

การสำรวจความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในประเทศไทย



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาจิตวิทยา

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2566

A SURVEY OF ETHICAL BELIEFS OF MENTAL HEALTH PROFESSIONALS IN THAILAND



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Arts in Psychology  
Faculty Of Psychology  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2023

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การสำรวจความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทาง
	สุขภาพจิตในประเทศไทย
โดย	น.ส.พรพรม ลิขิตโฆษิตกุล
สาขาวิชา	จิตวิทยา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ดร.พนิดา เสือวรรณศรี

---

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ  
การศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะจิตวิทยา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐสุดา เต๋พันธ์)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	
.....	ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมบุญ จารุเกษมทวี)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ดร.พนิดา เสือวรรณศรี)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชลดาว วงศ์ธีระธรรม)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY

พรพพรหม ลิขิตโฆษิตกุล : การสำรวจความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทาง  
สุขภาพจิตในประเทศไทย. ( A SURVEY OF ETHICAL BELIEFS OF MENTAL  
HEALTH PROFESSIONALS IN THAILAND) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ดร.พนิตา เสือวรรณศรี

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลด้านความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในประเทศไทยจำแนกตามเพศ ช่วงวัย อาชีพ และประเภทชุมชนที่ปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต ผู้มีหน้าที่ในการดูแลหรือรักษาบุคคลทั่วไปหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยใช้กระบวนการจิตบำบัดหรือการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นส่วนหนึ่งในการปฏิบัติหน้าที่ จำนวน 160 คน อายุเฉลี่ย 35.5 ปี (SD = 9.54 ปี) เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คือ แบบสอบถามความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่พัฒนาจากการศึกษาก่อนหน้านี้ จำนวน 78 ข้อ นำผลที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของ Cronbach's Alpha ซึ่งผลที่ได้จากการคำนวณพบว่า ค่าความเที่ยง = .96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบที (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way ANOVA)

ผลการวิจัยพบว่ามี 12 ข้อที่ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตเชื่อว่าเป็นพฤติกรรมที่ผิดจรรยาบรรณอย่างแน่นอน มี 1 ข้อที่ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตเชื่อว่าเป็นพฤติกรรมที่ถูกจรรยาบรรณอย่างแน่นอน และมี 9 ข้อเป็นพฤติกรรมที่ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตส่วนใหญ่ตอบว่าไม่รู้หรือไม่แน่ใจ และผลการวิเคราะห์ความแตกต่างพบว่าผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีเพศอาชีพ และประเภทชุมชนที่ปฏิบัติงานแตกต่างกันมีความเชื่อทางจรรยาบรรณโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีช่วงวัยแตกต่างกัน มีความเชื่อทางจรรยาบรรณโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สาขาวิชา จิตวิทยา  
ปีการศึกษา 2566

ลายมือชื่อนิสิต .....  
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 6270040538 : MAJOR PSYCHOLOGY

KEYWORD: Ethics, Mental health professionals, survey, mental health

Pornprom Likitkhositkul : A SURVEY OF ETHICAL BELIEFS OF MENTAL HEALTH PROFESSIONALS IN THAILAND. Advisor: Panita Suavansri, Ph.D.

This research is a descriptive. The objective is to collect information on ethical beliefs of mental health professionals in Thailand are classified by gender, age, occupation and type of community in which they work. The sample group was 160 mental health professionals. The average age of sample group was 35.5 years (SD = 9.54 years). The instrument used in the research was a questionnaire on ethical beliefs of health care professionals developed from a previous study with 78 items. The results were evaluated for confidence using the Cronbach's Alpha method. The results from calculation found that reliability = .96 Data were analyzed using frequency distribution statistics, percentages, means, standard deviations, t-test statistics, and one-way analysis of variance (One way ANOVA).

The study found 12 behaviours that mental health professionals believed definitely unethical and one behavior that believed definitely ethical. 9 items are behaviors that most mental health professionals answered that they did not know or did not sure. The results of the analysis of differences revealed that mental health professionals with different genders, occupations, and community types in which they work had overall ethical beliefs that were not significantly different. However, mental health professionals of different ages was a significant difference in overall ethical beliefs at the 0.05 level.

Field of Study: Psychology

Student's Signature .....

Academic Year: 2023

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

ก่อนจะเริ่มต้นการเขียนในส่วนนี้ ข้าพเจ้าตั้งใจว่าอยากจะเขียนเพื่อให้มันจบๆไป แต่ก็ฉุกคิดขึ้นได้ว่า นี่คงเป็นส่วนสุดท้ายแล้วที่ข้าพเจ้าจะทำในฐานะเจ้าของวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ข้าพเจ้าเลยอยากจริงจังกับตัวเองและผู้อ่านทั้งหลายให้ได้มากที่สุด อย่างแรกต้องยอมรับเลยว่าตลอดระยะเวลาของการทำงานวิจัยชิ้นนี้ มันเหนื่อยยยยยยยยยมากกกกก!!!! ไม่มีส่วนไหนที่รู้สึกว่ามันง่ายเลย แบบนี้เองสินะที่เขาเรียกว่านรกป.โท พอมาเจอกับตัวก็รู้ซึ้งเลยจริงๆ

มีหลายครั้งหลายคราที่ข้าพเจ้ารู้สึกอยากถอดใจ ไม่เอาไม่ไปต่อแล้ว แต่สุดท้ายก็ไม่กล้าที่จะล้มเลิกมันอยู่ดี ไม่รู้ว่าเพราะดื้อ หรือเพราะไม่อยากจะยอมแพ้ หรือเพราะความรักที่ข้าพเจ้ามีต่อการเป็นนักจิตวิทยาการศึกษา มันเลยไม่ง่ายเลยที่จะถอดใจไป แต่ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดๆ ณ ขณะนี้ข้าพเจ้าขอขอบคุณมันด้วยใจจริง แม้ตลอดเส้นทางนี้จะมีช่วงที่ซึ้งเสียใจไป(เยอะ)บ้าง มีช่วงเวลาที่ละเลยกับงานชิ้นนี้ไป แต่ด้วยความช่วยเหลือของทุกคนที่ผ่านเข้ามาจึงทำให้งานชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงไปได้

ข้าพเจ้าขอขอบคุณอาจารย์ทุกท่านในภาควิชาจิตวิทยาการศึกษาที่อบรมสั่งสอนและให้ความรู้ ความเมตตาเอ็นดูกับข้าพเจ้าตลอดหลายปีที่ผ่านมา (โดยเฉพาะอ.เสื่อ ดร.พนิดา เสือวรรณศรี ผู้สั่งสอนและเป็นต้นแบบของการเป็นนักจิตวิทยาการศึกษาให้กับข้าพเจ้า) ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหลายและอาจารย์ในคณะที่ให้ความกรุณากับข้าพเจ้า

ขอบคุณเพื่อนๆชาวจิตปรีกๆ จุฬารุ่น 35 ทุกคนที่เป็นเสียงหัวเราะและร่วมฟันฝ่าบนเส้นทางแห่งความฝันนี้ไปด้วยกัน การที่มีทุกคนอยู่มันทำให้ที่ตรงนี้อบอุ่นมากจริงๆ ขอขอบคุณป้ากับแม่ และพี่ชายทั้งสองที่รัก สนับสนุนและให้อิสระข้าพเจ้าได้เติบโตในแบบที่ข้าพเจ้าต้องการ ขอขอบคุณหลานตัวน้อยๆที่เป็นเหตุผลให้อาโก้วเมอยากเป็นคนที่ดีขึ้น และขอบคุณเพื่อนๆพี่ๆน้องๆ นิเทศที่เป็นพื้นที่ปลอดภัยให้เสมอ

สุดท้ายขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านและผู้คนที่ทั้งหมดที่ผ่านเข้ามาให้ความช่วยเหลือไม่ว่าจะมากหรือน้อยกับงานวิจัยชิ้นนี้ สุดท้ายแล้วจริงๆ ขอขอบคุณตัวเองมากๆที่ยังดิ้นรนมาจนถึงวันนี้ แม้ว่าจะงานชิ้นนี้จะไม่สมบูรณ์แบบเหมือนกับตัวข้าพเจ้าที่ก็ยังมีส่วนเว้าแหว่งอีกหลายอย่าง แต่ข้าพเจ้าก็สามารถพูดได้อย่างมั่นใจว่าข้าพเจ้ารักงานวิจัยชิ้นนี้จริงๆ และก็รักตัวเองที่เป็นแบบนี้ด้วย ขอขอบคุณการเดินทางทั้งหมดนี้ที่ทำให้ข้าพเจ้าได้เรียนรู้และเติบโตขึ้น

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	ง
กิตติกรรมประกาศ .....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	8
บทที่ 1.....	9
บทนำ.....	9
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	9
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	13
คำถามงานวิจัย .....	14
สมมติฐานการวิจัย .....	14
ขอบเขตการวิจัย .....	14
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	14
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	14
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	16
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	17
บทที่ 2.....	18
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	18
1. การให้บริการทางสุขภาพจิตและผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต .....	18
2. จรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต .....	26
3. การศึกษาสำรวจจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต .....	40

บทที่ 3.....	47
วิธีการดำเนินการวิจัย.....	47
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	47
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	48
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	51
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	53
บทที่ 4.....	55
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	55
ส่วนที่ 1 ข้อมูลประชากรของกลุ่มตัวอย่าง.....	56
ส่วนที่ 2 ค่าสถิติเชิงพรรณนาของตัวแปรที่ศึกษา.....	60
ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการทดสอบสมมุติฐานทางการวิจัย.....	72
ส่วนที่ 4 ข้อมูลแหล่งอ้างอิงที่ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตใช้ในการประกอบการตัดสินใจเมื่อประสบ ปัญหาทางจรรยาบรรณ.....	82
บทที่ 5.....	83
อภิปรายผล.....	83
ภาคผนวก.....	106
บรรณานุกรม.....	121
ประวัติผู้เขียน.....	126



## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง.....	56
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทาง สุขภาพจิต.....	58
ตารางที่ 3 อัตราร้อยละของตัวแปรที่ศึกษา (N=160).....	60
ตารางที่ 4 ค่าสถิติเชิงพรรณนของตัวแปรที่ศึกษาจำแนกตามหมวดหมู่ข้อความ.....	68
ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการ ทางสุขภาพจิต จำแนกตามเพศ.....	73
ตารางที่ 6 การวิเคราะห์เปรียบเทียบรายข้อ จำแนกตามเพศ.....	74
ตารางที่ 7 การวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการ ทางสุขภาพจิต จำแนกตามอายุ.....	75
ตารางที่ 8 การวิเคราะห์เปรียบเทียบรายข้อ จำแนกตามอายุ.....	76
ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการ ทางสุขภาพจิต จำแนกตามอาชีพ.....	77
ตารางที่ 10 การวิเคราะห์เปรียบเทียบรายข้อ จำแนกตามอาชีพ.....	79
ตารางที่ 11 การวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการ ทางสุขภาพจิต จำแนกตามประเภทชุมชนที่ปฏิบัติงาน.....	80
ตารางที่ 12 การวิเคราะห์เปรียบเทียบรายข้อ จำแนกตามประเภทชุมชนที่ปฏิบัติงาน.....	81
ตารางที่ 13 แหล่งอ้างอิงที่ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตใช้เพื่อประกอบการตัดสินใจ เมื่อเผชิญกับปัญหา ทางด้านจรรยาบรรณ (N=160).....	82

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเด็นสุขภาพจิตในประเทศไทยกำลังได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก เนื่องจากปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่มีขนาดใหญ่และรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญคาดการณ์ไว้ว่าปี ค.ศ. 2030 โรคซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุอันดับสามของภาระโรคในประเทศที่มีรายได้ต่ำ และเป็นสาเหตุอันดับสองของภาระโรคในประเทศที่มีรายได้ปานกลาง (Mathers & Loncar, 2006) อีกทั้งปัญหาสุขภาพจิตยังก่อให้เกิดความสูญเสียต่อสังคมน่านับการ (WHO, 2003) กรมสุขภาพจิตของไทยจึงกำหนดนโยบายที่เน้นการดูแลสุขภาพจิตในทุกช่วงวัยให้เข้ากับระบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยเน้นการสร้างระบบสนับสนุน การยกระดับงานสุขภาพจิตให้เป็นหนึ่งเดียวกับงานสุขภาพ ตลอดจนสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับทุกกลุ่มวัย เพราะเล็งเห็นถึงความสำคัญของการดำเนินงานสุขภาพจิตในทุกมิติ (กรมสุขภาพจิต, 2564)

สิ่งสำคัญที่ต้องให้ความสนใจในลำดับถัดมา คือ นักวิชาชีพทางด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตซึ่งเป็นแรงกำลังสำคัญในการทำงานด้านจิตใจ กล่าวคือ ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต คือ ผู้เชี่ยวชาญทางวิชาชีพที่มีความรู้และทักษะความชำนาญในการให้บริการด้านจิตเวช จิตวิทยา และสุขภาพจิต (Sperry, 2007) มีหน้าที่ความรับผิดชอบในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจของผู้รับบริการ (กรมสุขภาพจิต, 2564) ทั้งนี้ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต อาจหมายถึงจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก นักจิตวิทยาการปรึกษา นักจิตบำบัด หรือ นักสังคมสงเคราะห์ (Koocher & Keith-Spiegel, 2008) อย่างไรก็ตาม การจะเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่ดี สามารถทำหน้าที่ของตนเองให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการได้นั้นจำเป็นต้องเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีจริยธรรมหรือจรรยาบรรณ (Anderson & Handelsman, 2011; Arpanantikul et al., 2016) เพราะความคิดเห็นหรือการกระทำต่างๆทางวิชาชีพของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตล้วนมีผลกระทบต่อชีวิตของผู้รับบริการ (Koocher & Keith-Spiegel, 2008)

ซึ่งหลักจรรยาบรรณที่ว่านี้ คือ หลักการหรือแนวทางในการประพฤติปฏิบัติตามหน้าที่ความรับผิดชอบที่ผู้ประกอบการงานแต่ละอย่างกำหนดขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณาว่าอะไรควรทำหรือไม่ควรทำ (Ratanasajtam et al., 2003) การบัญญัติกฎเกณฑ์หรือจรรยาบรรณนี้ถูกกำหนดขึ้นโดยสมาคมวิชาชีพต่างๆ มีขึ้นเพื่อสร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันระหว่างสมาชิก เพื่อเป็นการปกป้องและรับรองความสามารถให้กับนักวิชาชีพนั้นๆ (Gottlieb, 1994; Herlihy & Corey,

2014; Sperry, 2007) และเพื่อช่วยกระตุ้นเตือนให้ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตหมั่นฝึกฝนพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง (Anderson & Handelsman, 2011) นอกจากนี้ประโยชน์ของหลักจรรยาบรรณยังส่งผลต่อผู้รับบริการ คือ ช่วยรับรองสิทธิ รวมถึงเป็นการป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นจากการประพฤติผิดในหน้าที่ของผู้ให้บริการ ในแง่ประโยชน์ต่อสังคม หลักจรรยาบรรณเป็นสิ่งที่รับรองมาตรฐาน สร้างความไว้วางใจ เป็นหลักประกันให้แก่สังคมว่ามีระบบการกำกับดูแลป้องกันอันตราย หรือผลเสียที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้รับบริการและบุคคลที่เกี่ยวข้อง (Gottlieb, 1994; Herlihy & Corey, 2014; Sperry, 2007) ในบางประเทศการเรียนการสอนเกี่ยวกับจรรยาบรรณนั้นถูกบรรจุเป็นวิชาหลักที่ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตจำเป็นต้องศึกษา (Anderson & Handelsman, 2011; Hill, 2004) ทั้งนี้หากผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตไม่มีจริยธรรมจรรยาบรรณในการประกอบวิชาชีพย่อมส่งผลเสียต่อสังคมและการปฏิบัติงาน (Arpanantikul et al., 2016)

โดยหลักจรรยาบรรณทั่วไปในการให้บริการทางสุขภาพจิต สามารถแบ่งออกได้ 6 ด้าน เพื่อเป็นแนวทางการประพฤติตนอย่างถูกต้องตามหลักวิชาชีพ ประกอบไปด้วย 1) การก่อประโยชน์ 2) การไม่ก่อให้เกิดอันตราย 3) การเคารพเอกลิทธิ 4) ความไว้วางใจ 5) ความยุติธรรม และ 6) การเคารพตนเอง (BACP, 2010)

การก่อประโยชน์ (Beneficence) คือ การกระทำใดก็ตามที่ผู้ให้บริการประเมินแล้วว่าก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ (BACP, 2010) เป็นการทำความดีและสิ่งที่เป็นประโยชน์ให้แก่ผู้อื่น (Arpanantikul et al., 2016; Beauchamp & Childress, 2001) โดยมุ่งความสำคัญไปที่การทำงานภายใต้ขอบเขตความสามารถที่ผ่านการฝึกอบรมหรือมีประสบการณ์อย่างเพียงพอของผู้ให้บริการ และมีพันธกิจในการรับการนิเทศ (Supervision) อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงคุณภาพของการบริการและพัฒนาความสามารถในฐานะนักวิชาชีพ (BACP, 2010)

การไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Non-maleficence) คือ การไม่ทำอันตรายทั้งต่อร่างกายและจิตใจของผู้รับบริการ หรือ ไม่ทำในสิ่งที่จะก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ (Beauchamp & Childress, 2001; Jiggins & Asempapa, 2016) รวมถึงหลีกเลี่ยงการไร้ความสามารถหรือการทุจริตต่อหน้าที่ และ ความไม่พร้อมเนื่องจากความเจ็บป่วยหรือความมีเมมา ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตพึงมีความรับผิดชอบในการพยายามลดอันตรายใดๆ ที่อาจเกิดกับผู้รับบริการ แม้ว่าอันตรายนั้นจะหลีกเลี่ยงไม่ได้หรือไม่ได้ตั้งใจก็ตาม (BACP, 2010)

นอกจากนี้การไม่ก่อให้เกิดอันตราย อาจรวมไปถึงการหลีกเลี่ยงการหาประโยชน์มิชอบทางเพศ ทางการเงิน ทางอารมณ์ หรือรูปแบบอื่นๆ กับผู้รับบริการ ซึ่งเป็นการกระทำที่อาจนำไปสู่ความสัมพันธ์ที่ซับซ้อน หรือ การที่ผู้ให้บริการมีความสัมพันธ์กับผู้รับบริการมากกว่าหนึ่งความสัมพันธ์ขึ้นไป (BACP, 2010) ไม่ว่าจะเป็นความสัมพันธ์เชิงคู่สาวที่เกี่ยวข้องกับเรื่องทางเพศ เช่น การมีความสัมพันธ์ทางเพศกับผู้รับบริการ (Herlihy & Corey, 2015; Sperry, 2007) หรือไม่ใช่เชิงคู่สาว

เช่น การเป็นเพื่อนกับผู้รับบริการ, การทำธุรกิจร่วมกันกับผู้รับบริการ, การมีกิจกรรมทางศาสนา ร่วมกันกับผู้รับบริการ เป็นต้น (Anderson & Kitchener, 1996)

การเคารพเอกลิทธิ (Autonomy) คือ การเคารพสิทธิของผู้รับบริการในการเลือกหรือ ตัดสินใจอย่างเป็นอิสระ ไม่มีอิทธิพลใดมาบังคับ (Arpanantikul et al., 2016) หลักการนี้เน้น ความสำคัญของการพัฒนาความสามารถในการกำกับตนเองของผู้รับบริการทั้งในกระบวนการปรึกษา และทุกๆด้านของชีวิต หลักการของการเคารพเอกลิทธินี้ (autonomy) มีขึ้นเพื่อต่อต้านการชักจูงของ ผู้ให้บริการที่ขัดต่อเจตจำนงของผู้รับบริการ แม้การชักจูงนั้นจะเป็นไปเพื่อผลประโยชน์ทางสังคมก็ ตาม (BACP,2010)

ความไว้วางใจหรือความซื่อสัตย์ (Fidelity) คือ หลักการที่ผู้ให้บริการต้องสร้างความน่า ไว้วางใจ เคารพข้อตกลงและคำมั่นสัญญาที่ว่าจะเก็บรักษาความลับและจำกัดการเปิดเผยข้อมูลให้ เป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือเงื่อนไขที่ตกลงร่วมกันไว้เท่านั้น (BACP,2010)

ความยุติธรรม (Justice) หลักการนี้กำหนดให้ผู้รับบริการทุกคนได้รับการปฏิบัติอย่างเป็น ธรรมและได้รับความเคารพในสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรี โดยมุ่งความสนใจไปที่การพิจารณา ข้อกำหนดและข้อตกลงทางกฎหมายใด ๆ อย่างเป็นระบบ และคำนึงถึงความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น ระหว่างข้อตกลงทางกฎหมายและจริยธรรม พึงให้บริการที่เป็นกลางสำหรับผู้รับบริการทุกคน (BACP,2010) และหลักการการเคารพตนเอง (Self-respect) คือ การที่ผู้ให้บริการใช้หลักการข้างต้น ทั้งหมดอย่างเหมาะสมเพื่อสิทธิของตนเอง ซึ่งรวมถึงการขอคำปรึกษาหรือการบำบัดเพื่อพัฒนาตนเอง อีกทั้งมีความรับผิดชอบในการเข้ารับการนิเทศ (supervision) อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการป้องกัน หนีสินทางการเงินที่เกิดจากงานที่ทำ (BACP,2010)

จากที่กล่าวมา แม้หลักจรรยาบรรณจะมีประโยชน์ในหลายๆแง่ แต่ก็ยังเห็นความขัดแย้ง ระหว่างหลักการที่ทำให้เกิดประเด็นทางจริยธรรมที่ยากในการตัดสินใจ (Ethical Dilemma) ขึ้น (Pope & Vetter, 1992) เช่น การยอมรับการตัดสินใจฆ่าตัวตายของผู้รับบริการเป็นความขัดแย้งของ หลักการก่อให้เกิดประโยชน์ (Beneficence) ที่มุ่งให้ความสำคัญกับความปลอดภัยหรือประโยชน์ สูงสุดของผู้รับบริการ และการเคารพเอกลิทธิ (Autonomy) หรือการเคารพการตัดสินใจของ ผู้รับบริการ (Proctor, 2014) ซึ่งจากการศึกษาสำรวจในสหรัฐอเมริกาพบว่า ประเด็นทางจริยธรรมที่ เป็นปัญหาหรือยากในการตัดสินใจมีทั้งหมด 23 ประเภท โดยประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างพบเจอมากที่สุด คือ การเก็บรักษาความลับ ความสัมพันธ์ทับซ้อน และระบบการชำระค่าบริการและการประกัน ซึ่ง ประเด็นปัญหาที่ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตพบเจอในแง่ของการเก็บรักษาความลับ ได้แก่ การรายงาน เกี่ยวกับการทำร้ายร่างกายเด็ก ข้อมูลของผู้ติดเชื้อ HIV หรือผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงในการทำร้าย ผู้อื่น การทำร้ายผู้สูงอายุ รวมไปถึงการเปิดเผยข้อมูลอย่างไม่เจตนา ส่วนเรื่องความสัมพันธ์ทับซ้อน เป็นอีกหนึ่งประเด็นทางจริยธรรมที่ค่อนข้างสับสนและคลุมเครือ (Pope & Vetter, 1992) แม้จะมี

หลักจรรยาบรรณบัญญัติไว้ เช่น สมาคมจิตวิทยาอเมริกันกำหนดให้หลีกเลี่ยงและยับยั้งการมีสัมพันธภาพทับซ้อน ถ้าสัมพันธภาพทับซ้อนนั้นคาดว่าจะมีผลให้เกิดความบกพร่องหรือเกิดความเสียหายต่อวัตถุประสงค์ของการบริการต่อความเชี่ยวชาญชำนาญหรือประสิทธิภาพในการให้บริการ ตามบทบาทของนักจิตวิทยา (APA, 2016) แต่ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตจำนวนไม่น้อยก็ยังไม่เข้าใจว่าความสัมพันธ์ทับซ้อนคืออะไร และขอบเขตของความสัมพันธ์ทับซ้อนนั้นเป็นอย่างไร รวมถึงปัจจัยและความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้รับบริการจากความสัมพันธ์ทับซ้อนนั้นเป็นอย่างไร (Barnett et al., 2007)

นอกจากประเด็นความขัดแย้งทางจริยธรรมที่กล่าวมา การศึกษาก่อนหน้าพบว่าผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีปัจจัยทางประชากรแตกต่างกันมีความเชื่อและพฤติกรรมทางจรรยาบรรณแตกต่างกัน เช่น กลุ่มตัวอย่างเพศชายเชื่อว่าความสัมพันธ์ทับซ้อนเชิงคู่สาวถูกจรรยาบรรณมากกว่าเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยเชื่อว่าการให้ผู้รับบริการเรียกชื่อ และการยื่นเรื่องร้องเรียนเพื่อนร่วมวิชาชีพเมื่อเห็นเพื่อนกระทำผิดเป็นสิ่งที่ถูกต้องกว่าผู้ให้บริการที่มีอายุมาก (Gibson & Pope, 1993) ซึ่งปัจจัยทางประชากรที่ว้านี้รวมไปถึงประเภทชุมชนที่ผู้ให้บริการปฏิบัติงาน จากการศึกษาก่อนหน้านี้ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในชุมชนชนบทนั้นมักพบปัญหาทางจรรยาบรรณมากกว่าผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในชุมชนเมือง (Helbok et al., 2006; Werth Jr et al., 2010) โดย Helbok (2004) ได้ทำการวิจัยศึกษาความแตกต่างทางจรรยาบรรณระหว่างนักจิตวิทยาที่ปฏิบัติงานอยู่ในเมืองและชนบท ข้อค้นพบปรากฏว่ากลุ่มตัวอย่างในชนบทประสบกับประเด็นทางจริยธรรมที่ยากต่อการตัดสินใจ (Ethical Dilemma) ด้านความสัมพันธ์ทับซ้อน ความสามารถเชี่ยวชาญ การเก็บรักษาความลับ การมองเห็นพบเจอ (Visibility) และภาวะหมดไฟมากกว่ากลุ่มตัวอย่างนักจิตวิทยาในชุมชนเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการศึกษาปัจจัยทางประชากรจึงเป็นสิ่งสำคัญในการศึกษาควบคู่กับความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต

จะเห็นได้ว่าบ่อยครั้งผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตไม่สามารถหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับความขัดแย้งหรือเหตุการณ์ทางจรรยาบรรณที่ยากต่อการตัดสินใจ ดังนั้นในการบัญญัติกฎอาจจะต้องคำนึงถึงความชัดเจนและผลกระทบที่เกิดขึ้นในกระบวนการบำบัดอย่างละเอียดถี่ถ้วน และสอดคล้องเข้ากับความเป็นจริงหรือสถานการณ์ของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต (Pope & Vetter, 1992) ทั้งนี้สมาคมวิชาชีพต่างๆ จำเป็นต้องศึกษาและพัฒนาหลักจรรยาบรรณอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด (Gottlieb, 1994) จากการศึกษาข้อมูลวิจัยที่ผ่านมา ในประเทศไทยนั้นมีกฎระเบียบจรรยาบรรณที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางสุขภาพจิตอยู่บ้าง และมีการศึกษาสำรวจจริยธรรมของนักวิชาชีพอยู่บ้าง ได้แก่ การศึกษาของวริยาและคณะ (2546) ที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ให้ศึกษาจริยธรรมในวิชาชีพ 11 วิชาชีพ ได้แก่ จริยธรรมในวิชาชีพกฎหมาย จริยธรรมในวิชาชีพนักธุรกิจ จริยธรรมในวิชาชีพทหาร จริยธรรมในวิชาชีพ

นักการเมือง จริยธรรมในวิชาชีพข้าราชการพลเรือน จริยธรรมในวิชาชีพตำรวจ จริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ จริยธรรมในวิชาชีพพยาบาล จริยธรรมในวิชาชีพสื่อมวลชน จริยธรรมในวิชาชีพครู และ จริยธรรมในวิชาชีพอาจารย์ แต่ไม่พบการศึกษาสำรวจจริยธรรมจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต หากจะมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียง เช่น การศึกษาของ ญาณี อภัยภักดี และคณะ (2556) ที่ศึกษาสำรวจการปฏิบัติของพยาบาลในการเคารพเอกลิทธิผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้ และการศึกษาของสองโสม พิงพงค์ (2561) ที่สำรวจความสามารถและการพัฒนาดตนเองของนักจิตวิทยาคลินิกไทย แต่ไม่พบการศึกษาจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในลักษณะที่เป็นสหวิชาชีพและเป็นการสำรวจจรรยาบรรณในหลายๆด้านดังนั้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นของการสำรวจความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต ซึ่งในปัจจุบันประเทศไทยยังขาดข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตนี้

ด้วยเหตุนี้ งานวิจัยชิ้นนี้จึงต้องการสำรวจนาร่องและเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในประเทศไทย เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการสร้างความชัดเจนว่าผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในประเทศไทยมีความเชื่อทางจรรยาบรรณอย่างไร และเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาปัจจัยต่างๆที่ส่งผลต่อความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต ทั้งนี้ผู้วิจัยหวังว่าข้อมูลที่ได้จากการสำรวจในครั้งนี้จะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการอภิปรายเพื่อพัฒนาให้เกิดแนวทางในการปฏิบัติงาน หรือแนวทางในการตัดสินใจเมื่อผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตต้องเผชิญหน้ากับประเด็นทางด้านจริยธรรม รวมไปถึงเพื่อพัฒนา แก้ไข ปรับปรุงนโยบายของสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในประเทศไทยให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับวัฒนธรรมและสังคมไทยมากยิ่งขึ้น อีกทั้งเพื่อช่วยพัฒนาปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอนด้านจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในประเทศไทย และเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยในอนาคตที่อาจเกิดขึ้นด้วย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลด้านความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาความแตกต่างด้านความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต โดยจำแนกตามเพศ อายุ อาชีพ และประเภทชุมชนที่ปฏิบัติงาน
3. เพื่อศึกษาแหล่งข้อมูลที่ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในประเทศไทยใช้ในการอ้างอิงประกอบการตัดสินใจเมื่อประสบปัญหาทางจริยธรรม

### คำถามงานวิจัย

1. ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในประเทศไทยมีความเชื่อทางจรรยาบรรณอย่างไร
2. ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีลักษณะทางประชากรและลักษณะทางวิชาชีพแตกต่างกัน มีความเชื่อทางจรรยาบรรณแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
3. แหล่งข้อมูลของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในประเทศไทยใช้ในการอ้างอิงเพื่อประกอบการตัดสินใจเมื่อประสบปัญหาทางจริยธรรมมีอะไรบ้าง

### สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีเพศต่างกัน มีความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตไม่ต่างกัน
2. ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีอายุต่างกัน มีความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตไม่ต่างกัน
3. ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีอาชีพต่างกัน มีความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตไม่ต่างกัน
4. ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่ปฏิบัติงานในประเภทชุมชนที่ต่างกัน มีความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตไม่ต่างกัน

### ขอบเขตการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในประเทศไทย โดยมีหน้าที่ในการดูแลหรือรักษาบุคคลทั่วไปหรือผู้ป่วย ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยใช้กระบวนการจิตบำบัดหรือการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นส่วนหนึ่งในการปฏิบัติหน้าที่

### ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ คือ เพศ อายุ อาชีพ และประเภทของชุมชนที่ปฏิบัติงานของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต

ตัวแปรตาม คือ ความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต หมายถึง นักวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถที่ได้มาตรฐานในการให้บริการด้านจิตเวช จิตวิทยา และสุขภาพจิต เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจของบุคคล ซึ่งผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต อาจหมายถึง

จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก นักจิตวิทยาการศึกษา นักจิตบำบัด นักสังคมสงเคราะห์

จรรยาบรรณ หมายถึง จริยธรรมในวิชาชีพที่เป็นบรรทัดฐานการประพฤติปฏิบัติอันเหมาะสมในการประกอบอาชีพหรือปฏิบัติงาน เขียนขึ้นโดยสมาคมและองค์กรแต่ละวิชาชีพเพื่อให้นักวิชาชีพ หรือสมาชิกรับรู้ได้ตระหนักและยึดถือปฏิบัติ อีกทั้งใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจว่าสิ่งใดควรกระทำหรือไม่ควรกระทำ เพื่อรักษาไว้ซึ่งศักดิ์ศรีชื่อเสียงของนักวิชาชีพ

การก่อประโยชน์ หมายถึง หลักการทั่วไปทางจริยธรรมที่ว่าด้วย การทำสิ่งที่ดีและสิ่งที่เป็นประโยชน์ให้แก่บุคคลอื่น เป็นการกระทำเชิงบวกเพื่อช่วยเหลือผู้อื่น หรือมีความคิดความตั้งใจที่จะทำ หรือส่งเสริมการกระทำที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น (Beauchamp & Childress, 2001; Hill & O'Brien, 2014)

การไม่ก่อให้เกิดอันตราย หมายถึง หลักการทั่วไปทางจริยธรรมที่ว่าด้วย การไม่ทำอันตราย ทั้งต่อร่างกายและจิตใจของผู้รับบริการ หรือ ไม่ทำในสิ่งที่จะก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยของผู้รับบริการ และไม่แสดงพฤติกรรมการเพิกเฉยละทิ้งหน้าที่การให้บริการ (Beauchamp & Childress, 2001; Jiggins & Asempapa, 2016)

การเคารพเอกลิทธิและความเป็นอิสระ หมายถึง หลักการทั่วไปทางจริยธรรมที่ว่าด้วย สิทธิของผู้รับบริการในการตัดสินใจเลือกและรับผิดชอบกับพฤติกรรมของตนเองโดยที่ผลของพฤติกรรมนั้นไม่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่น (Hill & O'Brien, 2014) สามารถที่จะกำกับตนเอง และอิสระที่จะเลือกด้วยตนเองโดยปราศจากการครอบงำจากผู้อื่น (Beauchamp & Childress, 2001)

ความไว้วางใจ หมายถึง หลักการทั่วไปทางจริยธรรมที่ว่าด้วย การรักษาความลับหรือการเป็นที่น่าไว้วางใจ (Hill & O'Brien, 2014) ผู้ให้บริการต้องสร้างความน่าไว้วางใจ เคารพข้อตกลง และความลับซึ่งมีร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และให้ถือว่าการเก็บรักษาความลับ และข้อตกลงนั้นเป็นหัวใจสำคัญที่เกิดจากความไว้วางใจของผู้รับบริการ ให้จำกัดการเปิดเผยข้อมูลที่เป็นความลับเกี่ยวกับผู้รับบริการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือเงื่อนไขที่ตกลงไว้เบื้องต้น (BACP, 2010)

ความยุติธรรม หมายถึง หลักการทั่วไปทางจริยธรรมที่ว่าด้วย การตระหนักว่าทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันที่จะเข้าถึงหรือได้ประโยชน์จากวิชาจิตวิทยา และได้รับคุณภาพในกระบวนการ ขั้นตอนและบริการของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตอย่างเท่าเทียมกัน ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตพึงใช้การตัดสินใจที่เหมาะสมตามหลักเกณฑ์วิชาชีพ และระมัดระวังมิให้อคติ ซึ่งถือเป็นอุปสรรคของความสามารถตลอดจนมิให้ข้อจำกัดใดๆในความรู้ความชำนาญของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตมาลบล้างการปฏิบัติงานอันไม่บริสุทธิ์ยุติธรรมนั้น (APA, 2016)



ความเคารพตนเอง หมายถึง หลักการทั่วไปทางจริยธรรมที่ว่าด้วย การที่ผู้ให้บริการดูแลตนเองทั้งเรื่องความรู้ความสามารถ และสุขภาพกายสุขภาพใจ ใช้หลักการทางจริยธรรมอื่นๆอย่างเหมาะสมเพื่อสิทธิของตนเอง รวมถึงการขอคำปรึกษาหรือการบำบัด หรือโอกาสอื่น ๆ ในการพัฒนาตนเองตามที่กำหนด มีความรับผิดชอบทางจริยธรรมในการเข้ารับการนิเทศ (supervision) เพื่อส่งเสริมและพัฒนาทางวิชาชีพและชีวิตส่วนตัว รวมถึงแสวงหาการฝึกอบรมและโอกาสอื่น ๆ สำหรับการพัฒนาทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง (BACP,2010)

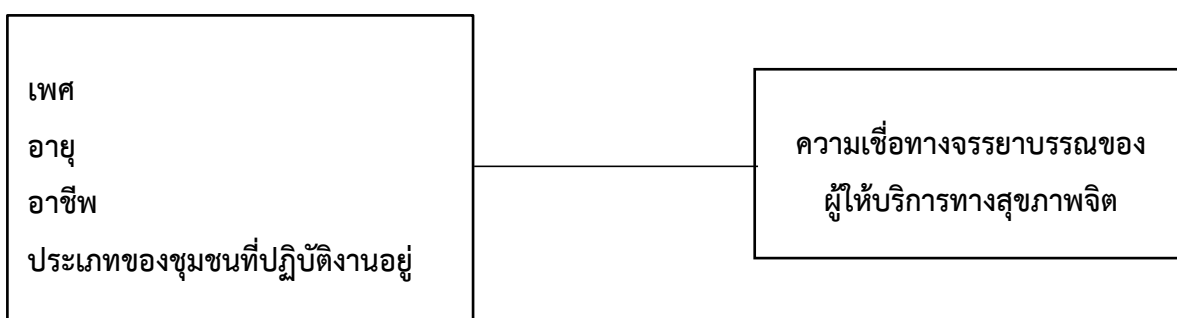
ความสามารถเชี่ยวชาญ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการให้บริการเชิงจิตวิทยาของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต (Kabir, 2017) โดยมีขอบเขตตามความสามารถ การศึกษา การฝึกอบรม ประสบการณ์ที่มีผู้นิเทศก์ และประสบการณ์ทางวิชาชีพของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตผู้นั้น (2014 ACA Code of Ethics, n.d., APA,2016)

ความสัมพันธ์ที่ซับซ้อน หมายถึง ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับผู้รับบริการมากกว่าหนึ่งความสัมพันธ์ขึ้นไป (BACP, 2002) เช่น การมีความสัมพันธ์เชิงคู่สาวกับผู้รับบริการ การมีความสัมพันธ์ฉันท์มิตรสหาย หรือ การมีความสัมพันธ์ทางธุรกิจกับผู้รับบริการ

การแจ้งข้อมูลการบริการและการยินยอมรับบริการ หมายถึง การแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการให้บริการทางสุขภาพจิต การทวนสิทธิ์และความรับผิดชอบในการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตและผู้รับบริการ ทั้งในรูปแบบคำพูดและแบบลายลักษณ์อักษร ทั้งนี้ผู้รับบริการมีอิสระที่จะเลือกว่าจะเริ่มรับบริการทางสุขภาพจิต หรือรับบริการต่อหรือไม่ (2014 ACA Code of Ethics, n.d.)

การรักษาข้อมูลและความเป็นส่วนตัว หมายถึง การป้องกันและรักษาข้อมูลของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตได้รับมาหรือมีเก็บไว้อันเป็นความลับหรือสิทธิส่วนบุคคลของผู้รับบริการ (2014 ACA Code of Ethics, n.d.) โดยระลึกไว้ว่าขอบเขตและข้อจำกัดของการรักษาความลับและสิทธิส่วนบุคคลอาจถูกควบคุมโดยกฎหมาย (APA,2016)

#### กรอบแนวคิดในการวิจัย



### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ทราบความเชื่อทางด้านจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในประเทศไทย และได้ทราบแหล่งแหล่งข้อมูลให้ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตใช้อ้างอิงในการประกอบการตัดสินใจเมื่อประสบปัญหาทางจรรยาบรรณ
2. ได้ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความเชื่อทางด้านจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาปรับปรุงแนวทางในการปฏิบัติงาน รวมไปถึงการบัญญัติมาตรฐานวิชาชีพ และหลักสูตรการเรียนการสอนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางสุขภาพจิต
3. เพื่อเป็นองค์ความรู้และฐานข้อมูลในการศึกษาวิจัยด้านจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในประเทศไทยต่อไป



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในบทนี้ ผู้วิจัยได้ค้นคว้า ทบทวน และรวบรวมเอกสารงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องในประเด็นสำคัญ เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย โดยมีรายละเอียดหัวข้อการศึกษา ดังนี้

- 1) การให้บริการทางสุขภาพจิตและผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต
- 2) จรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต
- 3) การศึกษาสำรวจจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต

#### 1. การให้บริการทางสุขภาพจิตและผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต

การศึกษาการให้บริการทางสุขภาพจิตและผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต ผู้วิจัยได้ทบทวนข้อมูลความรู้เกี่ยวกับนิยามการให้บริการทางสุขภาพจิตและผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต คุณสมบัติและความสามารถเชี่ยวชาญของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต

##### 1.1 นิยามการให้บริการทางสุขภาพจิต

สมาคมจิตวิทยาอเมริกัน (2007) นิยามการให้บริการทางสุขภาพจิต คือ กระบวนการใดๆ ก็ตามที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต หรือ เพื่อการบำบัดเยียวยาบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความผิดปกติของสุขภาพจิตและพฤติกรรม อาจเป็นกระบวนการวัดประเมิน การวินิจฉัย การบำบัดรักษา หรือการศึกษาเชิงจิตวิทยา ทั้งในรูปแบบการให้บริการในคลินิก โรงพยาบาล หรือสถานบำบัด

สำหรับประเทศไทย กรมสุขภาพจิตในฐานะกรมวิชาการ มีหน้าที่รับผิดชอบการให้บริการทางสุขภาพจิต โดยแบ่งการบริการออกเป็น 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต (กรมสุขภาพจิต, 2558)

- 1) การส่งเสริมสุขภาพจิต คือ การส่งเสริมให้ประชาชนทุกเพศวัยได้รับการดูแลทางสังคมและจิตใจให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะในการดูแลตนเอง อยู่ในสิ่งแวดล้อม ครอบครัว สังคม ชุมชน ที่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพจิตที่ดี
- 2) การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต คือ การป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช โดยการลดปัจจัยเสี่ยง เช่น ความเครียดระยะยาว ความก้าวร้าวรุนแรง และเพิ่มปัจจัยปกป้อง เช่น การให้กำลังใจ การช่วยเหลือด้านการงานอาชีพ การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตดำเนินการในกลุ่มประชาชนทุกเพศวัยในกลุ่มปกติ

- 3) การบำบัดรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช คือ การดำเนินงานที่เน้นให้ผู้เชี่ยวชาญทางวิชาชีพเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ด้วยหลักวิชาการและแนวทางที่เหมาะสมตามวิชาชีพ เพื่อให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิต หรือผู้ป่วยจิตเวช มีอาการทุเลาหรือหายจากปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวช
- 4) การฟื้นฟูสมรรถภาพสุขภาพจิต คือ การเยียวยาจิตใจหรือเสริมศักยภาพที่เสียไปให้มีเท่าเดิม หรือ ดีกว่าเดิมด้วยหลักวิชาการและแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมตามวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ที่เคยเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพจิตแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม มีความสามารถหรือศักยภาพตามเดิมหรือใกล้เคียงมากที่สุดที่จะดูแลจิตใจด้วยตนเองต่อไป (กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

สรุปได้ว่า การให้บริการทางสุขภาพจิต หมายถึง กระบวนการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี รวมถึงป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาจิตเวชกับบุคคลทั่วไป อีกทั้งบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคคลที่มีความปัญหาด้านจิตเวชด้วยหลักวิชาการ และผู้เชี่ยวชาญทางวิชาชีพ ทั้งนี้กระบวนการดังกล่าว อาจเป็นกระบวนการวัดประเมินด้านสุขภาพจิต การวินิจฉัย การบำบัดรักษา หรือการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

จากคำนิยามทั้งหมดจะเห็นได้ว่า การให้บริการด้านสุขภาพจิต เป็น กระบวนการต่อเนื่อง และครอบคลุมทุกมิติของบุคคล หากบุคคลอยู่ในสภาวะปกติ การให้บริการทางสุขภาพจิตคือการส่งเสริมให้มีความแข็งแรงทางจิตใจ อีกทั้งป้องกันและลดความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต แต่หากบุคคลนั้นมีความผิดปกติเกิดขึ้น การให้บริการจะเป็น การรักษาและฟื้นฟูให้ดีขึ้นดังเดิมด้วยหลักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญทางวิชาชีพ ดังนั้นผู้เชี่ยวชาญทางวิชาชีพ จึงมีบทบาทสำคัญในการให้บริการทางสุขภาพจิต โดยเฉพาะในส่วนการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพสุขภาพจิต

## 1.2 นิยามผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต

ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต (Mental Health Professionals) คือ ผู้เชี่ยวชาญทางวิชาชีพที่มีความรู้และทักษะ ความชำนาญในการให้บริการด้านจิตเวช จิตวิทยา และสุขภาพจิต เพื่อตอบสนองความต้องการหรือสนับสนุนส่งเสริมการเติบโตของของผู้รับบริการ และเป็นผู้มีจริยธรรม (Sperry, 2007) ทั้งนี้ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต อาจหมายถึง จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก นักจิตวิทยาการปรึกษา นักจิตบำบัด หรือ นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น (Koocher & Keith-Spiegel, 2008)

ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขนิยาม ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต หรือ บุคลากรด้านสุขภาพจิต คือ บุคคลที่ทำงานในสายงานด้านสุขภาพจิต อันได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช

นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัดที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข ทั้งในและนอกสังกัดกรมสุขภาพจิต (กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

จากคำนิยามข้างต้นจะเห็นได้ว่า ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตต้องเป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต และประกอบไปด้วยวิชาชีพที่มีบทบาทแตกต่างกัน โดยกรมสุขภาพจิตของประเทศไทยได้กำหนดคุณสมบัติและบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพไว้ ดังนี้

- 1) จิตแพทย์ คือ แพทย์ที่ได้วุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติ เป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาจิตเวชศาสตร์ หรือสาขาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น มีหน้าที่วินิจฉัย วางแผน บำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งมีบทบาทในการ นิเทศ กำกับติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานสุขภาพจิต และเป็นพี่ปรึกษา เสริมสร้างศักยภาพ บุคลากรอื่น ๆ ให้สามารถให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชได้ตามบริบทที่เหมาะสม
- 2) พยาบาลจิตเวช คือ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลที่ผ่านหลักสูตรการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีหน้าที่วินิจฉัยบำบัด และฟื้นฟูสมรรถภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งมีบทบาทในการเสริมสร้างศักยภาพและเป็นพี่ปรึกษากุศลกรอื่น ๆ
- 3) นักจิตวิทยาคลินิก คือ ผู้มีใบประกอบโรคศิลปะสาขาจิตวิทยาคลินิกที่สำเร็จการศึกษาจากสาขาจิตวิทยาคลินิกในระดับปริญญาตรี โท หรือเอก ผ่านการฝึกอบรมภาคทฤษฎีระยะเวลา 1 เดือน และภาคปฏิบัติระยะเวลา 5 เดือนจากหน่วยงานที่คณะกรรมการวิชาชีพรับรอง มีหน้าที่ตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิก บำบัดรักษาทางจิตวิทยา และวางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยจิตเวช ร่วมกับสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งมีบทบาทในการส่งเสริมและประเมินสุขภาพทางจิตด้วยวิธีการเฉพาะทางจิตวิทยาคลินิก
- 4) นักจิตวิทยาการปรึกษา และ นักจิตบำบัด ในประเทศไทยนั้นยังไม่มีกรอบประกอบโรคศิลปะ มีเพียงวุฒิการศึกษาที่ช่วยยืนยันคุณสมบัติในการให้บริการ มีหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้คนที่เพิ่มพูนสุขภาวะ ส่งเสริมให้มีสมรรถนะในการดำรงชีวิตอย่างเต็มที่ เพิ่มพูนการพัฒนาความงอกงามด้านจิตใจ และรักษาเยียวยาปัญหาทางด้านอารมณ์ จิตใจ หรือทางกายที่เนื่องมาจากอารมณ์และจิตใจ
- 5) นักสังคมสงเคราะห์ คือ ผู้มีใบประกอบวิชาชีพ และ/หรือผ่านการอบรมนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช มีหน้าที่ในการวินิจฉัย วางแผน บำบัดฟื้นฟูทางสังคม และช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบครัว สังคม

### 1.3 ระบบการรับรองมาตรฐานและความสามารถเชี่ยวชาญของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต

จากข้อกำหนดของกรมสุขภาพจิต จะเห็นได้ว่า ใบประกอบวิชาชีพ หรือ ใบประกอบโรคศิลปะนี้ และวุฒิการศึกษาถือเป็นสิ่งสำคัญในการรับรองว่าผู้ปฏิบัติงานนั้นมีความรู้ความสามารถ ซึ่งใบประกอบวิชาชีพ หรือ ใบประกอบโรคศิลปะนี้ถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบการรับรองมาตรฐานวิชาชีพที่องค์กรวิชาชีพนั้นๆจัดทำขึ้น เพื่อช่วยปกป้องบุคคลทั่วไป หรือผู้ป่วยจากอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นจากการบริการที่ไม่มีคุณภาพ หรือผู้ให้บริการที่ไม่มีคุณสมบัติหรือความสามารถเพียงพอ (Koocher & Keith-Spiegel, 2008)

แม้แต่ละวิชาชีพจะมีข้อกำหนดและหน้าที่ความรับผิดชอบแตกต่างกัน แต่ขั้นตอนในการเป็นนักวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตนั้นมีความคล้ายคลึงกัน โดยเริ่มจากการศึกษาทฤษฎีความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับการให้บริการด้านสุขภาพจิต และฝึกปฏิบัติภายใต้การควบคุมดูแลของผู้ให้การนิเทศ (supervision) จากสถาบันที่ได้รับการรับรอง เมื่อสำเร็จการศึกษาจะถือได้ว่ามีความสามารถขั้นพื้นฐานในการให้บริการทางสุขภาพจิต จากนั้นจึงสามารถขอสอบรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ เพื่อเป็นการรับรองว่ามีความสามารถเชี่ยวชาญที่จะประกอบวิชาชีพนั้นๆ (Sperry, 2007) สำหรับนักจิตวิทยาการปรึกษาและนักจิตบำบัดในปัจจุบันที่ยังไม่มีการรับรองอย่างเป็นทางการจากองค์กรวิชาชีพนั้น วุฒิการศึกษาถือเป็นสิ่งสำคัญในการรับรองความสามารถขั้นพื้นฐานในการให้บริการ

การได้รับใบประกอบวิชาชีพ หรือ ใบประกอบโรคศิลปะนี้ถือเป็นการรับรองความสามารถขั้นต้นในการให้บริการทางสุขภาพจิตแก่สาธารณชน (Koocher & Keith-Spiegel, 2008) อย่างไรก็ตาม ความสามารถเชี่ยวชาญนั้นเป็นสิ่งที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาการทำงาน (Corey et al., 2011) และเป็นสิ่งที่ยากจะนิยาม (Herlihy & Corey, 2014; Pope & Vasquez, 2011) และยากที่จะประเมิน (Corey et al., 2011; Koocher & Keith-Spiegel, 2008) ดังนั้นในฐานะนักวิชาชีพ ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตจำเป็นต้องศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับความสามารถเชี่ยวชาญของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตอย่างละเอียด เพื่อที่จะสามารถปฏิบัติหน้าที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้รับบริการ (Sperry, 2007)

โดยทั่วไปแล้ว ความสามารถเชี่ยวชาญของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถในการให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ (Corey et al., 2011) ทั้งนี้สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ ความสามารถทางปัญญา และความสามารถทางอารมณ์ (Koocher & Keith-Spiegel, 2008; Pope & Vasquez, 2011)

- 1) ความสามารถทางปัญญา (Intellectual Competence) คือ ความสามารถในการศึกษาหาความรู้ที่มาจากหลักการทางวิทยาศาสตร์ หลักฐานเชิงประจักษ์ อาจหมายถึงความสามารถทั่วไปในการประเมิน ทำความเข้าใจ และวางแผนการบริการอย่างมี

ประสิทธิภาพและเหมาะสม (Sperry, 2007) รวมไปถึงความสามารถในการแสวงหาความรู้ใหม่ๆเพื่อให้ทันกับยุคสมัย (Pope & Vasquez, 2011)

- 2) ความสามารถทางอารมณ์ (Emotional Competence) คือ ความสามารถในการรองรับอารมณ์ความรู้สึกของผู้รับบริการที่เกิดขึ้นในกระบวนการ รวมไปถึงความสามารถในการตระหนักรู้ในตนเอง การเฝ้าติดตามอารมณ์ความรู้สึกของตนเองที่อาจมีผลต่อกระบวนการ และสามารถดูแลตนเองให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Koocher & Keith-Spiegel, 2008; Pope & Vasquez, 2011)

นอกจากนี้ความสามารถเชี่ยวชาญยังแบ่งออกเป็น ความสามารถทั่วไป และ ความสามารถเฉพาะทาง ความสามารถทั่วไป คือ ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีความรู้ความสามารถในขอบเขตที่กว้าง สามารถทำงานร่วมกับผู้รับบริการส่วนใหญ่ ส่วนความสามารถเฉพาะทาง คือ ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทางในเรื่องนั้นๆ เช่น ผู้ให้บริการปรึกษาเกี่ยวกับอาชีพ ผู้ให้บริการสำหรับผู้ติดแอลกอฮอล์ ผู้มีปัญหาการกิน หรือการบำบัดสำหรับครอบครัว ทั้งนี้ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตไม่จำเป็นต้องจำกัดตนเองเป็นอย่างไรอย่างหนึ่ง สามารถมีความรู้ทั้งแบบทั่วไปและเฉพาะทางได้

สรุปแล้ว ความสามารถเชี่ยวชาญของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต คือ ความสามารถในการเรียนรู้ คิววิเคราะห์ วางแผนการให้บริการ และความสามารถทางอารมณ์ในการรับรู้เข้าใจผู้อื่นและตนเอง เพื่อปฏิบัติงานตามหน้าที่ให้ได้มาตรฐานการให้บริการ โดยความสามารถนั้นจะเป็นแบบทั่วไปสำหรับทำงานร่วมกับบุคคลส่วนใหญ่ หรือแบบเฉพาะทางสำหรับทำงานร่วมกับบุคคลที่มีปัญหาเฉพาะก็ได้ ทั้งนี้ความสามารถเชี่ยวชาญจะต้องได้รับการพัฒนาเพิ่มพูนอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตการทำงาน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ

นอกจากนี้ Sperry (2007) ได้ศึกษาและอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับการขาดความสามารถ ที่อาจเกิดขึ้นกับนักวิชาชีพที่ได้รับการรับรอง แบ่งได้ 3 ประเภท ดังนี้

- 1) การขาดความสามารถทางเทคนิค คือ ไม่สามารถในการให้บริการตามบทบาทและหน้าที่ของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต กล่าวคือ ขาดความรู้ความสามารถในกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ไม่สามารถนำทักษะมาใช้ได้อย่างเหมาะสมเพียงพอ ทั้งนี้สามารถแก้ไขพัฒนาได้ด้วยการฝึกฝนและแสวงหาความรู้เพิ่มเติม
- 2) การขาดความสามารถทางการคิด คือ ไม่สามารถรับรู้ ดำเนินการ ประเมิน หรือแสดงออกตามข้อมูลที่ได้รับมา ซึ่งการขาดความสามารถนี้อาจจะเกิดขึ้นชั่วคราวจากการติดเชื่อ มีไข่มุสหาย หรือการใช้สารเสพติดสามารถฟื้นคืนกลับมาได้ในเวลาไม่นานหรือบางครั้งอาจจะสามารถใช้ความคิดได้ แต่ไม่สามารถใช้ได้อย่างที่ต้องการ เช่น การตกอยู่

ในสภาวะมีนเมา หรือการขาดความสามารถเกิดขึ้นถาวรจากความผิดปกติของสมองที่เกิดจากอุบัติเหตุ การใช้สารเสพติด หรือเป็นโรคร้ายแรง

- 3) การขาดความสามารถทางอารมณ์ คือ ไม่สามารถรับรู้และตอบโต้ความหมายทางอารมณ์ของผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งไม่สามารถเข้าอกเข้าใจและแสดงความเข้าใจนั้นให้ผู้รับบริการรับรู้ หรือไม่สามารถควบคุมอารมณ์ความรู้สึกที่รุนแรงได้ ปล่อยให้อารมณ์หรือเรื่องราวส่วนตัวเข้ามาขัดขวางกระบวนการ

การขาดความสามารถเหล่านี้ อาจนำไปสู่ “การประพฤตินิดหน่อย” (Malpractice) คือ ละทิ้งหน้าที่ของตนจนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสียหายหรือเป็นอันตรายต่อผู้รับบริการ ซึ่งผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตต้องจำแนกหรือแยกแยะความแตกต่างระหว่าง “การประพฤตินิดหน่อย” ออกจาก “ความผิดพลาดทั่วไป” ให้ได้ เพราะในการทำงานย่อมเกิดขึ้นความผิดพลาดขึ้นเป็นส่วนหนึ่งของการทำงาน หากแต่ความผิดพลาดนั้นต้องไม่เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้รับบริการ ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า ความสามารถที่แท้จริง คือ การรับรู้ข้อจำกัดและข้อด้อยของตัวเอง เช่นเดียวกับที่รับรู้ทักษะความชำนาญและจุดแข็งของตนเอง (Koocher & Keith-Spiegel, 2008; Pope & Vasquez, 2011)

อย่างไรก็ตาม สมาคมวิชาชีพต่างๆ ได้ระบุขอบเขตความสามารถและบทลงโทษจากการกระทำที่นอกเหนือความสามารถไว้อย่างชัดเจน เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ (Pope & Vasquez, 2011) เช่น

**สมาคมจิตวิทยาอเมริกัน (APA)** ได้บัญญัติถึงขอบเขตความสามารถของนักจิตวิทยาไว้ว่า

- a) นักจิตวิทยาให้บริการทางจิตวิทยา ฝึกสอน อบรม และควบคุมดูแลงานวิจัยกับบุคคลหรือประชากร ในขอบเขตความสามารถ การศึกษา การฝึกอบรม ประสบการณ์ (ที่มีผู้ดูแลให้คำปรึกษา Supervisor) การให้คำแนะนำ การเรียน หรือประสบการณ์ทางวิชาชีพของนักจิตวิทยาผู้นั้นเท่านั้น
- b) องค์กรความรู้ทางวิชาชีพ และหลักเหตุผลเชิงวิทยาศาสตร์ (Professional and Scientific Knowledge) เป็นสิ่งสำคัญของวัฒนธรรม ภูมิหลังกำเนิด ศาสนา การรับรู้และแสดงออกทางเพศ ความพิการ ภาษา ปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ อันเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการให้บริการทางจิตวิทยา หรือการวิจัยที่มีประสิทธิภาพ นักจิตวิทยาจำเป็นต้องมีการฝึกฝนอบรม มีประสบการณ์ และการให้การปรึกษาดูแล (supervision) มารับรองคุณภาพของความสามารถหรือความเชี่ยวชาญ และนักจิตวิทยาควรมีการส่งต่อผู้รับบริการอย่างเหมาะสม
- c) นักจิตวิทยาผู้ที่จะให้บริการ ฝึกอบรม ควบคุมงานวิจัย อันเกี่ยวข้องกับประชากรกลุ่มใหม่ พื้นที่ใหม่ เทคนิคหรือเทคโนโลยีใหม่ๆ นั้น มีหน้าที่ในการรับผิดชอบในการศึกษาหาความรู้ ฝึกอบรม สร้างประสบการณ์ภายใต้การนิเทศ (supervision) หรือเรียนรู้ในข้อมูลใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้อง



d) เมื่อถูกร้องขอให้บริการแก่บุคคลในขณะที่ยังไม่พร้อมให้บริการ หรือถูกร้องขอให้บริการในส่วนที่นักจิตวิทยาไม่มีความสามารถหรือเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าว นักจิตวิทยาที่เคยได้รับการฝึกอบรมในเนื้อหาใกล้เคียงกับเรื่องนั้น อาจให้บริการไปก่อน เพื่อให้มั่นใจว่าบุคคลนั้นได้รับบริการช่วยเหลือเบื้องต้น โดยนักจิตวิทยาควรพยายามที่จะรักษามาตรฐานโดยค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เข้าฝึกอบรมขอคำปรึกษา หรือเรียนรู้เพิ่มเติม

**สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association)** ได้ระบุในข้อ 2.3 ว่าจิตแพทย์ที่ปฏิบัติงาน นอกเหนือขอบเขตความสามารถที่ได้รับมาตรฐานทางวิชาชีพ จะได้รับการพิจารณาว่าผิดจรรยาบรรณ การยุติบทบาทนักวิชาชีพจะถูกตัดสินโดยคณะกรรมการสมาคมและผู้อื่นที่เหมาะสม

**สมาคมการให้คำปรึกษาและจิตบำบัดแห่งสหราชอาณาจักร (British Association for Counselling and Psychotherapy)** ระบุว่า นักจิตวิทยาการปรึกษาและนักจิตบำบัดต้องให้บริการอยู่ในความสามารถตามมาตรฐานวิชาชีพ การศึกษา และประสบการณ์ในการให้บริการของตนเองเท่านั้น หลีกเลี่ยงการไร้ความสามารถหรือการทุจริตต่อหน้าที่ และไม่ให้บริการเมื่อไม่พร้อมเนื่องจากความเจ็บป่วยหรืออยู่ภายใต้ฤทธิ์แอลกอฮอล์

จากข้อมูลข้างต้นเห็นได้ว่า หลักจรรยาบรรณของต่างประเทศส่วนใหญ่กำหนดให้ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตให้บริการภายใต้ความรู้ความสามารถที่ได้รับการฝึกฝนเท่านั้น หากให้บริการที่อยู่นอกเหนือความสามารถอาจได้รับการพิจารณาว่าผิดจรรยาบรรณ ในกรณีฉุกเฉินมีความจำเป็นต้องให้บริการที่อยู่นอกเหนือความสามารถ พึงให้บริการในเบื้องต้นเท่านั้น จากนั้นจึงส่งต่อผู้รับบริการไปยังแหล่งบริการอื่นที่มีความเหมาะสม ทั้งนี้ผู้ให้บริการต้องหมั่นศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอเพื่อที่จะสามารถขยายขอบเขตความสามารถของตนให้กว้างขึ้นได้

**ในประเทศไทย** พระราชกฤษฎีกากำหนดให้จิตวิทยาคลินิกเป็นสาขาหนึ่งของการประกอบโรคศิลปะ โดยระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการรักษาจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพของผู้ประกอบโรคศิลปะ 2559 ระบุว่า ผู้ประกอบโรคศิลปะต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพตามที่กำหนด โดยคณะกรรมการวิชาชีพสาขาจิตวิทยาคลินิกได้กำหนดมาตรฐานการทำงานออกเป็น 5 มาตรฐาน ได้แก่ มาตรฐานการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยา, มาตรฐานการบำบัดทางจิตวิทยาและการฟื้นฟูสภาพจิตใจ มาตรฐานการประยุกต์จิตวิทยาคลินิกเข้าสู่งานด้านสุขภาพจิตชุมชนและศาสตร์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง มาตรฐานการสอน ฝึกอบรม และเป็นพี่ปรึกษาทางวิชาการจิตวิทยาคลินิก และการพัฒนาบุคลากรวิชาชีพจิตวิทยาคลินิก เทคโนโลยี และการวิจัยทางจิตวิทยาคลินิก ซึ่งเป็นการอธิบายเชิงกระบวนการและขั้นตอนในการทำงานเป็นหลัก แต่ไม่ได้มีการระบุถึงขอบเขตความสามารถของนักจิตวิทยาคลินิก (Phungpong, 2019)

นอกจากนี้ แพทยสภาได้กำหนดให้จิตแพทย์มีคุณสมบัติและความรู้ความสามารถที่ครอบคลุม 6 ด้าน ดังนี้

- a. การบริหารผู้ป่วย โดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางบนพื้นฐานของการดูแลแบบองค์รวม คำนึงถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัย รวมทั้งสามารถปฏิบัติงานในสาขาจิตเวชศาสตร์ได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องมีการกำกับดูแล
- b. ความรู้และทักษะหัตถการเวชกรรมทางจิตเวชศาสตร์ สามารถทำจิตเวชปฏิบัติได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทของการฝึกอบรม
- c. ทักษะระหว่างบุคคลและการสื่อสาร ทั้งกับผู้ป่วย แพทย์ นักศึกษาแพทย์ สหวิชาชีพ และญาติของผู้ป่วย
- d. การเรียนรู้และพัฒนาจากฐานการปฏิบัติ มีความรู้ในการคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณทางการแพทย์ และการแพทย์เชิงประจักษ์ และเรียนรู้พัฒนาทักษะและเสริมสร้างประสบการณ์ทางวิชาชีพได้ด้วยตนเองจากการฝึกปฏิบัติด้านจิตเวชศาสตร์ได้ด้วยตนเอง
- e. ความสามารถในการทำงานตามหลักวิชาชีพนิยม มีคุณลักษณะของความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตหรือการพัฒนาวิชาชีพต่อเนื่อง และมีคุณธรรมจริยธรรมแห่งวิชาชีพ
- f. การทำเวชปฏิบัติให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบสุขภาพของประเทศ ระบบพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย รวมทั้งการใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างเหมาะสม

เห็นได้ว่า ข้อบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับคุณสมบัติและความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในต่างประเทศมีรายละเอียดและรัดกุมมากกว่าประเทศไทย รวมไปถึงมีการบัญญัติบทลงโทษและแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนหากดำเนินการนอกเหนือความสามารถเชี่ยวชาญ อีกทั้งมีการเน้นย้ำและแนะนำวิธีการพัฒนาความสามารถอย่างต่อเนื่อง ในประเทศไทยแม้จะมีข้อบัญญัติของแพทยสภาที่ละเอียดและครอบคลุมการปฏิบัติงานทั้งหมด แต่ยังไม่พบข้อกำหนดอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรว่าผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตจะต้องมีแนวทางการพัฒนาตนเองอย่างไรบ้าง (Phungpong, 2019) ซึ่งวิธีการในการพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเองนั้น อาจเป็นการเข้ารับการอบรมเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง การอ่านหนังสือ บทความงานวิจัย หรือการเข้าร่วมประชุมเชิงวิชาการต่างๆ หรือการทำงานร่วมกับผู้ให้บริการที่มีประสบการณ์มากกว่า (Corey et al., 2011)

จากการทบทวนวรรณกรรมในหัวข้อ การให้บริการทางสุขภาพจิตและผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต ทำให้ผู้วิจัยได้กำหนดค่านิยมและเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

“ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต” คือ นักวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถที่ได้มาตรฐานในการให้บริการด้านจิตเวช จิตวิทยา และสุขภาพจิต เพื่อส่งเสริมสุขภาพะ ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจของบุคคล ซึ่งผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต อาจหมายถึง จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก นักจิตวิทยาการปรึกษา นักจิตบำบัด นักสังคม

สงเคราะห์ ฯลฯ โดยจบการศึกษาในระดับปริญญาสาขาที่เกี่ยวข้องกับจิตวิทยา จิตวิทยาการปรึกษา จิตวิทยาคลินิก สุขภาพจิต แพทยศาสตร์ (จิตเวชศาสตร์) พยาบาลศาสตร์ (จิตเวชศาสตร์) สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ และผ่านการอบรมเฉพาะทางที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาสุขภาพจิต ซึ่งจัดโดยสถาบันการศึกษา หรือสมาคมวิชาชีพในประเทศไทยและต่างประเทศที่ได้รับการรับรอง

## 2. จรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต

นอกจากหน้าที่ความรับผิดชอบและความสามารถเชี่ยวชาญของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตแล้ว สิ่งสำคัญที่ผู้ให้บริการจำเป็นต้องยึดถือเป็นหลักปฏิบัติ คือ จรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนข้อมูลความรู้เกี่ยวกับคำนิยามของจรรยาบรรณ ความสำคัญของจรรยาบรรณ และหลักจรรยาบรรณทางวิชาชีพที่สำคัญของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต โดยมีรายละเอียดดังนี้

### 2.1 นิยามจรรยาบรรณ

พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542 นิยามคำว่า “จรรยาบรรณ” คือ ประมวลความประพฤติที่ผู้ประกอบอาชีพการงานแต่ละอย่างกำหนดขึ้น เพื่อรักษา ส่งเสริมเกียรติคุณ ชื่อเสียงและฐานะสมาชิก อาจเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรไว้หรือไม่ก็ได้

คำว่า จรรยาบรรณ นั้นตรงกับภาษาอังกฤษว่า Ethics หรือ Code of ethics ซึ่ง Ethics นี้สามารถแปลเป็นคำไทยได้อีกว่า จริยธรรม จึงมักมีการศึกษาทั้งสองคำนี้ควบคู่กัน ซึ่ง จริยธรรมหมายถึง การประพฤติตามศีลธรรม หรือตามหลักความถูกต้องดีงาม (แก้วกำเนิด, 2546) และเป็นสิ่งที่ปัจเจกชนใช้สะท้อนความคิดความรู้สึกเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ควรกระทำ หรือไม่ควรกระทำ (Sperry, 2007)

จากคำนิยามข้างต้น จึงอาจสรุปได้ว่า จรรยาบรรณ คือ จริยธรรมในวิชาชีพที่เป็นบทมาตรฐานการประพฤติปฏิบัติอันเหมาะสมในการประกอบอาชีพหรือปฏิบัติงาน เขียนขึ้นโดยสมาคมและองค์กรแต่ละวิชาชีพเพื่อให้ นักวิชาชีพ หรือสมาชิกรับรู้ได้ตระหนักและยึดถือปฏิบัติ อีกทั้งใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจว่าสิ่งใดควรกระทำหรือไม่ควรกระทำ เพื่อรักษาไว้ซึ่งศักดิ์ศรีชื่อเสียงของนักวิชาชีพ

### 2.2 ความสำคัญของจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต

การบัญญัติหลักจรรยาบรรณนั้นมีขึ้นเพื่อตอบสนองหลากหลายวัตถุประสงค์ตามต่อองค์กรวิชาชีพนั้นๆจะกำหนด เช่น หลักจรรยาบรรณของสมาคมจิตวิทยาอเมริกัน (APA) บัญญัติขึ้นเพื่อนำเสนอมาตรฐานที่ครอบคลุมสถานการณ์ที่นักจิตวิทยาจะต้องเผชิญเป็นส่วนใหญ่ โดยมีเป้าหมาย

เพื่อปกป้องสิทธิของผู้ที่รับบริการจากนักจิตวิทยา และเป็นการให้ความรู้แก่สมาชิกนักศึกษาและประชาชนทั่วไป

**สมาคมการให้คำปรึกษาและจิตบำบัดแห่งสหราชอาณาจักร (BACP)** บัญญัติหลักจรรยาบรรณขึ้น เพื่อเอื้อให้ผู้ให้บริการสามารถจัดสรรความปลอดภัยหรือป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายกับผู้รับบริการในระหว่างกระบวนการทำงานร่วมกัน

**สมาคมจิตวิทยาแห่งประเทศไทย (CPS)** บัญญัติหลักจรรยาบรรณเพื่อช่วยผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต ผู้ที่ต้องการรับบริการทางสุขภาพจิต และสังคมเข้าใจแก่นคิดของหลักจรรยาบรรณ ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต ทั้งนี้หลักจรรยาบรรณยังช่วยในการรับรองและสนับสนุนมาตรฐานการบริการที่เกี่ยวกับงานด้านสุขภาพจิต ช่วยรับรองสิทธิและผลประโยชน์ของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ช่วยเสริมสร้างและสนับสนุนสุขภาพของบุคคลทั่วไป รวมไปถึงสร้างความกลมเกลียวในหมู่สมาชิกนักวิชาชีพ

Herlihy and Corey (2006) ได้สรุปวัตถุประสงค์ของการบัญญัติหลักจรรยาบรรณออกเป็น 4 อย่าง ได้แก่

- 1) เพื่อให้ความรู้แก่นักวิชาชีพเกี่ยวกับจริยธรรมทางวิชาชีพ สิ่งที่ต้องประพฤติปฏิบัติ มาตรฐานต่างๆ ที่จะช่วยให้แก่นักวิชาชีพตระหนักรู้และชัดเจนในค่านิยมที่ตนเองยึดถือ เพื่อใช้ในการรับมือกับความท้าทายในการทำงาน
- 2) เพื่อเป็นกลไกในการสร้างความน่าเชื่อถือให้กับนักวิชาชีพ นอกจากนักวิชาชีพจะหมั่นตรวจสอบความประพฤติของตนเองแล้ว กฎจรรยาบรรณยังช่วยสนับสนุนให้นักวิชาชีพสอดส่องดูแลความประพฤติของเพื่อนร่วมงานด้วย
- 3) หลักจรรยาบรรณเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาในการให้บริการทางสุขภาพจิต เพราะ เมื่อนักวิชาชีพประสบกับประเด็นปัญหาทางจริยธรรม นักวิชาชีพจะต้องประมวลและประยุกต์กฎจรรยาบรรณให้เข้ากับการทำงานของตนเอง ทำให้มีประสบการณ์และได้ฝึกฝนกระบวนการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางสุขภาพจิต
- 4) จุดประสงค์สำคัญที่สุดของหลักจรรยาบรรณ คือ ป้องกันสวัสดิภาพของผู้รับบริการเพื่อให้ได้รับการบริการที่ดีที่สุดและเกิดประโยชน์สูงสุด

การทบทวนวรรณกรรม ทำให้เห็นว่าหลักจรรยาบรรณนั้นมีความสำคัญ เพราะมีขึ้นเพื่อประโยชน์สำหรับผู้รับบริการ ผู้ให้บริการในฐานะนักวิชาชีพ และสังคมหรือสาธารณชน

ในแง่ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ คือ ช่วยรับรองสิทธิของผู้รับบริการและส่งเสริมให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากกระบวนการ รวมถึงเป็นการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการประพฤติผิดในหน้าที่ของผู้ให้บริการ

ในแง่ประโยชน์ต่อผู้ให้บริการ คือ เป็นหลักหรือแนวทางในการประพฤติปฏิบัติตามหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต อีกทั้งเป็นแหล่งอ้างอิงประกอบการตัดสินใจ เมื่อผู้ให้บริการเผชิญกับปัญหาทางจรรยาบรรณ อีกทั้งเป็นสิ่งช่วยกระตุ้นให้นักวิชาชีพหมั่นฝึกฝนพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง และเป็นสิ่งที่ช่วยยกระดับผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตแตกต่างจากผู้ช่วยเหลืออื่นๆ

ในแง่ประโยชน์ต่อสังคม หลักจรรยาบรรณเป็นสิ่งที่รับรองมาตรฐาน สร้างความไว้วางใจ เป็นหลักประกันให้แก่สังคมว่ามีการกำกับดูแลการบริการไม่ให้เป็นภัยต่อผู้รับบริการและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

### 2.3 หลักจรรยาบรรณที่สำคัญของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต

เนื่องจากสมาคมและองค์กรแต่ละวิชาชีพเป็นผู้บัญญัติ หลักจรรยาบรรณจึงมีมากมาย หลากหลายขึ้นอยู่กับองค์กรวิชาชีพนั้นๆ ทั้งนี้ผู้วิจัยจึงขอเลือกเฉพาะหลักจรรยาบรรณที่สำคัญ นำมาศึกษาเปรียบเทียบ ได้แก่ หลักจรรยาบรรณสำหรับนักจิตวิทยาและมาตรฐานการประพฤติปฏิบัติของสมาคมจิตวิทยาอเมริกัน (APA) หลักจรรยาบรรณของสมาคมการให้คำปรึกษาและจิตบำบัดแห่งสหราชอาณาจักร (BACP) หลักจรรยาบรรณของสมาคมจิตวิทยาแห่งประเทศไทย (CPS) และหลักจรรยาบรรณในประเทศไทย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

#### 2.3.1 หลักจรรยาบรรณสำหรับนักจิตวิทยาและมาตรฐานการประพฤติปฏิบัติของสมาคมจิตวิทยาอเมริกัน (APA's Ethical Principles and Code of Conduct) ประกอบไปด้วย 4 ส่วน ได้แก่

- 1) คำนำและการนำไปใช้ (Introduction and Application) เป็นการกล่าวแนะนำวัตถุประสงค์ และขอบเขตของการนำหลักจรรยาบรรณไปประยุกต์ใช้ โดยหลักจรรยาบรรณฉบับนี้ได้กำหนดกฎขึ้นเพื่อควบคุมความประพฤติของนักจิตวิทยา และถูกเขียนขึ้นอย่างกว้างๆ เพื่อให้สามารถประยุกต์ใช้กับนักจิตวิทยาในบริบทที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับสถานการณ์นั้นๆ ซึ่งหลักจรรยาบรรณนี้สามารถนำไปใช้กับกิจกรรมต่างๆของนักจิตวิทยา ทั้งในบทบาททางวิชาชีพ ทางการศึกษา หรือทางวิทยาศาสตร์ ทั้งนี้สมาชิกของสมาคมจำเป็นต้องปฏิบัติตามหลักจรรยาบรรณนี้ ตลอดจนข้อบังคับและกระบวนการในการควบคุมดูแล หากมีการกระทำที่ผิดต่อมาตรฐานจรรยาบรรณอาจนำไปสู่การลงโทษ เช่น การระงับหรือถอดถอนสมาชิกภาพ การระงับหรือเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ เป็นต้น
- 2) บทนำ (Preamble) เป็นเนื้อหาที่กล่าวถึงบทบาทความรับผิดชอบของนักจิตวิทยาในการสร้างและพัฒนาความรู้ในเชิงวิชาชีพและเชิงวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับพฤติกรรมและความเข้าใจความเป็นมนุษย์ของตนเองและผู้อื่น อีกทั้งการนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการพัฒนา

บุคคล องค์กร และสังคม และต้องเคารพและปกป้องสิทธิมนุษยชนของประชาชน ซึ่ง นักจิตวิทยาอาจจะมีหลากหลายบทบาทที่แตกต่างกัน ได้แก่ นักวิจัย นักการศึกษา นักบำบัด ผู้ให้การนิเทศ ผู้ให้คำปรึกษา ฯลฯ แต่ไม่ว่าจะอยู่ในบทบาทใด นักจิตวิทยาต้อง ยินยอมและพยายามที่จะประพฤติปฏิบัติตามหลักจรรยาบรรณนี้

- 3) หลักทั่วไป (General Principle) เป็นแนวคิดพื้นฐานที่ช่วยแนะแนวทางการประพฤติปฏิบัติตนในการประกอบวิชาชีพหรือใช้เป็นเหตุผลประกอบการตัดสินใจ หากไม่ได้ อธิบายถึงหน้าที่ความรับผิดชอบ และไม่ได้กำหนดบทลงโทษไว้ ประกอบด้วย 5 หลักการ คือ

**หมวด A สิทธิประโยชน์แก่ผู้รับบริการและการหาประโยชน์โดยไม่ชอบ (Beneficence and Nonmaleficence)** คือ นักจิตวิทยาต้องเอื้อประโยชน์แก่ผู้รับบริการหรือผู้ที่ปฏิบัติงานด้วย และมีการดูแลป้องกันมิให้เกิดอันตราย ต้องนำมาซึ่งประโยชน์และสิทธิของผู้ที่เกี่ยวข้อง หากมีความขัดแย้งเกิดขึ้น ระหว่างหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบและสิ่งที่เกี่ยวข้อง นักจิตวิทยาต้องพยายาม แก้ไขความขัดแย้งตามแนวทางที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงหรือลดอันตรายที่อาจจะ เกิดจากความคิดเห็นหรือการกระทำในฐานะนักจิตวิทยาที่จะส่งผลกระทบต่อผู้อื่น และต้องตระหนักว่าสุขภาพกายและใจของตนเองสามารถส่งผลกระทบต่อ ความสามารถในการให้บริการ

**หมวด B ความรับผิดชอบ (Fidelity and Responsibility)** คือ นักจิตวิทยาพึงสร้างสัมพันธภาพที่น่าไว้วางใจกับผู้รับบริการหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง และมีความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเองอย่างเหมาะสม พยายามจัดการ ควบคุมความขัดแย้งทางผลประโยชน์ ที่อาจก่อให้เกิดผลเสียหรืออันตราย พึง ปรึกษา ส่งต่อ และร่วมมือกับวิชาชีพอื่นๆ เพื่อผลประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ หรือผู้ที่ปฏิบัติงานด้วย รวมถึงยอมเสียสละเวลาเพื่อให้บริการแก่ผู้ที่ไม่ได้ ค่าตอบแทน หรือให้ค่าตอบแทนเพียงเล็กน้อย

**หมวด C ความซื่อสัตย์ (Integrity)** คือ นักจิตวิทยาพึงส่งเสริมความ ซื่อสัตย์สุจริต และความเป็นจริงในการค้นคว้าวิจัย การเรียนการสอน การ ปฏิบัติงานต่างๆ โดยไม่ขโมย หลอกลวง หรือปลอมแปลงบิดเบือนข้อมูลต่างๆ อีกทั้งต้องรักษาสัญญาและไม่โกหก หากมีความจำเป็นต้องโกหกเพื่อประโยชน์ สูงสุดของผู้รับบริการ นักจิตวิทยาต้องพิจารณาถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น อย่างรอบคอบ

**หมวด D ความยุติธรรม (Justice)** คือ นักจิตวิทยาต้องตระหนักว่าทุกคนมีสิทธิที่จะเข้าถึงและได้ประโยชน์จากจิตวิทยาอย่างเท่าเทียมกัน พึงใช้การตัดสินใจอย่างเหมาะสมตามหลักวิชาชีพ และระมัดระวังไม่ให้เกิดอคติที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการให้บริการ

**หมวด E ความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรี (Respect for People's Right and Dignity)** คือ นักจิตวิทยาพึงเคารพศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นมนุษย์ของทุกคน รวมถึงสิทธิส่วนบุคคลในการรักษาความลับและการตัดสินใจต่างๆ ให้คุณค่ากับความแตกต่างทางวัฒนธรรม ปัจเจกชน และบทบาท โดยมุ่งกำจัดอคติที่ที่อาจเกิดขึ้นจากปัจจัยความต่างเหล่านี้

- 4) หลักมาตรฐานจรรยาบรรณ (Ethical Standards) เป็นเนื้อหาหลักที่เกี่ยวกับข้อประพฤติปฏิบัติและหน้าที่ความรับผิดชอบของนักจิตวิทยาในเรื่องนั้นๆ ประกอบไปด้วย 10 หมวดหมู่ ได้แก่
- a. การแก้ไขจัดการกรณีพิพาทด้านจรรยาบรรณ
  - b. ความสามารถและความชำนาญความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
  - c. ความลับและสิทธิส่วนบุคคล
  - d. การโฆษณาและการให้ข้อมูลแก่สาธารณะ
  - e. การเก็บรักษาข้อมูลและค่าบริการ
  - f. การให้การศึกษาและการฝึกอบรม
  - g. งานวิจัยและการตีพิมพ์เผยแพร่
  - h. การทดสอบทางจิตวิทยา
  - i. การบำบัดรักษา

### 2.3.2 หลักจรรยาบรรณของสมาคมการให้คำปรึกษาและจิตบำบัดแห่งสหราชอาณาจักร (BACP)

โดยสมาคมการให้คำปรึกษาและจิตบำบัดแห่งสหราชอาณาจักร (BACP) นี้ถือว่าเป็นสมาคมที่เป็นตัวแทนของนักจิตวิทยาการปรึกษาและนักจิตบำบัดในสหราชอาณาจักร แม้ว่าจะมีสมาคมอื่นๆ เช่น UKCP (สภาจิตบำบัดแห่งสหราชอาณาจักร), BPS (สมาคมจิตวิทยาอังกฤษ) และ COSCA (การให้คำปรึกษาและจิตบำบัดในสกอตแลนด์) แต่ละสมาคมต่างมีหลักจริยธรรมหรือกรอบการทำงานของตนเอง หากแต่กรอบจริยธรรมของ BACP ถือว่าเป็นกรอบที่ครอบคลุมที่สุด (Proctor, 2014) ประกอบไปด้วย 4 ส่วน ได้แก่

- 1) คำนำ (Introduction) ) เป็นการกล่าวถึงความสำคัญของหลักจรรยาบรรณ ที่เป็นหลักการทางจรรยาบรรณ ค่านิยม และมาตรฐานความประพฤติที่สมาคมคาดหวังจากสมาชิกฯ โดยสมาชิกจำเป็นต้องอ่านและทำความเข้าใจหลักจรรยาบรรณนี้ก่อนการให้บริการ ซึ่งหลักจรรยาบรรณนี้ได้จัดทำขึ้นเพื่อช่วยให้การกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการปลอดภัย และยึดหลักจรรยาบรรณนี้เป็นแหล่งอ้างอิงประกอบการตัดสินใจ นอกจากนี้กล่าวถึงวิธีการนำหลักจรรยาบรรณนี้ไปประยุกต์ใช้
- 2) พันธกิจที่มีต่อผู้รับบริการ (Our Commitment to Clients) เป็นส่วนที่กล่าวถึงภาพรวมและข้อสรุป หรือความรับผิดชอบที่สมาชิกจะปฏิบัติต่อผู้รับบริการ ซึ่งสามารถใช้เป็นเอกสารประกอบในการสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้รับบริการเกี่ยวกับการให้บริการ
- 3) หลักการทั่วไปทางจริยธรรม (General Principles) เป็นส่วนที่ออกแบบมาเพื่อช่วยผู้ให้บริการทำความเข้าใจแนวคิดหลักการที่อยู่เบื้องหลังการให้บริการ และช่วยในการนิเทศ ใช้ประกอบการพิจารณาเกี่ยวกับประเด็นทางจริยธรรม ประกอบด้วย 6 หลักการ คือ **การก่อประโยชน์ (Beneficence)** คือ การทำสิ่งที่ดีและสิ่งที่เป็นประโยชน์ให้แก่บุคคลอื่น เป็นการกระทำเชิงบวกเพื่อช่วยเหลือผู้อื่น หรือมีความคิดความตั้งใจที่จะทำหรือส่งเสริมการกระทำที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น (Beauchamp & Childress, 2001; Hill & O'Brien, 2014) อาจหมายถึงการทำความดี มีเมตตา กรุณา ปราศจากอคติและเอื้อเฟื้อแก่เพื่อนมนุษย์ (Arpanantikul et al., 2016)

**การไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Non-maleficence)** คือ การไม่ทำอันตรายทั้งต่อร่างกายและจิตใจของผู้รับบริการ หรือ ไม่ทำในสิ่งที่จะก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยของผู้รับบริการ และไม่แสดงพฤติกรรมที่เพิกเฉยละทิ้งหน้าที่การให้บริการ (Beauchamp & Childress, 2001; Jiggins & Asempapa, 2016) เป็นการกระทำที่ครอบคลุมทั้งการปฏิบัติ ท่าที คำพูด สีหน้า แววตาที่แสดงต่อผู้รับบริการ พึงปฏิบัติด้วยความเมตตา เห็นใจ และเคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการ (Arpanantikul et al., 2016)

**การเคารพเอกลิทธิและความเป็นอิสระ (Autonomy)** คือ สิทธิของผู้รับบริการในการตัดสินใจเลือกและรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเองโดยที่ผลของพฤติกรรมนั้นไม่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่น (Hill & O'Brien, 2014) สามารถที่จะกำกับตนเอง และอิสระที่จะเลือกด้วยตนเองโดยปราศจากการครอบงำจากผู้อื่น แต่ไม่ควรใช้กับผู้ที่ไม่มีความสามารถในการตัดสินใจหรือปกครองชีวิตตัวเองได้เพียงพอ เช่น ผู้ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ผู้ที่ด้อย สรรพภาพ ทั้งนี้การไม่พูดความจริง ไม่เปิดเผย



ผลการรักษา ส่งผลต่อการตัดสินใจในการจะทำการใดๆถือว่าเป็นสิ่งที่ละเมิดต่อหลักการ การเคารพเอกสิทธิ์ (Beauchamp & Childress, 2001)

**ความไว้วางใจ (Trustworthy)** คือ การรักษาความลับสัญญา หรือ การเป็นที่น่าไว้วางใจ (Hill & O'Brien, 2014) ผู้ให้บริการต้องสร้างความน่าไว้วางใจ เคารพข้อตกลง และความลับสัญญาที่มีร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และให้ถือว่าการเก็บรักษาความลับและข้อตกลงนั้นเป็นหัวใจสำคัญที่เกิดจากความไว้วางใจของผู้รับบริการ ให้จำกัดการเปิดเผยข้อมูลที่เป็นความลับเกี่ยวกับผู้รับบริการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ หรือเงื่อนไขที่ตกลงไว้เบื้องต้น (BACP,2010)

**ความยุติธรรม (Justice)** คือ ความเป็นธรรม ความเที่ยงธรรม ความไม่ลำเอียง โดยไม่คำนึงถึงอายุ ฐานะ อาชีพ เพศ เชื้อชาติ หรือระดับการศึกษาของผู้รับบริการ (Beauchamp & Childress, 2001) ทุกคนได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรมและได้รับความเคารพในสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรี ผู้ให้บริการต้องยึดมั่นในความเท่าเทียมและเป็นกลาง ระมัดระวังไม่ให้เกิดอคติ หลีกเลี่ยงการเลือกปฏิบัติต่อบุคคลหรือกลุ่มคนที่ขัดต่อลักษณะส่วนบุคคล หรือ สังคมที่ขบถด้วยกฎหมาย (BACP,2010) ทั้งนี้ความต้องพยายามควบคุมอำนาจให้สมดุลระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (Winter, 2019)

**ความเคารพตนเอง (Self-Respect)** คือ การที่ผู้ให้บริการดูแลตนเองทั้งเรื่องความรู้ความสามารถ และสุขภาพกายสุขภาพใจ ใช้หลักการทางจริยธรรมอื่นๆอย่างเหมาะสมเพื่อสิทธิของตนเองในแง่ของการเงินและค่าตอบแทนที่สมควรได้รับ รวมถึงการขอคำปรึกษา การบำบัด หรือโอกาสอื่น ๆ ในการพัฒนาตนเองตามที่กำหนด มีความรับผิดชอบทางจริยธรรมในการเข้ารับการนิเทศ (supervision) เพื่อส่งเสริมและพัฒนาทางวิชาชีพและชีวิตส่วนตัว รวมถึงแสวงหาการฝึกอบรมและโอกาสอื่น ๆ สำหรับการพัฒนาทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง (BACP,2010)

- 4) หลักการประพฤติดีปฏิบัติ (Good practice) เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการประพฤติดีปฏิบัติ ในการประกอบวิชาชีพ เป็นการระบุรายละเอียดของพฤติกรรมที่นักวิชาชีพพึงปฏิบัติ หรือ ไม่พึงปฏิบัติ แบ่งออกเป็นหมวดหมู่ต่างๆ ได้แก่
- a. การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการเป็นอันดับหนึ่ง
  - b. ทำงานด้วยมาตรฐานทางวิชาชีพ
  - c. ความเคารพในความเป็นส่วนตัวและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการ
  - d. สร้างความสัมพันธ์ที่เหมาะสม
  - e. การเริ่มและยุติกระบวนการ
  - f. ความซื่อสัตย์

- g. การเป็นที่ไว้วางใจ ฟังพาได้
- h. การเก็บรักษาความลับ
- i. การทำงานร่วมกันกับผู้อื่น
- j. กระบวนการนิเทศ
- k. การอบรมและการศึกษา
- l. การฝึกอบรม
- m. การวิจัย
- n. การดูแลตนเองในฐานะของนักวิชาชีพ
- o. การจัดการกับประเด็นทางจริยธรรม

### 2.3.3 หลักจรรยาบรรณของสมาคมจิตวิทยาแห่งประเทศไทย (Chinese Psychological Society's Code of Ethics for Counseling and Clinical Practice) ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ได้แก่

- 1) บทนำ (Preamble) เป็นเนื้อหาที่กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของหลักจรรยาบรรณฉบับนี้ว่าจัดทำขึ้นโดยสมาคมจิตวิทยาแห่งประเทศไทย เพื่อช่วยให้นักจิตวิทยาคลินิกและนักจิตวิทยาการปรึกษา (Clinical and Counseling Psychologist) รวมถึงผู้รับบริการและสาธารณชนเข้าใจหลักการสำคัญของจรรยาบรรณ และเข้าใจบทบาทความรับผิดชอบของนักวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสาขาจิตบำบัดและการให้คำปรึกษา อีกทั้งเพื่อเป็นการรับรองมาตรฐานการให้บริการด้านสุขภาพจิต และช่วยรับรองสิทธิและสวัสดิภาพของผู้รับบริการและสาธารณชน ทั้งนี้สมาชิกของสมาคมจำเป็นต้องปฏิบัติตามหลักจรรยาบรรณนี้ ตลอดจนข้อบังคับและกระบวนการในการควบคุมดูแลต่างๆ เพื่อสร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของสมาชิก

- 2) หลักการทั่วไปทางจริยธรรม (General Principles) ประกอบด้วย 5 หลักการ คือ

**การก่อประโยชน์ (Beneficence)** คือ การก่อประโยชน์ให้เกิดแก่ผู้รับบริการ ซึ่งถือว่าเป็นหลักการสำคัญที่สุด โดยนักจิตวิทยาคลินิกและนักจิตวิทยาการปรึกษาพึงปกป้องสิทธิของผู้รับบริการ พึงมุ่งมั่นที่จะให้บริการอย่างเหมาะสม และระมัดระวังหรือหลีกเลี่ยงการก่อให้เกิดอันตรายที่จะมีขึ้นกับผู้รับบริการ

**ความรับผิดชอบ (Responsibility)** คือ นักจิตวิทยาคลินิกและนักจิตวิทยาปรึกษาพึงรักษา มาตรฐานการบริการไว้ในระดับสูง และมีความรับผิดชอบต่อความประพฤติของตนเอง พึงตระหนักถึงความเป็นมืออาชีพ มีจริยธรรม และความรับผิดชอบต่อทางกฎหมายและการรักษาชื่อเสียงทางวิชาชีพของตนเอง

**ความซื่อสัตย์ (Integrity)** คือ นักจิตวิทยาคลินิกและนักจิตวิทยาการปรึกษา พึงมุ่งมั่นที่จะส่งเสริมความซื่อสัตย์และความจริงของการประพฤติปฏิบัติที่เกี่ยวกับการ ประเมิน วิจัยและการสอน

**ความยุติธรรม (Justice)** คือ นักจิตวิทยาคลินิกและนักจิตวิทยาการปรึกษา พึงปฏิบัติต่องานของตนและผู้ที่ทำงานด้วยทั้งในสาขาวิชาชีพของตนเอง และวิชาชีพอื่น ๆ ด้วยความเป็นธรรมและยุติธรรม พึงใช้เหตุผลอย่างเหมาะสม และควรระวังป้องกันมิให้เกิดการกระทำที่ไม่เหมาะสม อันเนื่องมาจากอคติที่อาจเกิดขึ้นหรือข้อจำกัดต่างๆ

**ความเคารพ (Respect)** คือ นักจิตวิทยาคลินิกและนักจิตวิทยาการปรึกษา พึงแสดงความเคารพต่อทุกคนและเคารพสิทธิความเป็นส่วนตัวของบุคคล รวมถึงสิทธิส่วนบุคคลในการรักษาความลับและการตัดสินใจต่างๆ

3) หลักมาตรฐานจรรยาบรรณ (Ethical Standards) เป็นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับหลักจรรยาบรรณและข้อประพฤติปฏิบัติในเรื่องนั้นๆ ประกอบไปด้วย 7 หมวดหมู่ ได้แก่

- a. ความสัมพันธ์เชิงวิชาชีพ
- b. ความเป็นส่วนตัวและการเก็บรักษาความลับ
- c. ความรับผิดชอบทางวิชาชีพ
- d. การทดสอบและการประเมินทางจิตวิทยา
- e. การสอน การฝึกอบรม และการนิเทศ
- f. งานวิจัยและการตีพิมพ์เผยแพร่
- g. การแก้ปัญหาประเด็นทางจริยธรรม

หากพิจารณาหลักจรรยาบรรณของต่างประเทศอย่างสหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร และประเทศจีนจะพบว่ารูปแบบของหลักจรรยาบรรณมีความคล้ายคลึงกัน อันประกอบไปด้วย 3 ส่วนที่มีเหมือนกัน ได้แก่ บทนำและการนำไปใช้ หลักการทั่วไปทางจริยธรรม และ หลักมาตรฐานจรรยาบรรณ

ในขณะที่ประเทศไทยนั้น หลักจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตไม่ได้ละเอียดและชัดเจนครบถ้วนเทียบเท่ากับต่างประเทศ หากแต่มีกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางสุขภาพจิตอยู่บ้าง เช่น ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรักษาจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพของผู้ประกอบโรคศิลป์ พ.ศ. 2559 ประกอบไปด้วย บททั่วไป การโฆษณา การประกอบโรคศิลป์ การปฏิบัติต่อผู้ร่วมวิชาชีพ การปฏิบัติต่อผู้ร่วมงาน การทดลองในมนุษย์ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสถานพยาบาล

ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549 ประกอบไปด้วย บทนิยาม หลักทั่วไป การโฆษณา การประกอบวิชาชีพเวชกรรม การปฏิบัติต่อผู้ร่วมวิชาชีพ การปฏิบัติต่อผู้ร่วมงาน การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสถานพยาบาล การปฏิบัติตนในกรณีที่มีความสัมพันธ์กับผู้ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ การศึกษาวิจัยและทดลองในมนุษย์ การประกอบวิชาชีพเวชกรรมเกี่ยวกับการปลูกถ่ายอวัยวะ และการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตจากผู้บริจาค

จากการทบทวนวรรณกรรม หลักจรรยาบรรณผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในต่างประเทศและประเทศไทย ผู้วิจัยพบว่าหลักจรรยาบรรณต่าง ๆ นั้น มีหลักการทั่วไปที่เป็นแนวคิดพื้นฐานที่ใกล้เคียงกัน ความเป็นสากลที่มาจากจรรยาบรรณแพทย์ของฮิปโปเครติส (Hippocratic Oath) เช่น หลักการการก่อประโยชน์ หลักการการไม่ก่อให้เกิดอันตราย หลักการการเคารพเอกสิทธิ์หรือสิทธิมนุษยชน หลักการความยุติธรรม หลักการความไว้วางใจ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Leach และ Harbin (1997) ที่ศึกษาเปรียบเทียบหลักจรรยาบรรณของนักจิตวิทยาใน 24 ประเทศ (นอร์เวย์ ฟินแลนด์ สวีเดน เดนมาร์ก ไอซ์แลนด์ ออสเตรเลีย แคนาดา ซิลิ จีน ฝรั่งเศส เยอรมัน อังกฤษ ฮังการี อิสราเอล เนเธอร์แลนด์ นิวซีแลนด์ โปแลนด์ สิงคโปร์ สโลวีเนีย แอฟริกาใต้ สเปน สวิตเซอร์แลนด์ สาธารณรัฐโดมินิกัน และสหรัฐอเมริกา) พบว่ามี 10 หลักการทั่วไปและข้อปฏิบัติที่นานาประเทศมีส่วนร่วม ได้แก่ การรักษาความลับ การเปิดเผยความลับ ขอบเขตความสามารถเชี่ยวชาญ การหลีกเลี่ยงอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ความสัมพันธ์ที่หาประโยชน์โดยมิชอบ การมอบหมายงานและการนิเทศก์ ค่าบริการและการจัดการทางการเงิน การหลีกเลี่ยงการหลอกลวงหรือการให้ข้อมูลเท็จ การแจ้งข้อมูลและรับความยินยอมก่อนเข้าร่วมกระบวนการ และการแจ้งข้อมูลและรับความยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย

แต่อย่างไรก็ตาม หลักจรรยาบรรณของแต่ละประเทศย่อมมีรายละเอียดเล็กน้อยๆ ที่แตกต่างกัน เช่น แต่ละสมาคมอาจกำหนดคตินิยมหรือชื่อเรียกหลักการทั่วไปแตกต่างกัน การลำดับความสำคัญของหลักการทั่วไปที่แตกต่างกัน รวมไปถึงรายละเอียดของพฤติกรรมที่พึงปฏิบัติหรือไม่พึงปฏิบัติ ยกตัวอย่าง หลักจรรยาบรรณของประเทศจีนไม่เคร่งครัดเรื่องความสัมพันธ์ทับซ้อนเท่ากับหลักจรรยาบรรณของประเทศตะวันตก อีกทั้งมีการระบุแนวทางในการจัดการความสัมพันธ์ทับซ้อนให้เกิดประโยชน์และมีประสิทธิภาพ เนื่องจากประเทศจีนเป็นสังคมลักษณะพึ่งพาจึงเป็นการยากที่จะหลีกเลี่ยงความสัมพันธ์ทับซ้อน (CPS, 2007) การกำหนดกฎจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจบริบททางสังคมและกำหนดให้เข้ากับสภาพสังคมนั้นๆ เพื่อให้บทบัญญัตินั้นมีประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์ต่อนักวิชาชีพ (Corey et al., 2011) ทั้งนี้แม้จะมีหลักจรรยาบรรณบัญญัติขึ้นมาและพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ไม่สามารถครอบคลุมทุกสถานการณ์ หลักจรรยาบรรณอาจไม่ได้ให้คำตอบที่เฉพาะเจาะจงสำหรับประเด็นทางจริยธรรม (ethical issue) ที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ดังนั้นผู้ให้บริการจำเป็นต้องตัดสินใจและใช้เหตุผลอย่างมีจริยธรรม เพราะหลักการไม่ได้ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อ

เป็นคำตัดสินตายตัว (Corey et al., 2011) ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากต่อการตัดสินใจจึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้ยากในกระบวนการให้บริการทางสุขภาพจิต

## 2.4 ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากในการตัดสินใจ (Ethical Dilemma)

ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากในการตัดสินใจ (Ethical Dilemma) คือ ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจากค่านิยมหรือหลักการทางจริยธรรมที่ไม่สอดคล้องกัน (APA,2022) เช่น การยอมรับการตัดสินใจฆ่าตัวตายของผู้รับบริการซึ่งเป็นความขัดแย้งระหว่างหลักการการก่อประโยชน์และการเคารพเอกลิทธิ ทั้งนี้ทั้งนั้นประเด็นทางจริยธรรมที่ยากต่อการตัดสินใจนั้นเป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาและยากที่จะหลีกเลี่ยง ผู้ให้บริการจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญและพิจารณาอย่างรอบคอบในการแก้ไขความขัดแย้ง และจำเป็นต้องรับผิดชอบและสามารถให้เหตุผลได้ว่าเพราะเหตุใดจึงเลือกกระทำสิ่งนั้น (BACP,2018) ทั้งนี้ Pope (1992) ได้ทำการสำรวจประเด็นขัดแย้งด้านจริยธรรมที่เกิดขึ้นกับนักจิตวิทยา ที่เป็นสมาชิกของสมาคมจิตวิทยาอเมริกัน จำนวน 679 คน พบว่ามี 703 เหตุการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างประสบพบเจอและเป็นประเด็นขัดแย้งทาง ปัญหาที่พบบ่อยในบริการสุขภาพจิต ได้แก่ การเก็บรักษาความลับของผู้รับบริการ และความสัมพันธ์ทับซ้อน

**การเก็บรักษาความลับ (Confidentiality)** คือ หน้าที่รับผิดชอบในการรักษาความลับและสิทธิส่วนบุคคลโดยทำการป้องกันและรักษาข้อมูลที่ได้รับมาหรือมีเก็บไว้ อันเป็นความลับหรือสิทธิส่วนบุคคลของผู้รับบริการ แต่ในความเป็นจริง มีบางสถานการณ์ที่ผู้ให้บริการจำเป็นต้องละเมิดการรักษาความลับ หากมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อผู้รับบริการหรือบุคคลอื่น หรือเกิดการทารุณกรรมในเด็ก หรือการเปิดเผยความลับที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อ เป็นต้น ดังนั้นการจำกัดขอบเขตที่แน่ชัดให้การเก็บรักษาความลับนั้นเป็นเรื่องยากแต่เป็นสิ่งที่จำเป็น (Amis, 2017,(Herlihy & Corey, 2014) เนื่องจากหากปราศจากความเป็นส่วนตัวแล้ว ผู้รับบริการย่อมไม่กล้าเปิดเผยตัวตน หรือเปิดเผยเรื่องราวและความรู้สึกที่จริงแท้ของตนเอง รวมไปถึงไม่มีความเชื่อใจต่อผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตและกระบวนการบำบัด (Younggren & Harris, 2008) และความเชื่อใจที่แข็งแกร่งนี้จะช่วยให้ผู้รับบริการรู้สึกอิสระและเป็นตัวของตัวเองได้อย่างเต็มที่ (Amis, 2017) ทั้งนี้เป็นเรื่องสำคัญที่ต้องทำความเข้าใจเรื่องความเป็นส่วนตัวกับผู้รับบริการ ในบางวัฒนธรรมผู้รับบริการต้องการที่จะเปิดเผยข้อมูลกับสมาชิกในครอบครัว ทำข้อตกลงร่วมกันว่าสามารถเปิดเผยข้อมูลอะไรได้บ้าง (Herlihy & Corey, 2014)

Younggren & Harris (2008) ได้เสนอวิธีที่จะช่วยในการรับมือและจัดการกับปัญหาการรักษาความลับไว้ ดังนี้ 1. ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตควรวิเคราะห์ปัญหาด้านจริยธรรมที่เกี่ยวกับการรักษาความลับได้ โดยอิงกับกฎหมายเป็นหลัก

2. ใช้ใบยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร โดยร่างกฎเกณฑ์ทั้งหมดของกระบวนการเชิงจิตวิทยา ตั้งแต่เริ่มเข้ารับบริการจนกระทั่งยุติการเข้ารับบริการ และ สร้างข้อตกลงกับผู้รับบริการว่าจะนำข้อมูลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการไปใช้อย่างไร เอกสารดังกล่าวสามารถระบุได้ว่าบุคคลใดเป็นผู้รับบริการ บุคคลใดเป็นผู้ให้บริการ บุคคลใดสามารถเปิดเผยข้อมูลและเปิดเผยข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ใด ซึ่งแบบฟอร์มแสดงความยินยอมที่แจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรนี้ ควรได้รับการใส่ใจให้พูดคุยและทำความเข้าใจกับผู้รับบริการในทุกๆกรณี รวมไปถึงการเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้สอบถามข้อสงสัยหรือแสดงความคิดเห็นต่อการยินยอมนี้อย่างเป็นทางการ

3. หากต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้สับสนหรือไม่แน่ใจเกี่ยวกับกฎการรักษาความลับ ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตควรระงับการกระทำทุกอย่างจนกว่าจะได้วิธีการที่แน่ชัด ซึ่งแนวทางหรือวิธีการที่วุ่นวาย อาจเกิดขึ้นผ่านการปรึกษาหารือกับเพื่อนร่วมงานที่มีความเชี่ยวชาญด้านจริยธรรมและกฎหมาย อาจารย์ผู้นิเทศ หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง หรืออาจมีการปรึกษาหารือทางกฎหมายผ่านสมาคมวิชาชีพต่างๆที่ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตสังกัดอยู่ก็ได้

4. เมื่อมีบุคคลมากกว่าหนึ่งฝ่ายมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัด ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต ควรร่างกฎเกณฑ์ของกระบวนการ เพื่อกำหนดว่าผู้รับบริการเป็นใคร และใครเป็นผู้ดูแลข้อมูลในส่วนใดบ้าง เช่น การทำงานในโรงพยาบาล ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต การปรึกษาอาจจะเป็นผู้ดูแลข้อมูลทางด้านจิตใจ ส่วนแพทย์หรือพยาบาล อาจเป็นผู้ดูแลข้อมูลทางด้านร่างกาย ดังนั้นการทำงานที่ประกอบไปด้วยหลายๆฝ่ายจึงควรมีการตกลงที่แน่ชัดและเป็นลายลักษณ์อักษรระหว่างผู้ปฏิบัติงานทั้งหลายที่เกี่ยวข้องรวมถึงผู้รับบริการด้วย ทั้งนี้ทุกฝ่ายควรเคารพในการปกปิดความลับของผู้รับบริการ และเคารพในหน้าที่ของเพื่อนนักวิชาชีพที่ทำงานร่วมกันด้วย

5. หากผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตประเมินว่าผู้ปกครองไม่ได้ดำเนินการเพื่อผลประโยชน์สูงสุดของลูกหรือเด็กที่อยู่ในการดูแล ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตควรเข้ารับคำปรึกษาทางกฎหมายเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการเข้าถึงข้อมูลของเด็กโดยผู้ปกครอง ความสำคัญของการได้รับคำแนะนำทางกฎหมายนี้เพื่อเป็นการปกป้องตนเองของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต และเป็นไปเพื่อผลประโยชน์สูงสุดของเด็กที่เป็นผู้รับบริการ

**ความสัมพันธ์ทับซ้อน (Dual Relationship)** คือ ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับผู้รับบริการมากกว่าหนึ่งความสัมพันธ์ขึ้นไป (BACP, 2002) เช่น การมีความสัมพันธ์เชิงชู้สาวกับผู้รับบริการ, การมีความสัมพันธ์ฉันท์มิตรสหายหรือ การมีความสัมพันธ์ทางธุรกิจกับผู้รับบริการ เป็นต้น โดยทั่วไปแล้ว ความสัมพันธ์ทับซ้อนสามารถแบ่งออกได้ 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ ความสัมพันธ์ทับซ้อนเชิงชู้สาว (Sexual Relationship) และความสัมพันธ์ทับซ้อนไม่ใช่เชิงชู้สาว (Non-sexual Relationship)

ความสัมพันธ์ทับซ้อนเชิงชู้สาว (Sexual Relationship) เป็น ความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับทางร่างกาย เป็นเรื่องของความรู้สึกทางเพศ มีกิจกรรมหรือการแสดงออกในเชิงชู้สาว (Sperry, 2007) การมีความสัมพันธ์ในเชิงชู้สาวกับผู้รับบริการถือว่าเป็นเรื่องจริงจังที่สุดในการละเมิดหลักจรรยาบรรณ เพราะ เป็นการใช้อำนาจในการที่ผิดและทรยศต่อความเชื่อใจหรือส่งผลเสียต่อผู้รับบริการ เป็นเรื่องผิดกฎหมาย (Remley & Herlihy, 2014) เป็นการเอาเปรียบและการบงการ (Sperry, 2007) และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการนั้นไม่ต่างจากการเป็นเหยื่อที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ จากการศึกษาของ Pope (1994) พบว่าอันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการมี 10 ประเภทด้วยกัน คือ ความล้มเหลวไม่เด็ดขาด ความรู้สึกผิด ความรู้สึกกว้างเปล่าและโดดเดี่ยว มีความสับสนกับบทบาทหน้าที่ของตนเอง ความสับสนกับบทบาททางเพศของตนเอง ขาดความสามารถในการไว้วางใจผู้อื่น มีอารมณ์ไม่มั่นคง มีอารมณ์รุนแรง ระบบการคิดมีปัญหา และมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ซึ่งทั้งหมดนี้ถือเป็นความรับผิดชอบและหน้าที่ของผู้ให้บริการในการที่จำกัดขอบเขตของความสัมพันธให้อยู่ในความเหมาะสม (Pope, 1994)

ความสัมพันธ์ทับซ้อนไม่ใช่เชิงชู้สาว (Non-sexual Relationship) เป็นความสัมพันธ์ทับซ้อนที่ไม่ใช่ความสัมพันธ์ทางเพศนี้ Anderson & Kitchener (1996) ได้ทำการวิจัยและแบ่งออกได้ 8 ประเภท ดังนี้

1. ความสัมพันธ์ส่วนตัวหรือความสัมพันธ์ฉันมิตรสหาย (Personal or Friendship Relationships)
2. ความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interactions and Events) คือ การได้พบเจอกันในเหตุการณ์ที่เป็นความบังเอิญ (Circumstantial) เช่น พบเจอในงานแต่งงานของคนรู้จัก นอกจากนี้ยังรวมไปถึงกิจกรรมทางสังคมที่รู้ล่วงหน้าแล้ว มีการเชิญชวนอีกฝ่ายเกิดขึ้นด้วยความตั้งใจ (Intentional)
3. ความสัมพันธ์ทางธุรกิจหรือการเงิน (Business or Financial Relationships) คือ มีการแลกเปลี่ยนเงินตราค่าบริการที่นอกเหนือไปจากการบริการเชิงจิตวิทยา หรือการสรรหาเงินตราร่วมกัน เช่น การลงทุนร่วมกัน การรับผู้รับบริการเป็นพนักงาน การยืมเงินผู้บริการ การรับของขวัญที่นอกเหนือไปจากค่าบริการ
4. ความสัมพันธ์ทางวิชาชีพ หรือ เพื่อนร่วมงาน (Collegial or Professional Relationships) คือ การมีความสัมพันธ์กันหลากหลายบทบาท หลากหลายหน้าที่ แต่อยู่ในสถานะหรือตำแหน่งอำนาจระดับเดียวกัน
5. การนิเทศหรือความสัมพันธ์ที่มีการประเมิน (Supervisory or Evaluative Relationships) คือ การมีความสัมพันธ์แบบผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตและผู้รับบริการ

ในขณะเดียวกันก็มีความสัมพันธ์แบบผู้นิเทศก์กับผู้รับการนิเทศ ซึ่งความสัมพันธ์นี้สามารถเป็นได้ทั้งแบบบังเอิญหรือตั้งใจก็ได้

6. ความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับศาสนา (Religious Affiliation Relationships) เช่น มีกิจกรรมทางศาสนาร่วมกัน เป็นสมาชิกของโบสถ์เดียวกัน เป็นต้น
7. ความสัมพันธ์ทางวิชาชีพหรือเพื่อนร่วมงานบวกกับความสัมพันธ์ทางสังคม (Collegial or Professional Plus Social Relationships)
8. ความสัมพันธ์ในที่ทำงาน (Workplace Relationships)

แม้หลักจรรยาบรรณของทุกๆ สมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตต่างบัญญัติกฎเกณฑ์เกี่ยวกับความสัมพันธ์ขึ้น (Herlihy & Corey, 1992) แต่ความสัมพันธ์ทับซ้อนนี้เป็นพฤติกรรมทางจริยธรรมที่ค่อนข้างคลุมเครือ (Herlihy & Corey, 2014; Sperry, 2007) กล่าวคือ มีการถกเถียงเกี่ยวกับประเด็นความสัมพันธ์ทับซ้อนว่าเป็นสิ่งที่ส่งเสริมหรือทำลายกระบวนการบำบัด ยกตัวอย่าง กรณีการรับสิ่งของหรือของตอบแทนจากผู้รับบริการ โดยทั่วไปเป็นที่เข้าใจว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เพราะผู้รับบริการตอบแทนด้วยค่าบริการที่ตกลงกันไว้อยู่แล้ว การให้ของเพิ่มเติมอาจมองว่าเป็นการเอาเปรียบผู้รับบริการได้ และอาจเป็นการแสดงออกว่าผู้รับบริการไม่รู้สึกรู้ว่าตนเองมีคุณค่าเพียงพอ ดังนั้นของขวัญหรือสิ่งของตอบแทน ที่นอกเหนือไปจากค่าบริการ อาจมีนัยยะสำคัญที่ส่งผลต่อกระบวนการบำบัด (Barnett et al., 2007) แต่ในขณะเดียวกัน บางวัฒนธรรมหรือบางสังคมจะมองว่าการให้ของขวัญตอบแทนเป็นเรื่องปกติ ไม่ได้แสดงนัยยะถึงสิ่งอื่น (Herlihy & Corey, 2014) นอกเหนือไปจากความรู้สึกขอบคุณ ดังนั้นการปฏิเสธน้ำใจของผู้รับบริการอาจเป็นการบั่นทอนความสัมพันธ์ก็เป็นได้ (Barnett et al., 2007) นอกจากนี้ในบางวัฒนธรรมตะวันออกอย่างวัฒนธรรมจีนจะรู้สึกไว้น้อยเชื่อใจและประสงค์เข้ารับบริการกับผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่รู้จักหรือคุ้นเคยกันมากกว่า (Deng et al., 2016) ในหลักจรรยาบรรณของสมาคมวิชาชีพต่างๆ เองก็ไม่ได้กล่าวถึงอย่างชัดเจนหรือเพียงพอที่จะครอบคลุมทุกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต ดังนั้นการแก้ไขประเด็นขัดแย้งด้านจริยธรรมในบริการด้านสุขภาพจิตมักต้องใช้นโยบายที่รอบคอบและเฉพากรณี ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตควรศึกษาหลักจริยธรรมของตน ขอคำแนะนำ และมีความถี่ถ้วนในกระบวนการตัดสินใจตามหลักจริยธรรมเพื่อจัดการกับปัญหาที่ซับซ้อนเหล่านี้

ทั้งนี้เมื่อเทียบหลักจรรยาบรรณของไทยกับประเทศอื่นๆ ผู้วิจัยพบว่าหลักจรรยาบรรณของไทยกับประเทศอื่นๆ มีความแตกต่างค่อนข้างมาก เนื่องจากรูปแบบและลักษณะการบัญญัติเป็นกฎหมายระเบียบกระทรวงสาธารณสุขที่ใช้ร่วมกันกับผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาอื่นๆ ไม่พบการบัญญัติข้อกำหนดที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต อีกทั้งเนื้อหาและรายละเอียดที่กำหนดนั้นไม่มีความชัดเจนเพียงพอ และไม่ได้มีรายละเอียดที่จำเป็นเพื่อเป็นแนวทางการประพฤติ



ปฏิบัติที่เหมาะสม ด้วยเหตุนี้เองจึงเป็นจุดเริ่มต้นความสงสัยของผู้วิจัยว่า ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในประเทศไทยนั้นมีหลักในการประพฤติปฏิบัติในฐานะของนักวิชาชีพอย่างไร มีมุมมองหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งที่พึงกระทำหรือไม่พึงกระทำภายใต้เงื่อนไขที่หลักจรรยาบรรณไม่ชัดเจนนี้อย่างไร

### 3. การศึกษาสำรวจจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต

จากความสงสัยที่กล่าวไปข้างต้น ผู้วิจัยสรุปเป็นคำถามการวิจัยได้ว่า “ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในประเทศไทยมีความเชื่อทางจรรยาบรรณอย่างไร” แล้วจึงเริ่มค้นคว้าทบทวนวรรณกรรมพบว่าในช่วง 20-30 ปี ที่ผ่านมา การสำรวจความเชื่อและพฤติกรรมทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตนั้นเป็นวิธีการศึกษาที่ประสิทธิภาพในการหาคำตอบและมีการศึกษาอย่างแพร่หลายนานาประเทศ งานวิจัยที่สำคัญๆ มีดังนี้

Pope และคณะ (1987) ได้สำรวจความเชื่อและพฤติกรรมทางจรรยาบรรณของนักจิตบำบัดในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 456 คน โดยแบบสอบถามประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงาน ทฤษฎีที่ใช้ในการให้บริการทางสุขภาพจิต ส่วนที่ 2 คือ รายการพฤติกรรมจำนวน 83 ข้อ ที่พัฒนามาจากคำปฏิญาณตนของแพทย์ มีทั้งหมด 7 หมวดหมู่ คือ 1) การไม่ก่อให้เกิดอันตราย 2) การประพฤติปฏิบัติตนตามขอบเขตและความสามารถ 3) การไม่เอาเปรียบ หรือเห็นแก่ผลประโยชน์ส่วนตนเป็นหลัก 4) การปฏิบัติกับผู้อื่นด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์อย่างเท่าเทียมกัน 5) การเก็บรักษาความลับ 6) การประพฤติปฏิบัติเมื่อได้รับการยินยอมแล้วเท่านั้น 7) การประพฤติปฏิบัติด้วยความเท่าเทียมและยุติธรรม โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยประเมินว่าพฤติกรรมแต่ละข้อนั้นเกิดขึ้นกับตัวเองบ่อยแค่ไหน? และเชื่อว่าพฤติกรรมนั้นถูกหรือผิดจรรยาบรรณอย่างไร? ส่วนที่ 3 ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยให้คะแนนแหล่งข้อมูล 14 แห่งที่ใช้เป็นแหล่งอ้างอิงเกี่ยวกับพฤติกรรมทางจริยธรรมว่ามีประสิทธิภาพอย่างไร ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อและพฤติกรรมทางจรรยาบรรณของนักจิตบำบัดมีความสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้ผลการสำรวจพบว่า 7 จาก 83 พฤติกรรมเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 90 เช่น การใช้การเปิดเผยเรื่องราวส่วนตัวเป็นหนึ่งในเทคนิคการให้บริการ การบอกผู้รับบริการว่าโกรธ การให้ผู้รับบริการเรียกชื่อจริง การรับของขวัญที่มีมูลค่าเล็กน้อยจากผู้รับบริการ เป็นต้น และพบว่ามี 16 พฤติกรรมที่แทบจะไม่เคยเกิดขึ้นเลย ซึ่งส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับการมีความสัมพันธ์ทางเพศกับผู้รับบริการ การยืมเงินผู้รับบริการ การขายสินค้าให้ผู้รับบริการ และการให้บริการภายใต้ฤทธิ์แอลกอฮอล์ เป็นต้น ในขณะที่เดียวกันผลการสำรวจพบว่ามี 12 พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบว่าไม่รู้หรือไม่แน่ใจว่าถูกหรือผิดจรรยาบรรณเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางการเงินและประเด็นความสัมพันธ์ทับซ้อน เช่น การรับสิ่งของ (ที่ไม่ใช่เงิน) แทนค่าบริการ การได้รับค่าจ้างจากการหักเปอร์เซ็นต์ของค่าบริการ การหลีกเลี่ยงที่จะให้บริการแก่ผู้รับบริการกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเพราะอาจ

เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง การส่งการ์ดอวยพรให้กับผู้รับบริการ การให้คำปรึกษาผ่านสื่อต่างๆ เป็นต้น ซึ่งผู้วิจัยได้เสนอแนะให้มีการพัฒนาหลักจรรยาบรรณที่เกี่ยวข้องกับด้านต่างๆเหล่านี้มากขึ้น และมีการวิเคราะห์ปัจจัยทางเพศเพิ่มเติมพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิงมีความเชื่อทางจรรยาบรรณแตกต่างกัน 6 พฤติกรรมจากทั้งหมด 83 พฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมส่วนใหญ่ที่แตกต่างกันนั้นเป็นเรื่องเกี่ยวกับความสัมพันธ์เชิงชู้สาว

ต่อมาในปี 1992 Pope และคณะได้ทำงานวิจัยศึกษาต่อยอดเกี่ยวกับประเด็นทางจริยธรรมที่ยากจะตัดสินใจ (Ethical Dilemma) เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาพัฒนาปรับปรุงหลักจรรยาบรรณให้มีความชัดเจน ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยผู้วิจัยได้ให้สมาชิกของสมาคมจิตวิทยาอเมริกัน (APA) ตอบคำถามปลายเปิดว่า ในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา คุณเคยประสบกับประเด็นทางจริยธรรมหรือสิ่งที่เป็นปัญหาทางจริยธรรมใดบ้าง ผลการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 679 คน พบว่าประเด็นทางจริยธรรมที่เป็นปัญหาหรือยากจะตัดสินใจมีทั้งหมด 23 ประเภท โดยประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างพบเจอมากที่สุด คือ การเก็บรักษาความลับ ความสัมพันธ์ทับซ้อน ระบบการชำระค่าบริการและการประกัน ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่สาเหตุที่เกิดขึ้นมาจากความคลุมเครือและไม่ครอบคลุมของหลักจรรยาบรรณ ผลการศึกษาที่ได้จึงนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อปรับปรุงหลักจรรยาบรรณต่อไป

Gibson & Pope (1993) ทำการสำรวจความเชื่อและพฤติกรรมทางจริยธรรมเฉพาะนักจิตวิทยาการปรึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 579 คน เพื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของนักจิตวิทยาการปรึกษาเกี่ยวกับความเชื่อที่มีต่อพฤติกรรมทางจรรยาบรรณว่าเป็นอย่างไร และนักจิตวิทยาการปรึกษามีความมั่นใจในการตัดสินใจว่าพฤติกรรมนั้นๆถูกจรรยาบรรณมากน้อยเพียงใด โดยแบบสอบถามประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ 1. ข้อมูลทั่วไป 2.รายการพฤติกรรมจำนวน 88 ข้อ ที่พัฒนามาจากแบบสอบถามของ Pope et al., (1987) และ 3. แหล่งข้อมูล 16 แหล่งที่ใช้เป็นแหล่งอ้างอิงว่ามีประโยชน์ต่อนักจิตวิทยาการปรึกษาอย่างไร ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างนักจิตวิทยาการปรึกษาเชื่อว่าผิดจรรยาบรรณ คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับทางเพศและการไม่เคารพสิทธิของผู้รับบริการ เช่น การมีความสัมพันธ์ทางเพศกับผู้รับบริการ การถอดเสื้อผ้าต่อหน้าผู้รับบริการ การไม่เปิดเผยวัตถุประสงค์การทำแบบประเมิน ไม่เปิดเผยอัตราค่าบริการ การให้บริการขณะที่มีเมาน์เป็นต้น ส่วนพฤติกรรมที่นักจิตวิทยาการปรึกษาเชื่อว่าถูกจรรยาบรรณ คือ การเปิดเผยความลับเมื่อมีแนวโน้มว่าผู้รับบริการจะทำอันตรายตนเอง และทำอันตรายต่อผู้อื่น รวมถึงการเปิดเผยเกี่ยวกับการทารุณกรรมเด็ก นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมที่ยากในการตัดสินใจสำหรับกลุ่มตัวอย่าง คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเงินและความสัมพันธ์ทับซ้อน ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้า (Pope et al., 1987) นอกจากนี้ Gibson & Pope ได้วิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ เช่น เพศ อายุ และสถานที่ปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันมีความเชื่อทาง

จรรยาบรรณต่างกัน ซึ่งพบว่ากลุ่มเพศชายเชื่อว่าความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนเชิงคู่สาวถูกจรรยาบรรณมากกว่าหญิง กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยเชื่อว่าการให้ผู้รับบริการเรียกชื่อ และการยื่นเรื่องร้องเรียนเพื่อนร่วมวิชาชีพเมื่อเห็นเพื่อนกระทำผิดเป็นสิ่งที่ถูกต้องกว่าผู้ให้บริการที่มีอายุมาก แต่กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากมองว่าการส่งตัวผู้รับบริการเข้ารับการรักษาโดยไม่เต็มใจ และการให้บริการจิตบำบัดหรือการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแก่เพื่อน ลูกน้อง นักเรียน และผู้รับการนิเทศเป็นสิ่งที่ถูกจรรยาบรรณมากกว่าผู้ให้บริการที่มีอายุน้อย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในธุรกิจส่วนตัว (Private practice) เชื่อว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการเงินเป็นสิ่งที่ถูกจรรยาบรรณ เช่น การยุติการให้บริการ เมื่อผู้รับบริการไม่สามารถชำระค่าบริการได้ การหลีกเลี่ยงผู้รับบริการบางส่วนเพราะมีความเสี่ยงที่จะถูกฟ้องร้อง เป็นต้น และจากการศึกษานี้พบว่าการอภิปรายกับเพื่อนร่วมงานเป็นแหล่งข้อมูลที่มีประโยชน์สูงสุด

ต่อมาการศึกษาสำรวจความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตแพร่หลาย และขยายไปในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายและมีความเฉพาะมากขึ้น อย่างในปี 1998 เริ่มมีการขยายการวิจัยไปในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายมากขึ้น เช่น การสำรวจความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต ของ Pomerantz และคณะ (1998) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร โดยกลุ่มตัวอย่างประกอบไปด้วย จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักจิตวิทยาการปรึกษา และนักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 148 คนที่ได้รับใบอนุญาตจากมลรัฐมิสซูรี ประเทศสหรัฐอเมริกา ใช้แบบสอบถามของ Pope et al., (1987) จำนวน 83 ข้อเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตส่วนใหญ่มีความเชื่อทางจรรยาบรรณเป็นไปในทิศทางเดียวกัน พบความแตกต่างระหว่างจิตแพทย์และนักวิชาชีพอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 5 ข้อจาก 83 ข้อ ได้แก่ การเปิดเผยความลับของผู้รับบริการโดยไม่เจตนา การให้ผู้รับบริการนำแบบประเมินกลับไปทำที่บ้าน การให้ผู้รับบริการเรียกชื่อจริง การเรียกชื่อจริงของผู้รับบริการ และการส่งผู้รับบริการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยที่ผู้รับบริการไม่สมัครใจ

ในปีเดียวกัน Schank (1998) ได้ทำการศึกษาประเด็นทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นกับนักจิตวิทยาการปรึกษาที่ปฏิบัติในพื้นที่ชุมชนชนบท พบว่านักจิตวิทยาการปรึกษาเผชิญกับความท้าทายเฉพาะเจาะจงในการที่จะปฏิบัติตามหลักจริยธรรมและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและชุมชน ความท้าทายเหล่านี้ได้แก่ 1. ประเด็นเรื่องความสัมพันธ์ที่หลากหลาย 2. ข้อจำกัดของความสามารถและทรัพยากร 3. ความห่างไกลทางภูมิศาสตร์หรือทางวิชาชีพ 4. ค่านิยมและความคาดหวังของชุมชน และ 5. ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน ความท้าทายเหล่านี้ทำให้นักจิตวิทยาการปรึกษาในชุมชนชนบทต้องตรวจสอบและตั้งคำถามถึงการปฏิบัติงานและการใช้ชีวิตในแต่ละวันของตนเอง เพื่อสร้างสมดุลระหว่างหลักจรรยาบรรณกับความเป็นจริงของชีวิตในชนบท การให้ความ

กระจ่างเพิ่มเติมในประเด็นต่างๆ พร้อมด้วยข้อเสนอแนะ เพื่อลดความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน สามารถนำไปสู่การปฏิบัติด้านจริยธรรมในการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมที่สุดสำหรับพื้นที่ชนบทและชุมชนขนาดเล็ก

ซึ่งสอดคล้องกับ Helbok (2004) ที่ทำการวิจัยศึกษาความแตกต่างทางจรรยาบรรณระหว่างนักจิตวิทยาที่ปฏิบัติงานอยู่ในเมืองและชนบทจำนวน 447 คน ด้วยแบบสอบถามจำนวน 120 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 หมวดหมู่ ได้แก่ ความสัมพันธ์ทับซ้อน ความสามารถเชี่ยวชาญ การเก็บรักษาความลับ การมองเห็นพบเจอ (Visibility) และภาวะหมดไฟ ข้อค้นพบปรากฏว่า นักจิตวิทยาในชนบทประสบกับปัญหาทางจรรยาบรรณใน 5 ด้านนี้มากกว่านักจิตวิทยาในชุมชนเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากลักษณะชุมชนชนบทเป็นชุมชนแบบพึ่งพาอาศัย มีพื้นที่ขนาดเล็ก มีประชากรน้อยและมีนักจิตวิทยาไม่มาก คนในชุมชนค่อนข้างสนิทและรู้จักกัน ดังนั้นจึงเป็นการยากที่นักจิตวิทยาจะหลีกเลี่ยงความสัมพันธ์ทับซ้อนและการมองเห็นพบเจอผู้รับบริการในที่สาธารณะได้ ทำให้การเก็บรักษาความลับยากขึ้นด้วย นอกจากนี้เนื่องจากพื้นที่ในชุมชนชนบทมักขาดแคลนแหล่งส่งต่อและผู้ให้บริการที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง นักจิตวิทยาในชุมชนชนบทจำเป็นต้องให้บริการที่อยู่นอกเหนือความสามารถของตนเอง ซึ่งจากเป็นสาเหตุนี้ทำให้เกิดภาวะหมดไฟ หรือเกิดความเหนื่อยล้าจากการให้บริการที่มากเกินไป

นอกจากการศึกษาสำรวจวิจัยจะกระจายไปในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายมากขึ้นแล้ว การสำรวจได้ขยายผลไปยังประเทศอื่นๆด้วย Karen (2002) ได้นำแบบสอบถามของ Pope et al., (1987) ไปสำรวจความเชื่อและพฤติกรรมทางจรรยาบรรณของนักจิตวิทยาชาวออสเตรเลีย จำนวน 633 คน พบว่า พฤติกรรมที่ยากจะตัดสินใจ ได้แก่ การใช้ชื่อหน่วยงานต้นสังกัดเพื่อหาผู้รับบริการให้กับคลินิกส่วนตัว การให้คำปรึกษาผ่านสื่อต่างๆ การฟ้องศาลเพื่อตามเก็บค่าบริการที่ค้างชำระ การใช้บริษัทติดตามหนี้เพื่อจัดเก็บค่าบริการที่ค้างชำระ การได้รับค่าจ้างจากการหักเปอร์เซ็นต์ของค่าบริการ เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่แล้วเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการเงิน สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าในประเทศสหรัฐอเมริกา

ในปี 2011 Zhao และคณะได้ทำการสำรวจระดับชาติแบบภาคตัดขวางเพื่อตรวจสอบการประพฤติปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตชาวจีน จำนวน 690 คน ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 76.4 ของกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ความรู้สึกไร้ความสามารถและมากกว่าร้อยละ 80 ของกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติตามหลักการพื้นฐานของการแจ้งความยินยอมและการรักษาความลับของผู้รับบริการ ส่วนร้อยละ 1.9 ของกลุ่มตัวอย่างมีเพศสัมพันธ์กับผู้รับบริการ และร้อยละ 1.8 มีความสัมพันธ์ทับซ้อนทางธุรกิจกับผู้รับบริการ และมีผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตมากกว่าร้อยละ 30 ที่ให้บริการกับผู้คนที่พวกเขารู้จัก ซึ่งในงานวิจัยได้มีการกล่าวถึงอิทธิพลของลัทธิขงจื้อที่มีผลต่อความคิดและพฤติกรรมทางจริยธรรมของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตชาวจีน

นอกจากนี้ผลการวิจัยยังชี้ว่าสมาคมจิตวิทยาจีนควรเน้นความสำคัญในการให้ความรู้แก่ผู้เข้ารับบริการ ฝึกรอบรบเกี่ยวกับวิธีการรักษาขอบเขตความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตและผู้รับบริการ และมีการวิเคราะห์ความแตกต่างที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางเพศเพิ่มเติมพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชาย และเพศหญิงมีพฤติกรรมทางจรรยาบรรณแตกต่างกัน 7 พฤติกรรมจากทั้งหมด 26 พฤติกรรม ซึ่ง พฤติกรรมที่แตกต่างกันนั้นอยู่ในด้านความสามารถเชี่ยวชาญ การเก็บรักษาความลับ และ ความสัมพันธ์ทับซ้อน

ขณะเดียวกันในทวีปยุโรป นักวิจัยชาวสเปน Clemente และคณะ (2011) ได้ศึกษาสำรวจเกี่ยวกับประเด็นทางจริยธรรมที่ยากจะตัดสินใจ (Ethical Dilemma) ของนักจิตวิทยาชาวสเปนจากหลากหลายแขนง จำนวน 703 คน ด้วยแบบสอบถาม 114 ข้อ ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามของ Pope et al., (1987) โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าพฤติกรรมนั้นเป็นประเด็นทางจริยธรรมที่ยากจะตัดสินใจหรือไม่ และเคยประสบกับเหตุการณ์ดังกล่าวหรือไม่ ผลการศึกษาปรากฏว่า นักจิตวิทยาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับประเด็นทางจริยธรรมนั้นๆ ไม่เคร่งครัดกับข้อบัญญัติเท่า นักจิตวิทยาที่ไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับประเด็นทางจริยธรรมนั้นๆ อีกทั้งมีการเปรียบเทียบผลการศึกษานี้กับการวิจัยก่อนหน้า (Pope et al., 1987) พบว่า นักจิตวิทยาชาวอเมริกันเชื่อว่า พฤติกรรมที่เกี่ยวกับการเงินถูกจรรยาบรรณมากกว่านักจิตวิทยาชาวสเปน แต่นักจิตวิทยาชาวสเปน เชื่อว่าการใช้การเปิดเผยเรื่องราวส่วนตัวเป็นหนึ่งในเทคนิคของการบำบัด การให้บริการเฉพาะ เพศหญิงหรือชายเท่านั้น การให้บริการผู้เยาว์โดยไม่ได้รับคำยินยอมจากผู้ปกครอง การนำกลุ่ม Nude Therapy การทำงานขณะที่เป็นทุกข์จนไม่อาจทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการมีความสัมพันธ์ทางเพศกับอดีตผู้รับบริการเป็นเรื่องที่ถูกจรรยาบรรณมากกว่านักจิตวิทยาชาวอเมริกัน นอกจากนี้ Clemente และคณะ (2011) ได้จัดกลุ่มพฤติกรรมทางจรรยาบรรณที่ยากต่อการตัดสินใจเหล่านี้ ออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ พฤติกรรมที่ไม่ควรปฏิบัติ (Rejection) พฤติกรรมที่สามารถตัดสินใจโดยที่ไม่ต้องปรึกษากับนักวิชาชีพคนอื่นๆ โดยการการอนุমানหรือการให้เหตุผลโดยอ้างอิงจาก ประสบการณ์ที่ผ่านมา (Aprioristic) พฤติกรรมที่ยึดเอาประโยชน์สูงสุดของตนเองเป็นหลัก (Utilitarian) และพฤติกรรมที่ไม่มีความขัดแย้ง (No Conflict)

ต่อมาในปี 2018 Arslan และ Flanagan ได้ศึกษาสำรวจความเชื่อทางจรรยาบรรณของ นักศึกษาจิตวิทยาการปรึกษาในประเทศตุรกี จำนวน 251 คน ด้วยแบบสอบถามที่พัฒนามาจาก แบบสอบถามของ Pope et al., (1987) จำนวน 38 ข้อ ตัดมาเฉพาะข้อที่เข้ากับบริบทของการศึกษา ฝึกงาน พบนักศึกษาชั้นปีที่ 1 และนักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีความเชื่อทางจรรยาบรรณแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทับซ้อน การให้บริการในพหุวัฒนธรรม ความสามารถเชี่ยวชาญ การเก็บรักษาความลับ การป้องกันการฆ่าตัวตาย ค่าบริการและการโฆษณา

สำหรับประเทศไทยนั้น มีการศึกษาสำรวจจริยธรรมในวิชาชีพ 11 วิชาชีพของวริยาและคณะ (2546) ที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ศึกษาจริยธรรมในวิชาชีพ 11 วิชาชีพ ได้แก่ จริยธรรมในวิชาชีพกฎหมาย จริยธรรมในวิชาชีพนักธุรกิจ จริยธรรมในวิชาชีพทหาร จริยธรรมในวิชาชีพนักการเมือง จริยธรรมในวิชาชีพข้าราชการพลเรือน จริยธรรมในวิชาชีพตำรวจ จริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ จริยธรรมในวิชาชีพพยาบาล จริยธรรมในวิชาชีพสื่อมวลชน จริยธรรมในวิชาชีพครู และจริยธรรมในวิชาชีพอาจารย์ หากแต่ไม่มีการศึกษาจริยธรรมจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต

มีเพียงการศึกษาจรรยาบรรณของกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียง เช่น การศึกษา ญาณี อภัยภักดี และคณะ (2556) ได้ศึกษาสำรวจการปฏิบัติของพยาบาลในการเคารพเอกลิทธิผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้ จำนวน 144 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามการปฏิบัติของพยาบาลในการเคารพเอกลิทธิผู้ป่วยจิตเวช ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้ มีการปฏิบัติในการเคารพเอกลิทธิผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมอยู่ในระดับมาก และมีการปฏิบัติตามขั้นตอนการเคารพเอกลิทธิของผู้ป่วยอยู่ในระดับมากทุกขั้นตอน และพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่งงาน และระดับการได้รับการนิเทศต่างกัน มีการปฏิบัติตามเอกลิทธิทางการพยาบาลต่างกัน

ส่องโสม พึ่งพงศ์ (2561) ศึกษาสำรวจความสามารถและการพัฒนาตนเองของนักจิตวิทยาคลินิกไทย จำนวน 303 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสำรวจความสามารถและการพัฒนาตนเองของนักจิตวิทยาคลินิกไทย เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นใหม่เพื่อสำรวจระดับความสามารถทางคลินิกและการพัฒนาตนเองตามบทบาทวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการพัฒนาตนเองแต่มีความถี่ของการพัฒนาตนเองที่จำกัด โดยเกินครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ฝึกอบรมน้อยกว่าปีละ 1 ครั้ง คะแนนความสามารถด้านการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกและด้านความสามารถด้านการบำบัดรักษาทางจิตวิทยาอยู่ในระดับกลาง นอกจากนี้คะแนนมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ทางคลินิกความถี่ในการศึกษาผลงานวิชาการและงานวิจัยต่างประเทศและการเข้าประชุมวิชาการสมาคมจิตวิทยาคลินิกไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีลักษณะทางประชากร และลักษณะทางวิชาชีพที่แตกต่างกัน มีความเชื่อทางจรรยาบรรณไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากจะพบความแตกต่างบ้างในบางหลักการหรือบางพฤติกรรม ซึ่งจากข้อมูลที่พบนั้นไม่พอเพียงที่จะยืนยันว่าผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีลักษณะทางประชากรและลักษณะทางวิชาชีพที่แตกต่างกัน มีความเชื่อทางจรรยาบรรณต่างกัน อีกทั้งการศึกษาก่อนหน้าล้วนเป็นการศึกษาในต่างประเทศซึ่งไม่ตรงกับบริบทของวัฒนธรรมในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงต้องการที่จะทำการศึกษาเพิ่มเติม โดยมีสมมุติฐานที่ว่า

1. ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีเพศต่างกัน มีความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตไม่ต่างกัน
2. ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีอายุต่างกัน มีความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตไม่ต่างกัน
3. ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีอาชีพต่างกัน มีความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตไม่ต่างกัน
4. ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่ปฏิบัติงานในประเภทชุมชนที่ต่างกัน มีความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตไม่ต่างกัน



### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ( Descriptive Research) โดยใช้การสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในประเทศไทย โดยตัวแปรอิสระ คือ เพศ อายุ อาชีพ และประเภทของชุมชนที่ปฏิบัติงานของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต โดยผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. กำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. คัดสรรเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. เก็บรวบรวมข้อมูล
4. วิเคราะห์ข้อมูล

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต หรือ นักวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถที่ได้มาตรฐานในการให้บริการด้านจิตเวช จิตวิทยา และสุขภาพจิต เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจของบุคคล ซึ่งอาจหมายถึง จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก นักจิตวิทยาการปรึกษา นักจิตบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ

##### กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป G\*power กำหนดขนาดความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่าเท่ากับ 0.05 ระดับอำนาจการทดสอบ 0.8 และขนาดอิทธิพล (Effect size) 0.5 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Cohen, 1977) จากการคำนวณพบว่า จำนวนขั้นต่ำของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 128 คน

หากกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการเก็บข้อมูลจริงมีจำนวน 160 คน โดยผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรโดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience Sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในประเทศไทย



### เกณฑ์การคัดเลือก

1. จบการศึกษาในระดับปริญญาสาขาที่เกี่ยวข้องกับจิตวิทยา จิตวิทยาการปรึกษา จิตวิทยาคลินิก สุขภาพจิต แพทยศาสตร์ (จิตเวชศาสตร์) พยาบาลศาสตร์ (จิตเวชศาสตร์) สังคมสงเคราะห์ศาสตร์
2. ผ่านการอบรมเฉพาะทางที่เกี่ยวข้องกับจิตบำบัด ซึ่งจัดโดย สถาบันการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศที่ได้รับการรับรอง รวมถึงสมาคมวิชาชีพในประเทศไทยที่ได้รับการรับรอง
3. กำลังปฏิบัติหน้าที่อยู่ในปัจจุบัน และมีหน้าที่หลักในการดูแลหรือรักษาบุคคลทั่วไป หรือผู้ป่วย ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม
4. เป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต ที่ใช้กระบวนการ จิตบำบัด เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลหรือรักษาตามหน้าที่หลักของตนเอง เช่น CBT, Person-centered, ฯลฯ
5. สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ดี และมีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาที่เกี่ยวข้องกับจิตวิทยา สุขภาพจิต จิตเวชหรือสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ หรือกลุ่มตัวอย่างที่ให้บริการทางสุขภาพจิตเฉพาะ Hotline เป็นหน้าที่หลักเพียงอย่างเดียว ไม่มีการให้บริการอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ครั้ง โดยก่อนเข้าร่วมงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างจะต้องตอบแบบสอบถามการคัดกรองก่อนเข้าร่วม หากกลุ่มตัวอย่างไม่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกข้อมูลนั้นจะไม่ถูกนำมาวิเคราะห์

### การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจะเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างผ่าน Gatekeeper ที่เป็นหน่วยงานหรือองค์กรวิชาชีพของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต ได้แก่ สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย สมาคมจิตวิทยาการปรึกษา สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย โรงพยาบาลจิตเวช และศูนย์ให้บริการทางสุขภาพจิตต่างๆ โดยผู้วิจัยจะประชาสัมพันธ์งานวิจัยผ่าน Gatekeeper ที่ทราบลักษณะและเกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ Gatekeeper ช่วยในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบไปด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ 1. ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ อาชีพ ประเภทของชุมชนที่ปฏิบัติงาน เป็นต้น 2. แบบสอบถามความเชื่อทางจริยบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต จำนวน 78 ข้อ 3. แบบสอบถามแหล่งข้อมูลที่ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตใช้ในการอ้างอิง จำนวน 1 ข้อ

## การพัฒนาเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### 1. แบบสอบถามความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต

แบบสอบถามความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยแปลและพัฒนาต่อยอดมาจากงานวิจัยก่อนหน้า ของ Pope และคณะ (1987) ซึ่งเป็นแบบสอบถามความเชื่อและพฤติกรรมทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีหน้าที่ในการทำจิตบำบัด ข้อคำถามครอบคลุมพฤติกรรมทางจรรยาบรรณที่สำคัญทั้งหมด ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาตรวจสอบคุณภาพและพัฒนาเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากยิ่งขึ้น

แบบสอบถามนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 78 ข้อ สามารถจัดกลุ่มได้ 6 ประเภทตามหลักจรรยาบรรณทั่วไป ดังนี้ 1) การก่อประโยชน์ 2) การไม่ก่อให้เกิดอันตราย 3) การเคารพเอกสิทธิ์ 4) ความยุติธรรม 5) ความไว้วางใจ และ 6) การเคารพตนเอง (BACP, 2010) โดยเรียงลำดับข้อคำถามสลับสับเปลี่ยนกัน

การตอบแบบสอบถาม เป็นการตอบแบบลักษณะการประเมินค่า (Likert Scale) 5 ระดับ โดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยสำรวจตนเองว่า “มีความเชื่อว่าพฤติกรรมทางจรรยาบรรณในแต่ละข้อนั้น ผิดหรือถูกจรรยาบรรณมากน้อยเพียงใด” และให้ทำเครื่องหมาย (X) ตรงกับตัวเลือกลำดับมากน้อยที่ตรงกับความเชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัยมากที่สุด

- 1 หมายถึง ผิดจรรยาบรรณอย่างแน่นอน
- 2 หมายถึง ผิดจรรยาบรรณในหลายกรณี
- 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ
- 4 หมายถึง ถูกจรรยาบรรณในหลายกรณี
- 5 หมายถึง ถูกจรรยาบรรณอย่างแน่นอน

#### ตัวอย่างข้อคำถาม

- 1) สานสัมพันธ์จนกลายเป็นเพื่อนกับอดีตผู้รับบริการ
- 2) เปิดเผยความลับของผู้รับบริการ หากผู้รับบริการมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย

#### การประเมินคุณภาพเครื่องมือ

Rani และคณะ (2016) ได้ทำการตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามของ (Pope et al., 1987) จำนวน 88 ข้อกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักจิตวิทยาการปรึกษาชาวมาเลเซีย จำนวน 108 คน (เพศชาย 22 คน, เพศหญิง 86 คน) ทดสอบความเที่ยงโดยใช้วิธี การหาความเชื่อมั่นเชิงความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) พบว่าค่า Cronbach's alpha = .992

### ขั้นตอนการพัฒนาแบบสอบถาม

1. ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อคัดเลือกแบบสอบถามที่เหมาะสมกับงานวิจัยในครั้งนี้ โดยอิงจากแบบสอบถามของ (Pope et al., 1987) จากนั้นผู้วิจัยได้เขียนจดหมายขออนุญาตเจ้าของแบบสอบถาม เพื่อนำมาพัฒนาเป็นภาษาไทยและใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยส่งเป็นจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ไปยังเจ้าของแบบสอบถาม
2. เมื่อได้รับอนุญาตจากเจ้าของแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยได้นำข้อคำถามทั้งหมดมาทำการแปลย้อนกลับด้วยกระบวนการ Back Translate โดยขั้นที่ 1 ผู้วิจัยทำการแปลแบบสอบถามทั้งสิ้น 83 ข้อจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย ขั้นที่ 2 ผู้วิจัยขอให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ทางภาษาไทย ภาษาอังกฤษ และมีความรู้ทางจิตวิทยา ทำการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ ขั้นที่ 3 ผู้วิจัยขอให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ทางภาษาไทย ภาษาอังกฤษ และมีความรู้ทางจิตวิทยาอีกท่าน เปรียบเทียบมาตรฐานต้นฉบับ กับมาตรฐานที่แปลย้อนกลับ จากนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ  
 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพร้อมรายละเอียดของเครื่องมือ ได้แก่ กรอบแนวคิดการวิจัย คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย และตารางตรวจสอบข้อกระทงให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในการให้บริการทางสุขภาพจิต อันประกอบไปด้วย นักจิตวิทยาการปรึกษา นักจิตวิทยาคลินิก และจิตแพทย์ เป็นผู้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยข้อคำถามที่นำมาใช้มีค่าความสอดคล้อง IOC (Item Objective Congruence) ตั้งแต่ .05 ขึ้นไป ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทำการทดสอบเบื้องต้น และตรวจคุณภาพของเครื่องมือในแง่ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามไปทำการทดสอบกับกลุ่มที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง กล่าวคือเป็นนิสิต/นักศึกษา หรือผู้ที่กำลังฝึกงานในด้านการให้บริการสุขภาพจิต จำนวน 35 คน เพื่อทดสอบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีความเข้าใจในคำถามหรือไม่ จากนั้นจึงนำผลที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของ Cronbach's Alpha ซึ่งผลที่ได้จากการคำนวณพบว่า ค่าความเที่ยงทั้งฉบับ = .963  
 ด้านการก่อประโยชน์ = .707 ด้านการไม่ก่อให้เกิดอันตราย = .947  
 ด้านการเคารพเอกสิทธิ์ = .755 ด้านความไว้วางใจ = .760 ด้านความยุติธรรม = .717  
 และด้านการเคารพตัวเอง = .748
3. นำแบบสอบถามที่ได้รับการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพแล้วไปใช้ในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

## 2. แบบสอบถามแหล่งข้อมูลหรือแหล่งอ้างอิงที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต

พัฒนามาจากงานวิจัยก่อนหน้า (Pope et al., 1987) เพื่อสำรวจแหล่งอ้างอิงที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต โดยในแบบสอบถามจะระบุแหล่งข้อมูลหรือแหล่งอ้างอิงที่ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตใช้หาข้อมูลประกอบการตัดสินใจเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาทางจรรยาบรรณ การตอบแบบสำรวจให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำเครื่องหมาย (X) ตรงแหล่งข้อมูลหรือแหล่งอ้างอิง (เช่น เพื่อนร่วมงาน วารสารฯ หรือการอบรม) ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยใช้ตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้น สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ และสามารถระบุแหล่งอ้างอิงเพิ่มเติมด้วยตนเอง ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการพัฒนาแหล่งอ้างอิงเหล่านั้นต่อไป

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อดำเนินการตรวจสอบและพิจารณาประเด็นทางจริยธรรมในการวิจัย
2. หลังจากที่ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนกลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขอความร่วมมือกับหน่วยงาน หรือสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย สมาคมจิตวิทยาการศึกษา สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย โรงพยาบาลจิตเวช และศูนย์ให้บริการทางสุขภาพจิตต่างๆ เพื่อขออนุญาตประชาสัมพันธ์โครงการและดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ หากหน่วยงานไม่สะดวกในการเก็บข้อมูลออนไลน์ ผู้วิจัยจะขออนุญาตในการเก็บข้อมูลแบบกระดาษด้วยตนเอง หรือฝากหน่วยงานเก็บในกรณีที่หน่วยงานไม่สะดวกให้ผู้วิจัยเข้าไปเก็บข้อมูลด้วยตนเอง
3. เมื่อได้รับอนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้ว ผู้วิจัยจัดส่งเอกสารและข้อมูลประชาสัมพันธ์งานวิจัยที่มี QR Code ในการตอบแบบสอบถามผ่านช่องทางออนไลน์ให้กับหน่วยงานนั้นๆ เพื่อประชาสัมพันธ์ไปยัง ผู้ที่มีคุณสมบัติสอดคล้อง และสนใจเข้าร่วมการวิจัย
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแบ่งการเก็บข้อมูลออกเป็น 2 แบบ คือ การเก็บข้อมูลแบบออนไลน์ และการเก็บข้อมูลแบบกระดาษ โดยผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลแบบออนไลน์เป็นหลัก และเก็บข้อมูลแบบกระดาษในกรณีที่หน่วยงานนั้นๆ ไม่สะดวกให้เก็บแบบออนไลน์ มีรายละเอียด ดังนี้

- 3.1 การเก็บข้อมูลแบบออนไลน์ ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับ QR Code จากหน่วยงานที่เป็น Gatekeeper เพื่อเข้าถึงแบบสอบถามออนไลน์ ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบข้อมูลทั่วไป ตอบแบบสอบถามสำรวจจรรยาบรรณของผู้ให้บริการสุขภาพจิต นอกจากนี้ในแบบสอบถามนั้นจะมีรายละเอียดงานวิจัยและข้อมูลติดต่อของผู้วิจัยเพื่อตอบข้อซักถามต่างๆ
- 3.2 การเก็บข้อมูลแบบกระดาษ ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลในสถานที่ที่เป็นที่รวมตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย เช่น โรงอาหาร ห้องประชุม หลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะเก็บแบบสอบถามกลับทันที โดยรับใส่ซองที่ปิดผนึกอย่างมิดชิด แต่หากหน่วยงานนั้นๆ อนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าไปเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะทำการส่งเอกสารการวิจัยแบบสอบถาม และช่องทางการติดต่อของผู้วิจัย รวมไปถึงซองเอกสารแบบไม่ระบุชื่อผู้ส่งไปยังหน่วยงานนั้นๆ เพื่อเก็บข้อมูลแล้วให้ผู้เข้าร่วมวิจัยส่งข้อมูลกลับมาทางไปรษณีย์ โดยทำการจัดส่งครั้งแรกในเดือนพฤศจิกายน 2565 และติดต่อสอบถามความเคลื่อนไหวในเดือนธันวาคม 2565 ในกรณีที่มีเอกสารตกหล่น ผู้วิจัยจะจัดส่งเอกสารไปให้อีกครั้งและคาดว่าจะสามารถเก็บข้อมูลได้เสร็จสิ้นภายในเดือนกุมภาพันธ์ 2566
5. ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป แบบสำรวจความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต จำนวน 78 ข้อ, และแบบสำรวจแหล่งข้อมูลหรือแหล่งอ้างอิง จำนวน 1 ครั้ง โดยใช้เวลาในการทำ 20-30 นาที โดยจะไม่มีภาระระบุชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัย หรือข้อมูลที่จะระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมการวิจัย
6. ในการรับคืนแบบสอบถาม สำหรับการตอบผ่านช่องทางออนไลน์ ผู้วิจัยจะเป็นผู้เดียวที่เข้าถึงข้อมูลได้ สำหรับการตอบแบบกระดาษ ผู้วิจัยจะทำการเก็บแบบสอบถามที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ตอบแล้วกลับคืนด้วยตนเอง หรือผ่านทางไปรษณีย์สำหรับหน่วยงานที่เก็บข้อมูลให้ โดยข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับทั้งแบบออนไลน์และแบบกระดาษ เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยจะมีการทำลายแบบสอบถามดังกล่าวทั้งหมด
7. หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยจะส่งให้ Gift Voucher ของห้างสรรพสินค้า Central มูลค่า 500 บาท ทั้งสิ้น 10 จำนวน แก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่ส่งชื่อและข้อมูลในการติดต่อกลับมาเพื่อแสดงความขอบคุณ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยที่ตอบแบบสอบถามออนไลน์สามารถกรอกอีเมลหรือช่องทางติดต่อกลับได้ใน Link ส่วนท้ายของแบบสอบถาม ส่วนผู้ที่ตอบแบบสอบถามด้วยกระดาษ ผู้วิจัยจะพิมพ์ QR Code

ของ Link การตอบกลับแนบไปกับแบบสอบถาม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสามารถสแกนและส่งข้อมูลตอบกลับมาให้ผู้วิจัย จากนั้นผู้วิจัยจะรวบรวมข้อมูลการติดต่อกลับของผู้เข้าร่วมวิจัยที่ได้จากทุกช่องทางแล้วทำการสุ่มโดยการจับฉลาก และจัดส่ง Gift Voucher ไปให้ภายหลังจากการสุ่ม

#### 8. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และสรุปผล

##### การวิเคราะห์ข้อมูล

ในขั้นแรกผู้วิจัยจะต้องตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล โดยแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ที่ไม่นำมาวิเคราะห์ คือ แบบสอบถามที่ไม่ได้ตอบทุกข้อ หรือ มีการตอบแบบค่าเดียว หรือ ผู้เข้าร่วมมีคุณสมบัติไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์คัดเข้า จากนั้นจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรม SPSS ในการคำนวณและวิเคราะห์ค่าทางสถิติต่างๆ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ข้อมูลด้านคุณสมบัติประชากรของกลุ่มตัวอย่าง จะใช้การวิเคราะห์สถิติข้อมูลพื้นฐานและแสดงผลการวิเคราะห์เป็นสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) การคำนวณค่าเฉลี่ย (mean) การคำนวณค่าร้อยละ (percentage) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)
2. สถิติเชิงอนุมาน ข้อมูลด้านคุณสมบัติประชากร และข้อมูลด้านความเชื่อทางจรรยาบรรณจะ ใช้การวิเคราะห์ทางสถิติ ดังนี้
  - 2.1 แสดงสัดส่วนเป็นจำนวนร้อยละ (%) ตามผลที่ได้จากแต่ละข้อพฤติกรรม
  - 2.2 แสดงค่าสถิติเชิงพรรณนา ประกอบข้อมูลพื้นฐานทางสถิติของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ค่ามัธยฐาน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าฐานนิยม
  - 2.3 แสดงผลการวิเคราะห์ความแตกต่างโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) และ T-Test เป็นการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบหรือเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย โดยมีตัวแปรตามเป็นตัวแปรต่อเนื่องหรือมีมาตราวัดตั้งแต่มาตราอันตรภาค (Interval Scale) ขึ้นไป และมีจำนวนตั้งแต่ 2 ตัวแปรขึ้นไป ส่วนตัวแปรอิสระสามารถแบ่งเป็นกลุ่มได้ตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป และหากผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ในลำดับถัดไป

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจะพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัยด้วยการนำข้อมูลจากแบบสอบถามมาวิเคราะห์รายงาน และนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น ในรายงานจะไม่มีข้อมูลที่นำไปสู่การระบุตัวตนใดๆของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ จึงส่งผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมวิจัยน้อยเมื่องานวิจัยออกเผยแพร่ ทั้งนี้การเข้าร่วมในการวิจัยของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัว ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถทำได้โดยไม่ต้องให้เหตุผล

การวิจัยนี้มีความเสี่ยงในงานวิจัยอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากเป็นการตอบแบบสอบถามตามความเชื่อหรือทัศนคติไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิดอย่างชัดเจน แต่หากผู้เข้าร่วมการวิจัยเกิดความกังวลหรือรู้สึกไม่สบายใจระหว่างการตอบแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่ต้องให้เหตุผล หรือ ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถติดต่อผู้วิจัยให้ทำการจัดส่งคู่มือการดูแลจิตใจ หรือประสานให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการช่วยเหลือจากนักวิชาชีพในลำดับถัดไป

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้มาจากการคัดกรองข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการตอบแบบสอบถามออนไลน์จำนวน 132 ชุด และจากการตอบแบบสอบถามแบบกระดาษจำนวน 36 ชุด รวมทั้งสิ้น 168 ชุด โดยคัดคำตอบของผู้ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ออกจำนวน 8 ชุด (ไม่ผ่านการศึกษาหรือฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางสุขภาพจิตจำนวน 3 คน ไม่ได้ใช้กระบวนการจิตบำบัดหรือการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลรักษาจำนวน 2 คน และลักษณะกระบวนการจิตบำบัดใช้เวลาน้อยกว่า 30 นาทีต่อครั้ง และไม่ต่อเนื่องจำนวน 3 คน)

ดังนั้นแบบสอบถามที่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ จำนวนทั้งหมด 160 ชุด คิดเป็นร้อยละ 95% ของแบบสอบถามทั้งหมดที่ได้รับมา โดยผลการวิเคราะห์ในครั้งนี้แบ่งได้ 4 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลประชากรของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการให้บริการของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รูปแบบหลักในการให้บริการ ทฤษฎีที่ใช้ในการให้บริการ ลักษณะองค์กรที่ปฏิบัติงาน ประเภทชุมชนที่ปฏิบัติงาน ประสิทธิภาพในการทำงาน จำนวนชั่วโมงในการทำงานต่อสัปดาห์ และประสิทธิภาพในการอบรมจรรยาบรรณเชิงวิชาชีพของการให้บริการสุขภาพจิต

**ส่วนที่ 2** ค่าสถิติเชิงพรรณนา ประกอบข้อมูลพื้นฐานทางสถิติของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ค่ามัธยฐาน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าฐานนิยม รวมไปถึงอัตราส่วนร้อยละข้อมูลความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต

**ส่วนที่ 3** การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการทดสอบสมมุติฐานทางการวิจัย ได้แก่ การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างปัจจัยทางกายภาพ และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Independent t-test และการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA)

**ส่วนที่ 4** ข้อมูลแหล่งอ้างอิงที่ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตใช้ในการประกอบการตัดสินใจเมื่อประสบปัญหาทางจรรยาบรรณ



### ส่วนที่ 1 ข้อมูลประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 160 ชุด จากการคัดเลือกแบบสุ่มและเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างผ่านการตอบแบบสอบถามออนไลน์ ติดต่อผ่านหน่วยงาน และการแนะนำส่งต่อในกลุ่มของนักศึกษาชีพ โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 35.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.54 ปี โดยเป็นเพศชาย ร้อยละ 25.6 เพศหญิง ร้อยละ 65 เพศทางเลือก (LGBTQ+) ร้อยละ 8.8 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดสำเร็จการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางสุขภาพจิตในระดับอนุปริญญาขึ้นไป โดยส่วนมากอยู่ในระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 52.5 ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 40 ระดับปริญญาเอก ร้อยละ 5 และระดับอนุปริญญา (Diploma) ร้อยละ 2.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
<b>1.เพศ</b>		
ชาย	41	25.6
หญิง	104	65
เพศทางเลือก LGBTQ+	14	8.8
ไม่ระบุ	1	0.6
<b>2.อายุ</b>		
20 – 29 ปี	59	36.9
30 - 39 ปี	53	33.1
40 - 49 ปี	30	18.8
50 - 59 ปี	16	10
60 ปีขึ้นไป	2	1.3
<b>3.ระดับการศึกษา</b>		
อนุปริญญา (Diploma)	4	2.5
ปริญญาตรี	64	40
ปริญญาโท	84	52.5
ปริญญาเอก	8	5

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางสุขภาพจิต ประกอบไปด้วย อาชีพของผู้ให้บริการ ส่วนใหญ่เป็นนักจิตวิทยาการปรึกษาและนักจิตวิทยาคลินิก โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ นักจิตวิทยาการปรึกษา ร้อยละ 33.1 นักจิตวิทยาคลินิก ร้อยละ 32.5 นักจิตบำบัด ร้อยละ 20 พยาบาลจิตเวช ร้อยละ 10.6 และจิตแพทย์ ร้อยละ 3.8

รูปแบบในการให้บริการของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต ซึ่งจากกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการจะให้บริการหลายรูปแบบ หรือให้บริการหลักเฉพาะรูปแบบใดแบบหนึ่งก็ได้ โดยส่วนใหญ่เป็นการให้บริการทางสุขภาพจิตแบบรายบุคคล สำหรับผู้ใหญ่ร้อยละ 72.5 และแบบรายบุคคลสำหรับเด็กและวัยรุ่น ร้อยละ 62.6

ทฤษฎีที่ใช้ในการให้บริการทางสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลาย นับได้ 13 รูปแบบ โดยกลุ่มตัวอย่างอาจจะใช้ทฤษฎีหลักเพียงทฤษฎีเดียวในการให้บริการฯ หรืออาจจะใช้หลากหลายทฤษฎีผสมกันก็เป็นได้ ทั้งนี้ทฤษฎีที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด คือ ทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) คิดเป็นร้อยละ 66.9 ตามด้วยทฤษฎีแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางร้อยละ 40.6 และทฤษฎีแบบจิตพลวัต หรือจิตวิเคราะห์ร้อยละ 30 นอกจากนี้ยังมีรายละเอียดของทฤษฎีอื่นๆ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ลักษณะองค์กรหรือหน่วยงานที่กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการสังกัด แบ่งออกเป็น 6 ประเภท ได้แก่ โรงพยาบาลหรือศูนย์อนามัยของรัฐ ร้อยละ 41.9 สถานศึกษา ร้อยละ 17.5 ธุรกิจส่วนตัว (Private Practice) ร้อยละ 19.4 กระทรวง หรือ หน่วยงานของรัฐ ร้อยละ 8.1 โรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชน ร้อยละ 7.5 บริษัทเอกชน ร้อยละ 5.6 โดยเป็นการให้บริการทางสุขภาพจิตในกรุงเทพฯและปริมณฑล ร้อยละ 50.6 ในต่างจังหวัดทั่วประเทศไทย อีกร้อยละ 49.4

ประสบการณ์ในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตนั้น โดยส่วนมากจะมีประสบการณ์ 0-5 ปี จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 54.9 โดยมีประสบการณ์น้อยสุด ต่ำกว่า 1 ปี และมีประสบการณ์มากที่สุด 34 ปี ทั้งนี้ชั่วโมงในการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตนั้นอยู่ที่ 8.97 ชั่วโมง  $\pm$  8.03 ชั่วโมง โดยชั่วโมงทำงานที่น้อยที่สุด คือ 1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และมากที่สุด คือ 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้รายงานเกี่ยวกับประสบการณ์ในการเข้าร่วมอบรมหรือศึกษาในวิชาที่เกี่ยวกับจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต จำนวนทั้งสิ้น 134 คน คิดเป็นร้อยละ 83.7 ส่วนอีก 26 คนรายงานว่าไม่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับจรรยาบรรณ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางสุขภาพจิต

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
<b>1.อาชีพ</b>		
นักจิตวิทยาการปรึกษา	53	33.1
นักจิตวิทยาคลินิก	52	32.5
นักจิตบำบัด	32	14.4
พยาบาลจิตเวช	17	10.6
จิตแพทย์	6	3.8
<b>2.รูปแบบการให้บริการ</b>		
แบบรายบุคคลผู้ใหญ่	132	82.5
แบบรายบุคคลเด็กและวัยรุ่น	114	71.3
แบบกลุ่มผู้ใหญ่	52	32.5
แบบกลุ่มเด็ก	38	23.8
แบบคู่ หรือ ครอบครัว	32	20
แบบสายด่วน (Hotline)	27	16.9
<b>3.ทฤษฎีที่ใช้ในการให้บริการทางสุขภาพจิต</b>		
แบบบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT)	107	66.9
แบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง	65	40.6
แบบจิตพลวัต หรือ จิตวิเคราะห์	48	30
แบบผสมผสาน	29	18.1
แบบพุทธ	24	15
แบบการยอมรับ และมุ่งมั่นต่อการทำตามสัญญา (ACT)	18	11.3
แบบเกสตาลท์ (Gestalt)	16	10
แบบอัตถิภาวนิยม (Existential)	15	9.4
แบบการแก้ปัญหา (Problem-solving Therapy)	8	5
แบบซาเทียร์ (Satir)	6	3.8
แบบ EMDR	4	2.5

แบบมุ่งหาทางออก (Solution-Focused)	4	2.5
แบบอื่นๆ	4	3.1
<b>4.ลักษณะองค์กรหรือหน่วยงานที่ให้บริการทางสุขภาพจิต</b>		
โรงพยาบาล หรือ ศูนย์อนามัยของรัฐ	67	41.9
สถานศึกษา	28	17.5
ธุรกิจส่วนตัว (Private Practice)	31	19.4
กระทรวง หรือ หน่วยงานของรัฐ	13	8.1
โรงพยาบาล หรือ คลินิกเอกชน	12	7.5
บริษัทเอกชน	9	5.6
<b>5.ประเภทชุมชนที่ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตปฏิบัติงาน</b>		
กรุงเทพฯ	81	50.6
จังหวัดอื่นๆ	79	49.4
<b>6.ประสบการณ์ในการให้บริการทางสุขภาพจิต</b>		
0-5 ปี	95	59.4
6-10 ปี	24	15
11-15 ปี	20	12.5
16-20 ปี	14	8.8
มากกว่า 20 ปี	3	1.9
ไม่ระบุ	4	2.5
<b>7.จำนวนชั่วโมงในการให้บริการทางสุขภาพจิต เฉลี่ยต่อสัปดาห์</b>		
1-5 ชั่วโมง	69	43.1
6-10 ชั่วโมง	41	25.6
11-15 ชั่วโมง	20	12.5
16-20 ชั่วโมง	7	4.4
21-25 ชั่วโมง	6	3.8
26-30 ชั่วโมง	1	0.6
มากกว่า 30 ชั่วโมง	9	5.6

ไม่ระบุ	7	4.4
8. ประสบการณ์ในการเรียนหรือฝึกอบรมวิชาจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต		
เคยเรียนหรือฝึกอบรม	134	83.7
ไม่เคยเรียนหรือฝึกอบรม	26	16.3

## ส่วนที่ 2 ค่าสถิติเชิงพรรณนาของตัวแปรที่ศึกษา

ข้อมูลความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในประเทศไทยถูกวิเคราะห์เพื่อแสดงให้เห็นสัดส่วนร้อยละ ดังตารางที่ 3

ค่าสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าฐานนิยมของความเชื่อทางจรรยาบรรณ โดยแบ่งออกเป็น 6 หมวดหมู่ตามหลักจริยธรรมทั่วไป ได้แก่ ด้านการก่อประโยชน์ ด้านการไม่ก่อให้เกิดอันตราย ด้านการเคารพเอกสิทธิ์ ด้านความไว้วางใจ ด้านความยุติธรรม และด้านความเคารพตนเอง จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 160 คน มีรายละเอียด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 2 อัตราร้อยละของตัวแปรที่ศึกษา (N=160)

	ผิด จรรยาบรรณ อย่างแน่นอน	ผิด จรรยาบรรณ ในหลายกรณี	ไม่รู้ หรือ ไม่ แน่ใจ	ถูก จรรยาบรรณ ในหลายกรณี	ถูก จรรยาบรรณ อย่างแน่นอน
1. สานสัมพันธ์จนกลายเป็น เพื่อนกับอดีตผู้รับบริการ	33.1	29.4	18.8	13.8	5
2. กอดผู้รับบริการ	22.5	41.3	20	14.4	1.9
3. เปิดเผยความลับของ ผู้รับบริการโดยไม่เจตนา	53.1	35.6	10	0.6	0.6
4. ยกเว้นค่าบริการทางจิตบำบัด หรือ การปรึกษาเชิงจิตวิทยา	7.5	12.5	42.5	26.9	10.6
5. หลีกเลี่ยงที่จะให้บริการแก่ ผู้รับบริการบางกลุ่ม เพราะอาจ เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง	20.6	35	25	16.9	2.5
6. ขอความช่วยเหลือจาก ผู้รับบริการ	50	28.7	13.8	6.3	1.3

	ผิด จรรยาบรรณ อย่างแน่นอน	ผิด จรรยาบรรณ ในหลายกรณี	ไม่รู้ หรือ ไม่ แน่ใจ	ถูก จรรยาบรรณ ในหลายกรณี	ถูก จรรยาบรรณ อย่างแน่นอน
7. ทำธุรกิจกับผู้รับบริการ	83.1	10	5.6	0.6	0.6
8. เปิดรายชื่อของผู้รับบริการใน การฝึกอบรมที่ตนเองเข้าร่วม หรือเป็นผู้สอน	84.4	10	3.8	1.3	0.6
9. ยอมรับการตัดสินใจที่จะฆ่า ตัวตายของผู้รับบริการ	30.6	20.6	31.9	13.1	3.8
10. ให้การปรึกษาแก่ผู้รับบริการ ผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยู โทรทัศน์ สื่อออนไลน์	17.5	16.3	23.1	29.4	13.8
11. ขอยืมเงินจากผู้รับบริการ	96.9	2.5	0	0	0.6
12. ทำธุรกิจร่วมกันกับอดีต ผู้รับบริการ	33.1	32.5	18.1	10	6.3
13. ไปร่วมงานฉลองของ ผู้รับบริการ เช่น งานแต่งงาน งานรับปริญญา	21.9	30	25	15	8.1
14. ยื่นเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับ ประเด็นจริยธรรมของเพื่อน ร่วมงาน (เมื่อเห็นเพื่อนร่วมงาน กระทำผิด)	3.8	3.1	11.3	33.1	48.8
15. ให้ของขวัญที่มีมูลค่าน้อย กว่า 500 บาทแก่ผู้รับบริการ	35.6	21.9	28.7	9.4	4.4
16. ขายสินค้าให้กับผู้รับบริการ	83.1	11.3	5	0	0.6
17. บอกผู้รับบริการว่า คุณโกรธ เขาหรือเธอ	17.5	16.3	32.5	21.3	12.5
18. ฟ้องศาลเพื่อตามเก็บ ค่าบริการจากผู้รับบริการ	10.6	13.8	36.9	23.8	15

	ผิด จรรยาบรรณ อย่างแน่นอน	ผิด จรรยาบรรณ ในหลายกรณี	ไม่รู้ หรือ ไม่ แน่ใจ	ถูก จรรยาบรรณ ในหลายกรณี	ถูก จรรยาบรรณ อย่างแน่นอน
19. ยุติการให้บริการจิตบำบัด หรือ การปรึกษาเชิงจิตวิทยา เมื่อผู้รับบริการไม่สามารถชำระ ค่าบริการได้	18.1	20.6	27.5	19.4	14.4
20. ให้ของขวัญที่มีมูลค่า มากกว่า 500 บาทแก่ ผู้รับบริการ	58.8	21.9	16.9	1.3	1.3
21. ขึ้นค่าบริการ ในขณะที่ กระบวนการบำบัด หรือ กระบวนการปรึกษายังไม่ยุติ	32.5	31.3	25.6	9.4	1.3
22. บอกผู้รับบริการว่า คุณ ผิดหวังในตัวเขาหรือเธอ	43.1	19.4	21.9	11.9	3.8
23. มีความรู้สึกตึงตูดทางเพศกับ ผู้รับบริการ	58.8	20.0	15.6	3.8	1.9
24. ร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ หรือเพิ่มเติมความรู้ที่ทำให้ความ เชี่ยวชาญของตนเองมีความ ชัดเจนมากขึ้น	1.9	0.0	1.9	13.8	82.5
25. ให้ของตอบแทนแก่ผู้ที่ส่งต่อ ผู้รับบริการมาให้	38.8	26.9	25	5	4.4
26. โฆษณาลงสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ สื่อออนไลน์	20	11.9	22.5	26.9	18.8
27. บอกผู้รับบริการว่า คุณมี ความรู้สึกตึงตูดทางเพศกับ ผู้รับบริการ	75	18.1	6.9	0	0
28. มีความสัมพันธ์ทางเพศกับ ผู้รับบริการนิตะของตนเอง	87.5	6.9	5	0	0.6

	ผิด จรรยาบรรณ อย่างแน่นอน	ผิด จรรยาบรรณ ในหลายกรณี	ไม่รู้ หรือ ไม่ แน่ใจ	ถูก จรรยาบรรณ ในหลายกรณี	ถูก จรรยาบรรณ อย่างแน่นอน
29. ร้องให้ต่อหน้าผู้รับบริการ	16.9	22.5	36.9	16.3	7.5
30. ให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ เป็นผู้เยาว์ โดยไม่ได้รับคำ ยินยอมจากผู้ปกครอง	36.9	23.1	21.3	13.1	5.6
31. จูบผู้รับบริการ	94.4	4.4	1.3	0	0
32. ปฏิบัติต่อผู้รับบริการที่มี ความหลากหลายทางเพศ ราว กับว่าเรามีความเจ็บป่วยทางจิต	72.5	18.8	7.5	0.6	0.6
33. มีความสัมพันธ์ทางเพศกับ ผู้รับบริการผ่านการสัมผัส (โดย ไม่มีการสอดใส่)	97.5	2.5	0	0	0
34. รับของขวัญที่มีมูลค่าน้อย กว่า 500 บาทจากผู้รับบริการ	31.9	25.6	23.1	14.4	5
35. ให้บริการจิตบำบัด หรือ การ ปรึกษาเชิงจิตวิทยาแก่นักเรียน หรือผู้รับการนิเทศของตนเอง	13.1	12.5	17.5	30.6	26.3
36. ช่วยผู้รับบริการส่งเรื่อง ร้องเรียนเพื่อนร่วมงานของผู้ ให้บริการ (เมื่อเห็นเพื่อนร่วมงาน กระทำผิด)	22.5	16.9	21.9	20	18.8
37. ปฏิเสธที่จะเปิดเผยผลการ วินิจฉัยต่อผู้รับบริการ	36.9	30	18.8	9.4	5
38. มีความสัมพันธ์ทางเพศกับ อดีตผู้รับบริการ	40	24.4	24.4	6.9	4.4
39. รับของขวัญที่มีมูลค่า มากกว่า 500 บาทจาก ผู้รับบริการ	51.2	28.1	14.4	5	1.3



	ผิด จรรยาบรรณ อย่างแน่นอน	ผิด จรรยาบรรณ ในหลายกรณี	ไม่รู้ หรือ ไม่ แน่ใจ	ถูก จรรยาบรรณ ในหลายกรณี	ถูก จรรยาบรรณ อย่างแน่นอน
40. ให้บริการจิตบำบัด หรือ การ ปรึกษาเชิงจิตวิทยาแก่เพื่อนของ ตนเอง	36.3	18.1	14.4	15	16.3
41. ชักชวนอย่างโจ่งแจ้งให้ บุคคลมาเป็นผู้รับบริการ	39.4	27.5	18.8	11.3	3.1
42. ประเมินสิทธิในการเลี้ยงดู โดยไม่ได้พบผู้ปกครองทั้งสอง ฝ่าย	71.9	20	4.4	3.1	0.6
43. มีจินตนาการทางเพศถึง ผู้รับบริการ	45	26.3	18.1	6.9	3.8
44. รับค่าตอบแทนจากการส่ง ต่อผู้รับบริการไปให้ ผู้บริการอื่นๆ	52.5	29.4	12.5	3.1	2.5
45. ให้บริการจิตบำบัด หรือ การ ปรึกษาเชิงจิตวิทยาแก่ลูกน้อง หรือเพื่อนร่วมงานของตนเอง	15.6	25	20.6	21.9	16.9
46. เชิญผู้รับบริการมาร่วมงาน ประชาสัมพันธ์ของศูนย์ ให้บริการ	16.9	26.9	25.6	16.9	13.8
47. ประเมินสิทธิในการเลี้ยงดู เด็ก โดยไม่ได้พบตัวเด็ก	66.3	18.8	8.1	5.6	1.3
48. มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางเพศกับ ผู้รับบริการ	86.3	9.4	3.8	0.6	0
49. รับค่าเชิญของผู้รับบริการไป ร่วมงานสังสรรค์ หรืองานสังคม ต่างๆ	36.9	31.3	20	10	1.9

	ผิด จรรยาบรรณ อย่างแน่นอน	ผิด จรรยาบรรณ ในหลายกรณี	ไม่รู้ หรือ ไม่ แน่ใจ	ถูก จรรยาบรรณ ในหลายกรณี	ถูก จรรยาบรรณ อย่างแน่นอน
50. ให้บริการจิตบำบัด หรือ การ ปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่อยู่ นอกเหนือความเชี่ยวชาญของ ตนเอง	38.8	44.4	14.4	2.5	0
51. เชิญผู้รับบริการมาร่วมงาน สังสรรค์ หรืองานสังคมต่างๆ	56.3	20	16.3	6.3	1.3
52. ปรึกษากับเพื่อนที่ไม่ เกี่ยวข้องทางวิชาชีพเกี่ยวกับ ผู้รับบริการ โดยไม่เอ่ยชื่อของ ผู้รับบริการ	20	31.9	16.3	23.1	8.8
53. ไม่แจ้งเงื่อนไขหรือข้อยกเว้น เกี่ยวกับการเปิดเผยความลับให้ ผู้รับบริการทราบ	71.3	24.4	2.5	0.6	1.3
54. รับบริการอื่นๆ (ที่ไม่ใช่เงิน หรือสิ่งของ) จากผู้รับบริการเป็น ค่าบริการทางจิตบำบัด	36.3	28.1	28.7	6.3	0.6
55. ให้บริการเฉพาะผู้รับบริการ เพศหญิงและเพศชายเท่านั้น ไม่ ให้บริการผู้ที่มีความหลากหลาย ทางเพศ	61.9	17.5	10.6	6.3	3.8
56. ปรึกษากับเพื่อนร่วมงาน เกี่ยวกับผู้รับบริการ โดยใช้ชื่อ จริงของผู้รับบริการ	58.8	26.9	6.3	4.4	3.8
57. ไม่เปิดเผยวัตถุประสงค์ใน การทดสอบประเมินต่างๆ	55	31.9	6.9	4.4	1.9
58. รับสิ่งของ (ที่ไม่ใช่เงิน) เป็น ค่าบริการ	25	31.3	30	11.3	2.5

	ผิด จรรยาบรรณ อย่างแน่นอน	ผิด จรรยาบรรณ ในหลายกรณี	ไม่รู้ หรือ ไม่ แน่ใจ	ถูก จรรยาบรรณ ในหลายกรณี	ถูก จรรยาบรรณ อย่างแน่นอน
59. ให้บริการทางจิตบำบัด หรือ การศึกษาเชิงจิตวิทยา ขณะที่ ตนเองอยู่ภายใต้ฤทธิ์แอลกอฮอล์	95.6	3.8	0.6	0	0
60. ใช้การเปิดเผยเรื่องราว ส่วนตัวเป็นหนึ่งในเทคนิคของ การทำจิตบำบัด หรือ การ ปรึกษาเชิงจิตวิทยา	19.4	16.3	18.8	30	15.6
61. เปลี่ยนผลวินิจฉัยให้ตรงตาม เกณฑ์บริษัทประกัน	83.1	10	3.8	1.3	1.9
62. ไม่เปิดเผยอัตราค่าบริการให้ ผู้รับบริการทราบ	82.5	11.9	3.8	1.3	0.6
63. เรียกเก็บค่าบริการ แม้ ผู้รับบริการไม่ได้มาตามนัด	50	21.9	13.8	6.9	7.5
64. ให้ผู้รับบริการยืมเงิน	75	15	7.5	1.9	0.6
65. ใช้ชื่อหน่วยงานต้นสังกัดเพื่อ หาผู้รับบริการให้กับคลินิก ส่วนตัว	60	27.5	8.8	3.8	0
66. เปิดเผยความลับของ ผู้รับบริการ เพื่อรายงานการ ทารุณกรรมเด็ก	8.1	10	11.9	31.3	38.8
67. ไม่ยอมให้ผู้รับบริการดู บันทึกการทดสอบ	20	28.1	24.4	16.9	10.6
68. ลงชื่อรับรองจำนวนชั่วโมง การนิเทศก์ของผู้รับการนิเทศ เกินกว่าความเป็นจริง	76.9	16.9	3.8	1.9	0.6
69. อนุญาตให้ผู้รับบริการค้าง ชำระเป็นจำนวนมาก	18.1	30.6	38.1	7.5	5.6

	ผิด จรรยาบรรณ อย่างแน่นอน	ผิด จรรยาบรรณ ในหลายกรณี	ไม่รู้ หรือ ไม่ แน่ใจ	ถูก จรรยาบรรณ ในหลายกรณี	ถูก จรรยาบรรณ อย่างแน่นอน
70. ใช้บริการบริษัทติดตามหนี้ เพื่อจัดเก็บค่าบริการที่ค้างชำระ	30.6	16.9	38.1	10	4.4
71. เปิดเผยความลับของ ผู้รับบริการ หากผู้รับบริการมี แนวโน้มจะฆ่าตัวตาย	3.8	5	10	32.5	48.8
72. ไม่ยอมให้ผู้รับบริการดู รายงานผลการทดสอบ	29.4	35.6	18.8	11.9	4.4
73. ส่งตัวผู้รับบริการเข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาล โดยที่ ผู้รับบริการไม่สมัครใจ	18.8	31.3	24.4	21.3	4.4
74. อนุญาตให้ผู้รับบริการถอด เสื้อผ้า	63.7	23.1	10	2.5	0.6
75. ได้รับค่าจ้างจากการหัก เปอร์เซ็นต์ของค่าบริการ	19.4	11.9	31.9	19.4	17.5
76. เปิดเผยความลับของ ผู้รับบริการ หากผู้รับบริการมี แนวโน้มจะทำอันตรายผู้อื่นถึงแก่ ชีวิต	1.9	2.5	4.4	28.7	62.5
77. ไม่ยอมให้ผู้รับบริการอ่าน บันทึกการบำบัด	14.4	23.1	20	27.5	15
78. ถอดเสื้อผ้าต่อหน้า ผู้รับบริการ	88.8	7.5	2.5	0.6	0.6

ตารางที่ 3 ค่าสถิติเชิงพรรณนของตัวแปรที่ศึกษาจำแนกตามหมวดหมู่ข้อความ

	Mean	SD.	Mode
<b>ด้านการก่อประโยชน์</b>			
17. บอกผู้รับบริการว่า คุณโกรธเขาหรือเธอ	2.95	1.26	3
19. ยุติการให้บริการจิตบำบัด หรือ การปรึกษาเชิงจิตวิทยา เมื่อผู้รับบริการไม่สามารถชำระค่าบริการได้	2.91	1.31	3
47. ประเมินสิทธิในการเลี้ยงดูเด็ก โดยไม่ได้พบกับตัวเด็ก	1.57	0.95	1
50. ให้บริการจิตบำบัด หรือ การปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่อยู่ นอกเหนือความเชี่ยวชาญของตนเอง	1.81	0.77	2
60. ใช้การเปิดเผยเรื่องราวส่วนตัวเป็นหนึ่งในเทคนิคของ การทำจิตบำบัด หรือ การปรึกษาเชิงจิตวิทยา	3.06	1.37	4
61. เปลี่ยนผลวินิจฉัยให้ตรงตามเกณฑ์บริษัทประกัน	1.29	0.76	1
74. อนุญาตให้ผู้รับบริการถอดเสื้อผ้า	1.53	0.82	1
<b>ด้านการไม่ก่อให้เกิดอันตราย</b>			
1. สานสัมพันธ์จนกลายเป็นเพื่อนกับอดีตผู้รับบริการ	2.28	1.20	1
2. กอดผู้รับบริการ	2.32	1.04	2
6. ขอความช่วยเหลือจากผู้รับบริการ	1.80	0.98	1
7. ทำธุรกิจร่วมกับผู้รับบริการ	1.26	0.65	1
10. ให้การปรึกษาแก่ผู้รับบริการผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ สื่อออนไลน์	3.06	1.31	4
11. ขอยืมเงินจากผู้รับบริการ	1.05	0.35	1
12. ทำธุรกิจร่วมกับอดีตผู้รับบริการ	2.24	1.20	1
13. ไปร่วมงานฉลองของผู้รับบริการ เช่น งานแต่งงาน งานรับ ปริญญา	2.58	1.22	2
14. ยื่นเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับประเด็นจริยธรรมของเพื่อน ร่วมงาน (เมื่อเห็นเพื่อนร่วมงานกระทำผิด)	4.20	1.01	5

15. ให้ของขวัญที่มีมูลค่าน้อยกว่า 500 บาทแก่ผู้รับบริการ	2.25	1.17	1
16. ขยายสินค้าให้กับผู้รับบริการ	1.24	0.60	1
20. ให้ของขวัญที่มีมูลค่ามากกว่า 500 บาทแก่ผู้รับบริการ	1.64	0.89	1
22. บอกผู้รับบริการว่า คุณผิดหวังในตัวเขาหรือเธอ	2.14	1.21	1
23. มีความรู้สึกตึงตูดทางเพศกับผู้รับบริการ	1.70	0.99	1
25. ให้ของตอบแทนแก่ผู้ส่งต่อผู้รับบริการมาให้	2.09	1.11	1
27. บอกผู้รับบริการว่า คุณมีความรู้สึกตึงตูดทางเพศกับผู้รับบริการ	1.32	0.60	1
28. มีความสัมพันธ์ทางเพศกับผู้รับการนิเทศ (Supervisee) ของตนเอง	1.19	0.58	1
31. จูบผู้รับบริการ	1.07	0.30	1
33. มีความสัมพันธ์ทางเพศกับผู้รับบริการผ่านการสัมผัส (โดยไม่มีการสอดใส่)	1.02	0.16	1
34. รับของขวัญที่มีมูลค่าน้อยกว่า 500 บาทจากผู้รับบริการ	2.35	1.21	1
35. ให้บริการจิตบำบัด หรือ การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแก่นักเรียนหรือผู้รับการนิเทศ (Supervisee) ของตนเอง	3.44	1.35	4
36. ช่วยผู้รับบริการส่งเรื่องร้องเรียนเพื่อนร่วมงานของผู้ให้บริการ (เมื่อเห็นเพื่อนร่วมงานกระทำผิด)	2.96	1.43	1
38. มีความสัมพันธ์ทางเพศกับอดีตผู้รับบริการ	2.11	1.14	1
39. รับของขวัญที่มีมูลค่ามากกว่า 500 บาทจากผู้รับบริการ	1.77	0.96	1
40. ให้บริการจิตบำบัด หรือ การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแก่เพื่อนของตนเอง	2.57	1.50	1
43. มีจินตนาการทางเพศถึงผู้รับบริการ	1.98	1.12	1
44. รับค่าตอบแทนจากการส่งต่อผู้รับบริการไปให้ผู้บริการอื่นๆ	1.74	0.97	1
45. ให้บริการจิตบำบัด หรือ การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแก่ลูกน้องหรือเพื่อนร่วมงานของตนเอง	2.99	1.33	2
46. เชิญผู้รับบริการมาร่วมงานประชาสัมพันธ์ของศูนย์ให้บริการ	2.84	1.28	2

48. มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางเพศกับ ผู้รับบริการ	1.19	0.52	1
49. รับคำเชิญของผู้รับบริการไปร่วมงานสังสรรค์ หรือ งานสังคมต่างๆ	2.09	1.07	1
51. เชิญผู้รับบริการมาร่วมงานสังสรรค์ หรืองานสังคมต่างๆ	1.76	1.02	1
54. รับบริการอื่นๆ (ที่ไม่ใช่เงินหรือสิ่งของ) จากผู้รับบริการเป็น ค่าบริการทางจิตบำบัด	2.07	0.98	1
58. รับสิ่งของ (ที่ไม่ใช่เงิน) เป็นค่าบริการ	2.35	1.05	2
59. ให้บริการทางจิตบำบัด หรือ การปรึกษาเชิงจิตวิทยา ขณะที่ ตนเองอยู่ภายใต้ฤทธิ์แอลกอฮอล์	1.05	0.25	1
64. ให้ผู้รับบริการยืมเงิน	1.38	0.76	1
65. ใช้ชื่อหน่วยงานต้นสังกัดเพื่อหาผู้รับบริการให้กับคลินิก ส่วนตัว	1.56	0.81	1
68. ลงชื่อรับรองจำนวนชั่วโมงการนิเทศก์ของผู้รับการนิเทศ (Supervisee) เกินกว่าความเป็นจริง	1.33	0.70	1
75. ได้รับความจ้างจากการหักเปอร์เซ็นต์ของค่าบริการ	3.04	1.34	3
78. ถอดเสื้อผ้าต่อหน้าผู้รับบริการ	1.17	0.55	1
<b>ด้านการเคารพเอกลักษณ์</b>			
9. ยอมรับการตัดสินใจที่จะฆ่าตัวตายของผู้รับบริการ	2.39	1.16	3
26. โฆษณาสิ่งต่างๆ เช่น วิทย์ โทรทัศน์ สื่อออนไลน์	3.13	1.39	4
30. ให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นผู้เยาว์ โดยไม่ได้รับคำยินยอม จากผู้ปกครอง	2.28	1.24	1
37. ปฏิเสธที่จะเปิดเผยผลการวินิจฉัยต่อผู้รับบริการ	2.16	1.17	1
41. ชักชวนอย่างโจ่งแจ้งให้บุคคลมาเป็นผู้รับบริการ	2.11	1.14	1
42. ประเมินสิทธิในการเลี้ยงดู โดยไม่ได้พบผู้ปกครองทั้งสองฝ่าย	1.41	0.77	1

57. ไม่เปิดเผยวัตถุประสงค์ในการทดสอบประเมินต่างๆ	1.66	0.92	1
62. ไม่เปิดเผยอัตราค่าบริการให้ผู้รับบริการทราบ	1.26	0.65	1
67. ไม่ยอมให้ผู้รับบริการดูบันทึกการทดสอบ	2.70	1.26	2
72. ไม่ยอมให้ผู้รับบริการดูรายงานผลการทดสอบ	2.26	1.14	2
73. ส่งตัวผู้รับบริการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยที่ผู้รับบริการไม่สมัครใจ	2.61	1.14	2
77. ไม่ยอมให้ผู้รับบริการอ่านบันทึกการบำบัด	3.06	1.30	4

### ด้านความไว้วางใจ

3. เปิดเผยความลับของผู้รับบริการโดยไม่เจตนา	1.60	0.75	1
8. เปิดเผยชื่อของผู้รับบริการในการฝึกอบรมที่ตนเองเข้าร่วมหรือเป็นผู้สอน	1.24	0.64	1
21. ขึ้นค่าบริการ ในขณะที่กระบวนการบำบัด หรือกระบวนการปรึกษายังไม่ยุติ	2.16	1.03	1
52. ปรึกษากับเพื่อนที่ไม่เกี่ยวข้องทางวิชาชีพเกี่ยวกับผู้รับบริการ โดยไม่เอ่ยชื่อของผู้รับบริการ	2.69	1.27	2
53. ไม่แจ้งเงื่อนไขหรือข้อยกเว้นเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับให้ผู้รับบริการทราบ	1.36	0.69	1
56. ปรึกษากับเพื่อนร่วมงานเกี่ยวกับผู้รับบริการ โดยใช้ชื่อจริงของผู้รับบริการ	1.68	1.03	1
66. เปิดเผยความลับของผู้รับบริการ เพื่อรายงานการทารุณกรรมเด็ก	3.83	1.27	5
71. เปิดเผยความลับของผู้รับบริการ หากผู้รับบริการมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย	4.18	1.05	5
76. เปิดเผยความลับของผู้รับบริการ หากผู้รับบริการมีแนวโน้มจะทำอันตรายผู้อื่นถึงแก่ชีวิต	4.47	0.85	5



<b>ด้านความยุติธรรม</b>			
4. ยกเว้นค่าบริการทางจิตบำบัด หรือ การปรึกษาเชิงจิตวิทยา	3.21	1.04	3
5. หลีกเลี่ยงที่จะให้บริการแก่ผู้รับบริการบางกลุ่ม เพราะอาจเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง	2.46	1.08	2
18. ฟ้องศาลเพื่อตามเก็บค่าบริการจากผู้รับบริการ	3.19	1.17	3
32. ปฏิบัติต่อผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางเพศ ราวกับว่าเขามีความเจ็บป่วยทางจิต	1.38	0.71	1
55. ให้บริการเฉพาะผู้รับบริการเพศหญิงและเพศชายเท่านั้น ไม่ให้บริการผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ	1.73	1.12	1
<b>ด้านการเคารพตัวเอง</b>			
24. ร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ หรือเพิ่มเติมความรู้ที่ทำให้ความเชี่ยวชาญของตนเองมีความชัดเจนมากขึ้น	4.75	0.67	5
29. ร้องไห้ต่อหน้าผู้รับบริการ	2.75	1.14	3
63. เรียกเก็บค่าบริการ แม้ว่าผู้รับบริการไม่ได้มาตามนัด	2.00	1.26	1
69. อนุญาตให้ผู้รับบริการค้างชำระเป็นจำนวนมาก	2.52	1.05	3
70. ใช้บริการบริษัทติดตามหนี้เพื่อจัดเก็บค่าบริการที่ค้างชำระ	2.41	1.15	3

### ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการทดสอบสมมติฐานทางการวิจัย

การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างปัจจัยทางกายภาพ และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Independent t-test และการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) เพื่อทำความเข้าใจเพิ่มเติมเกี่ยวกับความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีลักษณะทางกายภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางสุขภาพจิตแตกต่างกัน

โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน หรือการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของหลายกลุ่มประชากร เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ ส่วนตัวแปรอิสระเป็นตัวแปรเชิงกลุ่มที่สนใจเปรียบเทียบตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป (กัลยา วานิชย์บัญชา & ฐิตา วานิชย์บัญชา, 2559) ทั้งนี้สถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยมีเงื่อนไขว่าการแจกแจงต้องเป็นแบบปกติ แต่เนื่องจากข้อมูลมีจำนวนมาก (>20 N) เงื่อนไขการแจกแจงแบบปกติจึงไม่มีผลต่อการวิเคราะห์สามารถใช้

สถิติแบบพารามิเตอร์ได้ (Norman, 2010) หรือในกรณีที่ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมีน้อยกว่า 200 โดยกรณีดังกล่าวได้รับการยกเว้นไม่ต้องพิจารณาการแจกแจงความเป็นโค้งปกติของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนสถิติเปรียบเทียบรายคู่ (Post Hoc Analysis) หลังจากพบความแตกต่างหลังจากการทดสอบรวม ผู้วิจัยเลือกใช้แบบซัฟเฟ (Scheffe Test) เป็นสถิติลักษณะเชิงอนุรักษ์มากที่สุดในการทดสอบที่ใช้เพื่อเปรียบเทียบ และเหมาะสมกับการใช้ในกรณีที่ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากันหรือไม่เท่ากันก็ได้ และเป็น การทดสอบที่มีความไวหรืออำนาจในการเปรียบเทียบน้อยกว่าการทดสอบอื่นๆ จึงช่วยป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนแบบที่ 1 (Error Type I) ในการวิจัยที่ดีที่สุด (Pierce, 2003)

ทั้งนี้การวิเคราะห์จำแนกตามลักษณะปัจจัยของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ และประเภทชุมชนที่ปฏิบัติงาน โดยแบ่งพฤติกรรมต่างๆ ออกเป็นหมวดหมู่ตามหลักการทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต (BACP, 2010) ทั้งสิ้น 6 หมวดหมู่ ได้แก่ การก่อบริษัท การไม่ก่อให้เกิดอันตราย การเคารพเอกสิทธิ์ ความไว้วางใจ ความยุติธรรม และการเคารพตนเอง มีรายละเอียด ดังนี้

3.1 การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างเพศ โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ เพศชาย เพศหญิง และเพศทางเลือก โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ระบุเพศ 1 คนจึงตัดออกจากการวิเคราะห์ การวิเคราะห์แบ่งออกเป็นโดยรวมและจำแนกรายด้านทั้งสิ้น 6 ด้าน ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีเพศแตกต่างกัน มีความเชื่อทางจรรยาบรรณโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากวิเคราะห์จำแนกรายด้านพบว่า ด้านการก่อบริษัท และด้านการเคารพตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่พบความแตกต่างด้านการไม่ก่อให้เกิดอันตราย ด้านการเคารพเอกสิทธิ์ ด้านความยุติธรรม และด้านความไว้วางใจ ดังรายละเอียดในตารางที่ 5 และ 6

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความเชื่อทางจรรยาบรรณจำแนกตามเพศ

	เพศ	จำนวน (N=159)	Mean	SD	F	Sig.
ด้านการก่อบริษัท	ชาย	41	2.29	0.56	6.190	0.000***
	หญิง	104	2.05	0.53		
	ทางเลือก	14	2.62	0.27		
ด้านการไม่ก่อให้เกิดอันตราย	ชาย	41	2.03	0.39	0.148	0.863
	หญิง	104	1.99	0.37		
	ทางเลือก	14	2.03	0.43		

ด้านการเคารพ เอกสิทธิ์	ชาย	41	2.26	0.51	2.574	0.079
	หญิง	104	2.28	0.46		
	ทางเลือก	14	1.98	0.39		
ด้านความไว้วางใจ	ชาย	41	2.61	0.43	2.336	0.100
	หญิง	104	2.54	0.45		
	ทางเลือก	14	2.80	0.48		
ด้านความยุติธรรม	ชาย	41	2.47	0.52	1.676	0.190
	หญิง	104	2.34	0.62		
	ทางเลือก	14	2.59	0.42		
ด้านการเคารพตนเอง	ชาย	41	2.83	0.61	3.717	0.026*
	หญิง	104	2.86	0.59		
	ทางเลือก	14	3.30	0.54		
โดยรวม	ชาย	41	2.23	0.32	0.87	0.42
	หญิง	104	2.18	0.31		
	ทางเลือก	14	2.28	0.29		

หมายเหตุ \* $p < .05$ , \*\*\* $p < .001$

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์เปรียบเทียบรายข้อจำแนกตามเพศ

	ประเภท	Sig.
<b>ด้านการก่อประโยชน์</b>		
19. ยุติการให้บริการจิตบำบัด หรือ การปรึกษาเชิงจิตวิทยา เมื่อผู้รับบริการไม่สามารถชำระค่าบริการได้	เพศทางเลือก : หญิง	0.002
19. ยุติการให้บริการจิตบำบัด หรือ การปรึกษาเชิงจิตวิทยา เมื่อผู้รับบริการไม่สามารถชำระค่าบริการได้	ชาย : หญิง	0.047
60. ใช้การเปิดเผยเรื่องราวส่วนตัวเป็นหนึ่งในเทคนิคของการ ทำจิตบำบัด หรือ การปรึกษาเชิงจิตวิทยา	เพศทางเลือก : หญิง	0.016
<b>ด้านการเคารพตนเอง</b>		
29. ร้องให้ต่อหน้าผู้รับบริการ	เพศทางเลือก : ชาย	0.001
29. ร้องให้ต่อหน้าผู้รับบริการ	เพศทางเลือก : หญิง	0.000

3.2 การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างอายุ โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม อ้างอิงหลักพัฒนาการของมนุษย์ตามช่วงวัย ได้แก่ กลุ่มวัยผู้ใหญ่แรกเริ่มอายุ 18-25 ปี กลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้นอายุ 25-40 ปี และวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุ 40-60 ปี (Crandell & Zanden, 2012)

การวิเคราะห์แบ่งออกเป็นโดยรวมและจำแนกตามรายด้านทั้งสิ้น 6 ด้าน ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีช่วงวัยแตกต่างกัน มีความเชื่อทางจรรยาบรรณโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หากวิเคราะห์จำแนกรายด้านพบว่า ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีช่วงวัยแตกต่างกัน มีความเชื่อทางจรรยาบรรณด้านการไม่ก่อให้เกิดอันตราย และด้านความไว้วางใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่พบความแตกต่างด้านการก่อประโยชน์ ด้านการเคารพเอกสิทธิ์ ด้านความยุติธรรม และด้านการเคารพตนเอง ดังรายละเอียดในตารางที่ 7 และ 8

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความเชื่อทางจรรยาบรรณจำแนกตามอายุ

	ช่วงวัย	จำนวน (N=160)	Mean	SD	F	Sig.
ด้านการก่อประโยชน์	ผู้ใหญ่แรกเริ่ม	12	2.39	0.36	2.977	0.054
	ผู้ใหญ่ตอนต้น	106	2.20	0.51		
	ผู้ใหญ่ตอนกลาง	42	2.03	0.48		
การไม่ก่อให้เกิดอันตราย	ผู้ใหญ่แรกเริ่ม	12	2.23	0.36	7.245	0.000***
	ผู้ใหญ่ตอนต้น	106	1.93	0.35		
	ผู้ใหญ่ตอนกลาง	42	2.14	0.41		
การเคารพเอกสิทธิ์	ผู้ใหญ่แรกเริ่ม	12	2.21	0.50	0.112	0.894
	ผู้ใหญ่ตอนต้น	106	2.25	0.46		
	ผู้ใหญ่ตอนกลาง	42	2.28	0.49		
ความไว้วางใจ	ผู้ใหญ่แรกเริ่ม	12	2.93	0.41	4.366	0.014*
	ผู้ใหญ่ตอนต้น	106	2.57	0.42		
	ผู้ใหญ่ตอนกลาง	42	2.50	0.51		
ความยุติธรรม	ผู้ใหญ่แรกเริ่ม	12	2.70	0.39	2.888	0.059
	ผู้ใหญ่ตอนต้น	106	2.32	0.52		
	ผู้ใหญ่ตอนกลาง	42	2.47	0.72		

ด้านการเคารพตนเอง	ผู้ใหญ่แรกเริ่ม	12	3.17	0.76	2.347	0.099
	ผู้ใหญ่อันดับต้น	106	2.90	0.58		
	ผู้ใหญ่อันดับกลาง	42	2.76	0.59		
โดยรวม	ผู้ใหญ่แรกเริ่ม	12	2.42	0.27	4.119	0.018*
	ผู้ใหญ่อันดับต้น	106	2.16	0.30		
	ผู้ใหญ่อันดับกลาง	42	2.24	0.34		

หมายเหตุ \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์เปรียบเทียบรายข้อจำแนกตามช่วงวัย

	ประเภท	Sig.
<b>ด้านการก่อประโยชน์</b>		
19. ยุติการให้บริการจิตบำบัด หรือ การปรึกษาเชิงจิตวิทยา เมื่อผู้รับบริการไม่สามารถชำระค่าบริการได้	แรกเริ่ม : กลาง	0.012
	ต้น : กลาง	0.001
60. ใช้การเปิดเผยเรื่องราวส่วนตัวเป็นหนึ่งในเทคนิคของการทำจิตบำบัด หรือ การปรึกษาเชิงจิตวิทยา	แรกเริ่ม : กลาง	0.001
	ต้น : กลาง	0.015
<b>ด้านการไม่ก่อให้เกิดอันตราย</b>		
1. สานสัมพันธ์จนกลายเป็นเพื่อนกับอดีตผู้รับบริการ	แรกเริ่ม : ต้น	0.000
	แรกเริ่ม : กลาง	0.047
	กลาง : ต้น	0.034
6. ขอความช่วยเหลือจากผู้รับบริการ	แรกเริ่ม : ต้น, กลาง	0.020
13. ไปร่วมงานฉลองของผู้รับบริการ เช่น งานแต่งงาน งานรับปริญญา	กลาง : ต้น	0.001
20. ให้ของขวัญที่มีมูลค่ามากกว่า 500 บาทแก่ผู้รับบริการ	กลาง : แรกเริ่ม	0.031
35. ให้บริการจิตบำบัด หรือ การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแก่นักเรียนหรือผู้รับการนิเทศ (Supervisee) ของตนเอง	กลาง : ต้น	0.031
38. มีความสัมพันธ์ทางเพศกับอดีตผู้รับบริการ	แรกเริ่ม : ต้น	0.002
	แรกเริ่ม : กลาง	0.003
40. ให้บริการจิตบำบัดหรือการปรึกษาแก่เพื่อนของตนเอง	กลาง : ต้น	0.004

45. ให้บริการจิตบำบัดหรือการปรึกษาแก่ลูกน้อง หรือ เพื่อน ร่วมงานของตนเอง	กลาง : ต่ำ	0.000
49. รับคำเชิญของผู้รับบริการไปร่วมงานสังสรรค์ หรืองาน สังคมต่างๆ	แรกเริ่ม : ต่ำ	0.000
	กลาง : ต่ำ	0.011
51. เชิญของผู้รับบริการไปร่วมงานสังสรรค์ หรืองานสังคม ต่างๆ	กลาง : ต่ำ	0.000
75. ได้รับค่าจ้างจากการหักเปอร์เซ็นต์ของค่าบริการ	แรกเริ่ม : ต่ำ	0.015
	แรกเริ่ม : กลาง	0.008
78. ถอดเสื้อผ้าต่อหน้าผู้รับบริการ	กลาง : ต่ำ	0.016
<b>ด้านความไว้วางใจ</b>		
66. เปิดเผยความลับเพื่อรายงานการทารุณกรรมเด็ก	แรกเริ่ม : กลาง	0.049
71. เปิดเผยความลับของผู้รับบริการ หากผู้รับบริการ มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย	ต่ำ : กลาง	0.019

3.3 การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างอาชีพ โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ นักจิตวิทยา  
การศึกษา นักจิตวิทยาคลินิก จิตแพทย์และพยาบาลจิตเวช และนักจิตบำบัด

การวิเคราะห์แบ่งออกเป็นโดยรวมและจำแนกตามรายด้านทั้งสิ้น 6 ด้าน ผลการวิเคราะห์  
พบว่า ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีความเชื่อทางจรรยาบรรณโดยรวมไม่แตกต่าง  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากวิเคราะห์จำแนกรายด้านพบว่า ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีอาชีพ  
แตกต่างกัน มีความเชื่อทางจรรยาบรรณด้านการก่อประโยชน์ ความยุติธรรม และด้านการเคารพ  
ตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่พบความแตกต่างด้านการไม่ก่อให้เกิด  
อันตราย ด้านการเคารพเอกสิทธิ์ และด้านความไว้วางใจ ดังรายละเอียดในตารางที่ 9 และ 10

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความเชื่อทางจรรยาบรรณจำแนกตามอาชีพ

	อาชีพ	จำนวน (N=160)	Mean	SD	F	Sig.
ด้านการก่อ ประโยชน์	นักจิตวิทยาการศึกษา	53	2.33	0.49	5.904	0.000***
	นักจิตวิทยาคลินิก	52	2.14	0.56		

	จิตแพทย์พยาบาลจิตเวช	23	1.78	0.55		
	นักจิตบำบัด	32	2.18	0.48		
ด้านการไม่ก่อให้เกิด อันตราย	นักจิตวิทยาการปรึกษา	53	1.95	0.36	1.886	0.134
	นักจิตวิทยาคลินิก	52	1.96	0.32		
	จิตแพทย์พยาบาลจิตเวช	23	2.06	0.48		
	นักจิตบำบัด	32	2.12	0.41		
ด้านการเคารพ เอกสิทธิ์	นักจิตวิทยาการปรึกษา	53	2.18	0.47	1.336	0.265
	นักจิตวิทยาคลินิก	52	2.32	0.44		
	จิตแพทย์พยาบาลจิตเวช	23	2.16	0.48		
	นักจิตบำบัด	32	2.32	0.51		
ด้านความไว้วางใจ	นักจิตวิทยาการปรึกษา	53	2.53	0.45	0.336	0.799
	นักจิตวิทยาคลินิก	52	2.59	0.43		
	จิตแพทย์พยาบาลจิตเวช	23	2.58	0.41		
	นักจิตบำบัด	32	2.63	0.52		
ด้านความยุติธรรม	นักจิตวิทยาการปรึกษา	53	2.45	0.56	10.529	0.00***
	นักจิตวิทยาคลินิก	52	2.22	0.46		
	จิตแพทย์พยาบาลจิตเวช	23	2.08	0.52		
	นักจิตบำบัด	32	2.79	0.61		
ด้านการเคารพ ตนเอง	นักจิตวิทยาการปรึกษา	53	3.01	0.61	3.489	0.017*
	นักจิตวิทยาคลินิก	52	2.75	0.53		
	จิตแพทย์พยาบาลจิตเวช	23	2.67	0.52		
	นักจิตบำบัด	32	3.05	0.69		
โดยรวม	นักจิตวิทยาการปรึกษา	53	2.19	0.29	1.948	0.124
	นักจิตวิทยาคลินิก	52	2.17	0.28		
	จิตแพทย์พยาบาลจิตเวช	23	2.15	0.39		
	นักจิตบำบัด	32	2.32	0.32		

หมายเหตุ \* $p < .05$ , \*\*\* $p < .001$

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์เปรียบเทียบรายข้อจำแนกตามอาชีพ

	ประเภท	Sig.
<b>ด้านการก่อประโยชน์</b>		
17. บอกผู้รับบริการว่าโกรธเขาหรือเธอ	นักจิตวิทยาการปรึกษา : จิตแพทย์	0.009
19. ยุติการให้บริการจิตบำบัด หรือการ ปรึกษาเชิงจิตวิทยา เมื่อผู้รับบริการไม่ สามารถชำระค่าบริการได้	นักจิตวิทยาการปรึกษา : จิตแพทย์ นักจิตบำบัด : จิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก : จิตแพทย์	0.000 0.001 0.004
60. ใช้การเปิดเผยเรื่องราวส่วนตัวเป็น หนึ่งในเทคนิคของการทำจิตบำบัด หรือ การปรึกษาเชิงจิตวิทยา	นักจิตวิทยาการปรึกษา : จิตแพทย์	0.008
<b>ด้านความยุติธรรม</b>		
4. ยกเว้นค่าบริการทางจิตบำบัด	นักจิตบำบัด : จิตแพทย์	0.023
5. หลีกเลี่ยงที่จะให้บริการแก่ผู้รับบริการ บางกลุ่มเพราะอาจเสี่ยงต่อการถูก ฟ้องร้อง	นักจิตวิทยาการปรึกษา : นักจิตวิทยาคลินิก นักจิตวิทยาการปรึกษา : จิตแพทย์ นักจิตบำบัด : จิตแพทย์	0.003 0.001 0.000
32. ปฏิบัติต่อผู้รับบริการที่มีความ หลากหลายทางเพศราวกับว่าเรามีความ เจ็บป่วยทางจิต	จิตแพทย์ : นักจิตวิทยาการปรึกษา	0.021
55. ให้บริการเฉพาะผู้รับบริการเพศหญิง และชายเท่านั้น	นักจิตบำบัด : นักจิตวิทยาคลินิก นักจิตบำบัด : จิตแพทย์	0.015 0.007
<b>ด้านความเคารพตนเอง</b>		
29. ร้องไห้ต่อหน้าผู้รับบริการ	นักจิตวิทยาการปรึกษา : นักจิตวิทยาคลินิก นักจิตวิทยาการปรึกษา : จิตแพทย์	0.050 0.028



3.4 การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างประเภทชุมชนที่ปฏิบัติงานของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กรุงเทพมหานคร และจังหวัดอื่นๆ เนื่องจากประเทศไทยมีโครงสร้างแบบเอกนคร (Primary pattern) เป็นการกระจายตัวที่ขาดสมดุล สังเกตได้จากสัดส่วนประชากรแต่ละจังหวัดเมื่อเทียบกับกรุงเทพฯ จะมีขนาดต่ำกว่าอย่างเห็นได้ชัด ประเทศไทยจึงถือว่ามีกรุงเทพมหานครเป็นเมืองใหญ่เมืองเดียว และการที่ประเทศไทยมีโครงสร้างระบบเมืองแบบเอกนคร จึงส่งผลให้กรุงเทพฯ เป็นพื้นที่หลักที่ดึงดูดทรัพยากรทั่วประเทศมากระจุกอยู่ในพื้นที่โดยรอบสูงกว่าพื้นที่เมืองอื่นๆ ทั้งคน ปัจจัยการผลิต และเงินลงทุนในสาธารณูปโภคกับ โครงสร้างพื้นฐาน จึงทำให้กรุงเทพฯ มีลักษณะเป็นชุมชนเมือง มีความแตกต่างจากจังหวัดอื่นๆ (ดารณี ถวิลพิพัฒน์กุล, 1998)

การวิเคราะห์แบ่งออกเป็นโดยรวมและจำแนกตามรายด้านทั้งสิ้น 6 ด้าน ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีประเภทชุมชนที่ปฏิบัติงานแตกต่างกัน มีความเชื่อทางจรรยาบรรณโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากวิเคราะห์จำแนกรายด้านพบว่า ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีประเภทชุมชนที่ปฏิบัติงานแตกต่างกัน มีความเชื่อทางจรรยาบรรณด้านการก่อประโยชน์แก่ผู้รับบริการ ด้านความไว้วางใจ ด้านความยุติธรรม และด้านการเคารพตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่ไม่พบความแตกต่างด้านการไม่ก่อให้เกิดอันตราย และด้านการเคารพเอกสิทธิ์ ดังรายละเอียดในตารางที่ 11 และ 12

ตารางที่ 11 การวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความเชื่อทางจรรยาบรรณจำแนกตามประเภทชุมชนที่ปฏิบัติงาน

	กรุงเทพมหานคร (n=77)		จังหวัดอื่นๆ (n=83)		df	Mean Difference	t
	M	SD	M	SD			
การก่อประโยชน์	2.30	0.45	2.05	0.52	158	0.25	3.196**
การไม่ก่อให้เกิด อันตราย	2	0.36	2	0.39	158	-0.008	-0.131
การเคารพเอกสิทธิ์	2.24	0.49	2.26	0.46	158	-0.02	-0.306
ความไว้วางใจ	2.67	0.42	2.49	0.46	158	0.18	2.623**
ความยุติธรรม	2.60	0.53	2.20	0.55	158	0.40	4.679***
การเคารพตนเอง	3.10	0.59	2.68	0.55	158	0.42	4.648***
<b>โดยรวม</b>	<b>2.25</b>	<b>0.29</b>	<b>2.16</b>	<b>0.33</b>	<b>158</b>	<b>0.09</b>	<b>1.872</b>

หมายเหตุ \*\*\*p < .001, \*\*p < .01

ตารางที่ 8 การวิเคราะห์เปรียบเทียบรายข้อจำแนกตามประเภทชุมชนที่ปฏิบัติงานของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต

	Sig.
<b>ด้านการก่อประโยชน์</b>	
19. ยุติการให้บริการจิตบำบัดหรือการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเมื่อผู้รับบริการไม่สามารถชำระค่าบริการได้	0.000
60. ใช้การเปิดเผยเรื่องราวส่วนตัวเป็น หนึ่งในเทคนิคของการทำจิตบำบัด หรือ การปรึกษาเชิงจิตวิทยา	0.019
61. เปลี่ยนผลวินิจฉัยให้ตรงตามเกณฑ์บริษัทประกัน	0.005
<b>ด้านความไว้วางใจ</b>	
21. ขึ้นค่าบริการ ในขณะที่กระบวนการบำบัด หรือกระบวนการปรึกษายังไม่ยุติ	0.002
66. เปิดเผยความลับเพื่อรายงานการทารุณกรรมเด็ก	0.002
71. เปิดเผยความลับของผู้รับบริการ หากผู้รับบริการมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย	0.041
77. เปิดเผยความลับของผู้รับบริการ หากผู้รับบริการมีแนวโน้มจะทำอันตรายผู้อื่นถึงแก่ชีวิต	0.048
<b>ด้านความยุติธรรม</b>	
4. ยกเว้นค่าบริการทางจิตบำบัด หรือ การปรึกษาเชิงจิตวิทยา	0.031
5. หลีกเลี่ยงที่จะให้บริการแก่ผู้รับบริการบางกลุ่มเพราะอาจเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง	0.005
18. ฟ้องศาลเพื่อตามเก็บค่าบริการจากผู้รับบริการ	0.000
55. ให้บริการเฉพาะผู้รับบริการเพศหญิงและชายเท่านั้น	0.023
<b>ด้านการเคารพตัวเอง</b>	
29. ร้องไห้ต่อหน้าผู้รับบริการ	0.000
63. เรียกเก็บค่าบริการแม้ว่าผู้รับบริการไม่ได้มาตามนัด	0.000
70. ใช้บริการบริษัทติดตามหนี้เพื่อจัดเก็บค่าบริการที่ค้างชำระ	0.021

#### ส่วนที่ 4 ข้อมูลแหล่งอ้างอิงที่ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตใช้ในการประกอบการตัดสินใจเมื่อประสบปัญหาทางจรรยาบรรณ

จากการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในประเทศไทยมีแหล่งข้อมูลหรือแหล่งอ้างอิงที่ใช้ประกอบการตัดสินใจเมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่ทำทนายจรรยาบรรณทั้งหมด 14 ประเภท โดยส่วนใหญ่แต่ละคนจะใช้แหล่งอ้างอิง 4-5 แหล่ง ซึ่งแหล่งอ้างอิง 3 อันดับในกลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุด คือ กฎหมายวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 78.1 ตามด้วยหลักสูตรที่จบการศึกษา ร้อยละ 64.4 และผู้นิเทศ (Supervisor) ร้อยละ 58.8 ดังรายละเอียดในตารางที่ 13

ตารางที่ 9 แหล่งอ้างอิงที่ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในประเทศไทยใช้เพื่อประกอบการตัดสินใจ เมื่อเผชิญกับปัญหาทางจรรยาบรรณ (N=160)

แหล่งอ้างอิง	จำนวน	ร้อยละ
กฎหมายวิชาชีพ	125	78.1
หลักสูตรที่จบการศึกษา	103	64.4
ผู้นิเทศ (Supervisor)	94	58.8
งานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์	88	55.0
นโยบายของหน่วยงาน	88	55.0
กฎหมายวิชาชีพต่างประเทศ เช่น APA,ACA เป็นต้น	81	50.6
หัวหน้างาน	79	49.4
เพื่อนร่วมงาน	75	46.9
หนังสือ	71	44.4
การฝึกอบรม/Workshop	66	41.3
เพื่อนร่วมวิชาชีพ (นอกองค์กร)	45	28.1
เพื่อนร่วมชั้นเรียน	30	18.8
บทความ/นิตยสารทั่วไป	16	10.0
เพื่อนทั่วไป	3	1.9

## บทที่ 5

### อภิปรายผล

การศึกษาวิจัย “การสำรวจความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในประเทศไทย” ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษานำร่องและเก็บรวบรวมข้อมูลด้านความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในประเทศไทย เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต โดยจำแนกตามลักษณะประชากรและลักษณะทางวิชาชีพของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต จากผลของการวิจัยที่พบในการศึกษานี้ ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผลตามลำดับคำถาม ดังต่อไปนี้

#### คำถามการวิจัยหลัก

ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในประเทศไทยมีความเชื่อทางจรรยาบรรณอย่างไร

#### ผลการวิจัย

ความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ความเชื่อว่าพฤติกรรมนี้ผิดจรรยาบรรณ ความเชื่อว่าพฤติกรรมนี้ถูกจรรยาบรรณ และความเชื่อว่าพฤติกรรมนี้ยากที่จะตัดสินใจ

#### ความเชื่อว่าพฤติกรรมนี้ผิดจรรยาบรรณ

จากการศึกษาพบว่ามีทั้งหมด 12 พฤติกรรม จาก 78 พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าเป็นพฤติกรรมที่ผิดจรรยาบรรณอย่างแน่นอน กล่าวคือมากกว่าร้อยละ 80 ของกลุ่มตัวอย่างตอบว่า พฤติกรรมนี้ผิดจรรยาบรรณอย่างแน่นอน ได้แก่ มีความสัมพันธ์ทางเพศกับผู้รับบริการ ขอยืมเงินจากผู้รับบริการ ให้บริการทางจิตบำบัดหรือการปรึกษาเชิงจิตวิทยาขณะที่ตนเองอยู่ภายใต้ฤทธิ์แอลกอฮอล์ จูบผู้รับบริการ ถอดเสื้อผ้าต่อหน้าผู้รับบริการ มีความสัมพันธ์ทางเพศกับผู้รับบริการ (Supervisee) ของตนเอง มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางเพศกับผู้รับบริการ เปิดเผยชื่อของผู้รับบริการในการฝึกอบรมที่ตนเองเข้าร่วมหรือเป็นผู้สอน เปลี่ยนผลวินิจฉัยให้ตรงตามเกณฑ์บริษัทประกัน ทำธุรกรรมร่วมกันกับผู้รับบริการ ขายสินค้าให้กับผู้รับบริการ และไม่เปิดเผยอัตราค่าบริการให้ผู้รับบริการทราบ จากพฤติกรรมที่กล่าวมามี 9 ข้ออยู่ในด้านการไม่ก่อให้เกิดอันตราย นอกจากนั้นอยู่ในด้านการก่อประโยชน์ ความไว้วางใจ การเคารพเอกสิทธิ์อย่างละ 1 ข้อ

การไม่ก่อให้เกิดอันตรายนั้นเป็นหลักการสำคัญที่ว่าด้วยการไม่ทำอันตรายทั้งต่อร่างกายและจิตใจของผู้รับบริการ หรือไม่ทำในสิ่งที่จะก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ

(Beauchamp & Childress, 2001; Jiggins & Asempapa, 2016) ซึ่งอันตรายในที่นี้ คือ การหาประโยชน์โดยไม่ชอบทั้งด้านร่างกาย (ทางเพศ) การเงิน อารมณ์และจิตใจ รวมถึงการไร้ความสามารถ หรือประพฤติดัดในหน้าที่ (BACP, 2010) โดยเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการหาประโยชน์โดยมิชอบทางเพศ หรือที่เป็นความสัมพันธ์เชิงชู้สาว (Sexual Relationship) ถือเป็นสิ่งที่ต้องห้ามพื้นฐานที่นักวิชาชีพต่างรับรู้ร่วมกัน และมีการระบุชัดเจนในหลักจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต (Remley & Herlihy, 2014) ซึ่งความสัมพันธ์เชิงชู้สาวถือเป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้รับบริการอย่างชัดเจน (Herlihy & Corey, 2014) เนื่องจากผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตมีบทบาทในการให้การดูแลและรักษาผู้รับบริการ การมีความสัมพันธ์เชิงชู้สาวอาจส่งผลให้เกิดความขัดแย้งกับบทบาทและเกิดความไม่เท่าเทียมในอำนาจระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ เป็นการเอาเปรียบหรือฉวยโอกาสในสถานะที่จิตใจของผู้รับบริการไม่เข้มแข็ง ทำให้ผู้รับบริการสูญเสียอำนาจและความสามารถในการควบคุมดูแลชีวิตตนเอง (Herlihy & Corey, 2015) ซึ่งอาจจะนำไปสู่ความสัมพันธ์หรือความประพฤติอื่น ๆ ที่ไม่เหมาะสม ถือเป็นการใช้อำนาจในทางที่ผิดและทรยศต่อความเชื่อใจหรืออาจส่งผลเสียจนก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงกับผู้รับบริการ (Herlihy & Corey, 2014; Remley & Herlihy, 2014)

สำหรับกฎหมายไทยแม้จะไม่ได้ระบุข้อห้ามเกี่ยวกับความสัมพันธ์เชิงชู้สาวไว้อย่างชัดเจน หากในข้อบังคับแพทยสภา (2549) ได้ระบุให้ผู้ประกอบวิชาชีพต้องไม่ประกอบวิชาชีพโดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ทั้งนี้ด้วยค่านิยมทางสังคม ความเชื่อทางศาสนา และวัฒนธรรมก็มีส่วนให้ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตไทยเชื่อว่าการมีความสัมพันธ์ทางเพศ หรือกิจกรรมทางเพศกับผู้รับบริการนั้นเป็นเรื่องที่ไม่สมควรหรือเป็นเรื่องที่ผิดจรรยาบรรณไม่ต่างกับนานาประเทศ

นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมอื่น ๆ ที่ไม่เหมาะสมอย่างเห็นได้ชัด เช่น การเปิดเผยชื่อของผู้รับบริการในการฝึกอบรมที่ตนเองเข้าร่วมหรือเป็นผู้สอน เป็นพฤติกรรมที่ทำลายความสัมพันธ์เชิงบำบัดและความไว้วางใจที่เป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการ (Younggren & Harris, 2008) การให้บริการทางจิตบำบัดหรือการปรึกษาเชิงจิตวิทยาขณะที่ตนเองอยู่ภายใต้ฤทธิ์แอลกอฮอล์และการเปลี่ยนผลวินิจฉัยให้ตรงตามเกณฑ์บริษัทประกันถือเป็นความประพฤติผิดในหน้าที่สร้างความเสียหายให้กับวิชาชีพ (Herlihy & Corey, 2014) การทำธุรกิจร่วมกับผู้รับบริการ การขายสินค้าให้กับผู้รับบริการ และการไม่เปิดเผยอัตราค่าบริการให้ผู้รับบริการทราบเป็นพฤติกรรมที่อาจนำไปสู่ความขัดแย้งของผลประโยชน์ จากพฤติกรรมที่กล่าวมาล้วนเป็นการทำลายกระบวนการปรึกษาหรือจิตบำบัด (Sperry, 2007) ซึ่งผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาในสหรัฐอเมริกา (Gibson & Pope, 1993; Pope et al., 1987) ออสเตรเลีย (Sullivan, 2002) และประเทศจีน (Zhao et al., 2011) ที่พบว่าผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตนั้นเชื่อว่าการมีความสัมพันธ์ทางเพศ การขอยืมเงิน การขายสินค้า การให้บริการทางจิตบำบัดหรือการปรึกษาเชิงจิตวิทยาขณะที่ตนเองอยู่ภายใต้ฤทธิ์แอลกอฮอล์

การเปิดเผยชื่อของผู้รับบริการในการฝึกอบรมที่ตนเองเข้าร่วมหรือเป็นผู้สอน และไม่เปิดเผยอัตราค่าบริการให้ผู้รับบริการทราบนั้นเป็นสิ่งที่ผิดจรรยาบรรณอย่างแน่นอน

แต่อย่างไรก็ดี มีข้อค้นพบบางส่วนในการศึกษานี้ที่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า คือ เรื่องการจูบ (Kiss) การศึกษาในสหรัฐอเมริกาและออสเตรเลียเชื่อว่าการจูบผู้รับบริการไม่ได้เป็นสิ่งที่ผิดจรรยาบรรณอย่างร้ายแรง ทั้งนี้อาจเกิดจากวัฒนธรรมที่แตกต่าง ในบริบทของประเทศตะวันตก การจูบ (Kiss) อาจหมายถึงการนำปากไปแตะที่หน้าหรือริมฝีปากของคู่สนทนาเพื่อเป็นการทักทาย อาจไม่ได้เกี่ยวข้องกับเรื่องทางเพศก็ได้ ซึ่งแตกต่างจากบริบทของสังคมไทยที่มองว่าการจูบนั้นเป็นการแสดงออกในเรื่องทางเพศ ดังนั้นการตัดสินใจเกี่ยวกับความเชื่อทางจรรยาบรรณที่เกี่ยวข้องกับการสัมผัสจำเป็นต้องคำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรม (Qian et al., 2009; Zhao et al., 2011) รวมถึงควรพิจารณาความเหมาะสมของการกระทำนั้นๆ เพศหรืออำนาจของแต่ละฝ่ายในความสัมพันธ์นั้น ความยินยอมของผู้รับบริการ รูปแบบและระดับความสนิทสนมของความสัมพันธ์ และความเป็นไปได้ทั้งหมดที่อาจจะก่อให้เกิดความเข้าใจผิดจากการสัมผัสร่างกาย (Proctor, 2014)

### **ความเชื่อว่าพฤติกรรมนี้ถูกจรรยาบรรณ**

จากการศึกษาพบว่ามี 1 พฤติกรรมจาก 78 พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าเป็นพฤติกรรมที่ถูกจรรยาบรรณอย่างแน่นอน กล่าวคือ มากกว่าร้อยละ 80 ที่ตอบว่า การร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ หรือเพิ่มเติมความรู้ที่ทำให้ความเชี่ยวชาญของตนเองมีความชัดเจนมากขึ้นถูกจรรยาบรรณอย่างแน่นอน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า (Gibson & Pope, 1993) โดยพฤติกรรมนี้จัดอยู่ในด้านการเคารพตนเอง (BACP, 2010) เป็นข้อกำหนดขั้นพื้นฐานที่มีอยู่ในหลักจรรยาบรรณของหลายๆ สมาคมรวมถึงในประเทศไทยด้วย ที่ระบุว่า ผู้ประกอบวิชาชีพต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในระดับที่ดีที่สุดในสถานการณ์นั้นๆ ภายใต้ความสามารถและข้อจำกัดตามภาวะวิสัย และพฤติกรรมที่มีอยู่ (ข้อบังคับแพทยสภา, 2549) โดยการเพิ่มเติมความรู้และความเชี่ยวชาญของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตนั้นเป็นกระบวนการต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการทำงาน (Corey et al., 2011) สามารถกระทำได้หลายวิธีการ เช่น การศึกษาต่อเนื่อง การเข้ารับการนิเทศอย่างสม่ำเสมอ การเข้าร่วมประชุมการเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) การเข้ารับการอบรมฝึกฝนต่างๆ การอ่านงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ การอ่านวารสารที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น (Sperry, 2007)

### **ความเชื่อว่าพฤติกรรมนี้ยากต่อการตัดสินใจ**

จากการศึกษาพบว่ามีทั้งหมด 9 พฤติกรรมจาก 78 พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าเป็นเรื่องที่ยากต่อการตัดสินใจ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะตอบว่าไม่รู้หรือไม่แน่ใจว่าพฤติกรรมนี้ถูกหรือผิดจรรยาบรรณ ได้แก่ การยกเว้นค่าบริการทางจิตบำบัดหรือการปรึกษาเชิงจิตวิทยา การอนุญาตให้

ผู้รับบริการค้างชำระเป็นจำนวนมาก การใช้บริการบริษัทติดตามหนี้เพื่อจัดเก็บค่าบริการที่ค้างชำระ การฟ้องศาลเพื่อตามเก็บค่าบริการจากผู้รับบริการ ได้รับค่าจ้างจากการหักเปอร์เซ็นต์ของค่าบริการ การยุติการให้บริการจิตบำบัดหรือการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเมื่อผู้รับบริการไม่สามารถชำระค่าบริการได้ การร้องให้ต่อหน้าผู้รับบริการ การบอกผู้รับบริการว่าคุณโกรธเขาหรือเธอ และการยอมรับการตัดสินใจที่จะฆ่าตัวตายของผู้รับบริการ โดยส่วนใหญ่แล้ว พฤติกรรมที่กล่าวมาเกี่ยวข้องกับการเงิน และค่าบริการ เนื่องจากกฎหมายในประเทศไทย เช่น ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการรักษา จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพของผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือข้อบังคับแพทยสภา ไม่ได้มีการระบุเกี่ยวกับ ค่าบริการที่ละเอียดชัดเจน รวมถึงลักษณะการทำงานของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในไทยนั้น ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการหรือพนักงานของหน่วยงานและองค์กรจึงอาจไม่ได้มีส่วนในการตัดสินใจ หรือเป็นผู้รับผิดชอบกับอัตราค่าบริการ นอกจากนี้ประเด็นของการเงินก็ไม่ได้ถูกให้ความสำคัญในหลักสูตรการเรียนการสอนมากเท่าไรนัก ทำให้ผู้ให้บริการไม่คุ้นชินและไม่แน่ใจว่าควรตัดสินใจอย่างไร (Pope & Vasquez, 2011) ทั้งนี้ความยากอาจเกิดจากความขัดแย้งภายในใจของผู้ให้บริการ ระหว่างการหา รายได้จากบุคคลที่อยู่ในสภาวะทุกข์ทรมาน กับค่านิยมในการทำงานให้ความช่วยเหลือของผู้ให้บริการ ทางสุขภาพจิต (Herron & Welt, 1992) ซึ่งข้อค้นพบนี้มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาใน สหรัฐอเมริกา (Pope et al., 1987) และออสเตรเลีย (Sullivan, 2002)

นอกจากประเด็นทางการเงิน ผลการวิจัยยังพบประเด็นอื่นๆที่ยากต่อการตัดสินใจสำหรับ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การร้องให้ต่อหน้าผู้รับบริการ การร้องให้ถือเป็นพฤติกรรมที่คลุมเครือ และยากที่จะประเมินว่าเป็นสิ่งที่ควรหรือไม่ควรทำ ผู้ให้บริการทางสุขภาพต้องพิจารณาในหลายๆแง่มุม ทั้งสาเหตุของการร้องให้ ลักษณะการร้องให้ การรับรู้ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่มีต่อการร้องไห้นั้น (Knox et al., 2017) ทั้งนี้ผลของการร้องไห้นั้นสามารถเป็นได้ทั้งแง่บวกและแง่ลบ กล่าวคือ หากผู้ ให้บริการและผู้รับบริการรับรู้ร่วมกันว่า การร้องไห้ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงความเข้าอก เข้าใจและความจริงใจของผู้ให้บริการ ทำให้ความสัมพันธ์และความไว้วางใจระหว่างกันเพิ่มพูนขึ้น และส่งผลดีต่อกระบวนการจะถือว่าเป็นการกระทำที่เหมาะสม แต่หากผู้ให้บริการร้องไห้เพราะนึกถึง เรื่องราวความเสียใจของตนเอง ยากที่จะควบคุมความรู้สึกที่เกิดขึ้น และผู้รับบริการรับรู้ว่าตนเองถูก เพิกเฉยจนส่งผลเสียต่อกระบวนการจะถือว่าการร้องไห้นั้นเป็นการคว่ำความไว้ความสามารถของผู้ ให้บริการและเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Lam et al., 2018)

การบอกผู้รับบริการว่าคุณโกรธเขาหรือเธอ เป็นอีกหนึ่งประเด็นที่ต้องพิจารณาอย่าง รอบคอบ โดยทั่วไปแล้วอารมณ์โกรธเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ให้บริการรู้สึกไม่สบายใจและไม่กล้าที่จะสื่อสาร กับผู้รับบริการ (Pope & Tabachnick, 1993) แต่ถึงอย่างไร ความโกรธก็เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ใน กระบวนการปรึกษาหรือจิตบำบัด ทั้งนี้การแสดงอารมณ์โกรธหรือการสื่อสารอารมณ์ของผู้ให้บริการ จำเป็นต้องสอดคล้องกับบทบาทและกรอบแนวทางการทำงานที่มีเป้าหมายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริม

สภาวะของผู้รับบริการ อีกทั้งต้องเป็นไปเพื่อประโยชน์ของผู้รับบริการมากกว่าเพื่อสนองความต้องการของผู้ให้บริการเอง ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตควรใช้อารมณ์โกรธในทางที่สร้างสรรค์เพื่อเป็นเครื่องมือในการสะท้อนความรู้สึกรู้สึกหรือสร้างความเข้าใจและการเชื่อมโยงกับผู้รับบริการ ใช้เป็นเครื่องมือกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การมีส่วนร่วมหรือเป็นแบบอย่างในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ อาจกล่าวได้ว่าการแสดงอารมณ์เป็นเทคนิคหรือเครื่องมือในกระบวนการทางจิตวิทยาที่ก่อให้เกิดประโยชน์ได้ หากผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตให้ความสำคัญและรู้จักใช้การแสดงอารมณ์โกรธนี้ให้มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามการแสดงออกโกรธจะต้องเป็นไปในทางที่เหมาะสม (Berthoud & Noyer, 2021; Pope et al., 2006)

การยอมรับการตัดสินใจที่จะฆ่าตัวตายของผู้รับบริการ เป็นประเด็นทางจริยธรรมที่ซับซ้อนและมีความยุ่งยาก ต้องพิจารณาและพยายามสมดุลระหว่างหลักการการก่อบริการ (Beneficence) และการเคารพเอกลิทธิ (Autonomy) ของผู้รับบริการ (Proctor, 2014) โดยสรุปแล้วความยุ่งยากในการตัดสินใจของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต อาจมาจากความไม่รู้ทบทวนปัญหาหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมนั้นๆ หรือเป็นสถานการณ์ที่ไม่อาจตัดสินใจได้ตามตัวกฎหมายที่บัญญัติไว้เท่านั้น โดยเฉพาะการตัดสินใจทางจรรยาบรรณที่มีข้อมูลประกอบหรือรายละเอียดที่ไม่เพียงพอ ดังนั้นในหลายๆหลักสูตรการศึกษาจึงควรให้ความสำคัญกับการตระหนักรู้ของผู้ให้บริการและความสามารถในการประมวลผลและคิดวิเคราะห์เพื่อตัดสินใจเมื่อผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตเผชิญหน้ากับประเด็นปัญหาทางจรรยาบรรณที่ยากต่อการตัดสินใจ อีกทั้งสมาคมที่เกี่ยวข้องควรมีการบัญญัติแบบแผนขั้นตอนการตัดสินใจเพื่อเป็นแนวทางให้กับผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตด้วย ซึ่ง Knapp และ VandeCreek (2008) ได้แนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการรับมือกับพฤติกรรมที่ยากต่อการตัดสินใจด้วยการศึกษากฎระเบียบต่างๆ รวมถึงกรณีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นและทำข้อตกลงหรือเขียนนโยบายการเงินร่วมกันกับผู้รับบริการก่อนที่จะเริ่มกระบวนการให้บริการ เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นได้ หรืออาจจะเกิดจากการไม่ใช้กลยุทธ์การจัดการความเสี่ยง (Risk-Management strategies) ของการแจ้งความยินยอมเข้าร่วมการปรึกษา หรือเรื่องของเอกสารต่างๆ

**คำถามการวิจัยที่สอง** ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีลักษณะทางประชากรและลักษณะทางวิชาชีพแตกต่างกัน มีความเชื่อทางจรรยาบรรณแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

**สมมติฐานข้อที่ 1** ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีเพศต่างกัน มีความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

**ผลการวิจัย** สนับสนุนสมมติฐานบางส่วน คือ ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีเพศแตกต่างกัน มีความเชื่อทางจรรยาบรรณโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากวิเคราะห์



จำแนกรายด้านพบว่า ด้านการก่อประโยชน์ และด้านการเคารพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้านการไม่ก่อให้เกิดอันตราย ด้านการเคารพเอกสิทธิ์ ด้านความยุติธรรม และด้านความไว้วางใจ

**สมมติฐานข้อที่ 2** ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีอายุต่างกัน มีความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

**ผลการวิจัย** สนับสนุนสมมติฐานบางส่วน คือ ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีช่วงวัยแตกต่างกัน มีความเชื่อทางจรรยาบรรณโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หากวิเคราะห์จำแนกรายด้านพบว่า ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีช่วงวัยแตกต่างกัน มีความเชื่อทางจรรยาบรรณด้านการไม่ก่อให้เกิดอันตราย และด้านความไว้วางใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านการก่อประโยชน์ ด้านการเคารพเอกสิทธิ์ ด้านความยุติธรรม และด้านการเคารพตนเอง

**สมมติฐานข้อที่ 3** ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีอาชีพต่างกัน มีความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

**ผลการวิจัย** สนับสนุนสมมติฐานบางส่วน คือ ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีความเชื่อทางจรรยาบรรณโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากวิเคราะห์จำแนกรายด้านพบว่า ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีความเชื่อทางจรรยาบรรณด้านการก่อประโยชน์แก่ผู้รับบริการ ความยุติธรรม และด้านความเคารพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านการไม่ก่อให้เกิดอันตราย ด้านการเคารพเอกสิทธิ์ และด้านความไว้วางใจ

**สมมติฐานข้อที่ 4** ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่ปฏิบัติงานในประเภทชุมชนที่ต่างกัน มีความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

**ผลการวิจัย** สนับสนุนสมมติฐานบางส่วน คือ ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีประเภทชุมชนที่ปฏิบัติงาน แตกต่างกัน มีความเชื่อทางจรรยาบรรณโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากวิเคราะห์จำแนกรายด้านพบว่า ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่ประเภทชุมชนที่ปฏิบัติงานแตกต่างกัน มีความเชื่อทางจรรยาบรรณด้านการก่อประโยชน์แก่ผู้รับบริการ ด้านความยุติธรรม ด้านความไว้วางใจ และด้านการเคารพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านการไม่ก่อให้เกิดอันตรายและด้านการเคารพเอกสิทธิ์

## การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยที่ได้ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผลประเด็นที่น่าสนใจ โดยจำแนกออกเป็นด้านต่างๆตามหลักจรรยาบรรณทั่วไป ดังนี้

### 1.ด้านการก่อประโยชน์ (Beneficence)

การก่อประโยชน์นี้ เป็นหลักการที่ว่าด้วยการกระทำใดก็ตามที่ผู้ให้บริการประเมินแล้วว่าก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ (BACP,2010) หรือ เป็นการทำสิ่งที่ดีและสิ่งที่เป็นประโยชน์ เป็นการกระทำเชิงบวกเพื่อช่วยเหลือผู้อื่น หรือ มีความคิดความตั้งใจที่จะทำหรือส่งเสริมการกระทำที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น (Beauchamp & Childress, 2001; Hill & O'Brien, 2014) โดยมุ่งความสนใจไปที่การทำงานภายใต้ขอบเขตความสามารถและการให้บริการที่ผ่านการฝึกอบรมหรือมีประสบการณ์ที่เพียงพอของผู้ให้บริการ และเพื่อให้แน่ใจว่าจะบรรลุผลประโยชน์สูงสุด (BACP,2010) จากแบบสอบถามจะเห็นได้ว่าบางพฤติกรรมเป็นพฤติกรรมที่อยากต่อการตัดสินใจ ต้องใช้การพิจารณาอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดประโยชน์และนำไปสู่การปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ถึงแม้จะเป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแต่อาจมีความเสี่ยงหรือผลกระทบอื่นๆที่ตามมาภายหลัง

จากการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นข้อค้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีเพศอาชีพ และประเภทชุมชนที่ปฏิบัติงานแตกต่างกัน มีความเชื่อทางจรรยาบรรณด้านการก่อประโยชน์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงวัยแตกต่างกัน

ผลจากการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างเพศพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีความเชื่อทางจรรยาบรรณด้านการก่อประโยชน์แตกต่างจากเพศทางเลือกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งความแตกต่างที่เกิดขึ้นนี้อาจอธิบายได้ว่า เพศเป็นตัวแปรเบื้องต้นในการกำหนด กฎเกณฑ์ ความคาดหวัง หรือมาตรฐานการประพฤติปฏิบัติตนของสมาชิกในแต่ละสังคม ซึ่งความคาดหวังที่เกิดขึ้นนี้ คือ บทบาททางเพศ (Sex roles) เป็นรูปแบบพฤติกรรมที่สมาชิกในแต่ละเพศปฏิบัติเพื่อให้ได้รับการยอมรับจากกลุ่มสังคมที่ตนอาศัย ซึ่งเพศหญิงมักได้รับการปลูกฝังให้มีลักษณะความเป็นหญิง (Feminity) ที่แสดงออกถึงความสามารถในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การยอมรับผู้อื่น ความเป็นมิตร ช่างสงสารและชอบช่วยเหลือ (Heilbrun & Thompson, 1977) และเมื่อวิเคราะห์เป็นรายข้อจะพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศทางเลือกมีความเชื่อเรื่องการเปิดเผยเรื่องราวส่วนตัว (self-disclosure) เป็นหนึ่งในเทคนิคของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาหรือจิตบำบัดแตกต่างจากเพศหญิง ทั้งนี้แม้ในแบบสอบถามไม่ได้ระบุว่าการเปิดเผยเรื่องราวส่วนตัวนั้นเป็นเรื่องเกี่ยวกับอะไร แต่ในอดีตมีการศึกษาการเปิดเผยเรื่องราวเกี่ยวกับบทบาททางเพศที่อาจเป็นปัจจัยทำให้กลุ่มตัวอย่างเพศทางเลือกเชื่อว่าการเปิดเผยเรื่องราวเป็นสิ่งที่ส่งผลดีต่อกระบวนการบำบัด ได้แก่ การศึกษาของ Lea และคณะ

(2010) พบว่า เมื่อนักจิตวิทยาและผู้รับบริการเป็นเพศทางเลือกเช่นเดียวกัน การเปิดเผยตัวตนและการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศของนักจิตวิทยามีผลดีต่อกระบวนการบำบัด กล่าวคือ การเปิดเผยเรื่องราวนี้ช่วยให้ผู้รับบริการที่เป็นเพศทางเลือกเกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ เกิดความเชื่อมโยงระหว่างนักจิตวิทยาและผู้รับบริการมากขึ้น และจากกรณีตัวอย่างในการศึกษาล่าสุด พบว่าการเปิดเผยรสนิยมทางเพศเป็นประโยชน์ต่อความสัมพันธ์เชิงบำบัด (therapeutic relationship) ช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดความไว้วางใจและการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เป็นการสร้างพื้นที่ที่ปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการในการสำรวจอัตลักษณ์และประสบการณ์ของตนเองได้อย่างอิสระ (Johnsen & Ding, 2022)

ส่วนผลการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างอาชีพได้ข้อค้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างนักจิตวิทยาการปรึกษามีความเชื่อทางจรรยาบรรณด้านการก่อบริการที่แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างจิตแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากนักจิตวิทยาการปรึกษามีความแตกต่างจากจิตแพทย์อย่างชัดเจนในหลายๆแง่มุม ทั้งเรื่องของความเชี่ยวชาญโดยนักจิตวิทยาการปรึกษามีความเชี่ยวชาญในการพูดคุยเพื่อสำรวจและทำความเข้าใจกับสภาวะหรือปัญหาของผู้รับบริการ ในขณะที่จิตแพทย์มีความเชี่ยวชาญในการวินิจฉัยโรคและจ่ายยาตามกลุ่มอาการของโรคทางจิตเวช รวมไปถึงทฤษฎีที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ลักษณะของผู้รับบริการที่มีความรุนแรงของภาวะโรคในระดับที่ต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ของประชาชนทั่วไปที่ว่านักจิตวิทยามีความชำนาญในการรักษาความผิดปกติโดยทั่วไป หรือมีความรุนแรงของภาวะโรคน้อยกว่า อย่างประเด็นปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ ในทางกลับกันจิตแพทย์ได้รับการยอมรับว่ามีความชำนาญในการรักษาโรคเรื้อรัง บาดแผลทางใจ และความผิดปกติร้ายแรง เช่น โรคพิษสุราเรื้อรัง และโรคหิวโหย (Gelso & Karl, 1974) เมื่อพิจารณาความแตกต่างด้านการก่อบริการเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักจิตวิทยาการปรึกษานักจิตวิทยาคลินิก นักจิตบำบัดมีความเชื่อเรื่องการยุติการให้บริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาหรือจิตบำบัดเมื่อผู้รับบริการไม่สามารถชำระค่าบริการได้แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างจิตแพทย์ เนื่องจากผู้รับบริการของนักจิตวิทยาและจิตแพทย์มีความรุนแรงที่ต่างกัน กล่าวคือ ผู้รับบริการของจิตแพทย์ส่วนใหญ่มักเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะโรครุนแรง การยุติการให้บริการผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากสาเหตุอื่นที่ไม่ได้เกิดจากการวินิจฉัยของแพทย์ อาจทำให้เกิดผลเสียร้ายแรงและไม่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะโรครุนแรงที่ต้องรับยา หากไม่ได้รับการรักษาหรือการดูแลที่ต่อเนื่องอาจส่งผลทำให้ภาวะโรครุนแรงมากขึ้นและอาจทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพโดยรวมได้ (Radden, 2002) ซึ่งแตกต่างจากการทำงานร่วมกันกับผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตอื่นๆที่สามารถหาแหล่งส่งต่อหรือยุติการบริการเพื่อไม่ให้ผู้รับบริการต้องเดือดร้อนทางการเงิน ทั้งนี้ก่อนการยุติการให้บริการ ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตควรพิจารณาไตร่ตรองและทำข้อตกลงร่วมกันกับผู้รับบริการก่อนการยุติ (Pomerantz et al., 1998) ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Radden (2002)

ที่ระบุว่า การยุติการรักษาจากจิตแพทย์ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถชำระค่าบริการได้ถือว่าเป็นทางเลือกที่ไม่เหมาะสม การให้บริการทางสุขภาพจิตเป็นการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือในด้านจิตเวช และจิตแพทย์มีหน้าที่ในการให้การรักษาและการดูแลตามหลักสุขภาพอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยไม่สามารถชำระค่าบริการได้ เนื่องด้วยสาเหตุทางเศรษฐกิจหรือสถานการณ์ส่วนตัวของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดปัญหา ผู้ให้บริการควรสนับสนุนผู้ป่วยในการหาทางออกที่เหมาะสม เช่น แนะนำวิธีการขอรับความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการการช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ การยุติการรักษาควรพิจารณาตามหลักสุขภาพ โดยต้องพิจารณาถึงสถานะความเสี่ยงทางด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยที่ยุติการรักษา และควรจัดการสิ่งที่เป็นไปได้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและการสนับสนุนอื่นๆ ที่จำเป็นและเหมาะสมต่อไป นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างนักจิตวิทยาการปรึกษามีความเชื่อเรื่องการเปิดเผยเรื่องราวส่วนตัว (self-disclosure) เป็นหนึ่งในเทคนิคของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาหรือจิตบำบัดแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างจิตแพทย์ ทั้งนี้อาจเกิดจากความแตกต่างในกระบวนการทำงาน ที่นักจิตวิทยาการปรึกษาจะให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์เชิงบำบัด (Therapeutic Relationship) เป็นหัวใจหลักของกระบวนการทำงาน แตกต่างจากกระบวนการวินิจฉัยและการจ่ายยาของจิตแพทย์ (Pomerantz et al., 1998) โดยการเปิดเผยเรื่องราวส่วนตัวนั้นเป็นประโยชน์ต่อความสัมพันธ์เชิงบำบัด เนื่องจากช่วยส่งเสริมสนับสนุนความไว้วางใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ สร้างความเชื่อมั่นว่าผู้รับบริการนั้นไม่โดดเดี่ยว (Johnsen & Ding, 2022) ทั้งนี้การเปิดเผยเรื่องราวส่วนตัว (Self-disclosure) ควรพิจารณาปัจจัยต่างๆ เช่น วัตถุประสงค์ของการเปิดเผยเรื่องราว ความเหมาะสมและประโยชน์ที่คาดหวังจากการเปิดเผยตัวตน รวมถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้รับบริการและความเป็นส่วนตัว นอกจากนี้ควรประเมินผลของการเปิดเผยตัวตนว่ามีผลกระทบที่เป็นบวกหรือเป็นลบต่อความสัมพันธ์เชิงบำบัด หากพบว่า การเปิดเผยตัวตนมีผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตควรปรับปรุงหรือประเมินวิธีการเปิดเผยตัวตนของตนเองให้เหมาะสมกับผู้รับบริการมากขึ้น (Holmqvist, 2015)

สำหรับความแตกต่างระหว่างประเภทของชุมชนที่ปฏิบัติงานของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตได้ข้อค้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในกรุงเทพฯ มีความเชื่อทางจรรยาบรรณด้านการก่อบริษัทแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในต่างจังหวัด จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่า นักจิตวิทยาในชุมชนชนบทมักประสบกับปัญหาทางจรรยาบรรณที่แตกต่างจากนักจิตวิทยาในชุมชนเมือง เนื่องจากลักษณะชุมชนชนบทเป็นชุมชนแบบพึ่งพาอาศัย มีพื้นที่ขนาดเล็ก มีประชากรน้อยและมีนักจิตวิทยาไม่มากจึงมักขาดแคลนแหล่งส่งต่อและผู้ให้บริการที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง อีกทั้งแต่ละพื้นที่ต่างมีวัฒนธรรม ความเชื่อหรือความเฉพาะตัวแตกต่างกันออกไป (Helbok et al., 2006; Schank, 1998; Werth Jr et al., 2010) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อจะพบว่า กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้บริการในกรุงเทพฯ เชื่อว่าการยุติการให้บริการจิตบำบัดหรือการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเมื่อผู้รับบริการไม่สามารถชำระค่าบริการได้นั้นแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการในต่างจังหวัด เนื่องจากในพื้นที่ต่างจังหวัดมีแหล่งบริการทางสุขภาพจิตไม่มากนัก เมื่อเทียบกับกรุงเทพฯ ที่เป็นชุมชนเมือง มีความเจริญพร้อมในหลายๆด้าน รวมถึงมีระบบสุขภาพที่หลากหลายและมีตัวเลือกองค์กรหรือบริการสนับสนุนที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากกว่า การยุติการให้บริการกับผู้รับบริการในต่างจังหวัดจึงทำให้ผู้รับบริการไม่มีทางเลือกในการเข้ารับทางสุขภาพจิตจากแหล่งบริการอื่นๆ หรืออาจจะต้องเดินทางไปยังพื้นที่อื่นๆ ที่ต้องใช้ทรัพยากรมากมาย ทั้งเวลา เงินทอง และพาหนะ ดังนั้นการยุติการให้บริการเมื่อผู้รับบริการไม่สามารถชำระค่าบริการได้ ในชุมชนต่างจังหวัดจึงเป็นเรื่องที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการเมื่อเทียบกับในกรุงเทพฯ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่ว่า หากในพื้นที่นั้นๆ มีผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตเพียงผู้เดียว การยุติการให้บริการอาจเป็นเรื่องยาก ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตอาจกังวลว่าผู้รับบริการจะไม่ได้รับการดูแลสุขภาพจิตใดๆหากกระบวนการยุติลง ดังนั้นผู้ให้บริการและผู้รับบริการจำเป็นต้องตกลงพูดคุยกันล่วงหน้าก่อนการเข้ารับบริการว่ากระบวนการจะยุติได้ด้วยเงื่อนไขอย่างไรบ้าง และพวกเขาจะมีวิธีการรับมือหรือจัดการกับสถานการณ์ต่างๆอย่างไร (Werth Jr et al., 2010) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในกรุงเทพฯมีความเชื่อเรื่องการบอกผู้รับบริการว่าโกรธเขาหรือเธอแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในต่างจังหวัด อย่างที่กล่าวไปแล้วว่า การแสดงความโกรธเป็นพฤติกรรมที่มีความเสี่ยง ต้องใช้การพิจารณาอย่างรอบคอบ เพราะผู้ให้บริการอาจใช้ความโกรธเป็นเครื่องมือในการสะท้อนความรู้สึก เพื่อกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมกับผู้รับบริการ หรือความโกรธที่แสดงออกอย่างไม่เหมาะสมอาจจะทำลายความสัมพันธ์ในกระบวนการบำบัดระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการก็ได้ ทั้งนี้ด้วยลักษณะของคนในชุมชนต่างจังหวัดที่ให้ความสำคัญกับความเป็นกลุ่มก้อนมากกว่าผู้คนในกรุงเทพฯ ผู้ให้บริการในชุมชนต่างจังหวัดจึงต้องพยายามรักษาความสัมพันธ์ พยายามหลีกเลี่ยงที่จะเกิดการปะทะหรือเกิดความรู้สึกลบในความสัมพันธ์ อันมาจากการแสดงความโกรธให้ผู้รับบริการได้รับรู้ จึงเป็นไปได้ว่าการแสดงความโกรธกับผู้รับบริการเป็นสิ่งที่ไม่คุ้นเคยสำหรับผู้ให้บริการในชุมชนต่างจังหวัด ทั้งนี้ตัวเลือกในการให้บริการในต่างจังหวัดก็มีไม่มาก หากเกิดรอยแตกร้าวในความสัมพันธ์อาจทำให้ผู้รับบริการไม่มีแหล่งรับบริการอื่นๆ ผู้ให้บริการจึงต้องพิจารณาและระมัดระวังให้มากขึ้นเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้รับบริการ (Schank, 1998) นอกจากนี้ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในกรุงเทพฯเชื่อเรื่องการเปลี่ยนผลวินิจฉัยให้ตรงตามเกณฑ์บริษัทประกันแตกต่างจากผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในต่างจังหวัด ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการในกรุงเทพฯมีลักษณะความเป็นเมืองที่มีความเจริญและเป็นแหล่งศูนย์รวมทรัพยากร จึงทำให้ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในกรุงเทพฯ คุ้นเคยกับระบบบริการทางสุขภาพที่หลากหลาย และมีประสบการณ์กับระบบบริการทางสุขภาพอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้รับบริการ (Werth Jr et al., 2010)

ทั้งนี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกี่ยวกับจรรยาบรรณด้านการก่อบริการใน กลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงวัยแตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างล้วนมีความสามารถเชี่ยวชาญและมี คุณสมบัติไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ เป็นนักวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถที่ได้มาตรฐานในการ ให้บริการด้านจิตเวช จิตวิทยา และสุขภาพจิต โดยจบการศึกษาในระดับปริญญาสาขาที่เกี่ยวข้องกับ จิตวิทยา จิตวิทยาการปรึกษา จิตวิทยาคลินิก สุขภาพจิต แพทยศาสตร์ (จิตเวชศาสตร์) พยาบาล ศาสตร์ (จิตเวชศาสตร์) สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ และผ่านการอบรมเฉพาะทางที่เกี่ยวข้องกับการ บำบัดรักษาสุขภาพจิต ซึ่งจัดโดยสถาบันการศึกษา หรือสมาคมวิชาชีพในประเทศไทยและ ต่างประเทศที่ได้รับการรับรอง ดังนั้นแม้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมจะมีช่วงวัยที่แตกต่างกัน แต่ทั้งหมด ล้วนมีความสามารถเชี่ยวชาญพื้นฐานที่ได้มาตรฐาน ซึ่งถือเป็นสิ่งสำคัญในหลักการด้านการก่อบริการ วิชาชีพ จึงทำให้ไม่พบความแตกต่างในช่วงวัยที่ต่างกันสอดคล้องกับการศึกษาของ Gibson and Pope (1993) ที่ไม่พบความแตกต่างด้านการก่อบริการวิชาชีพของช่วงวัยที่ต่างกัน

## 2.ด้านการเคารพตัวเอง (Self-Respect)

ความเคารพตนเอง คือ หลักการทั่วไปทางจริยธรรมที่ว่าด้วย การที่ผู้ให้บริการดูแลตนเองทั้ง เรื่องความรู้ความสามารถ และสุขภาพกายสุขภาพใจ สามารถใช้หลักการทางจริยธรรมอื่นๆได้อย่าง เหมาะสมเพื่อสิทธิของตนเอง รวมถึงการขอคำปรึกษาหรือการบำบัดอื่นๆ มีความรับผิดชอบทาง จริยธรรมในการเข้ารับการนิเทศ (supervision) เพื่อส่งเสริมและพัฒนาทางวิชาชีพและชีวิตส่วนตัว รวมถึงแสวงหาการฝึกอบรมและโอกาสอื่น ๆ สำหรับการพัฒนาทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง (BACP,2010) ตัวอย่างพฤติกรรมที่อยู่ภายใต้หลักการนี้ได้แก่ การร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ เพิ่มเติม ความรู้ที่เชี่ยวชาญของตนเอง การร้องไห้ต่อหน้าผู้รับบริการ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษา สิทธิของตนเองในเรื่องค่าตอบแทน เป็นต้น

จากการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นข้อค้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีเพศ อาชีพ และประเภทชุมชนที่ปฏิบัติงานแตกต่างกัน มีความเชื่อทางจรรยาบรรณด้านการเคารพตัวเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน กลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงวัยแตกต่างกัน

ผลจากการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างเพศพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายและหญิงมี ความเชื่อทางจรรยาบรรณด้านการเคารพตนเองแตกต่างจากเพศทางเลือกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการหรือการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ชี้ชัดว่าผู้ให้บริการเพศทางเลือกมีความเชื่อ ทางจรรยาบรรณด้านการเคารพตนเองแตกต่างจากเพศอื่นๆ หากจากข้อค้นพบนี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่ม ตัวอย่างเพศทางเลือกมีความเคารพตนเองและมีขอบเขตการปฏิบัติงานในฐานะผู้ให้บริการทาง สุขภาพจิตที่ต่างจากเพศชายและหญิง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ระบุว่าบุคคลเพศทางเลือก

ที่ยอมรับและเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศของตนเอง จนกระทั่งสามารถรวมอัตลักษณ์ของตนเองเข้ากับการใช้ชีวิตได้ จะส่งผลให้บุคคลผู้นั้นเกิดความเคารพหรือเห็นคุณค่าในตนเองสูง (Henry, 2013) และจากข้อค้นพบนี้จะเห็นได้ว่ามีความสอดคล้องกันในประเด็นก่อนหน้าที่กลุ่มตัวอย่างเพศทางเลือกนั้นมีความยืดหยุ่นในการเปิดเผยเรื่องราวส่วนตัว (Self-disclose) มากกว่า ทั้งในแง่ของการเปิดเผยเรื่องราวส่วนตัวและการพูดคุยเปิดเผยอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในกระบวนการ

ส่วนผลการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างอาชีพได้ข้อค้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักจิตวิทยาการศึกษามีความเชื่อทางจรรยาบรรณด้านการเคารพตนเองแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างจิตแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากนักจิตวิทยาการศึกษามีความแตกต่างจากจิตแพทย์อย่างชัดเจนในเรื่องของลักษณะองค์กรที่ปฏิบัติงาน ซึ่งอาจส่งผลให้กระบวนการเรียกเก็บค่าบริการหรือประเด็นที่เกี่ยวกับค่าตอบแทนมีความแตกต่างกัน กล่าวคือ จิตแพทย์มักปฏิบัติงานในสถานพยาบาล สถานบำบัดรักษาทางสุขภาพที่มีระบบการจัดการเรื่องค่าบริการอย่างเป็นระเบียบหรือดำเนินงานอยู่ภายใต้ระบบโรงพยาบาลรัฐและเอกชนที่มีการจัดสรรหน้าที่อย่างชัดเจน โดยจิตแพทย์ทั่วไปมักมีหน้าที่หลักในการดูแลรักษาผู้ป่วย และได้รับค่าตอบแทนจากหน่วยงานหรือองค์กรที่สังกัด จึงอาจไม่ได้มีความจำเป็นต้องข้องเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าบริการ ในขณะที่นักจิตวิทยาการศึกษามักพบมากในศูนย์สุขภาพจิตหรือศูนย์บริการส่วนตัว (Private practice) มีลักษณะเป็นองค์กรขนาดเล็ก หรือนักจิตวิทยาการศึกษาก็คือเจ้าของบริการเอง จึงต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล พูดคุย คิดคำนวณอัตราค่าบริการ หรือจัดเก็บค่าบริการจากผู้รับบริการด้วยตนเอง เห็นได้ว่านักจิตวิทยาการศึกษาน่าจะมีความคุ้นเคยกับการดูแลรักษาสิทธิของตนเองในเรื่องของค่าตอบแทนแตกต่างจากจิตแพทย์ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเรื่องความเชี่ยวชาญและทฤษฎีที่ใช้ในการให้บริการทางสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน ซึ่งนักจิตวิทยาการศึกษานั้นมีความเชี่ยวชาญในการพูดคุยเพื่อสำรวจและทำความเข้าใจกับสภาวะหรือปัญหาของผู้รับบริการ เปรียบเสมือนเพื่อนร่วมทางที่มีความเท่าเทียมกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยเน้นความสำคัญกับการสร้างความสัมพันธ์เชิงบำบัด (therapeutic relationship) เป็นหัวใจหลักของกระบวนการ เนื่องจากสัมพันธภาพที่ดีจะมีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการหรือเกิดผลลัพธ์ของการรักษาที่ดี เกิดการร่วมมือของทั้งผู้รับบริการและนักจิตวิทยาการศึกษากลับมา ทำให้กระบวนการรักษาเป็นไปอย่างราบรื่นและบรรลุเป้าหมายที่ตามที่ตั้งร่วมกัน (Altimir et al., 2017) ซึ่งการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีนั้น นักจิตวิทยาการศึกษาก็มีความเข้าอกเข้าใจผู้รับบริการ มีการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข และมีความจริงแท้หรือเคารพต่อความรู้สึกของตนเองอย่างแท้จริง ในขณะที่จิตแพทย์มีความเชี่ยวชาญในการวินิจฉัยโรคและจ่ายยาตามกลุ่มอาการของโรคทางจิตเวช ให้ความสำคัญกับการวินิจฉัยและการจ่ายยามากกว่า (Pomerantz et al., 1998)

สำหรับความแตกต่างระหว่างประเภทชุมชนที่ปฏิบัติงานของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต ได้ข้อค้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในกรุงเทพฯ มีความเชื่อทางจรรยาบรรณด้านการเคารพตนเองแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในต่างจังหวัด เนื่องจากลักษณะชุมชนชนบทเป็นชุมชนแบบพึ่งพาอาศัย มีพื้นที่ขนาดเล็ก มีประชากรน้อยและมีนักจิตวิทยาไม่มากจึงมักขาดแคลนแหล่งส่งต่อและผู้ให้บริการที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Helbok et al., 2006; Schank, 1998; Werth Jr et al., 2010) อีกทั้งเป็นการยากสำหรับผู้ให้บริการในพื้นที่ชุมชนชนบทเองที่จะขอเข้ารับคำปรึกษาหรือการบำบัดอื่นๆ เพราะอาจก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนได้ จึงอาจทำให้ไม่ได้รับการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม นอกจากนี้การทำงานในตำแหน่งผู้ช่วยเหลือมักมาพร้อมกับความคาดหวังและความรับผิดชอบที่หนักหนาและอาจจะไม่ตรงกับความเป็นจริงจากผู้คนในชุมชนต่างจังหวัด ดังนั้นการเคารพตนเองหรือการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างในชุมชนต่างจังหวัดจึงอาจเป็นสิ่งที่ทำได้ยากกว่ากลุ่มตัวอย่างในกรุงเทพฯ (Helbok et al., 2006) นอกจากนี้ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตในชนบทบางครั้งอาจลงเอยที่จะแลกเปลี่ยนปัญหาด้านจริยธรรมของตนเองกับผู้อื่น เนื่องจากกลัวการลงโทษและการวิพากษ์วิจารณ์จากเพื่อนร่วมงานในเมือง หรืออาจขาดการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานเพราะบุคคลากรมีจำนวนจำกัด หรืออาจจะมีเพียงคนเดียวในพื้นที่นั้นๆ (Helbok et al., 2006; Schank, 1998; Werth Jr et al., 2010) นอกจากนี้ในเรื่องการเรียกเก็บค่าบริการแม้ว่าผู้รับบริการไม่ได้มาตามนัดและการใช้บริการบริษัทติดตามหนี้เพื่อจัดเก็บค่าบริการที่ค้างชำระ กลุ่มตัวอย่างในกรุงเทพฯ มีความเชื่อแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างในต่างจังหวัด เนื่องจากผู้คนในต่างจังหวัดนั้นให้ความสำคัญกับความเป็นกลุ่มก้อน ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด ความเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนมากกว่าความเป็นตนเอง เน้นการพึ่งพาอาศัย อยู่ร่วมกันอย่างใกล้ชิด หากเกิดการเผชิญหน้าหรือมีการปะทะ อาจถูกมองว่าเป็นผู้ก่อปัญหาที่ทำให้เกิดความขัดแย้งได้ (Schank, 1998) ดังนั้นในชุมชนต่างจังหวัดมักจะใช้การประนีประนอมและอาจใช้การแลกเปลี่ยนอื่นๆมากกว่าการใช้วิธีการทางกฎหมายหรือระเบียบที่เข้มงวด (Pope & Vasquez, 2011)

ทั้งนี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงวัยแตกต่างกัน อาจเนื่องจากหลักการด้านการเคารพตัวเองเป็นหลักการที่ว่าด้วยการพัฒนาความสามารถทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในกิจกรรมที่เพิ่มพูนชีวิตและความสัมพันธ์ที่ไม่ขึ้นกับความสัมพันธ์ในการให้คำปรึกษาหรือการบำบัดทางจิต ซึ่งกระบวนการเหล่านี้เป็นสิ่งที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาการทำงาน (Corey et al., 2011) ไม่ว่าจะกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการนั้นจะอยู่ในช่วงวัยใด ดังนั้นช่วงวัยจึงไม่ส่งผลต่อความเชื่อทางจรรยาบรรณด้านนี้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าของ Gibson & Pope (1993) ที่ไม่พบความแตกต่างด้านการเคารพตนเองในช่วงวัยที่ต่างกัน



### 3.ด้านความไว้วางใจ (Trustworthy)

ความไว้วางใจ คือ หลักการทั่วไปทางจริยธรรมที่ว่าด้วย การรักษาคำมั่นสัญญา หรือ การเป็นที่น่าไว้วางใจ (Hill & O'Brien, 2014) ผู้ให้บริการต้องสร้างความน่าไว้วางใจ เคารพข้อตกลงและคำมั่นสัญญาที่มีร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และให้ถือว่าการเก็บรักษาความลับและข้อตกลงนั้นเป็นหัวใจสำคัญที่เกิดจากความไว้วางใจของผู้รับบริการ ให้จำกัดการเปิดเผยข้อมูลที่เป็นความลับเกี่ยวกับผู้รับบริการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือเงื่อนไขที่ตกลงไว้เบื้องต้น (BACP, 2010)

จากการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นข้อค้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีช่วงวัยและประเภทชุมชนที่ปฏิบัติงานแตกต่างกัน มีความเชื่อทางจรรยาบรรณด้านความไว้วางใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกัน หรือ อาชีพแตกต่างกัน

ผลจากการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างช่วงวัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่วัยแรกเริ่ม (18-25 ปี) มีความเชื่อทางจรรยาบรรณด้านความไว้วางใจแตกต่างจากผู้ใหญ่ตอนต้น (26-40 ปี) และผู้ใหญ่ตอนกลาง (40-60 ปี) กล่าวคือ อาจเป็นเพราะปัจจัยด้านบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของกลุ่มตัวอย่างในวัยผู้ใหญ่แรกเริ่มซึ่งเป็นวัยเพิ่งเริ่มต้นการทำงาน ยังมีประสบการณ์ไม่เพียงพอหรือเทียบเท่ากับกลุ่มตัวอย่างในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง เมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินหรือเหตุการณ์ที่ยากจะประเมิน กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยหรือเป็นผู้ได้บังคับบัญชาจึงมักนำเรื่องไปปรึกษาหรือเปิดเผยกับหัวหน้างาน หรือ ผู้ให้การนิเทศที่มีประสบการณ์หรือมีความเชี่ยวชาญมากกว่าซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประเด็นทางจริยธรรมของสมาชิกร APA (Pope & Vetter, 1992) ที่กล่าวถึงความไม่ชัดเจนของขอบเขตการเก็บรักษาความลับผู้ให้บริการที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยหรือมีอายุน้อยมักจะต้องอยู่ในกระบวนการนิเทศ เพื่อการให้บริการทางสุขภาพจิตนั้นมีประสิทธิภาพสูงสุด ดังนั้นผู้ให้บริการที่อยู่ในวัยแรกเริ่มจึงคุ้นเคยกับการเปิดเผยความลับที่เป็นไปตามกระบวนการมากกว่า

ส่วนผลการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างประเภทชุมชนที่ปฏิบัติงานของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตได้ข้อค้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในกรุงเทพฯ มีความเชื่อทางจรรยาบรรณด้านความไว้วางใจแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในต่างจังหวัด ซึ่งการเปิดเผยความลับเพื่อรายงานการทารุณกรรมเด็ก การเปิดเผยความลับหากผู้รับบริการมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย และการเปิดเผยความลับหากผู้รับบริการมีแนวโน้มที่จะทำอันตรายผู้อื่นถึงแก่ชีวิต กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในกรุงเทพฯ ล้วนเชื่อว่าถูกจรรยาบรรณมากกว่ากลุ่มตัวอย่างในต่างจังหวัด เนื่องจากการเก็บรักษาความลับถือเป็นประเด็นที่มีการถกเถียงระหว่างผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตมาโดยตลอด (Helbok et al., 2006) ผลจากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการในกรุงเทพฯ มีความยึดหยุ่นในการเปิดเผยความลับมากกว่า โดยเฉพาะการเปิดเผยความลับที่มีเงื่อนไขที่เกี่ยวข้อง

กับความเสียหายที่จะเกิดอันตราย ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างในชุมชนต่างจังหวัดที่เคร่งครัดต่อการเก็บรักษาความลับ อาจเป็นเพราะผู้คนในต่างจังหวัดนั้นให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ ความเป็นกลุ่มก้อนของคนในชุมชนและความไว้วางใจเป็นอย่างมาก รวมทั้งต้องคำนึงและพิจารณาถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเปิดเผยความลับ เพราะ ในชุมชนเมืองที่มีขนาดใหญ่ เมื่อผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตเปิดเผยความลับของผู้รับบริการ พวกเขาอาจจะไม่เห็นผลกระทบหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายหลังการตัดสินใจเปิดเผยความลับ แต่ในขณะเดียวกัน ผู้ให้บริการในชุมชนต่างจังหวัดต่างมีประสบการณ์และมีส่วนร่วมรับรู้ผลที่เกิดขึ้นกับครอบครัวหรือครอบครัวของผู้รับบริการ อีกทั้งต้องรับมือกับปฏิกิริยาตอบสนองของผู้คนในชุมชนที่เกิดขึ้นภายหลังจากการเปิดเผยความลับ แม้ว่าความลับนั้นจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการทารุณกรรมเด็ก หรือความเสียหายที่จะเกิดอันตรายก็ตามที่ (Roberts et al., 1999) ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า แม้ในบางประเด็นที่มีเหตุผลชัดเจนเพียงพอในการเปิดเผยความลับ แต่กลับเป็นเรื่องยากและซับซ้อนสำหรับกลุ่มตัวอย่างในชุมชนต่างจังหวัดมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในกรุงเทพฯ นอกจากนี้ การขึ้นค่าบริการ ในขณะที่กระบวนการบำบัด หรือกระบวนการรักษายังไม่ยุติ กลุ่มตัวอย่างในกรุงเทพฯ เชื่อว่าถูกรวยยาบรรณมากกว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการในต่างจังหวัด เนื่องจากผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในชุมชนต่างจังหวัดให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์และความไว้วางใจเป็นอย่างมาก การขึ้นค่าบริการขณะที่กระบวนการยังไม่ยุติถือเป็นการทำลายความสัมพันธ์หรือความไว้วางใจที่มีต่อกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (Helbok et al., 2006)

ทั้งนี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกัน หรือมีอาชีพแตกต่างกัน เนื่องจากหลักการด้านความไว้วางใจถือเป็นหลักการพื้นฐาน ไม่ว่าจะเป็เพศใดหรือเป็นนักวิชาชีพในล้วนมีพันธกิจและหน้าที่ความรับผิดชอบในการรักษาความลับและสิทธิส่วนบุคคล โดยทำการป้องกันและรักษาข้อมูลที่ได้รับมาหรือมีเก็บไว้ อันเป็นความลับหรือสิทธิส่วนบุคคลของผู้รับบริการ (Amis, 2017; Herlihy & Corey, 2014) เนื่องจากหากปราศจากการความไว้วางใจหรือความเป็นส่วนตัวแล้ว ผู้รับบริการย่อมไม่กล้าเปิดเผยตัวตน หรือเปิดเผยเรื่องราวและความรู้สึกที่จริงแท้ของตนเอง รวมไปถึงไม่มีความเชื่อใจต่อผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตและกระบวนการบำบัด (Younggren & Harris, 2008) ซึ่งหลักการนี้ถือเป็นหัวใจสำคัญขั้นพื้นฐานของนักวิชาชีพทางด้านสุขภาพจิตในนานาประเทศ เห็นได้จากศึกษาเปรียบเทียบเปรียบเทียบหลักจรรยาบรรณของนักจิตวิทยาใน 24 ประเทศ (นอร์เวย์ ฟินแลนด์ สวีเดน เดนมาร์ก ไอซ์แลนด์ ออสเตรเลีย แคนาดา ชิลี จีน ฝรั่งเศส เยอรมัน อังกฤษ ฮองกง อิสราเอล เนเธอร์แลนด์ นิวซีแลนด์ โปแลนด์ สิงคโปร์ สโลวีเนีย แอฟริกาใต้ สเปน สวิตเซอร์แลนด์ สาธารณรัฐโดมินิกัน และสหรัฐอเมริกา) พบว่ามีหลักการการรักษาความลับและเงื่อนไขการเปิดเผยความลับบัญญัติเป็นข้อปฏิบัติไว้อยู่ด้วย {Leach, 1997 #45}

#### 4.ด้านความยุติธรรม

ความยุติธรรม คือ หลักการทั่วไปทางจริยธรรมที่ว่าด้วย การตระหนักว่าทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันที่จะเข้าถึงหรือได้ประโยชน์จากการให้บริการด้านสุขภาพจิต และได้รับการบริการทั้งขั้นตอนและกระบวนการทางจิตวิทยาอย่างมีคุณภาพและเท่าเทียมกัน ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตพึงใช้การตัดสินใจที่เหมาะสมตามหลักเกณฑ์วิชาชีพ และระมัดระวังมิให้อคติ ซึ่งถือเป็นอุปสรรคของความสามารถตลอดจนมิให้ข้อจำกัดใดๆในความรู้ความชำนาญของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตมาลบล้างการปฏิบัติงานอันไม่บริสุทธิ์ยุติธรรมนั้น (APA,2016)

จากการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นข้อค้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีอาชีพและประเภทชุมชนที่ปฏิบัติงานแตกต่างกัน มีความเชื่อทางจรรยาบรรณด้านความยุติธรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกัน หรือ ช่วงวัยแตกต่างกัน

ผลจากการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างอาชีพพบว่า นักจิตวิทยาการปรึกษาและนักจิตบำบัดมีความเชื่อทางจรรยาบรรณด้านความยุติธรรมแตกต่างจากจิตแพทย์และนักจิตวิทยาคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่าง อาจมาจากลักษณะอาชีพและองค์กรของจิตแพทย์และนักจิตคลินิกเป็นวิชาชีพที่มีสมาคมกำกับดูแล ซึ่งการปฏิเสธผู้รับบริการบางกลุ่มที่แสดงให้เห็นถึงความไม่ยุติธรรมถือว่าเป็นเรื่องผิดจรรยาบรรณตามหลักวิชาชีพในประเทศไทย ซึ่งระบุไว้ว่า ผู้ประกอบวิชาชีพย่อมประกอบวิชาชีพด้วยเจตนาดี โดยไม่คำนึงถึงฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม หรือลัทธิการเมือง (ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข, 2549) ทั้งนี้อาจเกี่ยวข้องกับองค์กรที่ปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างจิตแพทย์และนักจิตวิทยาคลินิก ส่วนใหญ่เป็นลักษณะการให้บริการในโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งมีนโยบายที่ให้ความสำคัญกับความยุติธรรมและเท่าเทียม เป็นสวัสดิการพื้นฐานของประชาชนทั่วไป สอดคล้องกับนโยบายของกรมสุขภาพจิตที่ควบคุมดูแลการทำงานของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในภาครัฐ เมื่อพิจารณาความแตกต่างด้านความยุติธรรมเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างนักจิตวิทยาการปรึกษาและนักจิตบำบัดมีความเชื่อเรื่องการหลีกเลี่ยงที่จะให้บริการแก่ผู้รับบริการบางกลุ่มที่อาจเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักจิตวิทยาคลินิกและจิตแพทย์ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นจิตแพทย์เชื่อว่าการปฏิบัติต่อผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางเพศราวกับว่าเรามีความเจ็บป่วยทางจิตใจเป็นเรื่องที่ถูกจรรยาบรรณมากกว่ากลุ่มตัวอย่างนักจิตวิทยาการปรึกษา อาจเป็นเพราะศาสตร์ความรู้ทางจิตเวชและจิตวิทยาเกี่ยวกับเรื่องเพศทางเลือกรมีความแตกต่างกัน จิตแพทย์คุ้นชินกับการทำงานร่วมกับผู้ป่วยทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยตามหลักการที่เรียนมาบอกว่าเป็นเรื่องของความผิดปกติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ (Pomerantz et al., 1998) ที่มองว่าจิตแพทย์มีความคุ้นชินกับสถานะของผู้บำบัดรักษาและวินิจฉัยโรค

สำหรับความแตกต่างระหว่างประเภทของชุมชนที่ปฏิบัติงานของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต ได้ข้อค้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในกรุงเทพฯมีความเชื่อทางจรรยาบรรณด้านความยุติธรรมแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในต่างจังหวัด เมื่อพิจารณาความแตกต่างด้านความยุติธรรมเป็นรายข้อพบว่า การหลีกเลี่ยงที่จะให้บริการแก่ผู้รับบริการบางกลุ่มเพราะอาจเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง หรือให้บริการเฉพาะผู้รับบริการเพศหญิงหรือชายเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างในกรุงเทพฯมีความเชื่อแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างในต่างจังหวัด เนื่องจากในพื้นที่ต่างจังหวัดมีแหล่งบริการทางสุขภาพจิตอย่างจำกัด ขาดแคลนแหล่งส่งต่อหรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Helbok et al., 2006) การปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงการให้บริการผู้รับบริการบางประเภทจึงเป็นการกระทำที่ไม่ยุติธรรมและเป็นการปิดโอกาสผู้รับบริการในการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพจิตอย่างสิ้นเชิง (Werth Jr et al., 2010) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้บริการในกรุงเทพฯเชื่อว่าการฟ้องศาลเพื่อตามเก็บค่าบริการจากผู้รับบริการถูกจรรยาบรรณมากกว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการในต่างจังหวัด ซึ่งจากลักษณะสังคมของชุมชนต่างจังหวัด ผู้คนเน้นการพึ่งพาอาศัย อยู่ร่วมกันอย่างใกล้ชิด หากเกิดการเผชิญหน้าหรือมีการปะทะ อาจถูกมองว่าเป็นผู้ก่อปัญหาที่ทำให้เกิดความขัดแย้งได้ (Schank, 1998)

ทั้งนี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกัน หรือมีช่วงวัยแตกต่างกัน เนื่องจากจรรยาบรรณด้านความยุติธรรมนี้เป็นหลักการพื้นฐานในการใช้ชีวิต เป็นหลักการทั่วไปที่ผู้คนทั่วไปทุกเพศ ทุกวัยต่างให้ความสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pope และคณะ (1987) และการศึกษาของ Gibson & Pope (1993) ที่ไม่พบความแตกต่างด้านความยุติธรรมในเพศและช่วงวัยที่ต่างกัน

### **5.ด้านการไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Non-maleficence)**

การไม่ก่อให้เกิดอันตราย หมายถึง หลักการทั่วไปทางจริยธรรมที่ว่าด้วย การไม่ทำอันตราย ทั้งต่อร่างกายและจิตใจของผู้รับบริการ หรือ ไม่ทำในสิ่งที่จะก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยของผู้รับบริการ และไม่แสดงพฤติกรรมการเพิกเฉยละทิ้งหน้าที่การให้บริการ (Beauchamp & Childress, 2001; Jiggins & Asempapa, 2016) รวมถึงหลีกเลี่ยงการแสวงหาประโยชน์ทางเพศ การเงิน อารมณ์ หรือรูปแบบอื่นๆใดต่อผู้รับบริการ ตัวอย่างพฤติกรรมที่อยู่ภายใต้หลักการการไม่ก่อให้เกิดอันตราย ได้แก่ พฤติกรรมความสัมพันธ์ทับซ้อนทั้งเชิงชู้สาว และไม่เชิงชู้สาว เป็นต้น

จากการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นข้อค้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีช่วงวัยแตกต่างกันมีความเชื่อทางจรรยาบรรณด้านการไม่ก่อให้เกิดอันตรายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกัน อาชีพแตกต่างกัน หรือประเภทชุมชนที่ปฏิบัติงานแตกต่างกัน

ผลจากการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างช่วงวัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่วัยแรกเริ่ม (18-25 ปี) และวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (40-60 ปี) มีความเชื่อทางจรรยาบรรณด้านการไม่ก่อให้เกิดอันตราย แตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (26-40 ปี) กล่าวคือ ความแตกต่างที่เกิดขึ้นนั้น ส่วนใหญ่เป็นประเด็นเรื่องความสัมพันธ์ทับซ้อนที่มีความเสี่ยงจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้รับบริการ เนื่องจากการใช้อำนาจหน้าที่ในการเอาเปรียบหรือตอบสนองความต้องการในด้านการเงิน สังคม หรือ อารมณ์ของผู้ให้บริการได้ (Herlihy & Corey, 2014) โดยทั่วไปแล้วสมาคมวิชาชีพต่างกำหนดให้หลีกเลี่ยงและยับยั้งการมีความสัมพันธ์ทับซ้อน ถ้าสัมพันธ์ภาพทับซ้อนนั้นคาดว่าจะมีผลให้เกิดความบกพร่องหรือเกิดความเสียหายต่อวัตถุประสงค์ของการบริการ เกิดความเสียหายต่อความเชี่ยวชาญชำนาญ หรือกระทบต่อประสิทธิภาพในการให้บริการตามบทบาทของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต หรือมีความเสี่ยงต่อการหาประโยชน์ส่วนตัว หรือทำให้เกิดอันตรายในขณะที่มีความสัมพันธ์เชิงวิชาชีพ (APA, 2016) แต่ในทางกลับกัน ความสัมพันธ์ทับซ้อนก็อาจสนับสนุนและส่งเสริมความสัมพันธ์เชิงบำบัด สร้างความไว้วางใจของผู้รับบริการในบางบริบทหรือในบางวัฒนธรรม (Sperry, 2007) ทั้งนี้ในบางบริบทด้วยภาระและหน้าที่ และวิวุฒิของผู้ให้บริการ ทำให้ไม่สามารถหลีกเลี่ยงความสัมพันธ์ทับซ้อนที่เกิดขึ้นได้ เช่น ความสัมพันธ์ที่มีการประเมิน (Supervisory or Evaluative Relationships) หรือการมีความสัมพันธ์แบบผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตหรือผู้รับบริการ ในขณะเดียวกันก็มีความสัมพันธ์แบบผู้นิเทศกับผู้รับการนิเทศ กล่าวคือ ผู้ให้บริการในวัยผู้ใหญ่แรกเริ่มที่เพิ่งเริ่มต้นการทำงานจะต้องอยู่ในกระบวนการนิเทศ หรือ ได้รับความดูแลจากผู้นิเทศที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการทำงานสูง ซึ่งมีความเป็นไปได้ว่าผู้นิเทศนั้นจะอยู่ในช่วงวัยของผู้ใหญ่ตอนกลาง (40-60 ปี) ความสัมพันธ์นี้อาจจะทั้งแบบบังเอิญหรือตั้งใจก็ได้ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้นี้สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทับซ้อนที่ไม่ใช่เชิงคู่สาว (Non-sexual Dual Relationship) ว่าความสัมพันธ์นั้นสามารถเกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ รวมไปถึงการเกิดความสัมพันธ์จากบทบาทอาชีพที่มีความหลากหลาย (structured multiple professional roles) และช่วงวัยที่แตกต่างอาจส่งผลทำให้เกิดความขัดแย้งเกี่ยวกับบทบาทที่หลากหลายของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ (Anderson & Kitchener, 1996)

ทั้งนี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกัน อาชีพแตกต่างกัน หรือประเภทชุมชนที่ปฏิบัติงานแตกต่างกัน เนื่องจากหลักการการไม่ก่อให้เกิดอันตรายเป็นหลักการทั่วไปทางจริยธรรมที่ว่าด้วยการไม่ทำอันตรายทั้งต่อร่างกายและจิตใจของผู้รับบริการ หรือ ไม่ทำในสิ่งที่จะก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยของผู้รับบริการ ซึ่งอันตรายในที่นี้ คือ การหาประโยชน์โดยไม่ชอบทั้งด้านร่างกาย (ทางเพศ) การเงิน อารมณ์และจิตใจ รวมถึงการไร้ความสามารถหรือประพฤตินิดในหน้าที่ (BACP, 2010) โดยเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการหาประโยชน์โดยมิชอบทางเพศ หรือที่เป็นความสัมพันธ์เชิงคู่สาว (Sexual Relationship) ถือเป็นสิ่งที่ต้องห้ามพื้นฐานที่นัก

วิชาชีพต่างรับรู้ร่วมกัน และมีการระบุชัดเจนในหลักจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต (Remley & Herlihy, 2014) การค้นพบนี้จึงสอดคล้องกับผลการวิจัยนี้ที่ว่า พฤติกรรมเชิงชู้สาวเป็นพฤติกรรมในด้านการไม่ก่อให้เกิดอันตรายเป็นพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าเป็นผิดจรรยาบรรณอย่างแน่นอน ซึ่งความสัมพันธ์เชิงชู้สาวถือเป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้รับบริการอย่างชัดเจน (Herlihy & Corey, 2014) เนื่องจากผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตมีบทบาทในการให้การดูแลและรักษาผู้รับบริการ การมีความสัมพันธ์เชิงชู้สาวอาจส่งผลให้เกิดความขัดแย้งกับบทบาทและเกิดความไม่เท่าเทียมในอำนาจระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ เป็นการเอาเปรียบหรือฉวยโอกาสในสภาวะที่จิตใจของผู้รับบริการไม่เข้มแข็ง ทำให้ผู้รับบริการสูญเสียอำนาจและความสามารถในการควบคุมดูแลชีวิตตนเอง ซึ่งอาจจะนำไปสู่ความสัมพันธ์หรือความประพฤตินอกจากนี้ไม่เหมาะสม ถือเป็นการใช้อำนาจในทางที่ผิดและทรยศต่อความเชื่อใจหรืออาจส่งผลเสียจนก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงกับผู้รับบริการ (Herlihy & Corey, 2014; Remley & Herlihy, 2014)

## **6.ด้านการเคารพเอกลิทธิ (Autonomy)**

การเคารพเอกลิทธิ หมายถึง หลักการทั่วไปทางจริยธรรมที่ว่าด้วย สิทธิของผู้รับบริการในการตัดสินใจเลือกและรับผิดชอบกับพฤติกรรมของตนเองโดยที่ผลของพฤติกรรมนั้นไม่ส่งผลกระทบต่อหรือทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน (Hill & O'Brien, 2014) สามารถที่จะกำกับตนเอง และอิสระที่จะเลือกด้วยตนเองโดยปราศจากการครอบงำจากผู้อื่น (Beauchamp & Childress, 2001) รวมถึงการแจ้งข้อมูล การบริการและการยินยอมรับบริการ เป็นการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการให้บริการทางสุขภาพจิต การทวนสิทธิ์และความรับผิดชอบในการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตและผู้รับบริการ ทั้งในรูปแบบคำพูดและแบบลายลักษณ์อักษร ทั้งนี้ผู้รับบริการมีอิสระที่จะเลือกว่าจะเริ่มรับบริการทางสุขภาพจิต หรือรับบริการต่อหรือไม่ (2014 ACA Code of Ethics, n.d.)

จากการวิจัยครั้งนี้ได้ข้อค้นพบว่า ไม่มีความแตกต่างด้านการเคารพเอกลิทธิในกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีเพศ ช่วงวัย อาชีพ และประเภทชุมชนที่ปฏิบัติงานแตกต่างกัน เนื่องจากพฤติกรรมในด้านการเคารพเอกลิทธินั้นเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเคารพสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้รับบริการ และเกี่ยวข้องกับขั้นตอนในการให้บริการและการแจ้งสิทธิต่างๆแก่ผู้เข้ารับบริการ ซึ่งเป็นกระบวนการมาตรฐานของระบบการให้บริการทางสุขภาพจิตที่ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตจำเป็นต้องรู้และต้องปฏิบัติตาม ดังนั้นจึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ไม่เกิดความแตกต่างขึ้นในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ไม่พบความแตกต่างด้านการเคารพเอกลิทธิในเพศ ช่วงวัย อาชีพ และประเภทชุมชนที่ปฏิบัติงานต่างกัน (Helbok et al., 2006; Pomerantz et al., 1998; K. S. Pope et al., 1987; Schank, 1998)

**คำถามการวิจัยที่สาม** แหล่งข้อมูลที่ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในประเทศไทยใช้ในการอ้างอิงเพื่อประกอบการตัดสินใจเมื่อประสบปัญหาทางจริยธรรมมีอะไรบ้าง

### ผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในประเทศไทยมีแหล่งข้อมูลหรือแหล่งอ้างอิงที่ใช้ประกอบการตัดสินใจเมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่ทำทนายจรรยาบรรณทั้งหมด 14 ประเภท โดยส่วนใหญ่แต่ละคนจะใช้แหล่งอ้างอิง 4-5 แหล่ง ซึ่งแหล่งอ้างอิง 3 อันดับแรกที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุด คือ กฎหมายวิชาชีพ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตพึงทราบข้อกำหนดกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพจิตและปฏิบัติตามมาตรฐานจริยธรรมทางวิชาชีพของตนเองในการปฏิบัติงาน เพื่อให้มั่นใจว่าการดำเนินงานเป็นไปตามแนวทางที่เหมาะสมและไม่ละเมิดสิทธิของผู้รับบริการทางสุขภาพจิต แหล่งอ้างอิงสำคัญอันดับสอง คือ หลักสูตรที่จบการศึกษา เนื่องจากหลักสูตรการศึกษาคือแหล่งอ้างอิงพื้นฐานที่อบรมสั่งสอนให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง รวมถึงเป็นแหล่งฝึกฝนและบ่มเพาะความรู้และความสามารถให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจความสำคัญของหลักจรรยาบรรณ อีกทั้งเรียนรู้กระบวนการคิดการตัดสินใจเพื่อรับมือกับเหตุการณ์ที่ทำทนายจรรยาบรรณ แหล่งข้อมูลที่สำคัญอันดับสาม คือ ผู้นิเทศ (Supervisor) เป็นแหล่งอ้างอิงที่กลุ่มตัวอย่างใช้เพื่อประกอบการตัดสินใจเมื่อประสบปัญหาทางจริยธรรม เนื่องจากผู้นิเทศ (Supervisor) มักเป็นบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในสาขาสุขภาพจิต มีบทบาทในการให้คำแนะนำทางวิชาชีพและส่งเสริมพัฒนาทักษะของผู้ให้บริการ รวมถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งที่เหมาะสมและควรทำเมื่อเกิดปัญหาทางจริยธรรมในการให้บริการสุขภาพจิต การที่มีผู้นิเทศ (supervisor) ให้คำแนะนำในขณะที่เกิดปัญหาจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถตระหนักรู้และตัดสินใจเลือกวิธีในการรับมือกับประเด็นทางจรรยาบรรณได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม นอกจากนี้การเข้ารับการนิเทศอย่างสม่ำเสมอถือเป็นหนึ่งในกระบวนการพัฒนาความรู้ความสามารถของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าในสหรัฐอเมริกาที่ระบุว่า กฎหมายวิชาชีพและหลักสูตรที่จบการศึกษาเป็นแหล่งอ้างอิงที่มีประสิทธิภาพในการใช้ประกอบการตัดสินใจ (K. Pope et al., 1987)

### ข้อจำกัดในการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ มีลักษณะที่หลากหลาย กระจายตัว และมีคุณสมบัติเฉพาะที่ไม่อยู่ภายใต้เงื่อนไขเดียวกัน เช่น การมี/ไม่มีใบประกอบวิชาชีพ อีกทั้งจำนวนของกลุ่มตัวอย่างในบางปัจจัยมีขนาดแตกต่างกันมาก ซึ่งอาจส่งผลต่อการวิเคราะห์เปรียบเทียบ และส่งผลต่อความสามารถในการสรุปผลอ้างอิง (Generalization) ไปถึงกลุ่มประชากรของผู้ให้บริการทางสุขภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ มาตรฐานการสำรวจความเชื่อทางจรรยาบรรณของนักจิตบำบัดของ Pope (1987) แม้จะเป็นแบบสอบถามที่ครอบคลุมหลักการทั่วไปทุกด้านของจรรยาบรรณ หากแต่ไม่ได้มีการจัดแบ่งหมวดหมู่อย่างชัดเจนทำให้แต่ละด้านมีจำนวนข้อคำถามไม่เท่ากัน อาจส่งผลต่อการวิเคราะห์ความแตกต่างในแต่ละด้าน ถึงแม้ว่าเป้าหมายของงานวิจัยนี้ไม่ใช่การสร้างมาตรวัด แต่ควรมีการทบทวนและเพิ่มเติมให้แต่ละด้านมีความครอบคลุมเนื้อหาและน่าเชื่อถืออย่างเท่าเทียมกัน
3. การเก็บข้อมูลครั้งนี้เป็นการใช้แบบสอบถามในลักษณะการรายงานตนเอง (Self-Report) จึงอาจเกิดอคติหรือความคลาดเคลื่อนได้ ซึ่งเป็นหนึ่งในข้อจำกัดของการศึกษาในลักษณะการสำรวจนี้
4. การเก็บข้อมูลครั้งนี้มีความเป็นไปได้ที่ผู้ตอบแบบสอบถามอาจให้ข้อมูลภายใต้อิทธิพลของความคาดหวังทางสังคม (Social desirability) อีกทั้งผู้ที่ตอบแบบสอบถามเป็นกลุ่มที่ถูกเลือกตามความสะดวกและเป็นผู้ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ทำให้มีการกระจายลักษณะทางประชากรศาสตร์ที่น้อย ซึ่งผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมงานวิจัยอาจมีความเชื่อที่เหมือนหรือแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยก็เป็นได้

### ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. งานวิจัยในอนาคตอาจจะมีการศึกษาที่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น เช่น เลือกเฉพาะเจาะจงในบางกลุ่มวิชาชีพ และควรคำนึงถึงจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ให้มีความใกล้เคียงกันเพื่อลดความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการวิเคราะห์
2. งานวิจัยในอนาคตควรมีการพัฒนาและเพิ่มเติมมาตรวัดให้มีความครบถ้วนในทุกๆด้าน และมีจำนวนข้อในแต่ละด้านที่ใกล้เคียงกัน เพื่อเพิ่มน้ำหนักของความน่าเชื่อถือ
3. มีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ เพิ่มเติมที่ส่งผลต่อความเชื่อทางจรรยาบรรณ เช่น ทฤษฎีที่ใช้ในการกระบวนการ ประสบการณ์ในการให้บริการทางสุขภาพจิต หรือศึกษาเจาะลึกในปัจจัยที่น่าสนใจ เช่น ปัจจัยทางเพศที่เกี่ยวข้องกับเพศสภาพ หรือเพศวิถี เป็นต้น
4. มีการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการอื่นๆเพิ่มเติม เช่น การสังเกต หรือ การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด และควรมีการตรวจสอบความคาดหวังทางสังคม (Social Desirability) ร่วมด้วย เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่าง ลดความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดจากอคติ
5. งานวิจัยในอนาคตควรมีการเก็บข้อมูลถึงพฤติกรรมทางจรรยาบรรณที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตและศึกษาถึงสาเหตุว่าเพราะอะไรผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตจึงมีความเชื่อแบบนี้ หรือศึกษาเจาะลึกในบางประเด็นที่น่าสนใจ เช่น ประเด็นทาง



จริยธรรมที่อยากจะตัดสินใจของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต รวมถึงเรื่องกระบวนการตัดสินใจเมื่อเผชิญกับประเด็นทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต

### ข้อเสนอแนะในการประยุกต์ใช้

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยนำร่อง พบว่าผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในประเทศไทยมีความเชื่อทางจรรยาบรรณที่สอดคล้องกับผู้ให้บริการในต่างประเทศที่ได้มีการศึกษาก่อนหน้านี้ ทั้งนี้ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นช่องว่างของหลักจรรยาบรรณที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในหลายด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. การพัฒนานโยบายและแนวทางการปฏิบัติ ผลวิจัยเกี่ยวกับความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตสามารถช่วยในการกำหนดนโยบายและแนวทางการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับค่านิยมและบริบททางสังคมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการทางสุขภาพจิต โดยนักวิชาชีพที่ควรมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายจำเป็นต้องมาจากหลากหลายภาคส่วน หลากหลายเพศ หลากหลายช่วงวัย ทั้งเป็นผู้ที่อยู่ในองค์กรที่มาจากหน่วยงานรัฐ เอกชน หรือเป็นผู้ที่ทำงานในชุมชนที่มีความเฉพาะเจาะจง เพื่อให้การร่างและพัฒนาหลักจรรยาบรรณนั้นมีความครอบคลุมและเกิดประโยชน์ต่อนักวิชาชีพอย่างเท่าเทียม ทั้งนี้ควรมีการอภิปรายเกี่ยวกับประเด็นทางจริยธรรมที่ยังไม่ชัดเจน เช่น การระบุเกี่ยวกับอัตราค่าบริการที่เหมาะสมของการบริการทางสุขภาพจิต หรือแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการจัดเก็บอัตราค่าบริการ หรือพฤติกรรมบางอย่างที่มีความคลุมเครือหรือยากที่จะตัดสินใจ เช่น การยอมรับการฆ่าตัวตายของผู้รับบริการ หรือการร้องไห้ของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต หรือการแสดงอารมณ์ต่างๆของผู้ให้บริการว่าควรมีขอบเขตอย่างไรถึงจะเหมาะสม หรือควรมีการจัดตั้งองค์กรเพื่อเป็นที่ปรึกษาให้กับนักวิชาชีพทางสุขภาพจิตในกรณีที่นักวิชาชีพนั้นประสบกับประเด็นทางจรรยาบรรณที่ยากต่อการตัดสินใจ นอกจากนี้คณะกรรมการวิชาชีพของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตควรพยายามผลักดันหรือมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสนับสนุนกฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติด้านสุขภาพจิตของประเทศไทย
2. การพัฒนาหลักสูตรและการฝึกอบรมผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการฝึกอบรมและพัฒนาผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต โดยเสริมสร้างหรือเพิ่มเติมความรู้ ความเข้าใจของการประกอบวิชาชีพการเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในบริบทที่เป็นจริง หรือสอดคล้องกับความเป็นไทย และเท่าทันกับยุคสมัย เช่น มีการเรียนการสอนเกี่ยวกับการเป็นผู้ประกอบการในวิชาชีพการให้บริการทางสุขภาพจิต จรรยาบรรณหรือสิ่งที่ควรคำนึงในการปฏิบัติงานในแต่ละบริบท แต่ละ

รูปแบบของสถานที่ทำงาน การเผยแพร่ความรู้หรือการโฆษณาเกี่ยวกับการบริการทางสุขภาพจิต ฯลฯ

3. ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตสามารถนำแบบสอบถาม หรือผลการวิจัยที่ได้ไปทบทวนกระบวนการทำงานและการตัดสินใจของตนเองเมื่อเผชิญกับประเด็นทางจริยธรรม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานร่วมกับผู้รับบริการ เนื่องจากการทำความเข้าใจความเชื่อทางจริยธรรมของผู้ให้บริการนั้นเป็นสิ่งจำเป็น ควรมีการทบทวนและตรวจสอบแนวทางการปฏิบัติของตนเองให้สอดคล้องกับหลักการทางจริยธรรม เพื่อเพิ่มความไว้วางใจ และสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์การบำบัดที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นในท้ายที่สุด ความรู้เกี่ยวกับความเชื่อทางจริยธรรมเป็นรากฐานสำคัญสำหรับการตัดสินใจตามหลักจริยธรรม ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตสามารถใช้ความรู้นี้เพื่อจัดการกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ซับซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในการปฏิบัติงานของตน เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถตัดสินใจเลือกทางที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์สูงสุด ตรงตามความต้องการของกระบวนการบำบัด ซึ่งการทบทวนเกี่ยวกับความเชื่อทางจริยธรรมของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตนั้นควรเป็นไปอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตการทำงาน และควรมีการสนับสนุนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันกับนักวิชาชีพอื่นๆ





คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
254 อาคารจามจรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทรศัพท์: 02-218-3202, 02-218-3049 Email: eccu@chula.ac.th

COA No. 198/65

## ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 650105 : การสำรวจความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในประเทศไทย  
ผู้วิจัยหลัก : นางสาว พรพรหม ลิขิตโฆษิตกุล  
หน่วยงาน : คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ได้พิจารณาโดยใช้หลักของ Belmont Report 1979, Declaration of Helsinki 2013, Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOM) 2016, มาตรฐานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ค.) 2560, นโยบายแห่งชาติ และแนวทางปฏิบัติการวิจัยในมนุษย์ 2558 อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ปรีดา ทัดประดิษฐ์)

ประธาน

ลงนาม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ระวีพันธ์ มิ่งกษณ์)

กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 11 ตุลาคม 2565

วันหมดอายุ : 10 ตุลาคม 2566

## เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- เอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย
- โครงการวิจัย
- ผู้วิจัย
- เครื่องมือวิจัย
- ใบประชาสัมพันธ์

## เงื่อนไข

- ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการสมัครจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
- หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
- ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
- ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
- หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลหรืออุบัติเหตุจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
- หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
- หากยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนดต้องแจ้งคณะกรรมการฯ ภายใน 2 สัปดาห์พร้อมคำชี้แจง
- โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF-01-15) และบทความผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทความผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น
- โครงการวิจัยที่มีหลายระยะ จะรับรองโครงการเป็นระยะ เมื่อดำเนินการวิจัยในระยะแรกเสร็จสิ้นแล้ว ให้ดำเนินการส่งรายงานความก้าวหน้า พร้อมโครงการวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องในระยต่อไป
- คณะกรรมการฯ สงวนสิทธิ์ในการตรวจเยี่ยมเพื่อติดตามการดำเนินการวิจัย
- สำหรับโครงการวิจัยจากภายนอก ผู้บริหารส่วนงาน กำกับดูแลการดำเนินการวิจัย



Digital Certificate

เลขที่โครงการวิจัย 650105  
วันที่รับรอง 11 ต.ค. 2565  
วันที่หมดอายุ 10 ต.ค. 2566



ที่ อว 64.7/0153

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศรียศพร ชั้น 7  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

1 กุมภาพันธ์ 2566

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฯ

- สิ่งที่แนบมาด้วย
1. เอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย 1 ฉบับ
  2. ประกาศประชาสัมพันธ์งานวิจัย 1 ฉบับ
  3. แบบสอบถามความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต 1 ฉบับ
  4. ขงขาวติดแสตมป์จำหน่ายถึงผู้วิจัย 1 ฉบับ

ด้วย นางสาวพรพรหม ลิขิตโฆษิตกุล เลขประจำตัวนิสิต 627 00405 38 นิสิตหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา แขนงวิชาจิตวิทยาการปรึกษา ทำวิทยานิพนธ์หัวข้อ “การสำรวจความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในประเทศไทย” เพื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐานสำหรับนำไปพัฒนา ปรับปรุงแนวทางในการปฏิบัติงานด้านจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต โดยมี อาจารย์ ดร.พนิดา เสือวรรณศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

นิสิตมีความประสงค์ขอความอนุเคราะห์ในการประชาสัมพันธ์งานวิจัย และเก็บข้อมูลกับผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช หรือบุคลากรในหน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้บริการจิตบำบัด หรือการปรึกษาเชิงจิตวิทยา โดยตอบแบบสอบถามที่แนบมาให้ จำนวน 1 ชุด แล้วใส่ซองส่งกลับมายังผู้วิจัย หากมีผู้สนใจเข้าร่วมมากกว่า 1 ท่าน สามารถสแกน QR Code บนประกาศประชาสัมพันธ์แล้วตอบคำถามใน Google Form ทั้งนี้งานวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 โครงการวิจัยเลขที่ 650105 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ในการนี้คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดังกล่าวข้างต้น เข้าเก็บข้อมูลในหน่วยงานของท่านด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐสุดา เต้พันธ์)

คณบดีคณะจิตวิทยา

สามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่ โทร. 082 956 2496 หรือ  
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ [p.likitkhositkul@gmail.com](mailto:p.likitkhositkul@gmail.com)

## เอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย/ผู้อยู่ในปกครองและหนังสือแสดงยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย	การสำรวจความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในประเทศไทย
ชื่อผู้วิจัย	นางสาว พรพรหม ลิขิตโฆสิตกุล
ตำแหน่ง	นิสิตระดับปริญญาโท คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย	คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 7 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 02-218-1197 หรือ 02-218-1184
(ที่บ้าน)	91 ซอยหลังวัดหัวลำโพง ถ.ทรัพย์ สีพระยา เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500
โทรศัพท์มือถือ	082-956-2496
E-mail	p.likitkhositkul@gmail.com

ขอเรียนเชิญเข้าร่วมการวิจัย ก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย โปรดทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้เกี่ยวข้องกับอะไรและทำเพราะเหตุใด กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างรอบคอบ หากมีข้อความใดที่อ่านแล้วไม่เข้าใจหรือไม่ชัดเจน โปรดสอบถามเพิ่มเติมกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยจะอธิบายจนกว่าจะเข้าใจอย่างชัดเจน

1. งานวิจัยชิ้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตในประเทศไทย
2. การขอความยินยอมและให้ข้อมูลทำโดยการชี้แจงรายละเอียดผ่านเอกสารข้อมูล และผู้เข้าร่วมการวิจัยให้ข้อมูลผ่านการตอบแบบสอบถามโดยไม่ระบุชื่อ
3. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย คือ ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่ปฏิบัติงานอยู่ในประเทศไทย ทั้งที่มีหรือไม่มีใบประกอบวิชาชีพ จำนวน 160 คน ซึ่งจะต้องผ่านการคัดกรองก่อนจึงจะเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้ โดยมีเกณฑ์การคัดกรอง ดังต่อไปนี้

### เกณฑ์คัดเข้า

1. จบการศึกษาในระดับปริญญาสาขาที่เกี่ยวข้องกับจิตวิทยา จิตวิทยาการปรึกษา จิตวิทยาคลินิก สุขภาพจิต แพทยศาสตร์ (จิตเวชศาสตร์) พยาบาลศาสตร์ (จิตเวชศาสตร์) สังคมสงเคราะห์ศาสตร์

2. ผ่านการอบรมเฉพาะทางที่เกี่ยวข้องกับจิตบำบัด ซึ่งจัดโดยสถาบันการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศที่ได้รับการรับรอง สมาคมวิชาชีพในประเทศไทยที่ได้รับการรับรอง
3. กำลังปฏิบัติหน้าที่อยู่ในปัจจุบัน และมีหน้าที่หลักในการดูแลหรือรักษาบุคคลทั่วไป หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม
4. เป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต ที่ใช้กระบวนการจิตบำบัด เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลหรือรักษาตามหน้าที่หลักของตนเอง เช่น CBT, Person-centered, Psychodynamic, Existential ฯลฯ
5. สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ดี และมีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

#### เกณฑ์คัดออก

- ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ที่มีการให้บริการจิตบำบัดเฉพาะสายด่วน Hotline เป็นหน้าที่หลักเพียงอย่างเดียว และเป็นความต้องการของผู้ให้ข้อมูลที่จะถอนตัว ผู้ให้ข้อมูลสามารถตัดสินใจถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่จำเป็นต้องชี้แจงเหตุผล
4. การคัดกรองผู้มีส่วนร่วมฯ ผู้วิจัยจะเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างผ่าน Gatekeeper ที่ทราบลักษณะและเกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ Gatekeeper ช่วยในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เช่น การเก็บข้อมูลผ่านหน่วยงานหรือองค์กรวิชาชีพต่างๆ
  5. ในการเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย 2 วิธี คือ 1.แบบสอบถามแบบออนไลน์โดยใช้ Google Form และ 2.แบบสอบถามแบบกระดาษ (paper-pencil method) โดยการเก็บข้อมูลนี้จะใช้การเก็บข้อมูลแบบออนไลน์เป็นหลัก และใช้แบบสอบถามแบบกระดาษในกรณีที่ผู้เข้าร่วมไม่สามารถตอบแบบสอบถามออนไลน์ โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้
    - 5.1 การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยที่มี QR Code ในการตอบแบบสอบถามให้กับหน่วยงาน หรือสมาคมวิชาชีพต่างๆ เพื่อคัดกรองและประชาสัมพันธ์งานวิจัยไปยังผู้ที่มีคุณสมบัติสอดคล้อง และสมัครใจเข้าร่วม โดยผู้เข้าร่วมวิจัยนั้นจะตอบแบบสอบถามออนไลน์ผ่านอุปกรณ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยเอง ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เขียนอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและเขียนช่องทางติดต่อไว้ในประกาศประชาสัมพันธ์และในแบบสอบถามออนไลน์แล้ว เพื่อให้ความกระจ่างและความชัดเจนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยสามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง
    - 5.2 การเก็บข้อมูลแบบกระดาษ หากหน่วยงานนั้นๆไม่สะดวกให้เก็บข้อมูลแบบออนไลน์ ผู้วิจัยจะขออนุญาตเก็บข้อมูลแบบกระดาษและเข้าไปเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัย

จะทำการเก็บข้อมูลในสถานที่ที่เป็นที่รวมตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย เช่น โรงอาหาร หลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะเก็บแบบสอบถามกลับทันที โดยรับใส่ซองทึบและปิดผนึกอย่างมิดชิด แต่หากหน่วยงานนั้นๆไม่อนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าไปเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะทำการส่งเอกสารการวิจัย แบบสอบถาม และช่องทางการติดต่อของผู้วิจัยไปยังหน่วยงานนั้นๆ เพื่อเก็บข้อมูลแล้วให้ผู้เข้าร่วมวิจัยส่งข้อมูลกลับมาทางไปรษณีย์

5.3 รายละเอียดของแบบสอบถาม มีทั้งหมด 5 ส่วน ใช้เวลาในการทำแบบสอบถาม ประมาณ 20-30 นาที

- 5.3.1 ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
  - 5.3.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ
  - 5.3.3 แบบสอบถามสำรวจความเชื่อทางจรรยาบรรณ จำนวน 78 ข้อ
  - 5.3.4 แบบสอบถามแหล่งอ้างอิง จำนวน 1 ข้อ
6. ความเสี่ยง/อันตราย และความไม่สะดวกต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้มีความเสี่ยงต่ำที่จะส่งผลเสียต่อทางร่างกายและจิตใจต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย อย่างไรก็ตามในการวิจัยผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ
  7. ประโยชน์ในการเข้าร่วมการวิจัย การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ทางวิชาการเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนา ปรับปรุงแนวทางในการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต รวมไปถึงการบัญญัติมาตรฐานวิชาชีพ และหลักสูตรการเรียนการสอนที่เกี่ยวข้องในอนาคต
  8. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ โดยผู้วิจัยจะจัดเก็บข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยไม่ระบุชื่อ และในส่วนของ การเข้าถึงข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้เดียวที่จะสามารถเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวได้ และข้อมูลที่ได้รับจะใช้ในการวิเคราะห์เฉพาะงานวิจัยนี้เท่านั้น หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้จะไม่ปรากฏในรายงาน
  9. เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดจะถูกทำลายในทันที
  10. การแสดงความขอบคุณ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะส่งให้ Gift Voucher ของห้างสรรพสินค้า Central มูลค่า 500 บาท ทั้งสิ้น 10 จำนวน แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยที่สั่งซื้อและข้อมูลในการติดต่อกลับมา โดยผู้เข้าร่วมวิจัยที่ตอบแบบสอบถามออนไลน์สามารถกรอกอีเมลหรือช่องทางติดต่อกลับได้ใน Link ส่วนท้ายของแบบสอบถาม ส่วนผู้ที่ตอบแบบสอบถามด้วยกระดาษ ผู้วิจัยจะพิมพ์ QR Code ของ Link การตอบกลับแนบไปกับแบบสอบถาม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสามารถสแกนและส่งข้อมูลตอบกลับมาให้ผู้วิจัย จากนั้นผู้วิจัยจะรวบรวมข้อมูลการติดต่อกลับของผู้เข้าร่วมวิจัยที่ได้จากทุกช่องทางแล้วทำการสุ่มโดยการจับฉลาก



11. การเข้าร่วมการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ สามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุก  
ขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผล ไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วม  
วิจัย
12. หากมีข้อสงสัย โปรดสอบถามเพิ่มเติมจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่  
เป็น ประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว
13. หากได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณา  
จริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 อาคารจามจุรี 1  
ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-3202, 0-2218-3049 E-

ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย และเข้าใจข้อมูลดังกล่าวข้างต้นทุกประการแล้ว  
จึงลงนามเข้าร่วมการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และได้รับเอกสารไว้ 1 ชุดแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมการวิจัย

วันที่...../...../.....

mail: [eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

**ก่อนการตอบแบบสอบถาม**  
**ผู้วิจัยขอให้ท่านตอบคำถามเพื่อการคัดกรอง ดังต่อไปนี้**

1. ท่านเป็นผู้จบการศึกษาในระดับปริญญาสาขาเกี่ยวข้องกับจิตวิทยา จิตวิทยาการปรึกษา จิตวิทยาคลินิก สุขภาพจิต แพทยศาสตร์ (จิตเวชศาสตร์) พยาบาลศาสตร์ (จิตเวชศาสตร์) สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ หรือผ่านการอบรมเฉพาะทางที่เกี่ยวข้องกับจิตบำบัด หรือ การปรึกษาเชิงจิตวิทยา ซึ่งจัดโดยสถาบันการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศที่ได้รับการรับรอง

( ) ใช่

( ) ไม่ใช่

2. ท่านเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต ที่ใช้กระบวนการจิตบำบัด หรือ การปรึกษาเชิงจิตวิทยา เป็นหน้าที่หลักหรือเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลรักษาตามหน้าที่หลักของตนเอง

( ) ใช่

( ) ไม่ใช่

3. ลักษณะกระบวนการจิตบำบัด หรือ การปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่ท่านให้บริการนั้น ใช้การพูดคุยเพื่อดูแลรักษาบุคคลทั่วไปหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม ใช้เวลามากกว่า 30 นาทีต่อครั้ง และมีการพูดคุยอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ครั้ง

( ) ใช่

( ) ไม่ใช่

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 CHULALONGKORN UNIVERSITY

หากท่านตอบ **ใช่ทุกข้อ** ขอให้เริ่มทำแบบสอบถามในหน้าถัดไป

หากท่านตอบ **ไม่ใช่ข้อใดข้อหนึ่ง** ถือว่าท่านไม่เข้าเกณฑ์การเป็นผู้เข้าร่วมในงานวิจัยนี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูงที่ท่านให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามของงานวิจัยชิ้นนี้

## แบบสำรวจความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต

### ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ  ชาย  หญิง  อื่นๆ.....
2. อายุ..... ปี
3. อาชีพ
  - นักจิตวิทยาการศึกษา  นักจิตวิทยาคลินิก  จิตแพทย์
  - พยาบาลจิตเวช  อื่นๆ (โปรดระบุ) .....
4. ระดับการศึกษา
  - ปริญญาตรี  ปริญญาโท  ปริญญาเอก
  - อื่นๆ (โปรดระบุ) .....
5. ระดับการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการจิตบำบัด หรือ การศึกษาเชิงจิตวิทยา
  - การอบรมระยะสั้น (12 - 30 ชม.)  การอบรมระยะกลาง (30-80 ชม.)
  - การอบรมระยะยาว (มากกว่า 80 ชม.)
6. รูปแบบหลักในการให้บริการจิตบำบัด หรือ การศึกษาเชิงจิตวิทยา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
  - แบบรายบุคคล (เด็ก,วัยรุ่น)  แบบกลุ่ม (เด็ก,วัยรุ่น)
  - แบบรายบุคคล (ผู้ใหญ่)  แบบกลุ่ม (ผู้ใหญ่)
  - แบบคู่/ครอบครัว  Hotline สายด่วน
7. ทฤษฎีที่ใช้ในการให้บริการจิตบำบัด หรือ การศึกษาเชิงจิตวิทยา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
  - Cognitive Behavioral Therapy (CBT)  Person-Centered
  - Existential  Psychoanalysis/Psychodynamic  Gestalt
  - Buddhist
  - Integrative  อื่นๆ โปรดระบุ.....
8. ลักษณะองค์กร / หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน
  - โรงพยาบาล/อนามัยของรัฐ  โรงพยาบาล/คลินิกเอกชน
  - สถานศึกษา  ศูนย์บำบัด
  - ศาล  กระทรวงและหน่วยงานรัฐ
  - บริษัทเอกชน  Private practice
  - อื่นๆ.....
9. จังหวัดที่ท่านปฏิบัติงาน คือ .....
10. ประสบการณ์ในการให้บริการจิตบำบัดหรือการศึกษาเชิงจิตวิทยา..... ปี

11.จำนวนชั่วโมงในการให้บริการจิตบำบัดหรือการปรึกษาเชิงจิตวิทยา เฉลี่ยต่อสัปดาห์  
.....ชั่วโมง

12.เคยลงเรียน/อบรมวิชาการบรรยายหรือในการให้บริการจิตบำบัด หรือ การปรึกษาเชิงจิตวิทยาหรือไม่

( ) เคย

( ) ไม่เคย

**แบบสำรวจความเชื่อทางจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต**

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย (/) ในช่องที่ตรงกับความเชื่อทางจรรยาบรรณของท่าน โดย

พฤติกรรมในแต่ละข้อท่านคิดว่าถูกหรือผิดจรรยาบรรณอย่างไร 1 = ผิดจรรยาบรรณอย่าง

แน่นอน 2 = ผิดจรรยาบรรณในหลายกรณี 3 = ไม่แน่ใจ 4 = ถูกจรรยาบรรณในหลายกรณี 5 =

ถูกจรรยาบรรณอย่างแน่นอน

		1 = ผิดจรรยาบรรณอย่าง แน่นอน	2 = ผิดจรรยาบรรณใน หลายกรณี	3 = ไม่รู้ / ไม่แน่ใจ	4 = ถูกจรรยาบรรณใน หลายกรณี	5 = ถูกจรรยาบรรณอย่าง แน่นอน
1	สานสัมพันธ์จนกลายเป็นเพื่อนกับอดีต ผู้รับบริการ					
2	กอดผู้รับบริการ					
3	เปิดเผยความลับของผู้รับบริการโดยไม่เจตนา					
4	ยกเว้นค่าบริการทางจิตบำบัด					
5	หลีกเลี่ยงที่จะให้บริการแก่ผู้รับบริการบางกลุ่ม เพราะอาจเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง					
6	ขอความช่วยเหลือจากผู้รับบริการ					
7	ทำธุรกิจร่วมกับผู้รับบริการ					
8	เปิดเผยชื่อของผู้รับบริการในการฝึกอบรมที่ ตนเองเข้าร่วมหรือเป็นผู้สอน					
9	ยอมรับการตัดสินใจที่จะฆ่าตัวตายของ ผู้รับบริการ					

		1 = ผิดจรรยาบรรณอย่าง แน่นอน	2 = ผิดจรรยาบรรณใน หลายกรณี	3 = ไม่รู้ / ไม่แน่ใจ	4 = ถูกจรรยาบรรณใน หลายกรณี	5 = ถูกจรรยาบรรณอย่าง แน่นอน
10	ให้การปรึกษาแก่ผู้รับบริการผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ สื่อออนไลน์					
11	ขอยืมเงินจากผู้รับบริการ					
12	ทำธุรกิจร่วมกันกับอดีตผู้รับบริการ					
13	ไปร่วมงานฉลองของผู้รับบริการ เช่น งานแต่งงาน งานรับปริญญา					
14	ยื่นเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับประเด็นจริยธรรมของเพื่อนร่วมงาน (เมื่อเห็นเพื่อนร่วมงานกระทำผิด)					
15	ให้ของขวัญที่มีมูลค่าน้อยกว่า 500 บาทแก่ผู้รับบริการ					
16	ขายสินค้าให้กับผู้รับบริการ					
17	บอกผู้รับบริการว่า คุณโกรธเขาหรือเธอ					
18	ฟ้องศาลเพื่อตามเก็บค่าบริการจากผู้รับบริการ					
19	ยุติการให้บริการจิตบำบัด หรือการปรึกษาเชิงจิตวิทยา เมื่อผู้รับบริการไม่สามารถชำระค่าบริการได้					
20	ให้ของขวัญที่มีมูลค่ามากกว่า 500 บาทแก่ผู้รับบริการ					
21	ขึ้นค่าบริการ ในขณะที่กระบวนการบำบัด หรือกระบวนการปรึกษายังไม่ยุติ					
22	บอกผู้รับบริการว่า คุณผิดหวังในตัวเขาหรือเธอ					
23	มีความรู้สึกตึงตูดทางเพศกับผู้รับบริการ					
24	ร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ หรือเพิ่มเติมความรู้ที่ทำให้ความเชี่ยวชาญของตนมีความชัดเจนขึ้น					

		1 = ผิดจรรยาบรรณอย่าง แน่นอน	2 = ผิดจรรยาบรรณใน หลายกรณี	3 = ไม่รู้ / ไม่แน่ใจ	4 = ถูกจรรยาบรรณใน หลายกรณี	5 = ถูกจรรยาบรรณอย่าง แน่นอน
25	ให้ของตอบแทนแก่ผู้ที่ส่งต่อผู้รับบริการมาให้					
26	โฆษณาสิ่งต่าง ๆ เช่น วิทยุโทรทัศน์ สื่อ ออนไลน์					
27	บอกผู้รับบริการว่า คุณมีความรู้สึกดีถึงคุณทางเพศ กับผู้รับบริการ					
28	มีความสัมพันธ์ทางเพศกับผู้รับการนิเทศ (Supervisee) ของตนเอง					
29	ร้องไห้ต่อหน้าผู้รับบริการ					
30	ให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นผู้เยาว์ โดยไม่ได้ รับคำยินยอมจากผู้ปกครอง					
31	จูบผู้รับบริการ					
32	ปฏิบัติต่อผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทาง เพศ ราวกับว่าเขามีความเจ็บป่วยทางจิต					
33	มีความสัมพันธ์ทางเพศกับผู้รับบริการผ่านการ สัมผัส (โดยไม่มี การสอดใส่)					
34	รับของขวัญที่มีมูลค่าน้อยกว่า 500 บาทจาก ผู้รับบริการ					
35	ให้บริการจิตบำบัด หรือ การปรึกษาเชิงจิตวิทยา แก่นักเรียนหรือผู้รับการนิเทศ (Supervisee) ของตนเอง					
36	ช่วยผู้รับบริการส่งเรื่องร้องเรียนเพื่อนร่วมงาน ของผู้ให้บริการ เมื่อเห็นเพื่อนร่วมงานกระทำผิด					
37	ปฏิเสธที่จะเปิดเผยผลการวินิจฉัยต่อผู้รับบริการ					
38	มีความสัมพันธ์ทางเพศกับอดีตผู้รับบริการ					

		1 = ผิดจรรยาบรรณอย่าง แน่นอน	2 = ผิดจรรยาบรรณใน หลายกรณี	3 = ไม่รู้ / ไม่แน่ใจ	4 = ถูกจรรยาบรรณใน หลายกรณี	5 = ถูกจรรยาบรรณอย่าง แน่นอน
39	รับของขวัญที่มีมูลค่ามากกว่า 500 บาทจาก ผู้รับบริการ					
40	ให้บริการจิตบำบัด หรือ การปรึกษาเชิงจิตวิทยา แก่เพื่อนของตนเอง					
41	ชักชวนอย่างโจ่งแจ้งให้บุคคลมาเป็นผู้รับบริการ					
42	ประเมินสิทธิในการเลี้ยงดู โดยไม่ได้พบ ผู้ปกครองทั้งสองฝ่าย					
43	มีจินตนาการทางเพศถึงผู้รับบริการ					
44	รับค่าตอบแทนจากการส่งต่อผู้รับบริการไปให้ผู้ บริการอื่นๆ					
45	ให้บริการจิตบำบัด หรือ การปรึกษาเชิงจิตวิทยา แก่ลูกน้องหรือเพื่อนร่วมงานของตนเอง					
46	เชิญผู้รับบริการมาร่วมงานประชาสัมพันธ์ของ ศูนย์ให้บริการ					
47	ประเมินสิทธิในการเลี้ยงดูเด็ก โดยไม่ได้พบกับ ตัวเด็ก					
48	มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทาง เพศกับผู้รับบริการ					
49	รับค่าเชิญของผู้รับบริการไปร่วมงานสังสรรค์ หรืองานสังคมต่างๆ					
50	ให้บริการจิตบำบัด หรือ การปรึกษาเชิงจิตวิทยา ที่อยู่นอกเหนือความเชี่ยวชาญของตนเอง					
51	เชิญผู้รับบริการมาร่วมงานสังสรรค์ หรืองาน สังคมต่างๆ					

		1 = ผิดจรรยาบรรณอย่าง แน่นอน	2 = ผิดจรรยาบรรณใน หลายกรณี	3 = ไม่รู้ / ไม่แน่ใจ	4 = ถูกจรรยาบรรณใน หลายกรณี	5 = ถูกจรรยาบรรณอย่าง แน่นอน
52	ปรึกษากับเพื่อนที่ไม่เกี่ยวข้องทางวิชาชีพ เกี่ยวกับผู้รับบริการ โดยไม่เอ่ยชื่อของ ผู้รับบริการ					
53	ไม่แจ้งเงื่อนไขหรือข้อยกเว้นเกี่ยวกับการเปิดเผย ความลับให้ผู้รับบริการทราบ					
54	รับบริการอื่นๆ (ที่ไม่ใช่เงินหรือสิ่งของ) จาก ผู้รับบริการเป็นค่าบริการทางจิตบำบัด					
55	ให้บริการเฉพาะผู้รับบริการเพศหญิงและเพศ ชายเท่านั้น					
56	ปรึกษากับเพื่อนร่วมงานเกี่ยวกับผู้รับบริการ โดยใช้ชื่อจริงของผู้รับบริการ					
57	ไม่เปิดเผยวัตถุประสงค์ในการทดสอบประเมิน ต่างๆ					
58	รับสิ่งของ (ที่ไม่ใช่เงิน) เป็นค่าบริการ					
59	ให้บริการทางจิตบำบัด หรือ การปรึกษาเชิง จิตวิทยา ขณะที่ตนเองอยู่ภายใต้ฤทธิ์ แอลกอฮอล์					
60	ใช้การเปิดเผยเรื่องราวส่วนตัวเป็นหนึ่งเทคนิค ของการทำจิตบำบัด หรือ การปรึกษาเชิง จิตวิทยา					
61	เปลี่ยนผลวินิจฉัยให้ตรงตามเกณฑ์บริษัท ประกัน					
62	ไม่เปิดเผยอัตราค่าบริการให้ผู้รับบริการทราบ					
63	เรียกเก็บค่าบริการ แม้ผู้รับบริการไม่มาตามนัด					



		1 = ผิดจรรยาบรรณอย่าง แน่นอน	2 = ผิดจรรยาบรรณใน หลายกรณี	3 = ไม่รู้ / ไม่แน่ใจ	4 = ถูกจรรยาบรรณใน หลายกรณี	5 = ถูกจรรยาบรรณอย่าง แน่นอน
64	ให้ผู้รับบริการยืมเงิน					
65	ใช้ชื่อหน่วยงานต้นสังกัดเพื่อหาผู้รับบริการให้กับ คลินิกส่วนตัว					
66	เปิดเผยความลับของผู้รับบริการ เพื่อรายงาน การทารุณกรรมเด็ก					
67	ไม่ยอมให้ผู้รับบริการดูบันทึกการทดสอบ					
68	ลงชื่อรับรองจำนวนชั่วโมงการนิเทศก์ของผู้รับ การนิเทศ (Supervisee) เกินกว่าความเป็นจริง					
69	อนุญาตให้ผู้รับบริการค้างชำระเป็นจำนวนมาก					
70	ใช้บริการบริษัทติดตามหนี้เพื่อจัดเก็บค่าบริการ ที่ค้างชำระ					
71	เปิดเผยความลับของผู้รับบริการ หาก ผู้รับบริการมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย					
72	ไม่ยอมให้ผู้รับบริการดูรายงานผลการทดสอบ					
73	ส่งตัวผู้รับบริการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยที่ผู้รับบริการไม่สมัครใจ					
74	อนุญาตให้ผู้รับบริการถอดเสื้อผ้า					
75	ได้รับค่าจ้างจากการหักเปอร์เซ็นต์ของค่าบริการ					
76	เปิดเผยความลับของผู้รับบริการ หาก ผู้รับบริการมีแนวโน้มจะทำอันตรายผู้อื่นถึงแก่ ชีวิต					
77	ไม่ยอมให้ผู้รับบริการอ่านบันทึกการบำบัด					
78	ถอดเสื้อผ้าต่อหน้าผู้รับบริการ					

**แบบสอบถามแหล่งอ้างอิงและแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจของนักจิตบำบัด**

**คำชี้แจง :** โปรดทำเครื่องหมาย (/) ตรงแหล่งข้อมูลหรือแหล่งอ้างอิงที่ท่านใช้ในการหาข้อมูล

**ประกอบการตัดสินใจ เมื่อเผชิญปัญหาทางด้านจรรยาบรรณ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> นิตยสาร/บทความทั่วไป  | <input type="checkbox"/> งานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์            | <input type="checkbox"/> หนังสือ             |
| <input type="checkbox"/> หลักสูตรที่จบการศึกษา | <input type="checkbox"/> Workshop/การฝึกอบรม                    | <input type="checkbox"/> เพื่อนร่วมชั้นเรียน |
| <input type="checkbox"/> เพื่อนร่วมงาน         | <input type="checkbox"/> เพื่อนร่วมวิชาชีพ (นอกองค์กร)          | <input type="checkbox"/> เพื่อนทั่วไป        |
| <input type="checkbox"/> หัวหน้างาน            | <input type="checkbox"/> ผู้นิเทศ (Supervisor)                  | <input type="checkbox"/> กฎหมายวิชาชีพ( )    |
| <input type="checkbox"/> กฎ/นโยบายของหน่วยงาน  | <input type="checkbox"/> กฎหมายวิชาชีพของต่างประเทศ (APA, BACP) |  |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ        |   |  |



### บรรณานุกรม

- Anderson, S. K., & Handelsman, M. M. (2011). *Ethics for psychotherapists and counselors: A proactive approach*. John Wiley & Sons.
- Anderson, S. K., & Kitchener, K. S. (1996). Nonromantic, nonsexual posttherapy relationships between psychologists and former clients: An exploratory study of critical incidents. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27(1), 59.
- Arpanantikul, M., Sanadisai, S., Orathai, P., & Prapaipanich, W. (2016). *Ethics in nursing profession*.
- Barnett, J. E., Lazarus, A. A., Vasquez, M. J., Moorehead-Slaughter, O., & Johnson, W. B. (2007). Boundary issues and multiple relationships: Fantasy and reality. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(4), 401a.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press, USA.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences, Rev. ed.* Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Corey, G., Corey, M. S., Corey, C., & Callanan, P. (2011). *Issues and ethics in the helping professions*. Cengage Learning.
- Crandell, C., & Zanden, J. (2012). Human Development (ed.). In: New York: McGraw-Hill.
- Gibson, W. T., & Pope, K. S. (1993). The ethics of counseling: A national survey of certified counselors. *Journal of Counseling & Development*, 71(3), 330-336.
- Gottlieb, M. C. (1994). Ethical decision making, boundaries, and treatment effectiveness: A reprise. *Ethics & Behavior*, 4(3), 287-293.
- Helbok, C. M., Marinelli, R. P., & Walls, R. T. (2006). National survey of ethical practices across rural and urban communities. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(1), 36.
- Herlihy, B., & Corey, G. (2014). *ACA ethical standards casebook*. John Wiley & Sons.
- Herlihy, B., & Corey, G. (2015). *Boundary issues in counseling: Multiple roles and responsibilities, 3rd ed.* American Counseling Association.
- Hill, A. L. (2004). Ethical analysis in counseling: A case for narrative ethics, moral visions,

- and virtue ethics. *Counseling and Values*, 48(2), 131-148.
- Hill, C., & O'Brien, K. (2014). Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action . American Psychological Association. In.
- Jiggins, K. C., & Asempapa, B. (2016). Values in the counseling profession: Unethical vs. non-maleficence. *VISTAS* 2016, 1-10.
- Koocher, G. P., & Keith-Spiegel, P. (2008). *Ethics in psychology and the mental health professions: Standards and cases, 3rd ed.* Oxford University Press.
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS medicine*, 3(11), e442.
- Norman, G. (2010). Likert scales, levels of measurement and the “laws” of statistics. *Advances in health sciences education : theory and practice*, 15 , 625-632 .  
<https://doi.org/10.1007/s10459-010-9222-y>
- Phungpong, S. (2019). Competencies and self development of Thai clinical psychologists. *Journal of Mental Health of Thailand*, 27(1), 1-14.
- Pope, K., Tabachnick, B., & Keith-Spiegel, P. (1987). Ethics of Practice: The Beliefs and Behaviors of Psychologists as Therapists. *The American psychologist*, 42, 993-1006.  
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.42.11.993>
- Pope, K. S. (1994). *Sexual involvement with therapists: Patient assessment, subsequent therapy, forensics.* American Psychological Association.
- Pope, K. S., & Vasquez, M. J. T. (2011). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide, 4th ed* [doi:10.1002/9781118001875]. John Wiley & Sons Inc.  
<https://doi.org/10.1002/9781118001875>
- Pope, K. S., & Vetter, V. A. (1992). Ethical dilemmas encountered by members of the American Psychological Association: A national survey. *American Psychologist*, 47(3), 397.
- Proctor, G. (2014). Values and Ethics in Counselling and Psychotherapy. In. SAGE Publications, Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781473921030>
- Ratanasajtam, K., Serekatorkicharoen, P., & Sathitsathien, W. (2003). *Analysis and synthesis of professional ethics in Thailand.*
- Remley, T. P., & Herlihy, B. (2014). *Ethical, legal, and professional issues in counseling.* Pearson Upper Saddle River, NJ.

Sperry, L. (2007). *The Ethical and Professional Practice of Psychotherapy and Counseling: Instructors Manual*.

Werth Jr, J. L., Hastings, S. L., & Riding-Malon, R. (2010). Ethical challenges of practicing in rural areas. *Journal of clinical psychology*, 66(5), 537-548.

Winter, L. A. (2019). Social justice and remembering “the personal is political” in counselling and psychotherapy: So, what can therapists do? *Counselling and Psychotherapy Research*, 19(3), 179-181.

กรมสุขภาพจิต. (2558). มาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต. สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข. (2561). พจนานุกรมการสาธารณสุขไทย พ.ศ.2561 ฉบับ 100 ปี การสาธารณสุขไทย. In

กัลยา วานิชย์บัญชา, & ชูิตา วานิชย์บัญชา. (2559). การใช้ *SPSS for Windows* ในการวิเคราะห์ข้อมูล. ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

แก้วกำเนิด, พ. (2546). จรรยาบรรณวิชาชีพ. สารานุกรมศึกษาศาสตร์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 29, 65-68.



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	พรพรหม ลิขิตโฆษิตกุล
วัน เดือน ปี เกิด	16 เมษายน 2534
สถานที่เกิด	มุกดาหาร



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY