนในด้านเป้าหมายที่มีร่วมกัน (goal) ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีร่วมกัน (r = .142) ซึ่งเป็นไปได้ที่ผู้รับบริการที่มีรูปแบบความผูกพันแบบวิตกกังวล มองว่าตนเองไม่มีคุณค่าเพียงพอสำหรับความสัมพันธ์แบบใกล้ชิด จึงพยายามอย่างยิ่งในการแสดงถึงความเชื่อมั่น และตอบรับความอบอุ่นจากนักจิตวิทยา

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 มิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการ มีสหสัมพันธ์ทางลบกับสัมพันธภาพในการบำบัด

ผลการทดสอบสมมติฐาน *สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้*

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า มิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการ มีค่าสหสัมพันธ์ทางลบกับสัมพันธภาพในการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.302, p < .01) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ที่มีประสบการณ์รับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา โดยมีขนาดความสัมพันธ์ระดับปานกลาง (Cohen, 1977)

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้รับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีมิติความผูกพันแบบหลีกหนีสูง ระดับของสัมพันธภาพในการบำบัดจะต่ำลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Eames และ Roth (2000) ที่ศึกษาผลกระทบของความผูกพันของผู้รับบริการในช่วงเริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพในการบำบัดโดยนักจิตวิทยาการปรึกษา ซึ่งพบว่าผู้รับบริการที่มีมิติความผูกพันแบบหลีกหนีสูง มีแนวโน้มที่ความสำเร็จในการสร้างสัมพันธภาพในการบำบัดจะต่ำลง รวมถึง สอดคล้องกับการศึกษา Marmarosh และคณะ (2009) ที่ศึกษาการรับรู้ของทั้งผู้รับบริการและนักจิตวิทยาที่มีต่อสัมพันธภาพในการบำบัด

ความผูกพัน และผลสัมฤทธิ์ในการบำบัดในศูนย์บริการปรึกษาในมหาวิทยาลัย พบว่าผู้รับบริการที่มีมิติความผูกพันแบบหลีกหนีมักจะมีสัมพันธภาพกับนักจิตวิทยาการปรึกษาในระดับต่ำ (Marmarosh et al., 2009)

จากผลการศึกษาข้างต้นสามารถอธิบายได้ผู้รับบริการที่กักเก็บความรู้สึก ไม่เชื่อมั่นว่าบุคคลอื่นจะสามารถช่วยเหลือปัญหาที่ตนกำลังเผชิญอยู่ได้ หรือจากการรับรู้ว่าปัญหาที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่นั้นไม่จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น การร้องขอหรือความพร้อมในการเข้ารับบริการปรึกษาจึงเกิดขึ้นอย่างไม่เต็มใจ ซึ่งไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่เข้มแข็งกับนักจิตวิทยาการปรึกษาได้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 มิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการ มีสหสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยา

ผลการทดสอบสมมติฐาน *ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้*

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า มิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการ มีสหสัมพันธ์ทางบวกกับสัมพันธภาพในการบำบัด ($r = .346, p < .01$) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ที่มีประสบการณ์รับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา โดยมีขนาดความสัมพันธ์ระดับปานกลาง (Cohen, 1977) ดังนั้นจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลจึงสามารถอธิบายได้ว่าถ้าระดับของมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการอยู่ในระดับที่สูง ระดับของการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาจะสูงเช่นกัน ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาของ Collins และ Feeney (2000) ที่ศึกษาความผูกพันของผู้ใหญ่จำนวน 93 คน โดยบันทึกวีดีโอการปฏิสัมพันธ์กับคู่เดทขณะเปิดเผยปัญหาส่วนตัวของตนเองให้อีกฝ่ายรับรู้ โดยพบว่าผู้ที่มีมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลสูงมีแนวโน้มรับรู้และตอบสนองต่ออวัจนภาษาของอีกฝ่ายต่ำ

หากแต่ก็มีการศึกษาก่อนหน้าของ Feeney และคณะ (1994) พบว่าในช่วง 2 ปีแรกของการแต่งงาน ผู้ที่มีมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลสูงนั้น มีแนวโน้มผิดพลาดในการตีความการแสดงออกทางสีหน้าของอีกฝ่าย (facial expression) ทั้งด้านบวกและด้านลบ นอกจากนี้ ผู้ที่มีมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลสูง มีระดับของการสังเกตต่อการแสดงสีหน้าโกรธและมีความสุขในระดับสูงมากกว่าผู้ที่มีมิติความผูกพันแบบมั่นคง (Schachner et al., 2005)

ด้วยข้อจำกัดของการวิจัยปัจจุบันที่ไม่สามารถระบุคุณภาพอวัจนภาษาของนักจิตวิทยาในกระบวนการปรึกษาได้ นอกจากนี้จากประสบการณ์ของผู้วิจัยไม่พบการศึกษาตามการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างมิติความผูกพัน กับการรับรู้ที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยา ในบริบทของกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยา ซึ่งหากยึดตามผลลัพธ์ของงานวิจัยปัจจุบันและงานวิจัยข้างต้นอาจกล่าวได้ว่าผู้ที่มีมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลมีลักษณะต้องการความใส่ใจดูแล และสนับสนุนจากความสัมพันธ์แบบใกล้ชิดในระดับสูง ความกลัวที่จะถูกปฏิเสธ และเพื่อป้องปกตัวเองจากความทุกข์ที่จะถูกทอดทิ้ง ผู้ที่มีมิติความผูกพันแบบวิตกกังวล จึงแสดงความใส่ใจกับอวัจนภาษาของนักจิตวิทยาในกระบวนการปรึกษามากกว่าปกติ

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 มิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการ มีสหสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยา

ผลการทดสอบสมมติฐาน *สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้*

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์แบบเพียร์สัน จึงสามารถอธิบายได้ว่าถ้าระดับของมิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการอยู่ในระดับที่สูง ระดับของการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาจะต่ำลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.179, p < .05) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ที่มีประสบการณ์รับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

ดังนั้นจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลจึงสามารถอธิบายได้ว่าถ้าระดับของมิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการอยู่ในระดับที่สูง ระดับของการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาจะต่ำลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Mikulincer และ Horesh (1999) การรับรู้ของบุคคลที่มีมิติความผูกพันแบบหลีกหนีนั้นจะมีลักษณะการปกป้องตัวเองจากการรับรู้สิ่งที่ตนเองไม่ต้องการ (unwanted-self) ซึ่งเป็นเหตุผลในการรักษาระยะห่างจากบุคคลที่ไม่ประสงค์จะสานสัมพันธ์

ผู้รับบริการที่มีมิติความผูกพันแบบหลีกหนี หลีกเลี่ยงสัมพันธภาพแบบใกล้ชิด และมีแนวโน้มต่อต้านสัมพันธภาพในกระบวนการปรึกษากับนักจิตวิทยา มีความเป็นไปได้ว่า ผู้รับบริการที่มีมิติความผูกพันแบบหลีกหนี ใส่ใจกับการสังเกตพฤติกรรมของนักจิตวิทยาน้อย ทำให้การสื่อสารผ่านอวัจนภาษาของนักจิตวิทยาไม่สามารถส่งต่อไปถึงผู้รับบริการได้อย่างครบถ้วน

สมมติฐานที่ 5 การรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยา มีสหสัมพันธ์ทางบวกกับสัมพันธภาพในการบำบัด

ผลการทดสอบสมมติฐาน *สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้*

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจึงสามารถอธิบายได้ว่าถ้าระดับของการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาอยู่ในระดับที่สูง ระดับของสัมพันธภาพในการบำบัดจะสูง (r = .546, p < .01) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Grace และคณะ (1995) ที่ศึกษาการรับรู้และการแสดง อวัจนภาษาของนักจิตวิทยาฝึกหัด (trainee counselor) ที่มีต่อการประเมินความเข้มแข็งในสัมพันธภาพในการบำบัดของผู้รับบริการ พบว่านักจิตวิทยาฝึกหัดที่มีประสิทธิภาพในการสื่อสารความรู้สึกผ่านวัจนภาษาและอวัจนภาษาสูง มีแนวโน้มที่สัมพันธภาพในการบำบัดสูงด้วย รวมถึงงานวิจัยของ Toriello และ Strohmer (2004) ศึกษาอวัจนภาษาของนักจิตวิทยา (เช่นการสบตา การเคลื่อนไหวของมือสองข้างและการโน้มตัวมาข้างหน้าเล็กน้อย) กับสัมพันธภาพในการบำบัด พบว่ายิ่งนักจิตวิทยาการปรึกษาที่ใช้อวัจนภาษาดังกล่าวในกระบวนการปรึกษา ผู้รับบริการมีแนวโน้มที่จะประเมินความพึงพอใจและความน่าเชื่อถือ รวมถึงแสดงความสนใจที่มีต่อการสร้างสัมพันธภาพกับนักจิตวิทยามากขึ้นด้วย

การสื่อสารความรู้สึกอบอุ่น และน่าเชื่อถือของนักจิตวิทยาแก่ผู้รับบริการผ่านการแสดงออกทางอวัจนภาษา และการที่ผู้รับบริการรับรู้ถึงความรู้สึกจริงใจ และความน่าเชื่อถือที่นักจิตวิทยามอบให้แก่พวกเขาผ่านอวัจนภาษาเหล่านี้ช่วยพัฒนาสายสัมพันธ์ทางความรู้สึกภายในต่อกัน (Sharpley et al., 2006) รวมถึงความเชื่อมั่นที่ก่อตัวขึ้นเป็นการให้ความร่วมมือกับนักจิตวิทยา ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าผู้รับบริการที่สามารถรับรู้ อวัจนภาษาของนักจิตวิทยา จะยิ่งช่วยเพิ่มระดับความสัมพันธ์ในกระบวนการปรึกษาให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สมมติฐานที่ 6 การรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่านในความสัมพันธ์ระหว่างมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการ กับสัมพันธภาพในการบำบัด

ผลการทดสอบสมมติฐาน *สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้*

การรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยามีอิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect) ระหว่างมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการกับสัมพันธภาพในการบำบัดอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ มีค่าเท่ากับ ab = .34(1.16) = .39 หมายความว่าบุคคลที่เคยมีประสบการณ์เข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีระดับของมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการสูงจะมีระดับของการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาที่สูงตามไปด้วย (a = .34) ในขณะเดียวกันบุคคลที่เคยมีประสบการณ์เข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีระดับของการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาสูงจะมีระดับของสัมพันธภาพในการบำบัดที่สูงเช่นกัน (b = 1.16) ซึ่งอิทธิพลทางอ้อมนี้มีความสัมพันธ์ทางสถิติ

อิทธิพลทางตรง (Direct Effect) คือค่าความสัมพันธ์ระหว่างมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการกับสัมพันธภาพในการบำบัด โดยมีการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่านที่มีค่าคงที่ มีค่าเท่ากับ. 21 หมายความว่า มิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับสัมพันธภาพในการบำบัดเมื่อการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่านที่มีค่าคงที่ (t(134) = 1.28 p = .20)

เมื่อพิจารณาผลที่ได้ของอิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลทางตรง พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลของผู้รับบริการกับสัมพันธภาพในการบำบัด มีการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่านที่มีอิทธิพลสมบูรณ์ (full mediation effect) หมายความว่า ความสัมพันธ์ระหว่างมิติความผูกพันแบบวิตกกังวล และสัมพันธภาพในการบำบัดจะเกิดขึ้นโดยมี การรับรู้อวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่านเท่านั้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ผู้วิจัยยังไม่พบการวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ระหว่างมิติความผูกพัน กับสัมพันธภาพในการบำบัดโดยมีอวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่าน หากมีงานวิจัยของ Cho และ Minjeong (2018) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมิติความผูกพันของนักจิตวิทยา กับสัมพันธภาพในการบำบัด โดยมีความเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกของนักจิตวิทยา (Empathy) เป็นตัวแปรส่งผ่าน โดยเป็นการรายงานตนเองของนักจิตวิทยา ซึ่งพบผลลัพธ์ที่คล้ายกับงานวิจัยปัจจุบัน คือ ความเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่านที่มีอิทธิพลสมบูรณ์ (full mediation effect) ในความสัมพันธ์ระหว่าง นักจิตวิทยาที่มีมิติความผูกพันแบบวิตกกังวล และสัมพันธภาพในการบำบัด

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่ามีปัจจัยอื่นที่ส่งผลกระทบต่อการสร้างสัมพันธภาพในการบำบัดที่เข้มแข็งของผู้ที่มีมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลทั้งในแง่มุมของผู้รับบริการ และนักจิตวิทยาการปรึกษา

ซึ่งหากยึดตามผลการวิจัยในปัจจุบันแล้ว ผู้รับบริการที่มีมิติความผูกพันแบบวิตกกังวล มีการรับรู้อวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นปัจจัยหลักในการพัฒนาสัมพันธภาพในการบำบัดที่เข้มแข็ง

สมมติฐานที่ 7 การรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่านในความสัมพันธ์ระหว่างมิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการ กับสัมพันธภาพในการบำบัด

ผลการทดสอบสมมติฐาน *สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้*

การรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยามีอิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect) ระหว่างมิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการกับสัมพันธภาพในการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่าเท่ากับ ab = -.16 (1.15) = -.18 หมายความว่าบุคคลที่เคยมีประสบการณ์เข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีระดับของมิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการสูงจะมีระดับของการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาที่ต่ำลง (a = -.16) ในขณะเดียวกันบุคคลที่เคยมีประสบการณ์เข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีระดับของการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาสูงจะมีระดับของสัมพันธภาพในการบำบัดที่สูงเช่นกัน (b = 1.15) ซึ่งอิทธิพลทางอ้อมนี้มีความสัมพันธ์ทางสถิติ

อิทธิพลทางตรง (Direct Effect) คือค่าความสัมพันธ์ระหว่างมิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการกับสัมพันธภาพในการบำบัด โดยมีการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่านที่มีค่าคงที่ มีค่าเท่ากับ -.43 เมื่อพิจารณาค่า PROCESS หมายความว่ามิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการมีความสัมพันธ์ทางสถิติกับสัมพันธภาพในการบำบัดเมื่อการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่านที่มีค่าคงที่ (t(134) = -2.97, p < .05)

เมื่อพิจารณาผลที่ได้ของอิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลทางตรง พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างมิติความผูกพันแบบหลีกหนีของผู้รับบริการกับสัมพันธภาพในการบำบัด มีการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่านที่มีอิทธิพลบางส่วน (partial mediation effect) หมายความว่า ความสัมพันธ์ระหว่างมิติความผูกพันแบบหลีกหนี และสัมพันธภาพในการบำบัดมีการรับรู้อวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่าน

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ผู้วิจัยยังไม่พบการวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ระหว่างมิติความผูกพัน กับสัมพันธภาพในการบำบัดโดยมีอวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่าน หากมีงานวิจัยของ Cho และ Minjeong (2018) ถึงความสัมพันธ์ระหว่างมิติความผูกพันของนักจิตวิทยา กับสัมพันธภาพในการบำบัด โดยมีการเข้าอกเข้าใจผู้อื่นของนักจิตวิทยา (Empathy) เป็นตัวแปรส่งผ่าน พบว่า นักจิตวิทยาการปรึกษาที่มีมิติความผูกพันแบบหลีกหนีไม่มีความสัมพันธ์กับทั้งสัมพันธภาพในการบำบัด และการเข้าอกเข้าใจผู้อื่น (Empathy) โดยบุคคลที่มีมิติความผูกพันแบบหลีกหนีย่อมอึดอัดใจแก่การสร้างความสัมพันธ์แบบใกล้ชิด ดังนั้นจึงไม่เกิดความพยายามที่จะพัฒนาสัมพันธภาพให้เข้มแข็ง (Bartholomew & Horowitz, 1991)

แต่เป็นที่น่าสนใจเนื่องจากผลของการวิจัยในปัจจุบัน ที่ศึกษาการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีมิติความผูกพันแบบหลีกหนี ซึ่งมีลักษณะต่อต้านการให้ความร่วมมือในกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยา หากแต่ปัจจัยการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีมิติความผูกพันแบบหลีกหนีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยานั้นส่งผลต่อการพัฒนาสัมพันธภาพในการบำบัดที่เข้มแข็ง ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าในแง่มุมของผู้รับบริการที่มีมิติความผูกพันแบบหลีกหนีนั้น ปัจจัยที่มีบทบาทในการพัฒนาสัมพันธภาพในการบำบัดที่เข้มแข็งอาจเป็นการที่ผู้รับบริการสังเกตการแสดงอวัจนภาษาของนักจิตวิทยาภายใต้กระบวนการปรึกษา

ข้อจำกัดในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ซึ่งให้ผลลัพธ์ที่บ่งชี้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความผูกพันของผู้รับบริการ การรับรู้อวัจนภาษาของผู้รับบริการ และสัมพันธภาพในการบำบัด แต่ไม่สามารถสรุปได้ว่าตัวแปรใดเป็นต้นตอของตัวแปรใด ซึ่งต้องอาศัยงานวิจัยเชิงทดลองในอนาคตมารองรับ

ข้อจำกัดเกี่ยวกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากอายุของผู้เข้าร่วมการวิจัย ที่ร้อยละ 63.5 อยู่ในช่วง 21 – 30 ปี ซึ่งอยู่ในช่วง วัยรุ่นตอนปลาย จนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ทำให้ผลการศึกษานี้ยังขาดความสามารถในการอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรของผู้รับบริการปรึกษาทางจิตวิทยาได้ นอกจากนี้ด้วยข้อจำกัดด้านการเก็บข้อมูลผ่านช่องทางออนไลน์เพียงช่องทางเดียว ทำให้การเข้าถึงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปอย่างจำกัด โดยลักษณะของผู้ที่เข้าถึงข้อมูลส่วนใหญ่ (กลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น) คือ กลุ่มที่ชำนาญ และใช้เครือข่ายออนไลน์เป็นประจำ

นอกจากนี้การศึกษานี้มุ่งความสนใจไปที่การประเมินของผู้รับบริการเป็นหลัก (self-report) หากแต่ยังขาดปัจจัยภายในของนักจิตวิทยาผู้ให้บริการปรึกษา ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพในการบำบัด เช่น ประสิทธิภาพในการแสดงออกทางอวัจนภาษาของนักจิตวิทยา ประสบการณ์ของนักจิตวิทยาในการให้บริการปรึกษา มิติความผูกพันของนักจิตวิทยา และการรับรู้ความสามารถตนเองของนักจิตวิทยาการปรึกษา (Counselor's efficacy) เป็นต้น นอกจากนี้การศึกษานี้ยังไม่ครอบคลุมถึงปัจจัยเชิงลึกเกี่ยวกับอวัจนภาษาที่มีประสิทธิภาพ เนื่องด้วย PNIM เป็นมาตรที่วัดความถี่ของการรับรู้อวัจนภาษาเท่านั้น ดังนั้นหากการวิจัยในอนาคตที่สามารถนำคุณภาพของการแสดงอวัจนภาษาที่เกิดขึ้นภายใต้กระบวนการปรึกษามาศึกษาร่วมด้วยผ่านการบันทึกวิดีโอพฤติกรรมของนักจิตวิทยาแล้วนั้นจะสามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการอธิบายปรากฏการณ์ของความสัมพันธ์ดังกล่าวให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาเชิงทดลองในอนาคตของ มิติความผูกพัน สัมพันธภาพในการบำบัด และการรับรู้อวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเพื่อเพิ่มความเข้าใจปรากฏการณ์นี้ในเชิงเหตุและผลมากขึ้นทั้งตามการประเมินของผู้รับบริการ และนักจิตวิทยาที่ให้บริการปรึกษา รวมทั้งลักษณะที่หลากหลายมากยิ่งขึ้นในกลุ่มตัวเองที่อาจจะมีความแตกต่างกันเรื่องการรับรู้ภายใต้ความสัมพันธ์นี้

จากผลลัพธ์ของการวิจัยในมิติความผูกพัน กับสัมพันธภาพในการบำบัด พบว่า การพัฒนาสัมพันธภาพในการบำบัด มีปัจจัยการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาการปรึกษาเป็นส่วนหนึ่ง ซึ่งหากยึดตามผลลัพธ์ของการศึกษานี้แล้ว การรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออวัจนภาษาของนักจิตวิทยาการปรึกษาจึงเป็นอีกปัจจัยที่ควรคำนึงในการพัฒนาสัมพันธภาพในการบำบัดผ่านการส่งเสริมศักยภาพของนักจิตวิทยาในด้านการแสดงออกซึ่งอวัจนภาษาที่ใช้ในกระบวนการปรึกษาและพิจารณาปัจจัยด้านปัจเจกบุคคลของผู้รับบริการร่วมด้วย โดยเฉพาะกับผู้รับบริการที่มีมิติความผูกพันแบบวิตกกังวล เนื่องจาก สำหรับผู้รับบริการที่มีมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลนั้นการรับรู้อวัจนภาษาของนักจิตวิทยาเป็นปัจจัยหลักของสัมพันธภาพที่เข้มแข็ง

ข้อค้นพบจากการวิจัยทำให้ได้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะความผูกพันและการรับรู้อวัจนภาษาของผู้รับบริการ เพื่อค้นหาแนวทางที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการสร้างสัมพันธภาพในการบำบัดที่เข้มแข็ง พบว่าผู้รับบริการที่มีความผูกพันแบบวิตกกังวลมีแนวโน้มตอบรับ

ความอบอุ่นผ่านอวัจนภาษาของนักจิตวิทยามากกว่าผู้รับบริการทั่วไปอันเกิดจากความไม่มั่นคงปลอดภัยที่จะสร้างสัมพันธภาพแบบใกล้ชิด และวิตกกังวลต่อการถูกถอดทิ้ง ซึ่งอาจส่งผลดีแก่การพัฒนาสัมพันธภาพในระยะเริ่มต้นในด้านของสายสัมพันธ์ทางอารมณ์ หากแต่ผู้รับบริการที่มีมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลมีธรรมชาติของการพึ่งพิงผู้อื่นในความสัมพันธ์แบบใกล้ชิดสูงอันจะส่งผลต่อการริเริ่มแก้ไขปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ด้วยตนเอง ดังนั้นการบริการปรึกษาแก่ผู้รับบริการที่มีมิติความผูกพันแบบวิตกกังวลนั้นการกำหนดขอบเขตที่ชัดเจนในด้านภาระงานและเป้าหมายในการบำบัดของทั้งนักจิตวิทยาและผู้รับบริการ เช่นการที่นักจิตวิทยาชวนผู้รับบริการสำรวจถึงความยากลำบากปัจจุบันและความต้องการของผู้รับบริการที่มีต่อชีวิตของตนเอง นอกจากนี้การกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบในกระบวนการปรึกษาอย่างชัดเจน เพื่อป้องกันการพึ่งพานักจิตวิทยาเกินขอบเขตการบริการที่จะเอื้อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและสนับสนุนทางด้านอารมณ์ของผู้รับบริการ

สำหรับผู้รับบริการที่มีมิติความผูกพันแบบหลีกหนีมีลักษณะของการตอบรับความอบอุ่นผ่านอวัจนภาษาของนักจิตวิทยาในระดับต่ำ การสร้างสัมพันธภาพที่เข้มแข็งกับผู้อื่นเกิดขึ้นได้ยาก เพราะขาดความเชื่อมั่นว่าบุคคลอื่นจะสามารถแก้ไขปัญหาที่ตนกำลังเผชิญอยู่ได้ หรือการมองว่าอุปสรรคที่ตนเองกำลังเผชิญนั้นไม่ได้มีความจำเป็นที่จะต้องร้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ดังนั้นสายสัมพันธ์ที่นักจิตวิทยาพยายามพัฒนาให้เกิดขึ้นจึงจำเป็นต้องเพิ่มเติมปัจจัยของการติดตามการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่อกระบวนการที่นักจิตวิทยามอบให้ ผ่านการสอบถามผู้รับบริการอย่างตรงไปตรงมาเพื่อติดตามความความรู้สึกปัจจุบันและพัฒนาความใส่ใจของผู้รับบริการที่จะสร้างสัมพันธภาพกับนักจิตวิทยา การสื่อสารแบบอวัจนภาษาของนักจิตวิทยาก็มีแนวโน้มที่จะได้ทำหน้าที่ในการสื่อสารความรู้สึกแก่ผู้รับบริการมากยิ่งขึ้นด้วย

นอกจากนี้สำหรับผู้ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาหลักสูตรทางด้านจิตวิทยาการปรึกษา ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในอวัจนภาษาของนักจิตวิทยาซึ่งควรค่าแก่การพิจารณาทั้งในแง่ของการศึกษาวิจัย และการฝึกอบรมเพื่อพัฒนากระบวนการปรึกษาของนักจิตวิทยา

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

ณัฐสุดา เต้พันธ์. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบความผูกพัน และเจตคติในการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพของนักศึกษา* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. Chulalongkorn University Intellectual Repository. https://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/65186

ธนพล เลี้ยงสุขสันต์. (2562). *โมเดลสมการโครงสร้างพหุระดับของความร่วมมือเชิงการปรึกษา* [Unpublished วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศรีประไพ ลดาวัลย์. (2524). *ผลของอวัจนพฤติกรรมของนักจิตวิทยาการปรึกษาต่อระดับการรับรู้ของผู้บริการเกี่ยวกับความเข้าใจสาระและความรู้สึกและการยอมรับนับถือ* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. Chulalongkorn University Intellectual Repository. http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/40541

ภาษาอังกฤษ

Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist charcteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*(1), 1-33. https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00146-0

Ainsworth, M. D. S. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*. Johns Hopkins Press.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum.

Andersen, J. F. (1979). Teacher immediacy as a predictor of teaching effectiveness. In D. Nimmo (Ed.), *Communication yearbook 3* (pp. 543-559). The international Communication Association; Transaction Books.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Andrews, H. B. (2000). The myth of the scientist-practitioner: A reply to R. King (1998) and N. King and Ollendick (1998). *Australian Psychologist, 35*(1), 60-63. https://doi.org/10.1080/00050060008257468

Arnow, B. A., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M. J., Markowitz, J. C., Klein, D. N., Thase, M. E., Kocsis, J. H., & Rush, A. J. (2007). Dropouts versus completers among chronically depressed outpatients. *Journal of Affective Disorders, 97*(1-3), 197-202. https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.06.017

Bachelor, A., Meunier, G., Laverdière, O., & Gamache, D. (2010). Client attachment to therapist: Relation to client personality and symptomatology, and their contributions to the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47*(4), 454-468. https://doi.org/10.1037/a0022079

Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*(2), 226-244. https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226

Bartz, A. E. (1999). *Basic statistical concept*. Prentice-Hall.

Berant, E., & Obegi, J. H. (2009). Attachment-informed psychotherapy research with adults. In J. H. Obegi & E. Berant (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (pp. 461-489). The Guilford Press.

Bernecker, S. L., Levy, K. N., & Ellison, W. D. (2014). A meta-analysis of the relation between patient adult attachment style and the working alliance. *Psychotherapy Research, 24*(1), 12-24. https://doi.org/10.1080/10503307.2013.809561

Berry, K., Palmer, T., Gregg, L., Barrowclough, C., & Lobban, F. (2018). Attachment and therapeutic alliance in psychological therapy for people with recent onset

psychosis who use cannabis. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 25*(3), 440-445. https://doi.org/10.1002/cpp.2178

Bohart, A. C., & Tallman, K. (2010). Clients: The neglected common factor in psychotherapy. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (pp. 83-111). American Psychological Association.https://doi.org/10.1037/12075-003

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*(3), 252-260. https://doi.org/10.1037/h0085885

Bordin, E. S. (1983). A working alliance based model of supervision. *The Counseling Psychologist, 11*(1), 35-42. https://doi.org/10.1177/0011000083111007

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger*. The Tavistock Institute of Human Relations.

Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. II. Some principles of psychotherapy. The fiftieth Maudsley Lecture. *The British Journal of Psychiatry, 130*, 421-431. https://doi.org/10.1192/bjp.130.5.421

Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry, 52*(4), 664-678. https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.

Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). The Guilford Press.

Chulalongkorn University

Byrd, K. R., Patterson, C. L., & Turchik, J. A. (2010). Working alliance as a mediator of client attachment dimensions and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47*(4), 631-636. https://doi.org/10.1037/a0022080

Cain, D. J. (2010). *Theories of psychotherapy series.Person-centered psychotherapies*. American Psychological Association.

Cant, R. P., & Aroni, R. A. (2008). Exploring dietitians' verbal and nonverbal communication skills for effective for dietitian-patient communication. *Journal of Human Nutrition and Dietetics, 21*(5), 502-511. https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2008.00883.x

Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*(3), 271-279. https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.271

Cho, H.-J., & Minjeong, K. (2018). The relationship between counselor's attachment and working alliance: Mediating effect of countertransference management ability and empathy. *Korea Journal of Counseling, 21*(5), 41-64.

Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 194-226). Wiley & Sons.

Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (Rev. ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2000). A safe haven: An attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*(6), 1053-1073. https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.6.1053

Cooper, M., & McLeod, J. (2007). A pluralistic framework for counselling and psychotherapy: Implications for research. *Counselling and Psychotherapy Research, 7*(3), 135-143. https://doi.org/10.1080/14733140701566282

Corso, K. A., Bryan, C. J., Corso, M. L., Kanzler, K. E., Houghton, D. C., Ray-Sannerud, B., & Morrow, C. E. (2012). Therapeutic alliance and treatment outcome in the primary care behavioral health model. *Families, Systems, & Health, 30*(2), 87-100. https://doi.org/10.1037/a0028632

Daly, K. D., & Mallinckrodt, B. (2009). Experienced therapists' approach to psychotherapy for adults with attachment avoidance or attachment anxiety. *Journal of Counseling Psychology, 56*(4), 549-563. https://doi.org/10.1037/a0016695

Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 32*(7), 642-649. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.07.002

Dozier, M. (1990). Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Development and Psychopathology, 2*(1), 47-60. https://doi.org/10.1017/S0954579400000584

Dozier, M., Lomax, L., Tyrrell, C. L., & Lee, S. W. (2001). The challenge of treatment for clients with dismissing states of mind. *Attachment & Human Development, 3*(1), 62-76. https://doi.org/10.1080/14616730010000858

Dreier, O. (2008). *Psychotherapy in everyday life*. Cambridge University Press.

Duff, C. T., & Bedi, R. P. (2010). Counsellor behaviours that predict therapeutic alliance: From the client's perspective. *Counselling Psychology Quarterly, 23*(1), 91-110. https://doi.org/10.1080/09515071003688165

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Duncan S., J., Rice, L. N., & Butler, J. M. (1968). Therapists' paralanguage in peak and poor psychotherapy hours. *Journal of Abnormal Psychology, 73*(6), 566-570. https://doi.org/10.1037/h0026597

Eames, V., & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance-a study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research, 10*(4), 421-434. https://doi.org/10.1093/ptr/10.4.421

Eisenbarth, H., & Alpers, G. W. (2011). Happy mouth and sad eyes: Scanning emotional facial expressions. *Emotion, 11*(4), 860-865. https://doi.org/10.1037/a0022758

Eklund, M. (1996). Working relationship, participation, and outcome in a psychiatric day care unit based on occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 3*(3), 106-113. https://doi.org/10.3109/11038129609106693

Ekman, P. (2009). *Telling lies: Clues to deceit in the marketplace, politics, and marriage*. W. W. Norton & Company.

Farber, B. A., & Metzger, J. A. (2009). The therapist as secure base. In J. H. Obegi & E. Berant (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (pp. 46-70). The Guilford Press.

Feeney, J. A., Noller, P., & Callan, V. J. (1994). Attachment style, communication and satisfaction in the early years of marriage. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships, Vol. 5. Attachment processes in adulthood* (pp. 269-308). Jessica Kingsley.

Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*(2), 350-365. https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.2.350

Freud, S. (1912). The dynamics of transference. In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Volume XII (1911-1913): The*

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

case of Schreber, Papers on technique and other works (pp. 97-108). Psychoanalytic Electronic.

Gaston, L., & Ring, J. M. (1992). Preliminary results on the Inventory of Therapeutic Strategies. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 1*(2), 135-146. https://doi.org/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330283/

Goldman, G. A., & Anderson, T. (2007). Quality of object relations and security of attachment as predictors of early therapeutic alliance. *Journal of Counseling Psychology, 54*(2), 111-117. https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.2.111

Grace, M., Kivlighan, D. M., Jr., & Kunce, J. (1995). The effect of nonverbal skills training on counselor trainee nonverbal sensitivity and responsiveness and on session impact and working alliance ratings. *Journal of Counseling & Development, 73*(5), 547-552. https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1995.tb01792.x

Guerrero, L. K., & Burgoon, J. K. (1996). Attachment styles and reactions to nonverbal involvement change in romantic dyads patterns of reciprocity and compensation. *Human Communication Research, 22*(3), 335-370. https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.1996.tb00371.x

Haggard, E. A., & Isaacs, K. S. (1966). Micro-momentary facial expressions as indicators of ego mechanisms in psychotherapy. In L. A. Gottschalk & A. H. Auerbach (Eds.), *Methods of research in psychotherapy* (pp. 154-165). Appleton-Century-Crofts.https://doi.org/10.1007/978-1-4684-6045-2_14

Harrigan, J. A., Oxman, T. E., & Rosenthal, R. (1985). Rapport expressed through nonverbal behavior. *Journal of Nonverbal Behavior, 9*(2), 95-110. https://doi.org/10.1007/BF00987141

Hayes, A. F., Montoya, A. K., & Rockwood, N. J. (2017). The analysis of mechanisms and their contingencies: PROCESS versus structural equation modeling. *Australasian*

Marketing Journal (AMJ), 25(1), 76-81. https://doi.org/10.1016/j.ausmj.2017.02.001

Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(3), 511-524. https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511

Highlen, P. S., & Hill, C. E. (1984). Factors affecting client change in individual counseling: Current status and theoretical speculations. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology* (pp. 334-396). Wiley & Sons.

Hill, C. E., Sim, W., Spangler, P., Stahl, J., Sullivan, C., & Teyber, E. (2008). Therapist immediacy in brief psychotherapy: Case study II. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45*(3), 298-315. https://doi.org/10.1037/a0013306

Holmes, J. (2001). *The search for the secure base: Attachment theory and psychotherapy*. Brunner-Routledge.

Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 365–372. https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.365

Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). Oxford University Press.

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*(1), 9-16. https://doi.org/10.1037/a0022186

Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*(2), 223-233. https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Ishikawa, H., Hashimoto, H., Kinoshita, M., Fujimori, S., Shimizu, T., & Yano, E. (2006). Evaluating medical students' non-verbal communication during the objective structured clinical examination. *Medical Education, 40*(12), 1180-1187. https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02628.x

Johansson, H., & Eklund, M. (2006). Helping alliance and early dropout from psychiatric out- patient care: The influence of patient factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41*(2), 140-147. https://doi.org/10.1007/s00127-005-0009-z

Johansson, H., & Jansson, J.-A. (2010). Therapeutic alliance and outcome in routine psychiatric out-patient treatment: Patient factors and outcomes. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 83*(2), 193-206. https://doi.org/10.1348/147608309X472081

Kellerman, J., Lewis, J., & Laird, J. D. (1989). Looking and loving: The effects of mutual gaze on feelings of romantic love. *Journal of Research in Personality, 23*(2), 145-161. https://doi.org/10.1016/0092-6566(89)90020-2

Kietaibl, C. M. (2012). A review of attachment and its relationship to the working alliance. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy, 46*(2), 122-140.

Kim, Y. Y. (2001). *Becoming intercultural: An integrative theory of communication and cross-cultural adaptation*. Sage.

Kleinjan, V. (2014). *The relationship between nonverbal immediacy and therapeutic alliance in higher education client-counselor interactions* [Master's thesis, South Dakota State University]. Open PRAIRIE. https://openprairie.sdstate.edu/etd/1565

Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Alexander, L., Margolis, M., & Cohen, M. (1983). Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: A counting

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

signs vs. a global rating method. *Journal of Nervous and Mental Disorder, 171*(8), 480-491. https://doi.org/10.1097/00005053-198308000-00005

Mallinckrodt, B. (2010). The psychotherapy relationship as attachment: Evidence and implications. *Journal of Social and Personal Relationships, 27*(2), 262-270. https://doi.org/10.1177/0265407509360905

Mallinckrodt, B., Gantt, D. L., & Coble, H. M. (1995). Attachment patterns in the psychotherapy relationship: Development of the Client Attachment to Therapist Scale. *Journal of Counseling Psychology, 42*(3), 307-317. https://doi.org/10.1037/0022-0167.42.3.307

Mallinckrodt, B., Porter, M. J., & Kivlighan, D. M., Jr. (2005). Client attachment to therapist, depth of in-session exploration, and object relations in brief psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*(1), 85-100. https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.1.85

Marmarosh, C. L., Gelso, C. J., Markin, R. D., Majors, R., Mallery, C., & Choi, J. (2009). The real relationship in psychotherapy: Relationships to adult attachments, working alliance, transference, and therapy outcome. *Journal of Counseling Psychology, 56*(3), 337-350. https://doi.org/10.1037/a0015169

Matsumoto, D., Hwang, H. S., Skinner, L., & Frank, M. (2011). Evaluating truthfulness and detecting deception: New tools to aid investigators. *FBI Law Enforcement Bulletin*, 1-10. http://davidmatsumoto.com/content/Evaluating%20Truthfulness%20and%20Detecting%20Deception.pdf

McCroskey, J. C., Fayer, J. M., Richmond, V. P., Sallinen, A., & Barraclough, R. A. (1996). A multi-cultural examination of the relationship between nonverbal immediacy

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

and affective learning. *Communication quarterly, 44*(3), 297-307. https://doi.org/10.1080/01463379609370019

McLeod, J. (2007). *Counselling Skill*. Open University Press.

Mehrabian, A. (1971). *Silent messages*. Wadsworth.

Meier, P. S., Barrowclough, C., & Donmall, M. C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: A critical review of the literature. *Addiction, 100*(3), 304-316. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00935.x

Mikulincer, M., Gillath, O., & Shaver, P. R. (2002). Activation of the attachment system in adulthood: Threat-related primes increase the accessibility of mental representations of attachment figures. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*(4), 881-895. https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.4.881

Mikulincer, M., & Horesh, N. (1999). Adult attachment style and the perception of others: The role of projective mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*(6), 1022-1034. https://doi.org/10.1037/0022-3514.76.6.1022

Mohl, P. C., Martinez, D., Ticknor, C., Huang, M., & Cordell, L. (1991). Early dropouts from psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease, 179*(8), 478-481. https://doi.org/10.1097/00005053-199108000-00005

Morreale, S. P., Rubin, R. B., & Jones, E. A. (1998). *Competencies for college students: Basic skills for persuading, informing, and relating*. National Communication Association.

Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (pp. 113-141). American Psychological Association.https://doi.org/10.1037/12075-004

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative & Eclectic Psychotherapy, 6*(1), 6-27.

Parish, M., & Eagle, M. N. (2003). Attachment to the therapist. *Psychoanalytic Psychology, 20*(2), 271-286. https://doi.org/10.1037/0736-9735.20.2.271

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). *The trantheoretical approach: Crossing traditional boundary of change*. Dow Jones-Irwin.

Ravitz, P., Maunder, R., Hunter, J., Sthankiya, B., & Lancee, W. (2010). Adult attachment measures: A 25-year review. *Journal of Psychosomatic Research, 69*(4), 419-432. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.08.006

Remland, M. S. (2000). *Nonverbal communication in everyday life*. Houghton Mifflin Company.

Richmond, V. P., & McCroskey, J. C. (2000). *Nonverbal behavior in interpersonal relations* (4th ed.). Allyn & Bacon.

Richmond, V. P., Smith, R. S. J., Heisel, A. M., & McCroskey, J. C. (2001). Nonverbal immediacy in the physician/patient relationship. *Communication Research Reports, 18*(3), 211-216. https://doi.org/10.1080/08824090109384800

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*(2), 95-103. https://doi.org/10.1037/h0045357

Romano, V., Fitzpatrick, M., & Janzen, J. (2008). The secure-base hypothesis: Global attachment, attachment to counselor, and session exploration in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 55*(4), 495-504. https://doi.org/10.1037/a0013721

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy, 43*, 286-291. https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.286

Schachner, D. A., Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2005). Patterns of nonverbal behavior and sensitivity in the context of attachment relations. *Journal of Nonverbal Behavior, 29*(3), 141-169. https://doi.org/10.1007/s10919-005-4847-x

Sharpley, C. F., Jeffrey, A. M., & McMah, T. (2006). Counsellor facial expression and client-perceived rapport. *Counselling Psychology Quarterly, 19*(4), 343-356. https://doi.org/10.1080/09515070601058706

Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment & Human Development, 4*(2), 133-161. https://doi.org/10.1080/14616730210154171

Siegel, D. J. (2010). *The mindful therapist: A clinician's guide to mindsight and neural integration*. W. W. Norton.

Slade, A. (2008). The implications of attachment theory and research for adult psychotherapy: Research and clinical perspectives. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment theory: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed., pp. 762-782). The Guilford Press.

Smith, A. E. M., Msefti, R. M., & Golding, L. (2010). Client self rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 30*(3), 326-337. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.007

Sprenkle, D. H., Davis, S. D., & Lebow, J. L. (2009). *Common factors in couples and family therapy: The overlooked foundation for effective practice*. Guildford Press.

Stayton, D. J., Hogan, R., & Ainsworth, M. D. (1971). Infant obedience and maternal behavior: The origins of socialization reconsidered. *Child Development, 42*(4), 1057-1069. https://doi.org/10.2307/1127792

Strupp, H. H. (1996). The tripartite model and the consumer reports study. *American Psychologist, 51*(10), 1017-1024. https://doi.org/10.1037/0003-066X.51.10.1017

Svenson, B., & Hansson, L. (1999). Relationships among patient and therapist ratings of therapeutic alliance and patient assessments of therapeutic process: A study of cognitive therapy with long-term mentally ill patients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 187*(9), 579-585. https://doi.org/10.1097/00005053-199909000-00008

Svensson, B., & Hansson, L. (1999). Therapeutic alliance in cognitive therapy for schizophrenic and other long-term mentally ill patients: Development and relationship to outcome in an in-patient treatment programme. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 99*(4), 281-287. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1999.tb07226.x

Topolinski, S., & Hertel, G. (2007). The role of personality in psychotherapists' careers: Relationships between personality traits, therapeutic schools, and job satisfaction. *Psychotherapy Research, 17*(3), 365-375.

Toriello, P. J., & Strohmer, D. C. (2004). Addictions counselors' credibility: The impact of interactional style, recovery status, and nonverbal behavior. *Journal of Addictions and Offender Counseling, 25*(1), 43-57. https://doi.org/10.1002/j.2161-1874.2004.tb00192.x

Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1*(3), 207-210. https://doi.org/10.1037/1040-3590.1.3.207

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Tremblay, J. M., Herron, W. G., & Schultz, C. L. (1986). Relation between therapeutic orientation and personality in psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 17*(2), 106-110. https://doi.org/10.1037/0735-7028.17.2.106

Tryon, G. S., & Kane, A. S. (1993). Relationship of working alliance to mutual and unilateral termination. *Journal of Counseling Psychology, 40*(1), 33-36. https://doi.org/10.1037/0022-0167.40.1.33

Wada, M. (1990). The effect of interpersonal distance change on nonverbal behavior: Mediating effects of sex and intimacy levels in a dyad. *Japanese Psychological Research, 32*(2), 86-96.

Wanzer, M. B., Booth-Butterfield, M., & Gruber, K. (2004). Perceptions of health care providers' communication: Relationships between patient-centered communication and satisfaction. *Health Communication, 16*(3), 363-384. https://doi.org/10.1207/S15327027HC1603_6

Wei, M., Russell, D. W., Mallinckrodt, B., & Vogel, D. L. (2007). The Experiences in Close Relationship Scale (ECR)-short form: Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment, 88*(2), 187-204. https://doi.org/10.1080/00223890701268041

Wiener, M., & Mehrabian, A. (1968). *Language within language: Immediacy, a channel in verbal communication*. Appleton-Century-Crofts.

Wiese, B. S. (2007). Successful pursuit of personal goals and subjective well-being. In B. R. Little, K. Salmela-Aro, & S. D. Phillips (Eds.), *Personal project pursuit: Goals, action, and human flourishing* (pp. 301-328). Lawrence Erlbaum Associates.

You, H. S., & Malley-Morrison, K. (2000). Young adult attachment styles and intimate relationships with close friends: A cross-cultural study of Koreans and Caucasian

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Americans. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 31*(4), 528–534. https://doi.org/10.1177/0022022100031004006

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ก

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

2. แบบสอบถามอวัจนภาษาของนักจิตวิทยา

3. แบบสอบถามสัมพันธภาพในการบำบัด

4. แบบสอบถามรูปแบบความผูกพัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

แบบสอบถามการรับรู้ที่มีต่อนักจิตวิทยาในการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยระดับปริญญาโท สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ของ นายคีตา มากศิริ

แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ตอนคือ ตอนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 : แบบสอบถามการรับรู้ที่มีต่อนักจิตวิทยาในการปรึกษาเชิงจิตวิทยา <u>กรุณาตอบแบบสอบถามจนครบทุกข้อ</u> โดยข้อมูลในแบบสอบถามทั้งหมดจะใช้เพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น และจะไม่มีผลใดๆ ต่อตัวท่านทั้งสิ้น

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง ☐ อื่นๆ

อายุ.....ปี จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการ.....ครั้ง

ระยะห่างจากการปรึกษาครั้งสุดท้ายมากกว่า 1 สัปดาห์ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

เพศนักจิตวิทยาของท่าน ☐ ชาย ☐ หญิง ☐ อื่นๆ

หากประสงค์รับการแปลผลของแบบสอบถาม โปรดระบุอีเมล์.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตอนที่ 2 : แบบสอบถามการรับรู้ที่มีต่อนักจิตวิทยาในการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

ขอให้ท่านนึกถึงพฤติกรรมของนักจิตวิทยาในบริการปรึกษาที่ท่านได้รับครั้งล่าสุด ท่านอาจแทนช่องว่าง___ในใจด้วยชื่อของนักจิตวิทยาที่ท่านได้พูดคุยด้วย โปรดเลือกข้อที่ตรงกับการรับรู้ของท่านมากที่สุด

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับการรับรู้ของท่านมากที่สุด

	ไม่เคย	แทบจะไม่เคย	ไม่บ่อย	บ่อย	บ่อยมาก
1. ___ใช้ท่าทางประกอบการพูดคุยกับฉัน					
2. ___.....					
3. ___.....					
4. ___.....					
5. ___.....					
6. ___.....					
7. ___.....					
8. ___ยิ้มให้ฉันขณะที่ฉันเดินเข้ามาในห้อง					
9. ___ใช้น้ำเสียงที่หลากหลายเมื่อพูดคุยกับฉัน					

Chulalongkorn University

คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้กระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

ขอให้ท่านนึกถึงบริการปรึกษาที่ท่านได้รับ ท่านอาจแทนช่องว่าง___ในใจด้วยชื่อของนักจิตวิทยาที่ท่านได้พูดคุยด้วย

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับการรับรู้ของท่านมากที่สุด

	ไม่เคย	แทบไม่เคย	ไม่บ่อย	บางครั้ง	บ่อย	บ่อยมาก	ตลอดเวลา
1. ___และฉันเห็นตรงกันว่าฉันต้องทำอะไรบ้างในการบำบัดเพื่อช่วยให้สถานการณ์ของฉันดีขึ้น							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11. เราสร้างความเข้าใจร่วมกันว่าการเปลี่ยนแปลงแบบไหนที่จะดีกับฉัน							
12. ฉันเชื่อว่าเราทำงานบนแนวทางจัดการปัญหาของฉันได้อย่างถูกต้อง							

CHULALONGKORN UNIVERSITY

คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับความคิดหรือความรู้สึกที่ท่านมีต่อความสัมพันธ์แบบใกล้ชิดโดยทั่วไปของท่านโปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับการรับรู้ของท่านมากที่สุด

	ไม่เห็นด้วยมาก	ไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ปานกลาง	ค่อนข้างเห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยมาก
1. การหันไปหาผู้อื่นในยามจำเป็นมีประโยชน์							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8. ฉันกลัวว่าผู้อื่นอาจทอดทิ้งฉัน							
9. ฉันกังวลว่าผู้อื่นจะไม่นึกถึงฉันเท่ากับที่ฉันนึกถึงเขา							

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ข

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามอวัจนภาษาของนักจิตวิทยา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 8

ผลการทดลองใช้และการพิจารณาคัดเลือกข้อกระทงของแบบสอบถามอวัจนภาษาของนักจิตวิทยา

ข้อที่	ทิศทาง	M	SD	ค่า CITC	ข้อที่ผ่านเกณฑ์
1	+	2.220	0.948	.284	/
2	-	2.831	1.117	.607	/
3	+	3.492	0.653	.467	/
4	+	2.831	0.894	.444	/
5	-	3.610	0.810	.415	/
6	-	3.695	0.749	.559	/
7	-	3.203	0.867	.105	
8	+	2.881	0.984	.646	/
9	+	3.186	0.900	.621	/
10	+	2.792	0.962	.623	/

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นายคีตา มากศิริ
วัน เดือน ปี เกิด	15 มีนาคม 2538
สถานที่เกิด	ระยอง
วุฒิการศึกษา	สำเร็จการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา จากโรงเรียนระยองวิทยาคม สำเร็จการศึกษา วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่อยู่ปัจจุบัน	2/4 ถ.ทองดี ต.เชิงเนิน อ.เมือง จ.ระยอง 21000

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY