



ผลของกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตา กรุณาต่อ
ตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ
THE EFFECT OF ONLINE GROUP COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY TO ENHANCE
SELF-COMPASSION AND MENTAL HEALTH AMONG LGBTQ+

นนทยา คุ่มญาติ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2566

ผลของกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตา กรุณาต่อ
ตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ



ปริญญานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ปีการศึกษา 2566
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

THE EFFECT OF ONLINE GROUP COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY TO ENHANCE
SELF-COMPASSION AND MENTAL HEALTH AMONG LGBTQ+



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of MASTER OF ARTS
(Applied Psychology)

Graduate School, Srinakharinwirot University

2023

Copyright of Srinakharinwirot University

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

ผลของกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตา กรุณาต่อตนเองและ
สุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ

ของ

นนทยา คุ่มญาติ

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์

ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์จิตร์ชัย เอกปัญญาสกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์

ที่ปรึกษาหลัก

(รองศาสตราจารย์ ดร.นันท์ชัตต์สัณห์ สกุลพงศ์)

ประธาน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉนยศ สุมาลย์โรจน์)

กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมราพร สุรการ)

ชื่อเรื่อง	ผลของกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ
ผู้วิจัย	นันทยา คุ่มญาติ
ปริญญา	ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา	2566
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. นันทิชาตสันต์ สกุลพงศ์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ ในระยะหลังการทดลองและติดตามผล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยมีลักษณะตามเกณฑ์การคัดเลือกและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 27 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 12 คน ที่ได้รับกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตจำนวน 8 ครั้ง และกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน ที่ได้รับเอกสารความรู้เรื่องความเมตตากรุณาต่อตนเองและคลิป์วิดีโอการฝึกสติ รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ดำเนินการทดลองตามแบบแผนการวิจัย โดยทดสอบก่อน หลังและวัดซ้ำในระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ ที่ถูกนำไปทดลองใช้กับผู้มีความหลากหลายทางเพศจำนวน 6 คน ทำจิตบำบัดจำนวน 7 ครั้ง จากนั้นปรับปรุงและพัฒนาจนได้ โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศฉบับสมบูรณ์ แบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเองและแบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (Version 2007) ทำการศึกษาประสิทธิผลด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพหุคูณสองทางแบบวัดซ้ำ ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ไม่พบการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล และพบว่ากลุ่มทดลองมีความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง แต่พบว่าสูงกว่าในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) โดยความเมตตากรุณาต่อตนเองมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ .27 และสุขภาพจิตมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ .34 ผลการวิจัยสามารถนำไปโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์ฯ ไปขยายผลเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศต่อไป

คำสำคัญ : ความหลากหลายทางเพศ, จิตบำบัด, ออนไลน์, เมตตากรุณา, สุขภาพจิต

Title	THE EFFECT OF ONLINE GROUP COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY TO ENHANCE SELF-COMPASSION AND MENTAL HEALTH AMONG LGBTQ+
Author	NONTAYA KUMYAT
Degree	MASTER OF ARTS
Academic Year	2023
Thesis Advisor	Associate Professor Dr. Nanchatsan Sakunpong

This research aims to study the effectiveness of an online cognitive behavioral therapy group to enhance self-compassion and mental health among LGBTQ+, both immediately after the intervention and at a follow-up period. The sample consisted of 27 participants who met the inclusion criteria and voluntarily joined the study. They were divided into two groups: an experimental group of 12 participants, who received eight sessions of the online group cognitive behavioral therapy to enhance self-compassion and mental health, and a control group (15 participants) who received self-compassion knowledge documents and mindfulness practice videos. The research employed a quasi-experimental design, with pre-test, post-test, and follow-up measurements conducted one month after the end of the program. The instruments used included the online group cognitive behavioral therapy to enhance self-compassion and mental health among LGBTQ+. Initially, it was tried out on six participants in seven therapy sessions. Then the program was refined and developed into a complete version of the online group cognitive behavioral therapy, the Self-Compassion Scale, and the Thai Mental Health Indicator: Short Version (2007). The effectiveness of the intervention was analyzed using two-way repeated measures multivariate analysis of covariance (MANCOVA). The results indicated no interaction between the groups receiving and not receiving the online group cognitive behavioral therapy in terms of self-compassion and mental health, both in the post-experiment and follow-up phases. However, it was found that the experimental group exhibited significantly higher levels of self-compassion and mental health at the follow-up period compared to the control group (p -value $< .05$). The effect size for self-compassion was .27 and for mental health was .34. These findings suggest that the online group cognitive behavioral therapy program can be extended to further enhance self-compassion and mental health among LGBTQ+.

Keyword : LGBTQ+, psychotherapy, online, compassion, mental-health

กิตติกรรมประกาศ

ปริญญานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี เนื่องจากผู้วิจัยได้รับความเมตตากรุณาและความช่วยเหลือจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์และผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะและคอยให้กำลังใจเสมอมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาจารย์ที่ปรึกษา ได้แก่ รองศาสตราจารย์ ดร. นันทชัยตัญญู สกฤตพงศ์ ผู้เป็นที่เคารพของผู้วิจัยเป็นอย่างสูง อาจารย์มอบความรู้ให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจและขัดเกลาผู้วิจัยให้มีวินัย จนสามารถทำปริญญานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งและขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง

ขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธนยศ สุมาลย์โรจน์ ประธานกรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อมรพร สุการ กรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์ ที่สละเวลาตรวจทานและให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงและพัฒนาปริญญานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอบพระคุณคณาจารย์ประจำหลักสูตรจิตวิทยาประยุกต์ทุกท่านที่มอบความรู้ และคอยมอบกำลังใจในเส้นทางของการเป็นบัณฑิต ตลอดจนให้คำแนะนำในการดำเนินการในแต่ละขั้นตอนของปริญญานิพนธ์เล่มนี้ และขอขอบพระคุณนักวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กล่าวถึงและอ้างอิงในปริญญานิพนธ์ฉบับนี้

ขอบพระคุณ พี่เอสเค คลินิก ที่ให้ทุนวิจัยในการดำเนินการในทุกกระยะของการวิจัย ช่วยให้ผู้วิจัยดำเนินการในการทำปริญญานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอบพระคุณเครือข่ายออนไลน์ผู้มีความหลากหลายทางเพศ คลินิกแทนเจอริน สมาคมฟ้าสีรุ้ง และทุกท่านที่ผู้วิจัยอาจกล่าวถึงไม่หมด ที่เสียสละพื้นที่ในการประชาสัมพันธ์ในการหากลุ่มตัวอย่างการวิจัย

ขอบคุณเพื่อนจิตวิทยาประยุกต์ ที่คอยสนับสนุน และให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องตลอดเส้นทางของการเรียนปริญญาโท ทำให้ผู้วิจัยทำตามความฝันได้สำเร็จลุล่วง

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณตนเอง ครอบครัว และญาติพี่น้อง ที่คอยให้กำลังใจและสนับสนุนในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยท้อแท้ ทำให้ผู้วิจัยมีพลังในการดำเนินการตามเป้าหมายจนสำเร็จ จนทำให้ปริญญานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงได้

นนทยา คุ่มญาติ

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญรูปภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ที่มาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
ขอบเขตการวิจัย	6
ประชากร	6
กลุ่มตัวอย่าง	7
กลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตา กรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ	7
วิธีวิทยาการวิจัย	7
ตัวแปรในการวิจัย	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
1. ความเมตตา กรุณาต่อตนเอง.....	9
1.1 แนวคิดของความเมตตา กรุณาต่อตนเอง.....	9

1.2 ความหมายและองค์ประกอบของความเมตตากรุณาต่อตนเอง.....	10
1.3 การวัดความเมตตากรุณาต่อตนเอง.....	12
2. สุขภาพจิต.....	16
2.1 ความหมายของสุขภาพจิต.....	16
2.2 การวัดสุขภาพจิต	17
3. การทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy)	19
3.1 ที่มาของการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม	19
3.2 ความหมายของการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม	20
3.3 ลักษณะของการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม	24
3.4 เทคนิคพื้นฐานของการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม.....	24
3.5 การทำกลุ่มจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม.....	28
3.6 การทำจิตบำบัดออนไลน์	31
3.7 การทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิต	36
นิยามปฏิบัติการ	39
1. กลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิต	39
2. ความเมตตากรุณาต่อตนเอง (self-compassion).....	40
3. สุขภาพจิต	41
กรอบแนวคิดการวิจัย	41
สมมติฐานการวิจัย.....	44
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	45
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	45
ประชากรที่ใช้ในการวิจัย	45

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย.....	45
รายละเอียดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	46
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	46
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	47
3.2.1 แบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเอง (Self – Compassion Scale).....	47
3.2.2 แบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007) (Thai Mental Health Indicator: THMI-15)	49
3.2.3 กลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ.....	50
3.2.4 เอกสารความรู้เรื่องความเมตตากรุณาต่อตนเองและคลิปวิดีโอการฝึกสติ	56
3.4 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	56
3.4.1 แผนแต่ละขั้นตอนการทดลอง.....	56
3.4.2 วิธีการดำเนินการทดลอง	57
3.4.3 ขั้นตอนการทดลอง.....	63
3.4.4 ขั้นตอนติดตามผล.....	63
3.4.5 การติดตามกลุ่มตัวอย่าง.....	63
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
3.6 การรับรองจริยธรรม	65
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	67
1. ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร.....	68
2. ผลการทดสอบสมมติฐาน.....	71
3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	77
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	81
สรุปผลการวิจัย.....	82

อภิปรายผลการวิจัย	82
การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์.....	82
ข้อจำกัดของงานวิจัยและข้อเสนอสำหรับการวิจัยในอนาคต	87
ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ.....	88
บรรณานุกรม	91
ภาคผนวก.....	100
ภาคผนวก ก	101
ภาคผนวก ข	108
ภาคผนวก ข	111
ภาคผนวก ค	130
ภาคผนวก ค	139
ภาคผนวก ง.....	142
ประวัติผู้เขียน.....	145

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตา กรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ	52
ตาราง 2 เปรียบเทียบกิจกรรมรูปแบบกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์ฯ ก่อนและหลังปรับแก้ พร้อมสาเหตุ ของการปรับแก้	60
ตาราง 3 สัญลักษณ์และอักษรย่อในการวิเคราะห์ข้อมูล	67
ตาราง 4 จำนวนและร้อยละ จำแนกตาม อายุ อัตลักษณ์ทางเพศ อาชีพ และที่อยู่ปัจจุบัน	68
ตาราง 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเมตตากรุณาต่อตนเองและ สุขภาพจิต จำแนกตามประเภทกลุ่มตัวอย่างและระยะการทดลอง	71
ตาราง 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามด้วยสถิติ Bartlett's test of sphericity	72
ตาราง 7 ความแปรปรวนร่วมพหุตัวแปรสองทางแบบวัดซ้ำของความเมตตากรุณาต่อตนเองและ สุขภาพจิตจำแนกตามการได้รับกลุ่มจิตบำบัดฯ และระยะการทดลอง (Two-way MANCOVA with repeated measure: Multivariate Analysis of Variance)	73
ตาราง 8 ความแปรปรวนร่วมพหุตัวแปรแบบวัดซ้ำของความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิต ระหว่างกลุ่มจำแนกตามระยะการทดลอง (Two-way MANCOVA with repeated measure: Multivariate Analysis of Variance, Between Group)	74
ตาราง 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตรายคู่จำแนกตาม ระยะการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Pairwise Comparison)	75

สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพประกอบ 1 โครงสร้างการรู้คิด (cognitive model) ประยุกต์จาก Judith S. Beck	21
ภาพประกอบ 2 โครงสร้างการรู้คิด (cognitive model) ประยุกต์จาก Judith S. Beck	23
ภาพประกอบ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย	43
ภาพประกอบ 4 แบบแผนการทดลอง.....	56
ภาพประกอบ 5 แสดงขั้นตอนการแบ่งกลุ่มตัวอย่างและเก็บรวบรวมในระยะทดลองและติดตามผล	66
ภาพประกอบ 6 คะแนนเฉลี่ยความเมตตากรุณาต่อตนเองจำแนกตามระยะการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	76
ภาพประกอบ 7 คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตจำแนกตามระยะการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	77

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญ

ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ หมายถึง ผู้ที่มีอัตลักษณ์ทางเพศ (sexual identity) และรสนิยมทางเพศ (sexual orientation) แตกต่างไปจากกรอบบรรทัดฐานระบบเพศของสังคม (ปริญ กิตติธวัชศักดิ์, 2560) สำหรับประเทศไทยเรียกบุคคลกลุ่มนี้ว่า กลุ่มเพศที่สาม (third gender) (ปริญ กิตติธวัชศักดิ์, 2560) ในต่างประเทศเรียกบุคคลกลุ่มนี้โดยใช้ตัวย่อ LGBT มีความหมายดังนี้ L คือ lesbian หมายถึง หญิงรักหญิง, G คือ gay หมายถึง ชายรักชาย, B คือ bisexual หมายถึง รักทั้งเพศเดียวกันและต่างเพศ, T คือ transgender หมายถึง คนข้ามเพศ, Q (queer) หมายถึง การแสดงออกทางเพศ (gender expression) อย่างอิสระแบบไม่มีกรอบ และ + หมายถึง ผู้มีความหลากหลายทางเพศอื่น ๆ ที่ไม่ได้ถูกระบุในตัวย่อ ปัจจุบันประเทศไทยนิยมใช้คำว่า LGBTQ เพื่อเรียกกลุ่มผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศกันอย่างแพร่หลายมากกว่าคำว่า เพศที่สาม

สำหรับด้านสุขภาพจิต (mental health) ผู้มีความหลากหลายทางเพศมีแนวโน้มประสบกับการมีสุขภาพจิตไม่ดี จึงมีอัตราความเสี่ยงของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตสูง เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรที่ไม่ใช่ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ (Pepping, Lyons, & Morris, 2018) เนื่องจากมักถูกกีดกันและถูกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม (ปริญ กิตติธวัชศักดิ์, 2562) รวมไปถึงไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ถูกปฏิเสธหรือถูกทารุณกรรมจากครอบครัว (Koken, Bimbi, & Parsons, 2009; เป็นไท เทวินทร์, อมราพร สุรการ, สุราศกร จันทระประเสริฐ, และ นฤมล พระใหญ่, 2562) ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้มีความหลากหลายทางเพศ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (depression), แพนิค (panic attack), วิตกกังวล (anxiety) และ ความเครียด (stress) เป็นต้น (Brennan, Barnsteiner, Siantz, Cotter, & Everett, 2012; Pepping et al., 2018; เป็นไท เทวินทร์ และคณะ, 2562) ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตเหล่านี้ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการเกลียดกลัวตนเองที่เป็นผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ (internalized homophobia) ที่เป็นผลจากการถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม การถูกสังคมปฏิเสธ ทำให้ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศเกิดทัศนคติด้านลบต่อตนเอง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต (Yolac & Meric, 2021) และอาจเพิ่มความเสี่ยงสู่การทำร้ายตนเอง (self-harm) (Rehman, 2020) ซึ่งปัญหาเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงการขาดความรัก ความเมตตาต่อตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมพบว่ามีตัวแปรทางจิตวิทยาเชิงบวกที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต ได้แก่ ความเมตตา กรุณาต่อตนเอง (self-compassion) ซึ่งเป็นปัจจัยทำนายเรื่องสุขภาพจิตใน

กลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ (Helminen et al., 2023) โดยผู้ที่มีความเมตตากรุณาต่อตนเอง จะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่ขาดความเมตตากรุณาต่อตนเอง ซึ่งเมื่อความเมตตากรุณาต่อตนเองสูงขึ้น ผลเสียต่อสุขภาพจิตก็ลดลงเช่นกัน เช่น ภาวะซึมเศร้า, ความวิตกกังวล, และความทุกข์ทางใจ, การเกลียดกลัวตนเอง (internalized homophobia) (Carvalho & Guiomar, 2022) ซึ่งจะเห็นได้ว่าความเมตตากรุณาต่อตนเองเป็นปัจจัยปกป้องต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต จึงมีความสำคัญที่ควรพัฒนา

ความเมตตากรุณาต่อตนเอง (self-compassion) หมายถึง การที่บุคคลใจดีมีเมตตา มีความเมตตากรุณาต่อตนเอง แม้จะประสบกับความผิดพลาดล้มเหลว ไม่หลักหนึ่หรือปฏิเสธปัญหา และไม่ตัดสินความผิดพลาดของตนเองด้วยทัศนคติเชิงลบ เช่น ตำหนิตนเอง (self-judgment) เป็นต้น แต่เปลี่ยนเป็นทัศนคติเชิงบวกต่อตนเอง ใจดีต่อตนเอง มองความล้มเหลวที่เกิดขึ้นด้วยความเข้าใจว่าเป็นประสบการณ์ส่วนหนึ่งของการเป็นมนุษย์ มีสติอยู่กับปัจจุบัน รับรู้ความคิดความรู้สึกที่เกิดขึ้นอย่างสมดุล ปรารถนาที่จะฟื้นฟูจิตใจตนเอง ด้วยความอบอุ่น ใจดี มีเมตตากรุณา ความเมตตากรุณาต่อตนเองยังเป็นทัศนคติเชิงบวกที่ปกป้องสุขภาพจิตของบุคคลจากผลเสียที่ตามมาจากทัศนคติด้านลบที่เกิดขึ้นจากความล้มเหลว บุคคลที่มีความเมตตากรุณาต่อตนเองจะมีสุขภาพทางจิตที่ดีกว่าบุคคลที่ขาดความเมตตากรุณาต่อตนเอง ยกตัวอย่างเช่น ภาวะซึมเศร้าจะต่ำกว่า เพราะบุคคลที่มีความเมตตากรุณาต่อตนเองมักใจดีกับตนเอง แทนการตำหนิตนเอง ซึ่งเสี่ยงที่จะประสบกับภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง (Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald, & Zuroff, 1982) ผู้ที่ขาดความเมตตากรุณาต่อตนเอง เมื่อประสบกับความล้มเหลว บุคคลจะสนใจแต่ความคิดของตนเอง (Wood, Saltzberg, Neale, Stone, & Rachmiel, 1990) ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว (K. Neff, 2003a) หรือผู้ที่คิดรำพึงรำพันกับความรู้สึกมากเกินไปจะอยู่กับปัญหานานกว่าผู้ที่ไม่คิดรำพึงรำพันกับความรู้สึก เนื่องจากบุคคลจะหาทางแก้ไขปัญหานั้น (Nolen-Hoeksema, 1991)

เพื่อป้องกันปัญหาที่เกิดจากการมีสุขภาพจิตไม่ดีในผู้ที่ขาดความเมตตากรุณาต่อตนเอง ผู้วิจัยหลายคนคิดค้นโปรแกรมการช่วยเหลือ (intervention) ที่สามารถเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยกตัวอย่าง เช่น K. D. Neff and Germer (2013) ผู้พัฒนาโปรแกรมการฝึกความเมตตากรุณาต่อตนเองด้วยการเจริญสติ (Mindful Self-Compassion Training) ใช้ระยะเวลาการฝึกจำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ฝึกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทำการศึกษานำร่อง 2 ครั้ง ผลการศึกษาครั้งที่ 1 พบว่าหลังการทดลองผู้เข้าร่วมมีความเมตตากรุณาต่อตนเองเพิ่มขึ้น และผลการศึกษาครั้งที่ 2 พบว่าหลังการทดลองผู้เข้าร่วมกลุ่มทดลองที่

ได้รับโปรแกรมมีความเมตตากรุณาต่อตนเองเพิ่มขึ้นและสูงกว่ากลุ่มควบคุม และในระยะติดตามผล 6 เดือน และ 1 ปี พบว่าผู้เข้าร่วมที่ได้รับโปรแกรมมีระดับความเมตตากรุณาต่อตนเองยังคงสูงเท่าเดิม เป็นต้น และการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมพบว่าโปรแกรมการช่วยเหลือแบบกลุ่มตามทฤษฎีการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมสามารถเพิ่มระดับความเมตตากรุณาต่อตนเองได้เช่นกัน ยกตัวอย่างเช่น การศึกษาหัวข้อ เทคนิคการปรับโครงสร้างทางความคิด (Cognitive Restructuring) เพื่อพัฒนาความเมตตากรุณาต่อตนเองของนักเรียนในกลุ่มของนักเรียนมัธยมปลาย (Mayasari, 2022) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการทำจิตบำบัดมีความเมตตากรุณาต่อตนเองเพิ่มขึ้น คล้ายคลึงกับวิจัยของ ประภาพิมพ์ ลิปตพัลลภ (2558) ที่ศึกษาเรื่อง ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมต่อความพึงพอใจในภาพลักษณ์ทางร่างกาย การประเมินตนเองเสมือนวัตถุ และความเมตตากรุณาต่อตนเองในสตรีวัยรุ่นไทย ผลการศึกษาพบว่า ความเมตตากรุณาต่อตนเองของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นหลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรม และ Agus Rizal, Budi Purwoko, and Hariastuti (2020) ที่ศึกษาเรื่องการเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองในกลุ่มนักเรียนโดยใช้โปรแกรมการบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมตามหลักศาสนาอิสลาม ผลการวิจัยพบว่า การบำบัดแบบกลุ่มโดยใช้แนวทางการบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมตามหลักศาสนาอิสลาม ด้วยเทคนิคการฝึกซ้อมและเสริมแรงพฤติกรรม มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองในกลุ่มนักเรียน

การทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) คือการประยุกต์ใช้โครงสร้างการรู้คิด (cognitive model) เพื่อลดหรือปรับแก้ปัญหาของความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ให้กลับมามีพื้นฐานของความเป็นจริง การทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดที่มีโครงสร้างชัดเจน, ระยะเวลาในการบำบัดสั้น, ในระยะแรกเริ่มใช้สำหรับบำบัดผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เน้นแก้ไขปัญหที่กำลังประสบอยู่ในปัจจุบันปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้กลับมามีความจริงมากขึ้น (Beck, 1964, 1993) ต่อมาได้นำการบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมไปประยุกต์ใช้ แต่ยังคงอยู่บนพื้นฐานโครงสร้างการรู้คิด โดยได้ทำการปรับเปลี่ยนจุดสนใจ, เทคนิค, และระยะเวลาของการบำบัดจากนั้นนำไปใช้กับกลุ่มบุคคลที่มีความผิดปกติและปัญหาที่หลากหลายแตกต่างกันจนประสบผลสำเร็จ ยกตัวอย่างเช่น งานวิจัยหัวข้อ การวิเคราะห์ห่อภิมาน: การทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมในเด็กและวัยรุ่นที่มีโรคความเครียดหลังเจอเหตุการณ์สะเทือนใจ (Chen-Yang et al., 2022) และงานวิจัยหัวข้อ การทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมสำหรับความวิตกกังวลและ

ความผิดปกติที่เกี่ยวข้อง: การวิเคราะห์ห่อหุ้มของการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมด้วยยาหลอก (Carpenter JK et al., 2018) เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโปรแกรมการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตยังมีไม่มากนัก ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มที่ไม่ใช่ผู้มีความหลากหลายทางเพศ และบางงานวิจัยเป็นโปรแกรมการทำจิตบำบัดแบบผสมผสาน โดยมีการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมร่วมด้วย อีกทั้งบางงานวิจัยใช้เทคนิคบางส่วนของการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม ยกตัวอย่างเช่น ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมต่อความพึงพอใจในภาพลักษณ์ทางร่างกาย การประเมินตนเองเสมือนวัตถุ และความเมตตากรุณาต่อตนเองในสตรีวัยรุ่นไทย ที่ศึกษาในกลุ่มผู้หญิงวัยรุ่นในประเทศไทย (ประภาพิมพ์ ลิปตพัลลภ, 2558) การศึกษาวิจัยของ Beaumont, Durkin, McAndrew, and Martin (2016) หัวข้อ การทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมที่มุ่งเน้นเยียวยาบาดแผลทางจิตใจ (Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy) โดยเสริมการบำบัดที่มุ่งเน้นความเมตตากรุณา (Compassion-Focused Therapy) สำหรับเจ้าหน้าที่ดับเพลิงที่มีอาการบาดเจ็บทางใจ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดมุ่งเน้นความเมตตากรุณาประยุกต์ใช้กับการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมที่มุ่งเน้นเยียวยาบาดแผลทางจิตใจ เพื่อลดอาการบอบช้ำทางจิตใจ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความเมตตากรุณาต่อตนเองในกลุ่มเจ้าหน้าที่ดับเพลิงเพศชายและเพศหญิง หรืองานวิจัยของ Mayasari (2022) หัวข้อ เทคนิคการปรับโครงสร้างทางความคิด (Cognitive Restructuring) เพื่อพัฒนาความเมตตากรุณาต่อตนเองของนักเรียน และงานวิจัยหัวข้อการประเมินหลายวิธีของกลุ่มจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมที่เน้นความกรุณา (a compassion-focused cognitive behavioral psychotherapy) ในกลุ่มผู้ที่ทำร้ายตนเอง ที่ได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้หญิงที่ทำร้ายตนเอง (Rayner et al., 2022) เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการทำจิตบำบัดรูปแบบออนไลน์พบว่า การทำจิตบำบัดรูปแบบออนไลน์มีประสิทธิภาพไม่ด้อยไปกว่าการทำจิตบำบัดแบบเผชิญหน้า (face-to-face) เช่น การทำจิตบำบัดออนไลน์ในกลุ่มประชากรผู้ที่มีอาการบาดเจ็บทางใจ (Acierno et al., 2016) และการทำจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมผ่านระบบการประชุมทางไกลผ่านจอภาพ (video conferencing) เป็นที่ยอมรับในการใช้กับกลุ่มประชากรผู้เป็นโรคทางจิตเวช และมีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้า, วิตกกังวล, และย่ำคิดย่ำทำ นอกจากนี้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดและคนไข้ยังดีขึ้นด้วย (Matsumoto et al., 2018)

สอดคล้องกับงานวิจัยแบบอภิมานของ (Currie et al., 2020) พบว่าการทำจิตบำบัดออนไลน์สามารถทำได้ในรูปแบบกลุ่ม โดยไม่สูญเสียองค์ประกอบของการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้บำบัด การทำจิตบำบัดออนไลน์ยังอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้เข้ารับการบำบัด เนื่องจากสามารถเข้ารับการบำบัดจากที่ไหนก็ได้ (Sari, 2021) ลดภาระค่าใช้จ่าย และลดระยะเวลาในการเดินทางไปพบผู้บำบัด (พลอยไพลิน กมลนาวิน, วราภรณ์ ไส้มนันท์, และ มฤษฎ์ แก้วจินดา, 2564) ทำให้ง่ายต่อการเข้าถึงและเป็นส่วนตัว (Amos, Bedu-Addo, & Antwi, 2020) การทำจิตบำบัดรูปแบบออนไลน์จึงเอื้อประโยชน์แก่ผู้มีความหลากหลายทางเพศ ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย โดยไม่จำเป็นต้องเสียเวลาเดินทางเพื่อมาเข้าร่วมงานวิจัย อีกทั้งยังลดปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทางอีกด้วย ทำให้การศึกษานี้เข้าถึงกลุ่มประชากรที่หลากหลายมากขึ้น

ฉะนั้นการศึกษานี้จึงต้องการเติมช่องว่างของความรู้และทดสอบประสิทธิภาพของกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตที่ถูกปรับเหมาะกับกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ เพื่อเป็นการส่งเสริมด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี โดยการให้การสนับสนุนทางด้านสุขภาพจิต ซึ่งเป็นหนึ่งในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในประเทศไทย (SGD)

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ประโยชน์ในเชิงวิชาการ

1. ทราบถึงประสิทธิภาพของกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตที่มีการปรับเหมาะเฉพาะสำหรับกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ (Tailored Interventions)
2. เพื่อเป็นประโยชน์ในการต่อยอดทฤษฎีการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม ในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้มีความผิดปกติทางด้านจิตใจ (Non-clinical)
3. ผลงานวิจัยชิ้นนี้สามารถใช้สนับสนุนงานวิจัยในอนาคต เพื่อพัฒนาต่อยอดแนวความคิดการทำจิตบำบัดรูปแบบออนไลน์ โดยใช้ข้อมูลการวิจัยเป็นการอ้างอิงในการศึกษาการทำจิตบำบัดในรูปแบบออนไลน์ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในยุคปัจจุบัน

4. งานวิจัยชิ้นนี้มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ จึงสามารถนำผลวิจัยนี้ไปพัฒนาต่อยอดงานวิจัยด้านนวัตกรรมในอนาคต โดยอาจนำโปรแกรมการทำจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมไปพัฒนาเป็นชุดเครื่องมือทางอินเทอร์เน็ต (Internet-based intervention) สำหรับบุคคลทั่วไป เพื่อเป็นการแก้ปัญหาด้วยตนเอง (self-help) ซึ่งสามารถเข้าใช้ได้อย่างสะดวกและเป็นส่วนตัว เพียงแค่เชื่อมต่อกับอินเทอร์เน็ต เพื่อลดความต้องการพบนักจิตวิทยาที่มีจำนวนไม่เพียงพอในปัจจุบัน

ประโยชน์ในเชิงปฏิบัติ

1. สหวิชาชีพด้านสุขภาพจิตที่ทำให้ในองค์กรภาครัฐหรือเอกชนที่ให้บริการผู้มีความหลากหลายทางเพศ สามารถนำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตไปใช้กับกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ
2. สามารถนำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตไปประยุกต์ให้เหมาะสมกับความต้องการและลักษณะเฉพาะกับกลุ่มประชากรอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน
3. สามารถใช้ผลวิจัยนี้ในการจัดการฝึกอบรมแก่ผู้ให้คำปรึกษา นักจิตวิทยา หรือบุคลากรสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจและสามารถนำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น
4. สามารถนำรายละเอียดของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์ไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมเวิร์คช็อปโดยใช้รายละเอียดของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์เป็นโครงสร้างหรือการบรรยายเพื่อเผยแพร่ถึงสาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ การสร้างความตระหนักรู้ต่อตนเอง การฝึกปฏิบัติตรวจสอบความคิดและได้แย่งความคิดเชิงลบที่มีต่อตนเอง เพื่อให้ผู้มีความหลากหลายทางเพศเกิดความรู้ความเข้าใจตนเองมากขึ้น อีกทั้งยังสามารถรับมือกับสภาวะทางอารมณ์เชิงลบที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ซึ่งสามารถจัดกิจกรรมได้ทั้งในรูปแบบออนไลน์และรูปแบบเผชิญหน้า

ขอบเขตการวิจัย

ประชากร

ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศในวัยทำงาน ช่วงอายุระหว่าง 22-60 ปี

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้มีความหลากหลายทางเพศที่มีช่วงอายุระหว่าง 22-60 ปี อาศัยอยู่ในประเทศไทย เนื่องจากเป็นกลุ่มที่เข้ามามีบทบาทสำคัญต่อเศรษฐกิจไทย กลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศมีกำลังจับจ่ายสูง ไม่มีครอบครัว ทำให้ไม่มีภาระเรื่องค่าใช้จ่าย จึงสามารถใช้จ่ายเพื่อความต้องการของตนเองได้อย่างอิสระ แต่จากงานวิจัยพบว่ากลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศในช่วงวัยทำงานยังคงประสบกับเหตุการณ์การถูกเลือกปฏิบัติ ตั้งแต่ขั้นตอนการคัดเลือกเข้าทำงาน หรือหากทำงานอยู่ในองค์กรแล้ว ก็ประสบกับเหตุการณ์ถูกเลือกปฏิบัติที่ส่งผลต่อการส่งเสริมความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน (นัทธมน ทวรรณกุลพันธ์, 2559)

กลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ

การทำกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์ อยู่ในขอบเขตของทฤษฎีการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม ซึ่งถูกพัฒนามาจากโปรแกรมจากงานวิจัยของของ Asano et al. (2017) และโปรแกรมจากงานวิจัยของ ประภาพิมพ์ ลิปตพัลลภ (2558) เนื่องจากทั้ง 2 งานวิจัยใช้ทฤษฎีการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมเป็นโครงสร้างหลัก และศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและปัญหาสุขภาพจิต ผู้วิจัยจึงนำมาพัฒนาปรับปรุงให้เหมาะกับกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ จนได้โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตประกอบไปด้วยการทำจิตบำบัดทั้งหมด 8 ครั้ง ระยะเวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง

วิธีวิทยาการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ดำเนินการทดลองตามแบบแผนการวิจัย โดยทดสอบก่อน หลัง (Pretest-Posttest control group Design) (วรรณิ แกมเกตุ, 2555) และผู้วิจัยได้เพิ่มการทดสอบระยะติดตามผล (Follow Up) โดยมีการเก็บคะแนนในระยะก่อน หลังทดลองและระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยผ่านการสุ่ม (random assignment)

ตัวแปรในการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระ คือ กลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ
2. ตัวแปรตาม คือ ความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิต

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้มีความหลากหลายทางเพศ คือ ผู้ที่มีอัตลักษณ์ทางเพศ (sexual identity) และรสนิยมทางเพศ (sexual orientation) แตกต่างไปจากไปจากกรอบบรรทัดฐานระบบเพศของสังคม

L (lesbian) หมายถึง ผู้หญิงรักกับผู้หญิง

G (gay) หมายถึง ผู้ชายรักกับผู้ชาย

B (bisexual) หมายถึง ผู้ที่รักได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง

T (transgender) หมายถึง คนข้ามเพศ ผู้ที่มีจิตสำนึกทางเพศไม่ตรงกับเพศกำเนิด

Q (queer) หมายถึง การแสดงทางเพศ (gender expression) อย่างอิสระ ไม่มีกรอบ

+ หมายถึง ผู้มีความหลากหลายทางเพศอื่น ๆ ที่ไม่ได้ระบุในอักษรย่อ LGBTQ



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง “ผลของกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตา กรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ” ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยได้นำเสนอตามหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1. ความเมตตา กรุณาต่อตนเอง

- 1.1 แนวคิดของความเมตตา กรุณาต่อตนเอง
- 1.2 ความหมายและองค์ประกอบของความเมตตา กรุณาต่อตนเอง
- 1.3 การวัดความเมตตา กรุณาต่อตนเอง

2. สุขภาพจิต

- 2.1 ความหมายของสุขภาพจิต
- 2.2 การวัดสุขภาพจิต

3. การทำกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตา กรุณาต่อตนเองและลดปัญหาสุขภาพจิต

- 3.1 ที่มาของการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม
- 3.2 ความหมายของการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม
- 3.3 ลักษณะของการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม
- 3.4 เทคนิคพื้นฐานของการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม
- 3.5 การทำกลุ่มจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม
- 3.6 การทำจิตบำบัดออนไลน์
- 3.7 การทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตา กรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิต

1. ความเมตตา กรุณาต่อตนเอง

1.1 แนวคิดของความเมตตา กรุณาต่อตนเอง

ความเมตตาและกรุณาเป็นส่วนหนึ่งของหลักพรหมวิหาร 4 ของศาสนาพุทธ ซึ่งหมายถึง ธรรมของผู้เป็นใหญ่ เป็นหลักธรรมประจำใจสำหรับทุกคน ที่ช่วยให้บุคคลใช้ชีวิตอย่าง

ประเสริฐและบริสุทธิ์ ได้แก่ เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา ความเมตตา (loving-kindness) หมายถึง จิตใจที่คิดอยากให้ผู้อื่นเป็นสุข จิตใจที่เป็นมิตรไมตรี มีความเข้าอกเข้าใจ มีความเอื้ออาทรต่อผู้อื่น และปรารถนาอยากให้ผู้อื่นเป็นสุขทั้งกายและใจ (พระปลัดพัฒนะ วฑฺฒโน, 2563) ส่วนความกรุณา (compassion) หมายถึง การที่บุคคลไม่อยู่เฉย เมื่อเห็นผู้อื่นได้รับความลำบาก (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2543) ความปรารถนาให้ผู้อื่นและตนเองมีความสุข พ้นจากความทุกข์ (ปรินดา ตาสี, 2560) ซึ่งความทุกข์ คือ สิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความไม่สบายกายและใจ (พระปลัดพัฒนะ วฑฺฒโน, 2563) โดยมุมมองของหลักพุทธศาสนาได้แบ่งความกรุณาออกเป็น 2 ขั้วได้แก่ ความกรุณาต่อผู้อื่น และความเมตตากรุณาต่อตนเอง ต่อมานักจิตวิทยาชาวตะวันตกเริ่มพัฒนาทฤษฎีเกี่ยวกับความกรุณา โดย Kristen Neff เป็นนักจิตวิทยาชาวตะวันตกคนแรก ๆ ที่พัฒนาทฤษฎีและใช้กระบวนการวิจัยให้เกิดองค์ความรู้เชิงประจักษ์ (ปรินดา ตาสี, 2560)

กล่าวโดยสรุป ความเมตตากรุณาต่อตนเองเป็นทฤษฎีที่ถูกพัฒนามาจากแนวคิดทางพุทธศาสนา ความกรุณาคือการที่บุคคลไม่นิ่งเฉยเมื่อเห็นเพื่อนมนุษย์ได้รับความลำบาก ปรารถนาให้ผู้อื่นและตนเองมีความสุขและพ้นจากความทุกข์ที่เข้ามาทำให้เกิดความไม่สบายใจ เมื่อแนวคิดนี้แพร่หลายสู่ตะวันตก นักจิตวิทยาตะวันตกได้พัฒนาเกี่ยวกับความกรุณาและใช้กระบวนการวิจัยให้เกิดองค์ความรู้เชิงประจักษ์

1.2 ความหมายและองค์ประกอบของความเมตตากรุณาต่อตนเอง

นักวิชาการหลายท่านนิยามความหมายของ ความกรุณา (compassion) คือ การรับรู้ถึงความรู้สึกเศร้าที่เกิดจากความทุกข์ของผู้อื่นและความต้องการช่วยเหลือผู้นั้น (Lazarus, 1991) Dalai (1995) กล่าวว่า การเปิดใจต่อความทุกข์ของผู้อื่นและมีความมุ่งมั่นที่จะช่วยบรรเทาความทุกข์นั้น ต่อมา Kanov et al. (2004) ศึกษาวิจัยหัวข้อ ความกรุณาในชีวิตองค์กร อธิบายว่า ความกรุณาประกอบด้วย การสังเกต (noticing), การรับรู้ทางอารมณ์ (feeling) และการตอบสนอง (responding) กล่าวคือ การสังเกตและตระหนักรู้ถึงความทุกข์ของบุคคล ไม่ว่าจะด้วยการรับรู้ถึงความทุกข์อย่างเข้าใจหรือจะด้วยการประสบกับปฏิกิริยาทางกายหรือทางอารมณ์โดยที่ไม่รู้ตัว, การรับรู้และการตอบสนองทางอารมณ์ต่อความทุกข์นั้นด้วยความเห็นอกเห็นใจ ผ่านการยอมรับมุมมองของบุคคลนั้นและการรู้สึกถึงสิ่งที่บุคคลนั้นกำลังประสบ และตอบสนองด้วยความปรารถนาที่จะบรรเทาความทุกข์ของบุคคลนั้น ต่อมานักจิตวิทยา (Gilbert, 2009) ให้ความหมายของความกรุณาว่า การตระหนักรู้อย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานของผู้อื่นพร้อมกับมีความปรารถนาที่จะบรรเทาความทุกข์นั้น Goetz, Keltner, and Simon-Thomas (2010) ให้ความหมายของความกรุณาว่า ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเห็นความทุกข์ของผู้อื่นซึ่งเป็นแรงบันดาลใจที่ต้องการ

ให้ความช่วยเหลือผู้อื่น และ Feldman and Kuyken (2011) ให้ความหมายความกรุณาว่า การปฏิบัติใจให้รับรู้ความเจ็บปวด และความทุกข์ทั่วไปในประสบการณ์ของมนุษย์ มีความสามารถในการเผชิญกับความเจ็บปวดนั้นด้วยความเมตตา, ความเห็นอกเห็นใจ ใจเย็นและอดทน กล่าวโดยสรุป นิยามของความกรุณานั้นไม่เพียงแต่เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกทุกข์ทรมานของบุคคลอื่น แต่ยังมีความต้องการที่จะช่วยเหลือบุคคลเหล่านั้นด้วย (Strauss et al., 2016) ต่อมา K. Neff (2003a) พัฒนาคำจำกัดความของความกรุณาที่มีต่อผู้อื่นเข้าสู่โครงสร้างของความเมตตากรุณาต่อตนเอง (self-compassion) โดยให้เหตุผลว่าความเมตตากรุณาต่อตนเองสามารถถ่วงดุลภัยกับความกรุณาที่มุ่งเข้าสู่ตนเอง (Strauss et al., 2016)

คริสติน เนฟ (Kristine Neff) ผู้คิดค้นและเป็นเจ้าของแนวคิดทฤษฎีความเมตตากรุณาต่อตนเอง (self-compassion) ให้ความหมายของความเมตตากรุณาต่อตนเองคือ ความปรารถนาที่จะเยียวยาและรักษาจิตใจตนเองด้วยความใจดีมีเมตตา ไม่ตำหนิหรือตัดสินความล้มเหลวของตนเอง ตระหนักรู้ถึงความเจ็บปวดของตนเองอย่างเป็นกลาง มีความเข้าใจและไม่หลีกเลี่ยงจากความเจ็บปวด มองความล้มเหลวที่เกิดขึ้นเป็นประสบการณ์ส่วนหนึ่งของการเป็นมนุษย์ ความเมตตากรุณาต่อตนเองยังเป็นทัศนคติทางอารมณ์เชิงบวกที่ปกป้องบุคคลจากปัญหาที่เกิดจากสุขภาพจิตไม่ดี เช่น ภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นผล ที่ตามมาจากการตัดสินและตำหนิตนเอง การแยกตัว และการหมกมุ่นอยู่กับความคิด ความรู้สึกของตนเองมากเกินไป (K. Neff, 2003a) Shapira and Mongrain (2010) ให้ความหมายของความเมตตากรุณาต่อตนเองว่า การที่บุคคลยอมรับความทุกข์และการสูญเสีย โดยไม่มีการตัดสิน แต่อนุญาตให้ตนเองเข้าไปมีส่วนร่วมด้วยความเมตตาและความอบอุ่น

ความเมตตากรุณาต่อตนเองประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความมีเมตตาต่อตนเอง (self-kindness), ความเป็นมนุษย์ปุถุชน (Common Humanity), และ การมีสติ (Mindfulness) โดยสามารถอธิบายรายละเอียดได้ดังต่อไปนี้

ความมีเมตตาต่อตนเอง (Self-kindness) เปรียบเทียบกับ การตำหนิตนเอง (Self-judgment)

ความมีเมตตาต่อตนเอง หมายถึง การที่บุคคลแสดงความรักต่อตนเอง ปรารถนาที่จะฟื้นฟูจิตใจตนเองด้วยความใจดี ถึงแม้ว่าตนเองจะประสบกับความผิดพลาดล้มเหลว แต่บุคคลก็มีความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจต่อตนเอง มากกว่าการตัดสินและตำหนิตนเองอย่างรุนแรง (Self-judgment)

ความเป็นมนุษย์ปุถุชน (Common Humanity) เปรียบเทียบกับ ความรู้สึกโดดเดี่ยว (Isolation)

ความเป็นมนุษย์ปุถุชน หมายถึง การที่บุคคลมองประสบการณ์ความผิดพลาดล้มเหลวที่เกิดขึ้นในชีวิตของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์การเป็นมนุษย์ เนื่องจากการมนุษย์นั้นล้วนไม่สมบูรณ์แบบ มากกว่ามองว่าความผิดพลาดเป็นเรื่องเฉพาะบุคคล เมื่อบุคคลประสบกับล้มเหลวจึงรู้สึกโดดเดี่ยว แยกตัวออกจากผู้อื่นและสิ่งรอบตัว (Isolation)

การมีสติ (Mindfulness) เปรียบเทียบกับ การครุ่นคิดกับความรู้สึกเกินไป (Over-identification)

การมีสติ หมายถึง การรับรู้ความคิด อารมณ์ และความรู้สึกเจ็บปวดบนพื้นฐานของการมีความตระหนักรู้อย่างสมดุล ไม่ปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยง มากกว่าที่จะหมกมุ่นกับความคิดและความรู้สึกทุกขนั้นมากเกินไป (Over-identification) (K. Neff, 2003a)

กล่าวโดยสรุป ความเมตตากรุณาต่อตนเอง หมายถึง การที่บุคคลมีเมตตาต่อตนเอง แสดงความรักต่อตนเอง ปรารถนาให้ตนเองมีความสุข ไม่ตำหนิและตัดสินตนเอง เมื่อบุคคลจะประสบกับความผิดพลาดล้มเหลว จะตระหนักรู้ถึงความรู้สึกเจ็บปวด ไม่หลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธความรู้สึกนั้น มองประสบการณ์ความล้มเหลวที่เกิดขึ้นด้วยความเข้าใจว่าเป็นประสบการณ์ส่วนหนึ่งของการเป็นมนุษย์ ความเมตตากรุณาต่อตนเองยังเป็นทัศนคติอารมณ์เชิงบวกที่ปกป้องสุขภาพจิตของบุคคลจากผลเสียที่ตามมาจากทัศนคติด้านลบที่เกิดขึ้นจากความล้มเหลว ความเมตตากรุณาต่อตนเองประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ ความเมตตาต่อตนเอง (self-kindness) เมื่อประสบกับความล้มเหลวบุคคลจะแสดงความใจดีต่อตนเองมากกว่าตำหนิตนเอง (self-judgment) มองประสบการณ์ความล้มเหลวเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์การเป็นมนุษย์ปุถุชน (common humanity) มากกว่ามองว่าเป็นเรื่องเฉพาะบุคคลซึ่งทำให้บุคคลต้องแยกตัวจากผู้อื่น (isolation) และมีสติ (mindfulness) ตระหนักรู้ความคิดและความรู้สึกทุกขอย่างสมดุล มากกว่าการหมกมุ่นกับความคิดและความรู้สึกเจ็บปวดนั้นมากเกินไป (over-identification)

1.3 การวัดความเมตตากรุณาต่อตนเอง

แบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเอง (Self-compassion scale: SCS) ถูกสร้างขึ้นโดยเนฟในปี ค.ศ. 2003 (K. Neff, 2003b) ตามองค์ประกอบของความเมตตากรุณาต่อตนเองทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความมีเมตตาต่อตนเอง, ความเป็นมนุษย์ปุถุชน และการมีสติ โดยมีเป้าหมายหลักในการพัฒนา 2 ข้อ 1. เพื่อสร้างแบบวัดที่สามารถประเมินระดับความเมตตากรุณาต่อตนเองที่มีความเที่ยงตรงแม่นยำ 2. เพื่อตรวจสอบผลลัพธ์ทางจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับความเมตตากรุณาต่อตนเองในระดับต่าง ๆ ในระยะแรกเนฟได้เริ่มทดสอบนำร่องด้วยการสนทนากลุ่มกับนักศึกษาปริญญาตรีที่ประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 68 คน แบ่งสมาชิกออกเป็นกลุ่มละ 3-

5 คน โดยให้สมาชิกตอบคำถามปลายเปิดที่มีความเกี่ยวข้องกับความเมตตากรุณาต่อตนเอง ซึ่งคำถามที่ใช้ได้ถูกปรับปรุงเพื่อสำรวจองค์ประกอบของแนวคิด เพื่อให้ได้ข้อมูลของแต่ละองค์ประกอบที่ต้องการวัด จนได้ข้อคำถามจำนวน 71 ข้อ ในระยะต่อมาผู้พัฒนาได้นำข้อคำถามที่ได้จากการศึกษานำร่องที่แสดงทั้งด้านบวกและด้านลบอันประกอบไปด้วย 3 ส่วนคือ self-kindness กับ self-judgment, common humanity กับ isolation และ mindfulness กับ over-identification มาทดลองใช้กับกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นนักศึกษาปริญญาตรีจำนวน 391 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงและความตรงจากการวิเคราะห์เชิงสำรวจ (Exploratory factor analyses: EFA) ผลจากการทดสอบทำให้ข้อคำถามถูกตัดเหลือ 26 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามที่แสดงถึงลักษณะข้อมูลที่ดีที่สุดขององค์ประกอบทั้งหมดของความเมตตากรุณาต่อตนเองทั้งด้านบวกและด้านลบ การวิเคราะห์เชิงยืนยัน (Confirmatory factor analyses: CFA) ถูกนำมาใช้ในการสนับสนุนความเหมาะสมของข้อคำถามที่ตรงกับวัตถุประสงค์และความตั้งใจของทฤษฎีข้างต้น จากการวิเคราะห์เชิงยืนยันเบื้องต้นพบว่าแบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเองมีความเหมาะสมกับการนำไปใช้ประเมินความเมตตากรุณาต่อตนเองในระดับองค์รวมและองค์ประกอบ จากนั้นมีการทดสอบความเที่ยงตรงด้วยการใช้การวิเคราะห์เชิงยืนยันในกลุ่มตัวอย่างที่ 2 จำนวน 232 คน พบว่ามีความเหมาะสมเพียงพอต่อการนำไปใช้สำหรับโมเดลระดับที่สูงขึ้น คะแนนรวมของแบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเอง (SCS) มีค่าความเที่ยงภายในอยู่ในระดับที่ดี Cronbach's alpha เท่ากับ 0.92 และคะแนนข้อคำถามของแต่ละองค์ประกอบมีค่าความเที่ยงภายใน Cronbach's alpha ระหว่าง 0.75-0.81 ตามลำดับ นอกจากนี้จากการทดสอบ Test-Retest Reliability ในช่วงระยะเวลาห่างกัน 3 สัปดาห์พบว่าค่าความเที่ยงภายในยังคงอยู่ในระดับที่ดีสำหรับแบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเอง Cronbach's alpha เท่ากับ 0.93 และองค์ประกอบ Cronbach's alpha มีค่าระหว่าง 0.80-0.88 ตามลำดับ

โดยแบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเองต้องการให้ผู้ตอบประเมินตนเองตามความรู้สึกเกี่ยวกับ “ในช่วงเวลาที่เผชิญความยากลำบาก ฉันคิดอย่างไรต่อตนเอง” แบบวัดนี้เป็นการประเมินความถี่ระดับความคิดเห็น (Likert Scale) 5 ระดับ โดย 1 หมายถึง ไม่เคย 2 หมายถึง นาน ๆ ครั้ง 3 หมายถึง เป็นบางครั้ง 4 หมายถึง ค่อนข้างบ่อย และ 5 หมายถึง บ่อยมาก ตัวอย่างข้อคำถาม “ฉันเป็นคนใจดีกับตัวเอง เมื่อฉันกำลังประสบกับความทุกข์ทรมาน”, “ฉันพยายามมองความผิดพลาดเป็นเงื่อนไขส่วนหนึ่งของการเป็นมนุษย์” และ “เมื่อมีบางสิ่งทำให้ฉันอารมณ์ไม่ดี ฉันพยายามจะควบคุมอารมณ์ของฉันให้อยู่ภาวะสมดุล” เป็นต้น (K. Neff, 2003b)

ต่อมาในปี 2021 K. Neff, Tóth-Király, Knox, Kuchar, and Davidson (2021) ได้พัฒนาแบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเองใหม่ขึ้น 2 ชุด ได้แก่ แบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเองฉบับยาว (The State Self-Compassion Scale Long Form: SSCS-L) สามารถวัดองค์ประกอบของความเมตตากรุณาต่อตนเองได้ 6 องค์ประกอบทั้งด้านบวกและด้านลบ มีข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ และแบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเองฉบับสั้น (The State Self-Compassion Scale Short Form: SSCS-S) สำหรับวัดองค์รวมของความเมตตากรุณาต่อตนเองเท่านั้น มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ โดยในการศึกษาเนฟและคณะ ทดสอบกับกลุ่มประชากรจำนวน 588 คน ผู้เข้าร่วมจะได้รับคำถามซึ่งถูกดัดแปลงมาจากข้อคำถามของแบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเอง (SCS) จำนวน 26 ข้อ จากนั้นจะเลือกข้อคำถาม 3 ข้อในแต่ละองค์ประกอบเพื่อนำมาสร้างแบบวัด SSCS-L จำนวน 18 ข้อ จากการวิเคราะห์ Bifactor-ESEM แสดงให้เห็นถึงความเหมาะสมของโมเดล โดยแบบวัดแบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเองฉบับยาวมีค่าความเชื่อมั่นที่ .94 สำหรับแบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเองฉบับสั้น SSCS-S ถูกสร้างจากการเลือกคำถาม 1 ข้อ จากข้อคำถามของแต่ละองค์ประกอบในแบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเองฉบับยาว โดยเลือกจากปัจจัยที่มี loading factor สูง การวิเคราะห์ทางสถิติแสดงให้เห็นว่าโมเดลมีความเหมาะสมสำหรับการใช้วัดองค์รวมของความเมตตากรุณาต่อตนเอง โดยมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบราคที่ .86 และมีความสัมพันธ์กับ SSCS-L เกือบสมบูรณ์ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ .96 จะเห็นได้ว่าแบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเองที่เนฟสร้างขึ้นและพัฒนาต่อเนื่องจนสมบูรณ์ เหมาะสมในการนำไปใช้เพื่อวัดระดับความเมตตากรุณาต่อตนเองของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเมตตากรุณาต่อตนเอง

ต่อมาได้เริ่มมีนักวิจัยนำแบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเองไปแปลเป็นภาษาของตนเพื่อใช้ในบริบทวัฒนธรรมที่แตกต่างอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในบริบทวัฒนธรรมเอเชีย ยกตัวอย่างเช่น งานวิจัยของ Asano et al. (2017) หัวข้อ การบำบัดกลุ่มแบบการรู้คิดและพฤติกรรมกับการฝึกความกรุณา (Group cognitive behavioral therapy with compassion training) สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนชาวญี่ปุ่น: การศึกษาความเป็นไปได้แบบกลุ่มเดียว (a single-group feasibility study) ได้นำแบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเอง (SCS) ที่ถูกแปลเป็นภาษาญี่ปุ่นและพัฒนา พร้อมนำทดสอบก่อนใช้จริง โดยใช้วัดระดับคะแนนก่อน, หลังและติดตามผล ในกลุ่มประชากรเพศชายที่มีภาวะซึมเศร้า ในการศึกษาทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัด แบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเองฉบับภาษาญี่ปุ่น (SCS-J) มีข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ เป็นการประเมินความถี่ระดับความคิดเห็น (Likert Scale) 5 ระดับ วิธีแปลผลคือ ผู้ที่ได้คะแนน

รวมสูงคือ ผู้ที่มีความความเมตตากรุณาต่อตนเองสูง แบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเองฉบับภาษาญี่ปุ่นมีความถูกต้องและความน่าเชื่อถือในระดับมาตรฐานเป็นที่ยอมรับได้ในฐานะแบบวัดรายงานตนเอง หรืองานวิจัยของ Arimitsu (2016) หัวข้อ ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความกรุณาตนเองในชาวญี่ปุ่น: การศึกษานำร่องแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (A randomized controlled pilot study) ที่ต้องการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมที่เสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองในกลุ่มประชากรญี่ปุ่น ซึ่งนำแบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเอง (SCS) มาแปลและพัฒนาเป็นฉบับภาษาญี่ปุ่น และนำไปใช้เพื่อวัดระดับคะแนนความเมตตากรุณาต่อตนเอง มีจำนวนข้อคำถาม 26 ข้อ ใช้วิธีการประเมินความถี่ระดับความคิดเห็น (Likert Scale) 5 ระดับ โดยผู้ที่ได้คะแนนรวมสูงคือ ผู้ที่มีความความเมตตากรุณาต่อตนเองสูง การนำแบบวัดความกรุณาฉบับญี่ปุ่นมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบราคที่ .88

สำหรับประเทศไทย มีนักวิจัยที่นำแบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเองมาใช้ในการงานวิจัยของตนเองได้แก่ พลอยชมพู อัครธัญญ์ (2555) นิสิตปริญญาโท หลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้แปลแบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเองจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย เพื่อใช้ในการวิจัยหัวข้อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง ความเมตตากรุณาต่อตนเอง ค่าดัชนีมวลกาย การประเมินตนเองเหมือนวัตถุและความพึงพอใจในภาพลักษณ์ทางร่างกายในสตรีวัยรุ่น ที่ศึกษาในกลุ่มนิสิตนักศึกษาเพศหญิง โดยผู้วิจัยทำการแปลภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณจำนวน 3 ท่านประเมินมาตรฐาน และนำไปทดสอบก่อนใช้จริง (Try out) กับกลุ่มประชากรที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มนิสิตนักศึกษา 2 ครั้ง ครั้งแรกจำนวน 80 และ 100 คน ผลทดสอบพบว่าค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบราค (Cronbach's Alpha) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้อกระทงที่เหลือในแบบวัน (Corrected Item-Total Correlation-CITC) ไม่ผ่านเกณฑ์แต่ผู้วิจัยได้ปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษามีความเห็นจะให้เก็บข้อคำถามไว้ จากนั้นนำไปทดสอบอีกครั้งกับกลุ่มประชากรใกล้เคียงกับกลุ่มนิสิตนักศึกษาจำนวน 100 คน ผลทดสอบพบว่าค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบราค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .90 จึงนำข้อคำถามที่แปลและทำการวิเคราะห์ข้อคำถามรายข้อร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิไปใช้จริงในงานวิจัยกับกลุ่มประชากรนิสิตนักศึกษาเพศหญิงจำนวน 327 คน พบว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบราคเท่ากับ .88

ผู้วิจัยจึงเห็นควรว่าในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะทำเรื่องขอแบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเองที่ถูกแปลเป็นภาษาไทย และถูกนำมาใช้ในบริบทของประเทศไทยและกลุ่มประชากรไทย

แล้วได้ผลดีมีความน่าเชื่อถือจาก พลอยชมพู อัครศรัณย์ (2555) นิสิตปริญญาโท หลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยจึงคาดหมายว่าแบบวัดของ พลอยชมพู อัครศรัณย์ (2555) จะสามารถนำมาวัดคะแนนความเมตตา กรุณาต่อตนเองในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศได้ จากนั้นจึงนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มประชากรที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างของผู้วิจัยจำนวน 30 คน และนำวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบราค เพื่อให้ได้แบบวัดที่สามารถประเมินระดับความเมตตากรุณาต่อตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. สุขภาพจิต

2.1 ความหมายของสุขภาพจิต

World Health Organization (2022) ให้ความหมายของ สุขภาพจิต (Mental Health) คือ สภาวะของความผาสุกทางจิตใจ ที่ช่วยให้บุคคลเข้าใจถึงความสามารถของตน ทั้งการเรียนรู้ การทำงาน รวมไปถึงความสามารถในการรับมือกับปัญหาความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต และใช้ความสามารถของตนช่วยเหลือและมีส่วนร่วมกับชุมชน คล้ายคลึงกับ Gamm, Stone, and Pittman (2010) ที่ให้ความหมายไว้ว่า สุขภาพจิต คือ กระบวนการทำงานของจิตที่ไม่บกพร่อง ไม่มีความขัดแย้งภายในจิตใจ ส่งผลให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น สามารถรับมือกับความทุกข์และสามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยสุขภาพจิตเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดความผาสุกทั้งในส่วนบุคคลและครอบครัว อีกทั้งยังส่งผลดีต่อชุมชนหรือสังคม สำหรับประเทศไทย อภิชัย มงคล และคณะ. (2544) ให้ความหมายว่า สภาพชีวิตที่เป็นสุข เป็นผลมาจากความสามารถในการจัดการปัญหาที่เข้ามาในชีวิต มีศักยภาพในการพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี รวมไปถึงมีสุขภาพจิตที่ใจดี ถึงแม้จะสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมจะเปลี่ยนแปลงไป กรมสุขภาพจิต ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า สภาวะจิตใจที่เป็นสุข มีความสามารถในการแก้ปัญหา และปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ในการอยู่ในสังคม มีความคิดสร้างสรรค์ในการทำงาน มีความรู้สึที่ดีทั้งต่อตนเองและผู้อื่น มีความมั่นคงทางจิตใจ (กรมสุขภาพจิต, 2545)

กล่าวโดยสรุป สุขภาพจิต หมายถึง สภาวะความผาสุกทางใจ ไม่มีความขัดแย้งภายในจิตใจ ส่งผลให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนในการรับมือกับความทุกข์ที่เกิดขึ้น มีศักยภาพในการเรียนรู้ การทำงาน และการปรับตัวเพื่อให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลง รู้สึกดีต่อตนเองและผู้อื่น สามารถอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีวุฒิภาวะทางจิตใจ และใช้ศักยภาพพัฒนาคุณภาพชีวิตตน

2.2 การวัดสุขภาพจิต

แบบวัดทางสุขภาพจิตถูกคิดค้นขึ้นมาเพื่อประเมินและป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตทั่วไปและปัญหาสุขภาพจิตแบบเฉพาะเจาะจง ยกตัวอย่างเช่น กลุ่มภาวะซึมเศร้า ได้แก่ แบบประเมินสำหรับภาวะซึมเศร้า (Patient Health Questionnaire: PHQ-9), กลุ่มภาวะวิตกกังวล ได้แก่ แบบประเมินอาการวิตกกังวล (General Anxiety Disorder: GAD-7) หรือ กลุ่มสุขภาพจิตทั่วไป ได้แก่ แบบประเมินสุขภาพทั่วไป (General Health Questionnaires: GHQ) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด ฉบับสั้น (DASS-21) เป็นต้น (Breedvelt et al., 2020) แบบประเมินสุขภาพทั่วไป (GHQ) ถูกพัฒนาโดย Goldberg ในปี 1972 ใช้เพื่อประเมินปัญหาทางสุขภาพจิต แบบประเมินรุ่นแรกคือ GHQ-60 มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 60 ข้อ ในปัจจุบันมีหลากหลายรุ่น เช่น GHQ-1, GHQ-12, GHQ-20, GHQ-28 และ GHQ-30 รุ่นที่นิยมใช้คือ GHQ-12 เนื่องจากไม่ซับซ้อนและมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 12 ข้อ (Liang, Wang, & Yin, 2016) ข้อคำถามของแบบประเมินสุขภาพทั่วไปครอบคลุมปัญหาใหญ่ 4 ด้าน ได้แก่ ความรู้สึกไม่มีความสุข (unhappiness) ความวิตกกังวล (anxiety) ความบกพร่องเชิงสังคม (social impairment) และ ความวิตกกังวลว่าตนเองป่วย (hypochondriasis) (ธนา นิลชัยโกวิทย์ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง รัชวาลย์ ศิลปกิจ, 2539) ในงานวิจัยของ Liang et al. (2016) หัวข้อ ปัจจัยของโครงสร้างแบบประเมินสุขภาพทั่วไป 12 ข้อ (GHQ-12) ในกลุ่มข้าราชการจีน ผลวิจัยพบว่าแบบประเมินสุขภาพทั่วไปที่ใช้ประเมินกลุ่มข้าราชการชาวจีนจำนวน 1,051 คน มีค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.844 ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ว่าแบบประเมินสุขภาพทั่วไปมีความเที่ยงตรงในระดับที่ดี

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด ฉบับสั้น (DASS-21) ถูกพัฒนาขึ้นโดย Lovibond ในปี 1995 ในรุ่นแรก (DASS) มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 42 ข้อ ใช้ประเมินสภาวะทางอารมณ์เชิงลบ 3 มิติ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (DASS-D) ความวิตกกังวล (DASS-A) และความเครียด (DASS-S) ต่อมาได้พัฒนาและลดข้อคำถามเพื่อลดระยะเวลาในการทำแบบประเมินเหลือจำนวนข้อคำถาม 21 ข้อ โดยยังคงประเมินสภาวะทางอารมณ์เชิงลบ 3 มิติเช่นเดิม แบ่งออกเป็นด้านละ 7 ข้อ หลังจากที่ถูกใช้อย่างแพร่หลายในกลุ่มประชากรทั่วไปพบว่า ประเมินภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด ฉบับสั้น (DASS-21) มีความเที่ยงตรงในระดับดี ใช้ได้ดีใหม่กลุ่มประชากรชาวตะวันตก (Oei, Sawang, Goh, & Mukhtar, 2013) ยกตัวอย่างเช่น งานวิจัยของ Crawford et al. (2009) หัวข้อ ขั้นตอนที่จะตรวจสอบการนำเกณฑ์ปกติเปอร์เซ็นต์ไทล์ (percentile norms) และการประมาณช่วงเวลาประกอบสำหรับแบบประเมินอารมณ์ตนเอง (self-report mood scales) (DASS, DASS-21, HADS, PANAS, and SAD) ที่ได้ทดสอบแบบประเมิน

ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด ฉบับสั้น (DASS-21) ในกลุ่มประชากรอังกฤษ จำนวน 2,928 คน ผลวิจัยพบว่า แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด ฉบับสั้น (DASS-21) เพื่อใช้ประเมินปัญหาสุขภาพจิตทั่วไป (General Psychological Distress; GPD) ผ่านการคิดคะแนนรวม มีค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.94 ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ว่าแบบประเมินนี้มีค่าความเที่ยงตรงในระดับดีมาก

สำหรับประเทศไทยมีแบบวัดที่ใช้ประเมินภาวะสุขภาพจิตคนไทย คือ แบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Thai Mental Health Indicator: TMHI) และแบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (Thai Mental Health Indicator: TMHI-15) พัฒนาโดย อภิชัย มงคล และคณะ ในปี 2544 การพัฒนาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 เริ่มจากทบทวนเอกสารทั้งประเทศไทยและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับความหมาย องค์ประกอบ และการสร้างเครื่องมือวัดสุขภาพจิต จากนั้นพูดคุยและสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้นำชุมชนและสูงอายุจำนวน 187 คน ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีชื่อเสียงด้านชุมชนอีก 1 คน และประชุมร่วมกันผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตอีก 7 ครั้ง จนได้นิยามของคำว่าสุขภาพจิต จึงพัฒนาแบบวัดฉบับร่าง ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก และ 32 องค์ประกอบย่อย มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 157 ข้อ ในระยะที่ 2 นำแบบวัดฉบับร่างไปประเมินและเก็บรวบรวมข้อมูลกับประชากรที่อาศัยอยู่ในองค์การบริหารส่วนตำบล จากจังหวัดอุบลราชธานี นครราชสีมา หนองคายและเลย จำนวน 1,505 คน พบว่ามีประชากรบางส่วนไม่สามารถตอบแบบประเมินได้ครบทุกข้อ ทำให้ผลการวิเคราะห์ในระยะที่ 2 เหลือข้อคำถามเพียง 85 ข้อ ในระยะที่ 3 ได้นำแบบวัดที่พัฒนาแล้วจากระยะที่ 2 ไปประเมินกับประชากรใน 19 จังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 1,429 คน และนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์ผ่าน SPSS ผลการพัฒนาพบว่าแบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์มีจำนวนข้อคำถาม 66 ข้อ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลักและ 20 องค์ประกอบย่อย ค่าความเชื่อมั่นแยกตามองค์ประกอบหลักเท่ากับ 0.86, 0.83, 0.77 และ 0.80 ตามลำดับ สำหรับแบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก และ 15 องค์ประกอบย่อย ค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ 0.70 (อภิชัย มงคล และคณะ., 2544) ต่อมาในปี 2552 อภิชัย มงคล และคณะ. (2552) ได้พัฒนาเครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007) โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาความตรงตามเนื้อหา โดยประชุมร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 ครั้ง และระยะที่ 2 ศึกษาความตรงตามโครงสร้าง, ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ, การหาค่าปกติของคนไทย และศึกษาความพึงพอใจในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น ผ่านการสุ่มแบบหลายชั้น กลุ่ม

ตัวอย่างจำนวน 3,184 คน เป็นผู้ที่อยู่อาศัยเทศบาลนคร เทศบาลเมือง อบต.ขนาดใหญ่ กลาง เล็ก ใน 13 จังหวัด ของ 5 ภาคในประเทศไทย ผลการศึกษาทำให้ได้ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ (Version 2007) 2 ฉบับ ได้แก่ ฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ และฉบับสั้น 15 ข้อ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก (สภาพจิตใจ, สมรรถภาพของจิตใจ, คุณภาพของจิตใจ, ปัจจัยสนับสนุน) และ 15 องค์ประกอบย่อย โดยดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007) มีจำนวน 15 ข้อ แบบวัดนี้เป็นการประเมินความถี่ระดับความคิดเห็น (Likert Scale) 4 ระดับ โดย ไม่เลย มีค่าเท่ากับ 1, เล็กน้อย มีค่าเท่ากับ 2, มาก มีค่าเท่ากับ 3, มากที่สุด มีค่าเท่ากับ 4 สำหรับข้อคำถามเชิงลบ คะแนนจะถูกคำนวณกลับกันเป็น ไม่เลย มีค่าเท่ากับ 4, เล็กน้อย มีค่าเท่ากับ 3, มาก มีค่าเท่ากับ 2, มากที่สุด มีค่าเท่ากับ 1 ตัวอย่างข้อคำถาม “ท่านรู้สึกพึงพอใจ”, “ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์” และ “ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการใช้ชีวิตประจำวัน” เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยเลือกใช้ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (version 2007) (Thai Mental Health Indicator: THMI-15) เนื่องจากถูกพัฒนาและประเมินในกลุ่มประชากรไทย มีค่าความเชื่อมั่นที่น่าเชื่อถือ จำนวนข้อคำถามที่น้อยแต่ครอบคลุมองค์ประกอบหลัก ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (version 2007) (Thai Mental Health Indicator: THMI-15) กับกลุ่มตัวอย่างของผู้วิจัยที่เป็นผู้มีความหลากหลายทางเพศที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย

3. การทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy)

3.1 ที่มาของการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม

การทำจิตบำบัดเกิดขึ้นช่วงประมาณช่วงต้นของคริสต์ศักราช 1900 โดยการทำจิตบำบัดในช่วงแรกจะเป็นการทำจิตบำบัดแบบจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic) หรือ จิตพลวัตร (psychodynamic) ซึ่งเน้นกระบวนการวิเคราะห์จิตใจและประสบการณ์ในวัยเด็กที่เป็นสาเหตุของสุขภาพจิตไม่ดี เป็นการทำจิตบำบัดที่ไม่สามารถวัดผลได้อย่างชัดเจน และขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ของประสิทธิภาพของการทำจิตบำบัด จึงทำให้เกิดแนวคิดพฤติกรรมบำบัด (behavioral therapy) ขึ้นในปี 1950 ที่ออกมาได้แย้งการทำจิตบำบัดแบบจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic) หรือ จิตพลวัตร (psychodynamic) พฤติกรรมบำบัดให้ความสำคัญกับสิ่งที่สังเกตได้ (observable) วัดผลได้ (measurable) และมักใช้กับการปรับพฤติกรรมหรือปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้รับการบำบัดโดยศึกษาความสัมพันธ์ของระหว่างสิ่งกระตุ้น (stimulus) และการตอบสนอง (response) ของมนุษย์ว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร ถึงแม้พฤติกรรมบำบัดจะถูกใช้อย่างแพร่หลายและประสบความสำเร็จ แต่ก็มีข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถมั่นใจได้ว่าสิ่งเร้าแบบหนึ่งจะกระตุ้นการ

ตอบสนองทางพฤติกรรมแบบเดิมเสมอไป เนื่องจากมนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีการให้ความหมายกับสิ่งต่าง ๆ ผ่านความคิด ความเชื่อ ทศนะคติ ฯลฯ ที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ ดังนั้นเพื่อให้เข้าใจปัญหาของมนุษย์อย่างแท้จริง จึงมีการพยายามนำสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของมนุษย์ (cognitive phenomena) มาเป็นส่วนหนึ่งในการอธิบายปรากฏการณ์และทำความเข้าใจปัญหา โดยผู้ที่ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งนี้คือ Aron T. Beck ผู้ถือว่าเป็นบิดาของการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) โดยในระยะแรกเบคได้ศึกษาวิจัยกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าผ่านการสัมภาษณ์และสังเกต พบว่าความคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นมักเกิดขึ้นเองแบบไม่รู้ตัวหรือเรียกว่าความคิดอัตโนมัติ (automatic thought) ส่วนใหญ่เป็นด้านลบ ซึ่งเขาได้สังเกตว่าลักษณะความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นมี 3 กลุ่ม ได้แก่ ความคิดทางลบต่อตนเอง ความคิดทางลบต่อโลก และความคิดทางลบต่ออนาคต หลังจากที่ได้ประสบความสำเร็จในการพัฒนาการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิด (cognitive therapy) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เบคจึงนำไปใช้กับประชากรกลุ่มอื่นจนประสบความสำเร็จเช่นกัน ระยะเวลาต่อมาได้มีการนำเทคนิคของพฤติกรรมบำบัดเข้ามาผสมผสานรวมกับจิตบำบัดแบบการรู้คิดมากขึ้น จนถูกเรียกว่า การทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) อย่างแพร่หลาย (ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร, 2565)

3.2 ความหมายของการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม

การทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) คือ การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ให้กลับมาอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง มุ่งแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน เป็นการบำบัดที่มีโครงสร้างชัดเจน ใช้ระยะเวลาในการบำบัดไม่นาน ในระยะแรกเป็นการทำจิตบำบัดสำหรับภาวะซึมเศร้า (Beck, 1964, 1993) ต่อมาเขาและคนอื่น ๆ ได้นำการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมไปประยุกต์ และขยายใช้กับกลุ่มประชากรที่มีปัญหาและความผิดปกติที่หลากหลายอย่างเหมาะสมจนประสบความสำเร็จ โดยทำการปรับเปลี่ยนจุดสนใจ เทคนิคที่ใช้ และระยะเวลาของการบำบัด การบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมจะขึ้นอยู่กับการกำหนดแผนการบำบัดอย่างเป็นระบบ (cognitive formulation), ความคิด, ความเชื่อและลักษณะของพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความผิดปกติ โดยบำบัดบนพื้นฐานของโครงสร้างการรู้คิด (cognitive model) (Alford & Beck, 1997 อ้างถึงใน J. S. Beck, 2011)

แนวคิด

การทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมคือ การปรับเปลี่ยนความคิดที่ทำหน้าที่ผิดปกติ (dysfunctional thinking) ซึ่งส่งผลกระทบต่ออารมณ์ พฤติกรรม และร่างกาย โดยเรียนรู้ที่จะประเมินและปรับเปลี่ยนความคิดให้อยู่บนความเป็นจริงมากขึ้น จากนั้นบุคคลจะ

ประสบการณ์กับการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรม J. S. Beck (2011) กล่าวว่า เหตุการณ์ไม่ได้ส่งผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม และร่างกาย แต่เป็นความคิดที่เกิดจากกระบวนการทางความคิดที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นผลมาจากการเลี้ยงดู และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล ตามโครงสร้างการรู้คิด (cognitive model)

การทำจิตบำบัดตามแนวคิดทฤษฎีการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมจะกระทำบนพื้นฐานของโครงสร้างการรู้คิด (cognitive model) ซึ่งมีสมมติฐานว่าการตีความ (construe) และการรับรู้ (perception) ต่อเหตุการณ์ของแต่ละบุคคลส่งผลกระทบท่ออารมณ์ พฤติกรรม และร่างกาย โดยการตีความและการรับรู้ นั่นคือ สิ่งที่เกิดขึ้นภายในความคิดที่เกิดจากกระบวนการทางความคิดที่แตกต่างกัน และลักษณะของความคิดที่เป็นปัญหานี้เรียกว่า ความคิดอัตโนมัติ (automatic thought) (J. S. Beck, 2011)

เหตุการณ์ ➡ ความคิดอัตโนมัติ ➡ การตอบสนอง (อารมณ์, พฤติกรรม, ร่างกาย)

ภาพประกอบ 1 โครงสร้างการรู้คิด (cognitive model) ประยุกต์จาก Judith S. Beck

จากภาพประกอบที่ 1 สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อเหตุการณ์เกิดขึ้น จะไปกระตุ้นความคิดอัตโนมัติให้เกิดขึ้น จากนั้นจะเกิดการตอบสนองทางอารมณ์ อีกทั้งยังเกิดการตอบสนองทางพฤติกรรม และร่างกายตามมา ยกตัวอย่างเช่น เกิดเหตุการณ์มีเสียงดังบนหลังคา บุคคลอาจมีความคิดอัตโนมัติผุดขึ้นมาว่าต้องเป็นโจรขึ้นบ้าน ทำให้อารมณ์ที่ตามมาคือความกลัว, วิตกกังวล ส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาทางด้านร่างกายด้วย เช่น หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออกตามมือ เป็นต้น ซึ่งความคิดอัตโนมัติเกิดขึ้นจากแก่นของความเชื่อ (core belief) ที่เกิดจากการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตตั้งแต่วัยเด็ก

กระบวนการคิดทั้ง 3 ระดับ

ระดับนอกสุด

เรียกว่า ความคิดอัตโนมัติ (automatic thought) คือ ความคิดที่เกิดขึ้นโดยไม่ผ่านการไตร่ตรอง เกี่ยวข้องกับแก่นของความเชื่อในระดับลึก ความคิดอัตโนมัติเกิดได้ทั้งทางบวกและทางลบ ส่งผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม และร่างกาย บุคคลมักไม่รู้ว่าตนเองมีความคิดอัตโนมัติอยู่ หากเป็นไปในทางลบและไม่ได้รับการตรวจสอบแก้ไขก็จะทำให้เกิดปัญหาต่ออารมณ์ พฤติกรรม และร่างกายตามมา

ระดับกลาง

เรียกว่า ความเชื่อในระดับกลาง (intermediate beliefs) เกิดมาจากแก่นของความเชื่อในระดับลึก บุคคลจะประมวลความคิดออกมาในรูปแบบเฉพาะของตน มีลักษณะเป็นทัศนคติ (attitude) กฎเกณฑ์ (rules) หรือสันนิษฐาน (assumption)

แก่นของความเชื่อระดับลึก : ฉันเป็นคนไร้ความสามารถ

ความเชื่อระดับกลาง

ทัศนคติ : ความล้มเหลวเป็นสิ่งที่แย่

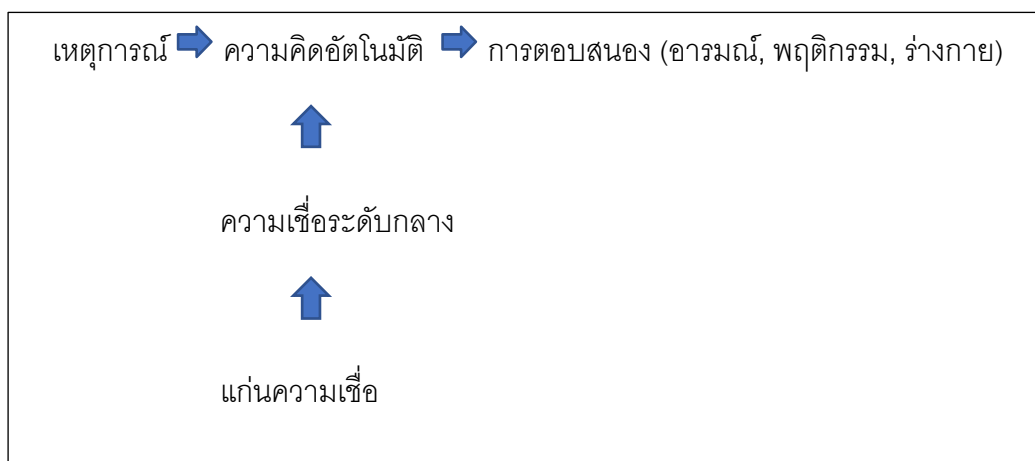
กฎเกณฑ์ : ฉันควรปฏิเสธทำสิ่งที่ทำลายความสามารถเกินไป

สันนิษฐาน : ถ้าฉันลองทำสิ่งที่ยาก ฉันจะทำได้สำเร็จและ

กลายเป็น คนล้มเหลว

ระดับลึก

เรียกว่า แก่นของความเชื่อ (core beliefs) เป็นความเชื่อพื้นฐานที่อยู่ในระดับลึกสุดในกระบวนการคิดทั้ง 3 ระดับ ซึ่งเป็นความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับตนเอง เกิดจากการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตตั้งแต่วัยเด็ก บุคคลส่วนใหญ่มีแก่นความเชื่อในทางบวกและเป็นความจริงเช่น “ฉันสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด”, “ฉันเป็นที่ชื่นชอบ” หรือ “ฉันเป็นคนมีค่า” เป็นต้น สำหรับแก่นของความเชื่อในทางลบอาจปรากฏให้เห็นในช่วงที่บุคคลมีความทุกข์ทางด้านจิตใจเท่านั้น โดยอาจไม่ได้เกี่ยวข้องกับเฉพาะกับตนเอง แต่อาจเกี่ยวข้องกับผู้อื่นและความเชื่อของบุคคลที่มีต่อโลกเช่น “ผู้อื่นจะทำร้ายฉัน” หรือ “โลกนี้มันช่างอันตราย” เป็นต้น แก่นของความเชื่อและความเชื่อระดับกลางจะแสดงออกมาเป็นความคิดอัตโนมัติเมื่อมีเหตุการณ์เข้ามกระทบต่อบุคคล



ภาพประกอบ 2 โครงสร้างการรู้คิด (cognitive model) ประยุกต์จาก Judith S. Beck

ความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือน (Thinking Error)

- ความคิดสุดโต่ง (all-or-nothing thinking) คือ การมองอย่างสุดขั้ว การคิดว่ามีแต่ด้านดีและไม่ดี ขาวและดำ เท่านั้น เช่น “ถ้าฉันทำให้เว็บไซต์ติดหน้าหนึ่ง google ไม่ได้ แปลว่าฉันล้มเหลวในสายงานดิจิทัล”
- ความคิดในแง่ร้าย (catastrophizing) คือ การคาดเดาสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตแย่กว่าความเป็นจริง เช่น “วันนี้ฉันไปออฟฟิศสาย (ครั้งแรก) บริษัทต้องขึ้นทบทวนฉันแน่”
- ความคิดแบบมองข้ามเรื่องดี ๆ (disqualifying or discounting the positive) คือ การบิดเบือนเรื่องดี ให้กลายเป็นเรื่องไม่ดี เช่น “ที่เจ้านายบอกว่าฉันทำงานดีเพราะแค่ส่งสาร จริง ๆ ฉันยังทำงานแย่”
- ความคิดแบบไม่มีเหตุผล (emotional reasoning) คือ การคิดแบบอารมณ์นำเหตุผล เช่น “ฉันรู้สึกวิตกกังวลตอนออกจากบ้าน ฉันคิดว่าวันนี้ต้องประสบเหตุการณ์ไม่ดีแน่”
- ความคิดแบบตีตราตนเอง (labeling) คือ การคิดต่อตนเองหรือผู้อื่นแบบเหมารวม ปราศจากการพิจารณาหลักฐานหรือเหตุผล โดยใช้คำที่ไม่เกิดประโยชน์ เช่น “เธอมันโง่”
- ความคิดที่ใหญ่หรือเล็กกว่าความเป็นจริง (magnification or minimization) คือ การคิดแบบเกินความเป็นจริงหรือน้อยกว่าความเป็นจริง เช่น “ฉันลืมชื่อของขวัญวันเกิดให้แม่ ฉันเป็นลูกที่แย่มาก ๆ” หรือ “แม้ว่าฉันจะพาแม่ไปหาหมอตามนัดทุกครั้ง แต่ก็ไม่ได้แปลว่าฉันเป็นลูกที่ดี เพราะฉันลืมวันสำคัญของแม่ที่มีเพียงปีละครั้ง”
- เลือกที่จะคิดตามความเชื่อของตนเอง (mental filter) คือ การเลือกคิดหมกมุ่นแต่ข้อมูลด้านลบโดยไม่พิจารณาความเป็นจริงด้านอื่น เช่น “วันนี้ฉันกล่าวสุนทรพจน์ต่อหน้าผู้อื่นไม่ดีเลย มีบางคนหลับด้วย ฉันเป็นคนพูดน่าเบื่อขนาดนั้นเลยเธอ” ความเป็นจริงมีคนหลับเพียง 2-3 คน จากทั้งหมด 50 กว่าคน เป็นต้น

- ความคิดเดาใจผู้อื่น (mind reading) คือ การคิดแทนผู้อื่น เช่น “เพื่อนเก่าไม่ทักทายฉันตอนเดินสวนกันบนสถานีบีทีเอสสยาม เค้านคงไม่อยากคบฉันแล้ว”
- ความคิดแบบเหมารวม (overgeneralization) คือ การคิดสรุปในเชิงลบ เช่น “ถ้าฉันทำงานส่วนนี้ไม่ได้ ส่วนที่เหลือฉันก็คงทำไม่ได้เช่นกัน”
- ความคิดเข้าตัวเอง (personalization) คือ การคิดว่าเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง เกี่ยวข้องกับตนเอง เช่น “เพื่อนตั้งสเตตัสเฟสบุ๊คเหมือนตำหนิใครบางคน ต้องเป็นเพราะฉันแน่ ๆ”

3.3 ลักษณะของการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม

การทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมมีโครงสร้างของการบำบัด (structure) ที่ชัดเจนและใช้เวลาน้อย มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และเป็นการร่วมมือกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา สิ่งสำคัญคือการทำให้ผู้ให้คำปรึกษาต้องอธิบายถึงลักษณะและขั้นตอนของการให้คำปรึกษาตามแนวคิดทฤษฎีการบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมแก่ผู้รับการปรึกษา เพื่อให้เขาทราบถึงบทบาทของตนเองระหว่างการบำบัด (ดราวรอน ต๊ะปิ่นตา, 2556)

3.4 เทคนิคพื้นฐานของการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม

เนื่องจากการบำบัดที่มุ่งมีจุดหมายเพื่อปรับความคิดอัตโนมัติด้านลบ เปลี่ยนมาคิดอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง ลดระดับความผิดปกติทางอารมณ์และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเป็นไปในทางบวก การทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมจึงมีเทคนิคที่หลากหลาย เช่น การเขียนประเมินปัญหาของผู้ที่มารับการปรึกษาซึ่งได้จากการสัมภาษณ์และประวัติการรักษา (case formulation) เพื่อให้ผู้บำบัดวางแผนก่อนเริ่มการทำจิตบำบัด การมีส่วนร่วมของทั้งผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดระหว่างชั่วโมงการบำบัด และการออกแบบการทำจิตบำบัดในแต่ละครั้งให้มีความมุ่งหมายเพื่อให้ผู้รับการบำบัดบรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้ ดังนั้นเทคนิคของการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมจึงเป็นเทคนิคที่มีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นและดำเนินการเพื่อให้ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Wenzel, 2017)

การปรับโครงสร้างทางความคิด (Cognitive Restructuring)

กระบวนการที่ช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถประเมิน, จำแนกความคิด หรือปรับเปลี่ยนความคิดความคิดอัตโนมัติ (automatic thought) ที่มีแกนความเชื่อเชิงลบ (negative

core beliefs) เปลี่ยนเป็นความคิดที่อยู่บนฐานความเป็นจริงและเป็นเชิงบวก โดยมีกระบวนการดังนี้

การระบุความคิดที่ไม่เหมาะสม (Identifying Dysfunctional Thinking)

การค้นหาความคิดอัตโนมัติที่มีแก่นความเชื่อที่เป็นเชิงลบ ผู้บำบัดจะค้นหาความคิดอัตโนมัติผ่านการถามคำถาม เช่น “สถานการณ์นี้มีความหมายกับคุณอย่างไร”, “คุณคิดอย่างไรกับสถานการณ์นี้” โดยคำตอบที่ได้จากการถามตลอดการทำจิตบำบัด จะเชื่อมโยงไปถึงแก่นความเชื่อที่เป็นเชิงลบ ยกตัวอย่างเช่น “ลูกชายของฉันจะไม่ไปร่วมงานฉลองเรียนจบ” ผู้บำบัดถามว่า “คุณคิดอย่างไรกับสถานการณ์นี้” ผู้เป็นแม่ซึ่งมีความคิดอัตโนมัติเชิงลบอาจตอบว่า “นี่เป็นความผิดของฉัน เพราะพวกผู้ปกครองของเพื่อนลูกไม่ชอบฉัน” อย่างที่กล่าวไปข้างต้นว่าความคิดอัตโนมัติมักเกี่ยวข้องกับแก่นความเชื่อ จากสถานการณ์นี้แก่นความเชื่อของผู้เป็นแม่ที่สะท้อนจากความคิดอัตโนมัติอาจมีแนวโน้มความหมายว่า “ฉันไม่เป็นที่ชื่นชอบ”

การประเมินความคิดที่ไม่เหมาะสม (Evaluating Dysfunctional Thinking)

ผู้บำบัดจะไม่คาดเดาความคิดของผู้รับการบำบัดว่าเป็นความคิดที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ เนื่องจากแต่ละคนมีความคิดที่แตกต่างกันและเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว แต่ผู้บำบัดจะสนับสนุนผู้รับการบำบัดในการประเมินความคิดของตนเพื่อยืนยันว่าความคิดนั้นถูกต้องและอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง โดยเทคนิคที่ใช้บ่อยที่สุดในการประเมินความคิดได้แก่ การสอบถามด้วยคำถามแบบโสกราตีส (socratic questioning) คือการถามเพื่อค้นหาความคิดในมุมมองที่แตกต่าง ความคิดที่ซับซ้อน เป็นการถามเพื่อค้นหาความจริง วิเคราะห์และประเมินความคิด ยกตัวอย่างเช่น “เคยมีสักครั้งไหมที่ความคิดของคุณไม่เป็นความจริง”, “มีหลักฐานยืนยันความคิดของคุณไหม” หรือ “หากเพื่อนสนิทมาปรึกษาคุณด้วยปัญหาเดียวกัน คุณจะบอกพวกเขาว่าอย่างไร” ซึ่งเทคนิคการใช้คำถามอาจเปลี่ยนไปตามลักษณะความคิดหรือประวัติของผู้รับการบำบัด เช่น ผู้รับการบำบัดที่มีความวิตกกังวล อาจใช้คำถามในลักษณะข้อดี, ข้อเสีย เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเห็นเชิงประจักษ์จริงว่าจากสถานการณ์ที่ผู้รับการบำบัดมีความวิตกกังวลใจ ผลลัพธ์ที่จะเกิดมักเป็นสถานการณ์ในด้านดีมากกว่าด้านไม่ดี เมื่อเป็นเช่นนั้นระดับความวิตกกังวลของผู้รับการบำบัดก็จะลดลง

การปรับแก้ความคิดที่ไม่เหมาะสม (Modifying Dysfunctional Thinking)

เมื่อผู้บำบัดและผู้รับบำบัดได้ร่วมกันระบุความคิดที่ไม่เหมาะสม และประเมินว่าความคิดนี้ไม่ถูกต้อง ไม่อยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริง และอาจเป็นความคิดที่สุุดโต่งไม่มีความสมดุล ผู้บำบัดจะใช้คำถามและเทคนิคต่าง ๆ เช่น การตั้งคำถามเพื่อทดสอบตรรกะความคิดของผู้รับการบำบัด, การให้แบบฟอร์มบันทึกความคิดอัตโนมัติ (thought records) เพื่อให้ผู้รับการบำบัดบันทึกเหตุการณ์ ความคิดอัตโนมัติทางลบ (negative automatic thoughts) อารมณ์ พฤติกรรมและการตอบสนองทางร่างกาย เป็นต้น เพื่อให้ผู้รับการบำบัดพิจารณาถึงความคิดนั้นว่ามีความถูกต้องตามความเป็นจริง (validity) และมีประโยชน์ที่จะคิดแบบนี้หรือไม่ (utility) เพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดมุมมองใหม่ สามารถคิดอย่างมีเหตุผลไม่เป็นไปในเชิงลบ และอยู่บนฐานความเป็นจริงมากขึ้น การปรับแก้ความคิดที่ไม่เหมาะสมทำให้ระดับความผิดปกติทางอารมณ์ (emotional distress) ลดลง

การกระตุ้นพฤติกรรม (Behavioral Activation)

เป็นเทคนิคที่ช่วยกระตุ้นพฤติกรรมของผู้รับการบำบัดให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมอีกครั้ง สามารถทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น หรือกิจกรรมที่ตนเองเคยชอบทำ ทำให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกถึงความสำเร็จและความสุขจากความพยายามของตนเอง รู้สึกไม่โดดเดี่ยว โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มักแยกตัวออกจากผู้อื่น เทคนิคการกระตุ้นพฤติกรรมจึงสามารถช่วยให้ผู้รับการบำบัดกลับไปใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นอย่างที่เคยเป็นในอดีต (Wenzel, 2017)

การแก้ปัญหา (Problem Solving)

การแก้ปัญหาเกี่ยวข้องกับวิธีการจัดการกับปัญหาในชีวิตของผู้รับการบำบัดแต่ละคนอย่างมีประสิทธิภาพ มักจะเกี่ยวข้องกับขั้นตอนในการวิเคราะห์ปัญหา, การระบุตัวเลือกในการเผชิญปัญหา, การประเมินทางเลือก, การตัดสินใจ และพัฒนากลยุทธ์สำหรับการดำเนินการตามแผนให้ถึงเป้าหมาย การแก้ปัญหามีประสิทธิภาพตามหลักการใช้เทคนิค SOLVED

- S (Selecting a problem) การระบุปัญหาที่ผู้รับการปรึกษาต้องการจะแก้ไขผ่านการซักถาม แล้วจึงเลือกเทคนิคของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมาที่เหมาะสมมาใช้กับปัญหา
- (Opening your mind to all solutions) ผู้ให้คำปรึกษานับสนุนและทำงานร่วมกับผู้รับการปรึกษาเพื่อหาวิธีการแก้ไขปัญหาลงอย่างไม่ตัดสิน
- L (Listing the potential pros and cons of each potential solution) ร่วมกันเขียนทางเลือกในการแก้ปัญหา ระบุถึงข้อดี-ข้อเสียของแต่ละวิธี

- V (Verifying the best solution) ประเมินข้อดีและข้อเสียของวิธีการที่เขียนไว้ก่อนหน้านี้ จากนั้นให้ผู้รับการปรึกษาเลือกวิธีที่ดีที่สุดสำหรับตนเอง
- E (Enacting the plan) เมื่อเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้แล้ว ผู้ให้การปรึกษาจะระบุขั้นตอนที่จำเป็นในดำเนินการ ผู้รับการปรึกษาอาจจะระบุขั้นตอนในการดำเนินการแก้ปัญหาให้เฉพาะเจาะจงยิ่งขึ้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายได้ เมื่อร่วมกันกำหนดแผนเฉพาะเสร็จแล้ว จึงดำเนินการตามแผน
- D (Deciding if the plan worked) ติดตามผลของวิธีการแก้ปัญหาที่เลือก หากวิธีแก้ปัญหานั้นได้ผล ให้เสริมแรงทางบวก (reinforcement) แต่หากวิธีแก้ปัญหามิได้ผล ผู้ให้คำปรึกษาจะชวนผู้รับคำปรึกษาย้อนกลับไปขั้นตอนแรกในเทคนิค SOLVED เพื่อระบุปัญหาใหม่หรือย้ายไปที่ "O" หรือ "L" เพื่อระบุวิธีการแก้ปัญหาวีธีอื่น (Cully & Teten, 2008)

กล่าวโดยสรุป การทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมมุ่งเน้นที่การปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสม เปลี่ยนเป็นความคิดที่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง เป็นความคิดเชิงบวกมากขึ้น จากนั้นการตอบสนองทางอารมณ์ พฤติกรรม และร่างกายจะเปลี่ยนตามไป ซึ่งเทคนิคการปรับโครงสร้างทางความคิด (cognitive restructuring) ที่ช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถระบุความคิด ประเมิน และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ไม่เหมาะสมสู่ความคิดใหม่ที่อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงและเป็นความคิดอัตโนมัติเชิงบวก คล้ายคลึงกับความเมตตากรุณาต่อตนเอง ที่เมื่อบุคคลประสบกับความทุกข์ มักจะมีทัศนคติเชิงลบต่อตนเอง เช่น การตำหนิตนเอง แต่ความเมตตากรุณาต่อตนเอง เป็นทัศนคติเชิงบวกที่ทำให้บุคคลคิดใจดีต่อตนเอง แทนการตำหนิตนเอง เทคนิคกระตุ้นพฤติกรรม สามารถทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น หรือกิจกรรมที่ตนเองเคยชอบทำ ทำให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกถึงความสำเร็จและความสุขจากความพยายามของตนเอง แทนการแยกตัวอยู่เดียว คล้ายคลึงกับ ความเป็นมนุษย์ปุถุชน ที่มองว่าความล้มเหลวหรือความทุกข์ คือประสบการณ์ส่วนหนึ่งของการเป็นมนุษย์ มนุษย์ทุกคนล้วนไม่สมบูรณ์แบบ ซึ่งระหว่างการทำจิตบำบัดกลุ่มแบบการรู้คิดและพฤติกรรม ทุกคนจะได้เปิดเผยเรื่องราวความทุกข์ของตน ทำให้สมาชิกแต่ละคนรับรู้ว่าคุณคนล้วนประสบกับความทุกข์เช่นเดียวกัน จึงทำให้สมาชิกกลุ่มไม่รู้สึกโดดเดี่ยว (Carvalho & Guiomar, 2022) ปัจจุบันการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมถูกพูดถึงในประเทศไทยอย่างแพร่หลาย และมีการเปิดหลักสูตรเพื่ออบรมเพื่อผลิตบุคลากรในด้าน การทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมอย่างเป็นทางการ เช่น วุฒิบัตติการทำจิตบำบัดแบบ

การรู้คิดและพฤติกรรม เปิดสอนโดยภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่เริ่มเปิดสอนตั้งแต่ปี 2014 จนถึงปัจจุบันปี 2023 กำลังจะเปิดสอนรุ่นที่ 10 หรือ ประกาศนียบัตรการอบรมความรู้เรื่องการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมขั้นเริ่มต้น เปิดอบรมโดย CBT Alliance of Thailand โดยมีวิทยากร คือ ผศ.นพ.ณัฏฐ พิทยรัตน์เสถียร คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและทีมวิทยากร CBT Therapists จาก Chula CBT และ CBT ดีต่อใจ ผู้เชี่ยวชาญจาก Chula CBT, CBT ดีต่อใจ เป็นต้น ผู้วิจัยจึงเห็นโอกาสในพัฒนาองค์ความรู้เดิมที่มีอยู่ โดยการประยุกต์ใช้เทคนิคการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมมาเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเอง เพื่อปกป้องสุขภาพจิตของบุคคลจากผลเสียที่ตามมาจากทัศนคติด้านลบที่เกิดขึ้นจากความล้มเหลว และเพื่อสุขภาพจิตที่ดีเพราะบุคคลที่มีความเมตตากรุณาต่อตนเองจะมีสุขภาพทางจิตที่ดีกว่าบุคคลที่ขาดความเมตตากรุณาต่อตนเอง

3.5 การทำกลุ่มจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม

โครงสร้างการทำจิตบำบัดกลุ่มแบบการรู้คิดและพฤติกรรมตั้งอยู่บนทฤษฎีที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างความคิด, ความรู้สึก, และพฤติกรรม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีความเชื่อมโยงกันในหลายทิศทาง โดยปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมให้มาอยู่บนฐานของความเป็นจริง จากนั้นความรู้สึกก็จะเปลี่ยนตามไป Corey (2016) อธิบายว่า การทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมเป็นการทำจิตบำบัดที่มีเอกลักษณ์แตกต่างจากการทำจิตบำบัดแบบอื่น โดยเป็นการทำจิตบำบัดที่มีหลักการและขั้นตอนที่ระบุไว้อย่างชัดเจนตามแบบของวิธีการทางวิทยาศาสตร์ มีการทดลอง การแก้ไขและปรับปรุง นำผลลัพธ์ที่ได้ไปประยุกต์ใช้อย่างเป็นระบบเพื่อช่วยเหลือสมาชิกกลุ่มให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

3.5.1 ระยะเวลาของการบำบัดกลุ่มแบบความคิดและพฤติกรรม แบ่งออกเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ระยะแรก (Initial Stage)

เป็นระยะที่สมาชิกกลุ่มและผู้นำต้องรู้ถึงวิธีทำงานร่วมกัน (collaborative empiricism) เริ่มด้วยผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มจะกำหนดปัญหาที่จะทำการบำบัด ผู้นำกลุ่มจะแจ้งรายละเอียดระยะเกี่ยวกับเวลาในการบำบัด เนื่องจากการบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดที่มีเวลาในการบำบัดจำกัด จากนั้นผู้นำกลุ่มจะกำหนดเป้าหมายที่สามารถบรรลุผลได้ร่วมกับสมาชิกกลุ่มเพราะการบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดที่มีโครงสร้าง ขั้นตอนที่ชัดเจน มีการกระตุ้น ชี้นำ และให้ความสำคัญกับปัญหาที่สมาชิกกลุ่มประสบอยู่ในปัจจุบัน เพื่อช่วยสมาชิกกลุ่มสามารถรับมือกับปัญหา ขั้นสุดท้ายคือการแจ้งสมาชิกกลุ่มเกี่ยวกับเทคนิคที่จะนำมาใช้การบำบัดว่าเป็นเทคนิคที่ได้ทำการทดลองแล้วว่ามี

ประสิทธิภาพ โดยกฎเกณฑ์สำคัญของระยะนี้คือการสร้างสัมพันธภาพที่ดีภายในกลุ่ม ทำให้สมาชิกกลุ่มรู้จักและเข้าใจกัน สร้างแรงกระตุ้นภายในกลุ่ม ทำให้สมาชิกภายในกลุ่มรู้สึกเกิดความหวังที่จะเปลี่ยนแปลงปัญหา ซึ่งผู้นำกลุ่มจะเป็นศูนย์กลางในการสร้างความเชื่อใจและความรู้สึกปลอดภัยต่อระยะเวลาบำบัด

ระยะที่ 2 ระยะทำงาน (Working Stage) การสร้างแผนการบำบัดและใช้ประโยชน์จากเทคนิค

ในระยะทำงานจะเป็นการวางแผนวิธีการและเทคนิคที่เลือกใช้ในการบำบัด โดยเลือกวิธีการหรือเทคนิคเฉพาะเจาะจงที่ถูกพิสูจน์แล้วว่าประสบผลสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเหมาะสมกับปัญหาที่สุด การประเมินวิธีการจะทำตลอดในระยะทำงาน ซึ่งผู้นำกลุ่มจะทำได้โดยการเก็บข้อมูลตลอดการบำบัด เช่น การมีส่วนร่วมระหว่างการบำบัด, ความพึงพอใจของสมาชิกกลุ่ม, การเข้าร่วมการบำบัดกลุ่ม ตลอดจนจนถึงการทำข้อตกลงเรื่องการให้การบ้านกลับไปทำตลอดระยะเวลาการบำบัด ผู้นำกลุ่มจำเป็นต้องประเมินถึงประสิทธิภาพการบำบัดในแต่ละครั้งอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้รู้ว่าการบำบัดบรรลุเป้าหมายมากเพียงใด หากวิธีการที่ใช้ไม่มีประสิทธิภาพ ผู้นำและสมาชิกกลุ่มสามารถหาทางเลือกจากวิธีการอื่นที่มีประสิทธิภาพในการทำบำบัดแทนได้ ตัวอย่างเทคนิคและวิธีการที่ใช้ระหว่างระยะทำงาน เช่น การปรับโครงสร้างทางความคิด (Cognitive Restructuring), การกระตุ้นพฤติกรรม (Behavioral Activation) และ การแก้ปัญหา (Problem Solving)

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการบำบัด (Final Stage)

ในระยะสุดท้ายของการบำบัด สมาชิกกลุ่มที่ผ่านการฝึกปฏิบัติจากวิธีการและเทคนิคที่ผู้นำกลุ่มใช้ระหว่างการบำบัดในแต่ละครั้งจะเกิดการเปลี่ยนแปลง ผู้นำกลุ่มสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จนเกิดการเปลี่ยนแปลง และเทคนิคที่ได้ฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์จำลองที่เกิดขึ้นระหว่างการบำบัด รวมไปถึงข้อแนะนำระหว่างสมาชิกภายในกลุ่มไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ถึงแม้ในระยะสิ้นสุดการบำบัดจะเน้นเรื่องการนำวิธีการและเทคนิคที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ได้จากการเข้ารับการบำบัดไปใช้ในชีวิตจริงเป็นพิเศษ แต่อันที่จริงก็เป็นลักษณะของการยุติการบำบัดในแต่ละครั้งเสมอ

สิ่งที่ควรปฏิบัติในระยะสิ้นสุดการบำบัดกลุ่ม

- การให้และการน้อมรับข้อเสนอแนะ

- การเสนอโอกาสอื่นในการฝึกปฏิบัติพฤติกรรมใหม่และมีประสิทธิภาพมากขึ้น
- การเรียนรู้เพิ่มเติมโดยพัฒนาแผนปฏิบัติการเฉพาะเพื่อนำการเปลี่ยนแปลงไปใช้ในชีวิตประจำวัน
- การให้สมาชิกเตรียมตัวเพื่อรับมือกับความล้มเหลวที่อาจเกิดขึ้นได้
- การช่วยเหลือสมาชิกกลุ่มในการทบทวนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม (Corey, 2016)

3.5.2 ลักษณะของการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม

จากการสืบค้นงานวิจัยที่มีการศึกษาเกี่ยวกับการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อค้นหาคุณลักษณะของการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม พบว่ามีความแตกต่างกันไปของจำนวนครั้งในการทำจิตบำบัดในแต่ละโปรแกรม รวมถึงระยะเวลาต่อครั้งในการทำที่แตกต่างกันด้วย ยกตัวอย่างเช่น งานวิจัยของ วัลลภา กิตติมาสกุล (2562) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมต่ออาการซึมเศร้าของวัยรุ่นที่ถูกทารุณกรรม กลุ่มตัวอย่างคือเด็กวัยรุ่นที่ถูกทารุณกรรมอายุระหว่าง 15-18 ปี ซึ่งพักอยู่ในสถานสงเคราะห์เด็ก แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน โดยโปรแกรมมีทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 1.30 ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนอาการซึมเศร้าลดลง และคะแนนระหว่างกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 และงานวิจัยของ อธิษฐ์ ทวีธนธาตรี, พิชญานี พูนพล, และ อังคินันท์ อินทรกำแหง (2565) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงติดเกมส์ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนมัธยมต้น แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน มีการประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้แบบทดสอบการติดเกมส์ฉบับเด็กและวัยรุ่นโดย โปรแกรมการบำบัดมีทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 1.30 ชั่วโมง ผลการศึกษพบว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนแบบทดสอบการติดเกมส์ฉบับเด็กและวัยรุ่นลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .025 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนไม่ต่างจากก่อนการเข้าร่วมวิจัย งานวิจัยของ Mayasari (2022) ที่ศึกษาโปรแกรมการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมด้วยเทคนิคการปรับความคิด เพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา โดยโปรแกรมแบ่งออกเป็นจำนวน 6 ครั้ง แต่ไม่ได้รับระยะเวลา ผลวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความเมตตากรุณาต่อตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และงานวิจัยของ Ross, Doctor, Dimito,

Kuehl, and Armstrong (2008) ที่ประยุกต์ใช้โปรแกรมการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมบนพื้นฐานของหลักการต่อต้านการกดขี่ (anti-oppression) รวมถึงหัวข้อการบำบัดพิเศษสำหรับปัญหาของกลุ่มผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศโดยเฉพาะได้แก่ หัวข้อการเปิดเผยตัวตน (coming out) และหัวข้อการเกลียดกลัวตัวเอง (internalized homophobia) เพื่อศึกษากับกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีตัวแปรตามที่ใช้ในการทดสอบโปรแกรม 2 ตัวได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (depression) และความภาคภูมิใจในตัวเอง (self-esteem) โดยโปรแกรมมีทั้งหมด 14 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง และมี 1 ครั้งหลังจากจบครั้งที่ 14 ไป ซึ่งมีระยะเวลาห่างกันประมาณ 2 เดือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศที่เข้าร่วมโปรแกรมมีภาวะซึมเศร้าลดลง และมีความภาคภูมิใจในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนงานวิจัยต่าง ๆ จะพบว่าคุณลักษณะของการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมมีจำนวนครั้งและระยะเวลาของการบำบัดที่แตกต่างกันไป แต่จากการทดสอบประสิทธิภาพพบว่าโปรแกรมสามารถใช้ได้กับกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย รวมถึงช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่าง การทำกลุ่มจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมยังสามารถลดปัญหาทางสุขภาพจิต หรือเสริมสร้างปัจจัยทางจิตวิทยาเชิงบวกได้อีกด้วย

ดังนั้นในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงออกแบบกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศไว้ที่จำนวน 8 ครั้ง ระยะเวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง ซึ่งในการออกแบบกลุ่มจิตบำบัดครั้งนี้ครอบคลุมถึงองค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบของความเมตตากรุณาต่อตนเอง

3.6 การทำจิตบำบัดออนไลน์

3.6.1 แนวคิดและความหมายของการทำจิตบำบัดออนไลน์

การทำจิตบำบัดออนไลน์ (online therapy) คือ กระบวนการบำบัดเชิงจิตวิทยาที่ใช้อินเทอร์เน็ตในการเชื่อมต่อระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด (Rochlen, Zack, & Speyer, 2004) ใกล้เคียงกับ Richards and Vigano (2013) ที่กล่าวว่า การทำจิตบำบัดออนไลน์เป็นกระบวนการบำบัดเชิงจิตวิทยานบนโลกไซเบอร์ (cyberspace) ผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศที่ใช้คอมพิวเตอร์เป็นสื่อกลางในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด กรรณิกา พันธุ์ศรี et al. (2564) ให้ความหมายของการทำจิตบำบัดออนไลน์ว่าเป็นการให้คำปรึกษาหรือการบำบัดเชิงจิตวิทยาแก่บุคคลที่มีปัญหาทางด้านจิตใจหรือสุขภาพจิต จนเกิดเป็นความเครียด ความวิตกกังวล ทั้งในเรื่องของการทำงาน การเรียน ปัญหาส่วนตัวหรือสังคม โดยผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดจะทำการบำบัดแบบไม่พบตัวกัน แต่จะทำการบำบัดผ่านช่องทางการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ได้แก่ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) การสนทนาผ่านโปรแกรมแชต (chat

program) และการประชุมทางไกลผ่านจอภาพ (video conferencing) โดยการทำจิตบำบัดแบบออนไลน์ผู้ให้การบำบัดและผู้รับการบำบัดจะอยู่คนละสถานที่ ซึ่งสามารถจัดเป็นการบำบัดรายบุคคลหรือแบบกลุ่มก็ได้

สรุปได้ว่า การทำจิตบำบัดออนไลน์ คือ กระบวนการบำบัดเชิงจิตวิทยาแก่บุคคลที่มีปัญหาทางด้านจิตใจหรือสุขภาพจิต ทั้งเรื่องการทำงาน การเรียน และปัญหาส่วนตัวหรือสังคม โดยการใช้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดจะกระทำผ่านช่องทางการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และอินเทอร์เน็ตในการเชื่อมต่อ ซึ่งผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดไม่จำเป็นต้องอยู่สถานที่เดียวกัน

3.6.2 ประเภทของการทำจิตบำบัดออนไลน์

การทำจิตบำบัดออนไลน์แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ การทำจิตบำบัดออนไลน์รูปแบบที่ไม่ได้เกิดในเวลาเดียวกัน (asynchronous) และการทำจิตบำบัดออนไลน์รูปแบบที่เกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน (synchronous) (Perle, Langsam, & Nierenberg, 2011)

การทำจิตบำบัดออนไลน์รูปแบบที่ไม่ได้เกิดในเวลาเดียวกัน (Asynchronous)

การทำจิตบำบัดออนไลน์รูปแบบอะซิงโครนัส เป็นรูปแบบการสื่อสารที่ไม่ได้เกิดในเวลาเดียวกัน ทำให้เกิดความล่าช้าของการสื่อสารระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด ช่องทางการสื่อสารรูปแบบอะซิงโครนัสได้แก่ อีเมล (E-mail) ห้องสนทนา (Chat rooms) กระดานสนทนา (Web board) รูปแบบการสื่อสารแบบอะซิงโครนัสนั้นมีความสะดวกสะกด เนื่องจากไม่จำเป็นต้องทำการนัดหมายล่วงหน้า ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดสามารถตอบกลับได้เมื่อต้องการและพบว่าผลของการสื่อสารรูปแบบนี้ทำให้ผู้รับการบำบัดเปิดเผยเรื่องราวได้อย่างชัดเจนและตรงไปตรงมา โดยเฉพาะผู้รับการบำบัดที่ไม่สะดวกแบบเผชิญหน้า อย่างไรก็ตามความล่าช้าที่เกิดขึ้นของรูปแบบอะซิงโครนัส เป็นความท้าทายของผู้ดูแลช่องทางการสื่อสารที่ไม่สามารถเข้าถึงผู้บำบัดได้อย่างทันท่วงที เมื่อเกิดเหตุการณ์ซับซ้อน อีกทั้งการสื่อสารรูปแบบอะซิงโครนัสทำให้ผู้บำบัดสังเกตถึงอวัจนภาษาของผู้รับการบำบัดไม่ได้ (Mora, Nevid, & Chaplin, 2008)

การทำจิตบำบัดออนไลน์รูปแบบที่เกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน (Synchronous)

การทำจิตบำบัดออนไลน์รูปแบบซิงโครนัส เป็นรูปแบบที่ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดนั่งอยู่หน้าคอมพิวเตอร์ในเวลาเดียวกัน มีปฏิสัมพันธ์และตอบโต้ทันทีและเกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน (real-time) ตัวอย่างช่องทางการสื่อสารรูปแบบซิงโครนัสได้แก่ การประชุมทางไกลผ่านเสียง (audio conferencing) หรือการประชุมทางไกลผ่านจอภาพ (video conferencing) การส่งข้อความตอบโต้ทันที (instant message) ห้องสนทนาแบบถ่ายทอดสด (live chat room) รูปแบบ

ซึ่งโครนัสนั้นคล้ายกับการทำจิตบำบัดแบบเผชิญหน้ากันมากที่สุด เนื่องจากผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่องอย่างเป็นธรรมชาติ อาจทำให้มีการเปิดเผยข้อมูลสำคัญจากผู้รับการบำบัด และมีระยะเวลากำหนดในการทำจิตบำบัดแต่ละครั้ง (John R. Suler, 2000)

การทำจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมผ่านช่องทางการประชุมทางไกลผ่านจอภาพ (video conferencing) ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดจะมีปฏิสัมพันธ์กันผ่านวิดีโอระหว่างกระบวนการทำจิตบำบัด กระบวนการจะคล้ายกับการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมแบบเผชิญหน้า ทำให้ได้ข้อมูลด้านอวัจนภาษา เช่น การแสดงออกทางกาย ระดับเสียง และน้ำเสียง ดังนั้นช่องทางนี้ช่วยให้ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดมีสัมพันธภาพต่อกันดีที่สุด เนื่องจากเป็นการทำจิตบำบัดออนไลน์รูปแบบที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกัน (synchronous) สำหรับผู้บำบัดถือเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น ผู้บำบัดสามารถเพิ่มแรงจูงใจผ่านการแสดงบทบาทสมมติ ต่อหน้าผู้รับการบำบัดที่มีภาวะตื่นตระหนก (panic) อย่างรุนแรง (Matsumoto et al., 2018)

3.6.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำจิตบำบัดออนไลน์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามียานงานวิจัยที่ใช้วิธีการทำจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรม เช่น งานวิจัยของ (Xiang et al., 2020) ได้ทำการวิจัยรูปแบบการวิเคราะห์ห่อหุ้มหัวข้อ การบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมรูปแบบออนไลน์ (Internet-delivered cognitive behavioral therapies) สำหรับอาการซึมเศร้าในช่วงบั้นปลายชีวิต: การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อหุ้ม ที่รวบรวมการศึกษาเกี่ยวกับการทดสอบประสิทธิภาพโปรแกรมการทำจิตบำบัดออนไลน์แบบบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการซึมเศร้าในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ โดยเริ่มค้นหาวิจัยเพื่อนำมาศึกษาตั้งแต่เดือนกันยายนปี 2017 ถึง พฤศจิกายนปี 2017 สืบค้นผ่านเว็บไซต์ PubMed, PsychINFO, และ Web of Science และคัดกรองผ่านเกณฑ์การคัดเข้า จนกระทั่งได้งานวิจัยที่ใช้ในการวิเคราะห์ห่อหุ้มครั้งนี้จำนวน 9 ฉบับ ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป และถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า, ผู้ที่รายงานตนว่ามีภาวะซึมเศร้าหรือทำแบบประเมินซึมเศร้าแล้วผลคะแนนเข้าเกณฑ์ว่ามีภาวะซึมเศร้า โดยโปรแกรมที่ใช้ทดสอบต้องอยู่บนพื้นฐานของการทำจิตบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรมที่ทำการบำบัดผ่านช่องทางออนไลน์ เช่น เว็บไซต์ (web-based) หรือแอปพลิเคชันบนมือถือ เป็นต้น แบบประเมินที่ใช้เพื่อทำการทดสอบระดับคะแนนก่อนและหลังเข้าโปรแกรม โดยส่วนมากที่พบในการศึกษานี้ได้แก่ Geriatric Depression Scale (GDS), Patient Health Questionnaire (PHQ), และ Beck Depression Inventory จำนวนครั้งในการทำเริ่มตั้งแต่ 5 ถึง 16 ครั้ง ในระยะเวลาระหว่าง 8 ถึง 12 สัปดาห์ ขั้นตอนในการทำโปรแกรมที่พบในการวิเคราะห์ห่อหุ้ม

มานครั้งนี้ มีทั้งแบบเรียนรู้ด้วยตนเอง (self-guided iCBT) และได้รับคำแนะนำจากผู้ให้การบำบัด (therapist-guided iCBT) หรือได้รับคำแนะนำจากผู้ให้การบำบัดและมีผู้คอยช่วยเหลือ โดยรายละเอียดโปรแกรมของแต่ละงานวิจัยจะครอบคลุมเทคนิคหลักของการบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรมได้แก่ การให้ความรู้ทางจิตวิทยา (psychoeducation), การกระตุ้นพฤติกรรม (behavioral activation), การปรับเปลี่ยนความคิด (cognitive restructuring), การป้องกันการเกิดซ้ำ (relapse prevention), และการมอบหมายการบ้าน (homework) ผู้วิจัยรายงานงานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่รายงานข้อค้นพบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ถึงแม้ว่าแบบประเมินที่ใช้จะแตกต่างกันก็ตาม ผู้วิจัยได้สรุปว่า iCBT เป็นการบำบัดที่มีแนวโน้มความสามารถในการลดอาการซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางในผู้สูงอายุ แต่การวิจัยในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุก็มีข้อจำกัดอยู่มาก และต้องการให้มีการออกแบบการวิจัยที่ดีกว่านี้เพื่อสร้างแนวทางที่ดีที่สุดเพื่อนำไปใช้ในการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Xiang et al., 2020)

Soh, Ho, Ho, and Tam (2020) ศึกษาวิจัยรูปแบบการวิเคราะห์ห้วงอวกาศหัวข้อประสิทธิภาพของการบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมในรูปแบบออนไลน์สำหรับอาการนอนไม่หลับ การวิเคราะห์ห้วงอวกาศของการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม Efficacy of digital cognitive behavioral therapy for insomnia: a meta-analysis of randomized controlled trials ที่ศึกษาการทดสอบประสิทธิภาพของการบำบัดแบบออนไลน์สำหรับอาการนอนไม่หลับ โดยผู้วิจัยค้นหาวิจัยเพื่อศึกษาจากเว็บไซต์ PubMed, EMBASE, PsycINFO, และ CENTRAL คัดเลือกงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าจำนวน 33 เล่ม ซึ่งเกณฑ์การคัดเข้าได้แก่ 1. กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยเป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคนอนไม่หลับ, 2. งานวิจัยใช้โปรแกรมการบำบัดแบบ dCBT-I (digital cognitive behavioral therapy for insomnia) ที่ครอบคลุมเทคนิคสำคัญของการบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรม เช่น การปรับเปลี่ยนความคิด (cognitive restructuring) และการกระตุ้นพฤติกรรม โดยโปรแกรมต้องมีระยะเวลาในการบำบัดอย่างน้อย 4 อาทิตย์, 3. งานวิจัยมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม เช่น กลุ่มควบคุมไม่มีกิจกรรม หรือกลุ่มควบคุมแบบมีกิจกรรม เช่น ส่งเสริมความรู้ทางการนอนหลับ หรือกลุ่มควบคุมแบบการบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรมสำหรับการนอนไม่หลับแบบเห็นหน้า (Face-to-face CBT-I) ตัวแปรหลักคือ ผลประเมินอาการนอนไม่หลับ (insomnia severity index: ISI) ที่ประเมินทันทีหลังจบโปรแกรมการบำบัด และประเมินอีกครั้งในระยะติดตามผล ทั้งระยะสั้น (4 อาทิตย์ ถึง 6 เดือน) และระยะยาว 1 ปี โดยการศึกษานี้รูปแบบการวิเคราะห์ห้วงอวกาศครั้งนี้ ดำเนินการและอ้างอิงจาก Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions และรายงานผล

ตามหลัก PRISMA (Preferred Reporting for Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) ผลของการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดแบบ dCBT-I มีคะแนนอาการนอนไม่หลับ (ISI) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 และในระยะติดตามผลทั้งระยะสั้นและระยะยาว กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมยังคงมีคะแนนอาการนอนไม่หลับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

งานวิจัยของ Matsumoto et al. (2018) หัวข้อ การบำบัดบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรม (Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy) พร้อมการสนับสนุนจากนักบำบัดแบบเรียลไทม์ผ่านการประชุมทางไกลผ่านจอภาพสำหรับผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ โรคตื่นตระหนก และโรควิตกกังวลทางสังคม: การทดลองนำร่อง ที่ต้องการศึกษาความเป็นไปได้ของการบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมผ่านการประชุมทางไกลผ่านจอภาพกับกลุ่มตัวอย่างคนไข้ชาวญี่ปุ่นที่เกี่ยวข้องกับโรคย้ำคิดย้ำทำ (OCD) โรคแพนิค (PD) หรือโรคกลัวการเข้าสังคม (SAD) จำนวน 30 คน โดยจะได้รับการบำบัดแบบการประชุมทางไกลผ่านจอภาพจำนวน 16 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินเพื่อวัดผล ระยะก่อน, ระยะหลังจบโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล แบบประเมินมีทั้งหมด 5 ประเภท แบ่งออกเป็น 3 ประเภทสำหรับวัดตัวแปรหลัก ได้แก่ Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOSC) เพื่อวัด OCD, Panic Disorder Severity Scale (PDSS) เพื่อวัด PD, และ Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) เพื่อวัด SAD และอีก 2 ประเภทสำหรับวัดตัวแปรรอง ได้แก่ EuroQol-5 Dimension (EQ-5D) เพื่อวัดคุณภาพชีวิต, Working Alliance Inventory-Short Form (WAI-SF) เพื่อวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด, Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) เพื่อวัดภาวะซึมเศร้า, และ generalized anxiety symptoms using the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) เพื่อวัดภาวะวิตกกังวล ผลการวิจัยพบว่าหลังจากกลุ่มเข้าอย่างเข้ารับโปรแกรม คะแนนของโรคย้ำคิดย้ำทำ (OCD) โรคแพนิค (PD) หรือโรคกลัวการเข้าสังคม (SAD) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P=.002$, $P=.02$ และ $P=.02$) ตามลำดับ คะแนนภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P=.03$ และ $P<.001$) ตามลำดับ คะแนนสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P=0.07$

สรุป การบำบัดบำบัดออนไลน์ได้ถูกนำไปใช้กับกลุ่มประชากรที่หลากหลาย มีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับการบำบัดแบบเผชิญหน้า และพบว่ามีความน่าสนใจสำหรับผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดี และจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ยังไม่พบการประยุกต์ใช้การบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมในรูปแบบออนไลน์เพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเอง ดังนั้น

ผู้วิจัยจึงนำการบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมมาใช้ในการเสริมสร้างความเมตตา กรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ ผู้วิจัยคาดว่าจะมีประสิทธิภาพ และสามารถใช้ในงานวิจัยของผู้วิจัย อีกทั้งการทำจิตบำบัดออนไลน์ยังขยายพื้นที่การเข้าถึงกลุ่ม ตัวอย่างของผู้วิจัย เพิ่มความสะดวกในการเข้าร่วมงานวิจัย รวมไปถึงลดเวลาและค่าใช้จ่ายในการ เดินทาง จึงเป็นที่มาของการกำหนดวัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้

3.7 การทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตา กรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิต

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและ พฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตา กรุณาต่อตนเองพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้ Asano et al. (2017) ได้ศึกษาวิจัยหัวข้อ การทำกลุ่มจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกความ กรุณา (Group cognitive behavioral therapy with compassion training) สำหรับผู้ที่มีภาวะ ซึมเศร้าในชุมชนชาวญี่ปุ่น ศึกษาความเป็นไปได้แบบกลุ่มเดียว (a single-group feasibility study) โดยใช้โปรแกรมการทำจิตบำบัดกลุ่มแบบการรู้คิดและพฤติกรรมบูรณาการร่วมกับการฝึก ความกรุณา เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเสริมสร้างความเมตตา กรุณาต่อตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประเทศที่เป็นชาวญี่ปุ่นที่มีอายุระหว่าง 20-65 ปี จำนวน 13 คน แบ่งกลุ่มให้มีสมาชิกสมาชิก สูงสุดแค่ 5 คน โดยทำการบำบัดจำนวน 10 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง มีรายละเอียดโปรแกรมในแต่ละ ครั้งมีดังนี้

ครั้งที่ 1 อธิบายรายละเอียดของการทำจิตบำบัดกลุ่มแบบการรู้คิดและพฤติกรรม และให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตเรื่องอารมณ์

ครั้งที่ 2 ให้คำแนะนำในการตรวจสอบตนเองเมื่อมีปัญหาด้านอารมณ์ตามโครงสร้าง CBT

ครั้งที่ 3 การกระตุ้นพฤติกรรม

ครั้งที่ 4 การกระตุ้นพฤติกรรมและการรู้ทันความคิด

ครั้งที่ 5,6 การท้าทายความคิดเชิงลบของตนเอง

ครั้งที่ 7 การให้ความรู้เรื่องนิยามของความสมบูรณ์แบบ

ครั้งที่ 8 การวิจารณ์ตนเองและความละเอียด

ครั้งที่ 9 ระลึกถึงความทรงจำอย่างมีความเมตตา

ครั้งที่ 10 การเขียนจดหมายถึงตนเองและผู้เข้าร่วมด้วยความเห็นอกเห็นใจ และการ ป้องกันการวิจารณ์ตนเอง

ต่อมา Rayner et al. (2022) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การประเมินหลายวิธีของกลุ่มจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมที่เน้นความกรุณา (a compassion-focused cognitive behavioral psychotherapy) ในกลุ่มผู้หญิงที่ทำร้ายตนเองจำนวน 3 คน เพื่อลดความวิตกกังวล, ภาวะซึมเศร้า, และเพิ่มความเมตตาต่องานตนเอง โดยโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมที่เน้นความกรุณาที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 15 ครั้ง มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ กำหนดข้อตกลงและเป้าหมาย และเนื้อหาในแต่ละครั้ง

ครั้งที่ 2 การให้ความหมายของความกรุณาและการทำร้ายตนเอง

ครั้งที่ 3 การฝึกสติโดยการกำหนดลมหายใจ, กล้องของขวัญสำหรับปลอบปลະโลมตนเอง และกลยุทธ์การรับมือกับปัญหา

ครั้งที่ 4 การให้ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดแบบมุ่งเน้นความกรุณา (Compassion Focused Therapy)

ครั้งที่ 5 ทำไมผู้คนถึงทำร้ายตนเอง อะไรบ้างที่จะช่วยบรรเทาหรือทำให้แย่ลง

ครั้งที่ 6 ความคิดกับการทำร้ายตนเอง และการแบบเห็นอกเห็นใจ

ครั้งที่ 7 คนอื่นมีปฏิกิริยาอย่างไรต่อการทำร้ายตนเอง สิ่งนี้ช่วยหรือทำให้เราแย่ลงได้อย่างไร

ครั้งที่ 8 ความกลัวที่ปิดกั้นความกรุณา

ครั้งที่ 9 การใช้สัตว์บำบัด

ครั้งที่ 10 การแก้ปัญหา, การเขียนจดหมายด้วยความกรุณา และแบ่งปันกล่องของขวัญสำหรับปลอบปลະโลม

ครั้งที่ 11 วางแผนการยุติ และการทำอะไรเพื่อเก็บรักษาความกรุณาให้คงอยู่

ครั้งที่ 12 การประเมินและการสนทนากลุ่ม (focus group) การทบทวนเป้าหมายที่ตั้ง การยุติและการจากลา

สำหรับครั้งที่ 13-15 เป็นการติดตามผล

ครั้งที่ 13 การติดตามผลครั้งที่ 1: การฝึกสติและทบทวนสิ่งที่นำไปใช้แล้วได้ผล แบ่งปันการรับมือกับปัญหา

ครั้งที่ 14 การติดตามผลครั้งที่ 2: การฝึกสติและทบทวนสิ่งที่นำไปใช้แล้วได้ผล แบ่งปันการรับมือกับปัญหา

ครั้งที่ 15 การติดตามผลครั้งที่ 3 (3 เดือน) การสนทนากลุ่มถึงความเป็นอยู่ และทำแบบประเมิน

จากนั้น Mayasari (2022) ได้ใช้โปรแกรมการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม โดยใช้เทคนิคการปรับโครงสร้างทางความคิด (cognitive restructuring) เพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองในกลุ่มนักเรียนชาวอินโดนีเซียจำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 10 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาทั้งหมด 6 ครั้ง โดยในแต่ละครั้งจะมีขั้นตอนการบำบัดดังนี้ ยกตัวอย่างเช่น ขั้นตอนการระบุความคิดอัตโนมัติทางลบ ก่อนปรับโครงสร้างทางความคิดเพื่อดำเนินการในขั้นต่อไป เป็นต้น ผลจากการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความเมตตากรุณาต่อตนเองสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมหลังจากที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาตามแนวคิดทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยใช้เทคนิคการปรับโครงสร้างทางความคิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับประเทศไทย ประภาพิมพ์ ลิปตพัลลภ (2558) ได้ทำการศึกษาโปรแกรมการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อเพิ่มความพึงพอใจในภาพลักษณ์ทางร่างกาย การลดการประเมินตนเองเหมือนวัตถุ และเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเอง ในกลุ่มผู้หญิงวัยรุ่นชาวไทย อายุระหว่าง 15-18 ปี จำนวน 49 คน ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มทดลอง 24 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมแบบรายอาทิตย์ทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง โดยรายละเอียดของโปรแกรมมีดังนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ

ครั้งที่ 2 ความน่าละอายของร่างกาย และการดูแล

ครั้งที่ 3 ABC model และรูปแบบความคิดที่ไร้ประโยชน์

ครั้งที่ 4 รู้เท่าทันสื่อ

ครั้งที่ 5 การควบคุมร่างกาย

ครั้งที่ 6 การป้องกันการเกิดซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่าโปรแกรมการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมสามารถนำมาใช้เพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองได้ แต่อย่างไรก็ตามยังพบได้น้อยที่ศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศโดยตรง อีกทั้งยังไม่พบการศึกษาการทำจิตบำบัดออนไลน์เพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิต จึงเป็นช่องว่างของความรู้ของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ที่ต้องการศึกษาการทำกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิด

และพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ

ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาปรับปรุงโปรแกรมมาจากทั้งของ Asano et al. (2017) โดยนำหัวข้อการทำจิตบำบัดครั้งที่ 1 (อธิบายรายละเอียดของการทำจิตบำบัดกลุ่มแบบการรู้คิดและพฤติกรรม และให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต) ,ครั้งที่ 4 (การกระตุ้นพฤติกรรมและการรู้ทันความคิด), ครั้งที่ 5-6 (การทำท่ายความคิดเชิงลบของตนเอง), ครั้งที่ 7 (การให้ความรู้เรื่องนิยามของความสมบูรณ์แบบ) และ ประภาพิมพ์ ลิปตพัลลภ (2558) โดยนำหัวข้อการทำจิตบำบัดครั้งที่ 1 (การสร้างสัมพันธภาพ), ครั้งที่ 3 (ABC model และรูปแบบความคิดที่ไร้ประโยชน์) ครั้งที่ 6 (การป้องกันการเกิดซ้ำ) ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงและพัฒนาให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ องค์ประกอบของความเมตตากรุณา และกลุ่มตัวอย่างของผู้วิจัยจนเกิดโปรแกรมการทำกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ โดยประกอบไปด้วยการทำจิตบำบัดทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง

นิยามปฏิบัติการ

1. กลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิต

หมายถึง การทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมในรูปแบบกลุ่ม ตั้งอยู่บนทฤษฎีที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างความคิด, ความรู้สึก, และพฤติกรรม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีความเชื่อมโยงกัน โดยการปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมให้มาอยู่บนฐานของความเป็นจริง เมื่อความคิดเปลี่ยน ความรู้สึกก็จะเปลี่ยนตามไป โครงสร้างและเทคนิคที่ใช้ในกลุ่มจิตบำบัดสอดคล้องกับการเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองผ่านความสัมพันธ์กับองค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบ ซึ่งถูกพัฒนามาจากโปรแกรมจากงานวิจัยของ Asano et al. (2017) และโปรแกรมจากงานวิจัยของ ประภาพิมพ์ ลิปตพัลลภ (2558) กลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตประกอบไปด้วยการทำจิตบำบัดทั้งหมด 8 ครั้ง ระยะเวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะแรก เป็นระยะของการสร้างความไว้วางใจและชี้แจงกฎกติกา วัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มจิตบำบัด เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทราบว่า การทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมจะเน้นการทำงานร่วมกัน ประกอบไปด้วยการทำจิตบำบัด ครั้งที่ 1

ระยะทำงาน เป็นระยะของการนำเทคนิคจากทฤษฎีการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับแต่ละองค์ประกอบของความเมตตากรุณาต่อตนเอง

เพื่อเสริมสร้างความเมตตา กรุณาต่อตนเอง และเป็นระยะที่ให้ความรู้เรื่องการทำจิตบำบัตแบบการรู้คิดและพฤติกรรมและความรู้เรื่องความเมตตา กรุณาต่อตนเอง ประกอบไปด้วยการทำจิตบำบัตครั้งที่ 2-6

ระยะสิ้นสุดการบำบัต เป็นระยะสุดท้ายของการทำจิตบำบัต โดยผู้นำและสมาชิกกลุ่มร่วมกันทบทวนวิธีการและเทคนิคที่ได้ฝึกฝนจากการทำจิตบำบัตในช่วงระยะทำงาน เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงได้เมื่อจบการทำจิตบำบัต ประกอบไปด้วยการทำจิตบำบัตครั้งที่ 7

2. ความเมตตา กรุณาต่อตนเอง (self-compassion)

หมายถึง การที่บุคคลมีความเมตตาต่อตนเอง แสดงความรักต่อตนเอง ปรารถนาให้ตนเองมีความสุข ไม่ตำหนิและตัดสินตนเอง เมื่อบุคคลจะประสบกับความผิดพลาดล้มเหลว จะตระหนักถึงความรู้สึกเจ็บปวด ไม่หลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธความรู้สึกนั้น มองประสบการณ์ความล้มเหลวที่เกิดขึ้นด้วยความเข้าใจว่าเป็นประสบการณ์ส่วนหนึ่งของการเป็นมนุษย์ ความเมตตา กรุณาต่อตนเองยังเป็นทัศนคติอารมณ์เชิงบวกที่ปกป้องสุขภาพจิตของบุคคลจากผลเสียที่ตามมาจากทัศนคติด้านลบที่เกิดขึ้นจากความล้มเหลว ประกอบไปด้วยองค์ประกอบทั้งหมด 3 องค์ประกอบได้แก่

ความมีเมตตาต่อตนเอง (Self-kindness) หมายถึง การที่บุคคลแสดงความรักต่อตนเอง ปรารถนาที่จะฟื้นฟูจิตใจตนเองด้วยความใจดี ถึงแม้ว่าตนเองจะประสบกับความผิดพลาดล้มเหลว แต่บุคคลก็มีความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจต่อตนเอง มากกว่าการตัดสินและตำหนิตนเองอย่างรุนแรง (self-judgment)

ความเป็นมนุษย์ปุถุชน (Common Humanity) หมายถึง การที่บุคคลมองประสบการณ์ความผิดพลาดล้มเหลวที่เกิดขึ้นในชีวิตของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์การเป็นมนุษย์ เนื่องจากการมนุษย์นั้นล้วนไม่สมบูรณ์แบบ มนุษย์มีทั้งความทุกข์ ผิดหวัง ล้มเหลว ซึ่งเป็นเรื่องปกติ มากกว่าที่จะมองว่าความผิดพลาดเป็นเรื่องเฉพาะบุคคล เมื่อบุคคลประสบกับล้มเหลวจึงรู้สึกโดดเดี่ยว แยกตัวออกจากผู้อื่นและสิ่งรอบตัว (isolation)

การมีสติ (Mindfulness) หมายถึง การรับรู้ความคิด อารมณ์ และความรู้สึกเจ็บปวดบนพื้นฐานของการมีความตระหนักรู้อย่างสมดุล ไม่ปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยง มากกว่าที่จะหมกมุ่นกับความคิดและความรู้สึกทุกข์นั้นมากเกินไป (Over-identification)

การวัดความเมตตา กรุณาต่อตนเอง ใช้แบบวัดความเมตตา กรุณาต่อตนเอง (Self – Compassion Scale) ของ (พลอยชมพู อัครศรีณย์, 2555) ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 26

ข้อ มีทั้งข้อคำถามทางบวกและทางลบ เป็นการวัดระดับความคิดเห็น (Likert Scale) 5 ระดับ โดย 1 หมายถึง ไม่เคย 2 หมายถึง นาน ๆ ครั้ง 3 หมายถึง เป็นบางครั้ง 4 หมายถึง ค่อนข้างบ่อย และ 5 หมายถึง บ่อยมาก โดยมีการแปลความหมายของคะแนน ตามเกณฑ์ของแบบวัดความเมตตา กรุณาต่อตนเองซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยรวม 3.51-5.0 คะแนน หมายถึง เป็นผู้มีความเมตตากรุณาต่อตนเองอยู่ในเกณฑ์สูง

ผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยรวม 2.5-3.5 คะแนน หมายถึง เป็นผู้มีความเมตตากรุณาต่อตนเองอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยรวม 1.0-2.49 คะแนน หมายถึง เป็นผู้มีความเมตตากรุณาต่อตนเองอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติ

3. สุขภาพจิต

หมายถึง สภาวะจิตใจที่เป็นสุข มีความสบายใจ พอใจในชีวิต และมีความภูมิใจในตนเอง มีความเมตตากรุณาต่อตนเองและผู้อื่น เป็นผลมาจากการทำใจยอมรับปัญหา และความสามารถในการจัดการปัญหาที่เข้ามาในชีวิต รวมถึงสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อเจอปัญหา มีศักยภาพในการพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี รวมไปถึงมีสุขภาพะทางใจที่ดี ถึงแม้จะสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมจะเปลี่ยนแปลงไป

การวัดสุขภาพจิตใช้แบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (Version 2007) (Thai Mental Health Indicator – 15: TMHI-15) ของ กรมสุขภาพจิต ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ มีทั้งข้อคำถามทางบวกและทางลบ แบบวัดนี้เป็นการวัดระดับความคิดเห็น (Likert Scale) 4 ระดับ โดย 1 หมายถึง ไม่เลย, 2 หมายถึง เล็กน้อย, 3 หมายถึง มาก, 4 หมายถึง มากที่สุด

โดยมีการแปลความหมายของคะแนน ตามเกณฑ์ของแบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (Version 2007) มีรายละเอียดดังนี้

ผู้ที่มีคะแนนรวม 51-60 คะแนน หมายถึง เป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี

ผู้ที่มีคะแนนรวม 44-50 คะแนน หมายถึง เป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตปานกลาง

ผู้ที่มีคะแนนรวมต่ำกว่า 45 คะแนน หมายถึง เป็นผู้ที่มีแนวโน้มมีปัญหาสุขภาพจิต

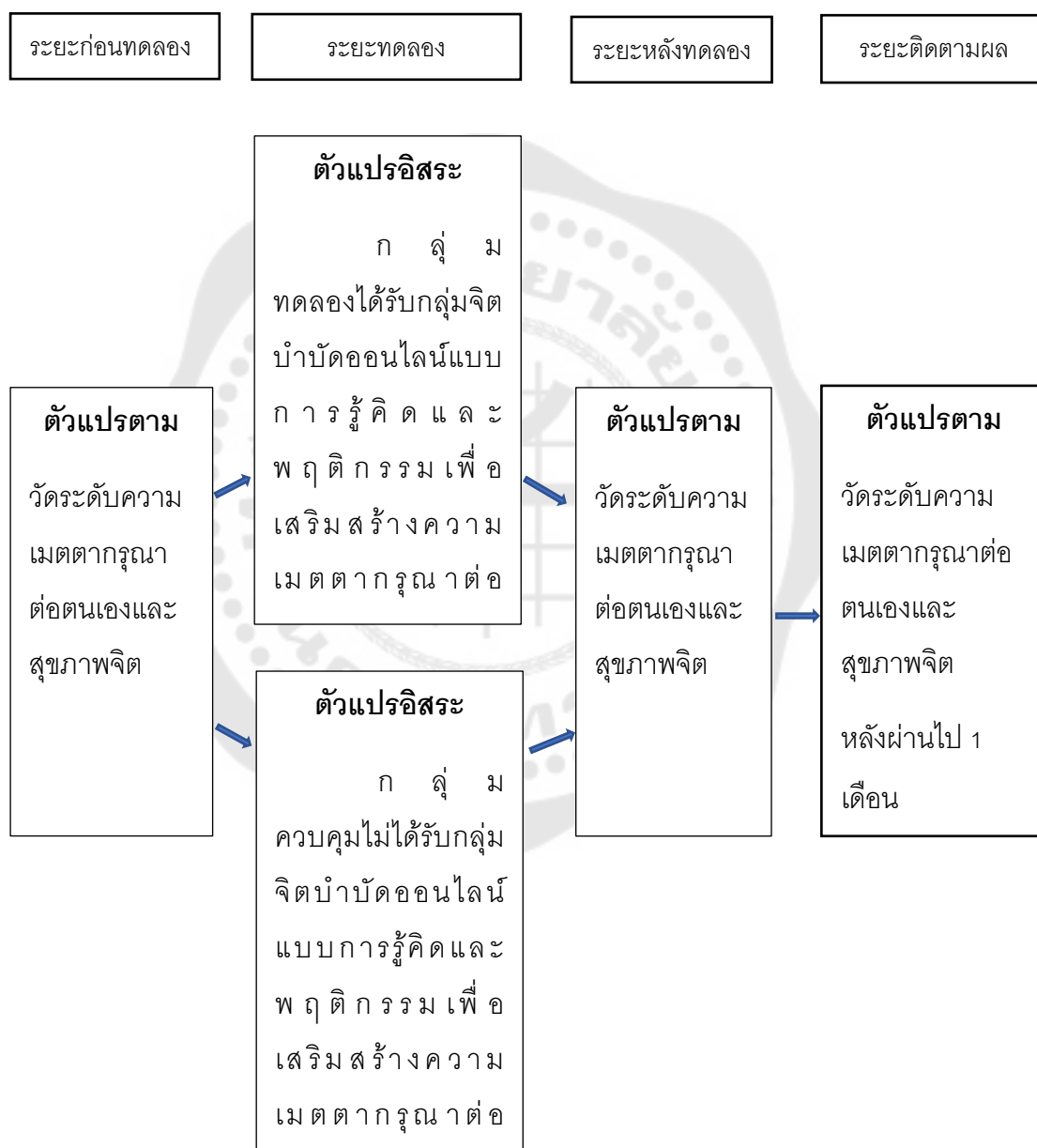
กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนากลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลาย

ทางเพศ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มจะประสบกับการมีสุขภาพจิตไม่ดี จึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มประชากรที่ไม่ใช่ผู้มีความหลากหลายทางเพศ (Pepping et al., 2018) และพบว่าความเมตตากรุณาต่อตนเองสัมพันธ์กับสุขภาพจิต (Carvalho & Guimaraes, 2022; Min, Jianchao, & Mengyuan, 2022) ความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิต จึงถูกกำหนดเป็นตัวแปรตาม ซึ่งผู้ที่มีความเมตตากรุณาต่อตนเองจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่ขาดความเมตตากรุณาต่อตนเอง โดยผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดความเมตตากรุณาต่อตนเองของเนฟ ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความมีเมตตาต่อตนเอง ความเป็นมนุษย์ปุถุชน และการมีสติ (K. Neff, 2003a) เพื่อนำมาใช้ในการออกแบบกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมซึ่งถูกกำหนดให้เป็นตัวแปรอิสระ โดยการออกแบบกลุ่มจิตบำบัดครั้งนี้ผู้วิจัยได้สืบค้นวรรณกรรมเพื่อยืนยันประสิทธิภาพของกลุ่มจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม พบว่ามีการนำไปใช้เพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเอง (Asano et al., 2017; Mayasari, 2022; Rayner et al., 2022; ประภาพิมพ์ ลิปตพัลลภ, 2558) และนำไปใช้เพื่อลดปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากการมีสุขภาพจิตไม่ดี (Ross et al., 2008; วัลลภา กิตติมาสกุล, 2562; อธิษฐ์ ทวีธนาตรี และคณะ, 2565) อย่างได้ผล จะเห็นได้ว่าการใช้โปรแกรมการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมสามารถเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเอง และการทำจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพเทียบเท่าการทำจิตบำบัดแบบเผชิญหน้าเช่นกัน (Matsumoto et al., 2018; Soh et al., 2020; Xiang et al., 2020) อย่างไรก็ตามยังพบได้น้อยที่จะมีการนำโปรแกรมการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมมาใช้เสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิต โดยส่วนใหญ่จะเป็นการนำไปประยุกต์ใช้กับการบำบัดแบบเน้นความกรุณา (compassion focused therapy) อีกทั้งการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตนั้นยังไม่ค่อยพบว่ามีการศึกษาในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ จึงเป็นช่องว่างของความรู้ของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ที่ต้องการศึกษากลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ

กลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาปรับปรุงโปรแกรมมาจากทั้งของ Asano et al. (2017) และ ประภาพิมพ์ ลิปตพัลลภ (2558) โดยประกอบไปด้วยการทำจิตบำบัดทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ผ่านโปรแกรม Zoom ระยะเวลาในการปฏิบัติ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ตามโครงสร้างการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมที่อ้างอิงจาก Corey

ได้แก่ ระยะแรก, ระยะทำงาน, และระยะสิ้นสุดการบำบัด (Corey, 2016) จึงนำมาสู่การเขียนกรอบวิจัยต่อไปนี้



ภาพประกอบ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตา กรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผลในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ โดยใช้คะแนนความเมตตา กรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในระยะก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม

2. กลุ่มทดลองผู้มีความหลากหลายทางเพศมีความเมตตา กรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผล เมื่อได้รับกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรม โดยใช้คะแนนความเมตตา กรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในระยะก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “ผลของกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตา กรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ” เป็นรูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ดำเนินการทดลองตามแบบแผนการวิจัยโดยทดสอบก่อน หลัง (Pretest-Posttest control group Design) (วรรณิ์ แกมเกตุ, 2555) และผู้วิจัยได้เพิ่มการทดสอบระยะติดตามผล (Follow Up) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตา กรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผล ประเมินโดยการศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเมตตา กรุณาต่อตนเองและคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศที่เข้ากลุ่มจิตบำบัดทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ผู้มีความหลากหลายทางเพศในวัยทำงาน ช่วงอายุระหว่าง 22-60 ปี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่นิยามตนเองว่าเป็นผู้มีความหลากหลายทางเพศ อายุระหว่าง 22-60 ปี อาศัยอยู่ในประเทศไทย โดยผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก

1. เป็นผู้มีความหลากหลายทางเพศ
2. อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 22-60 ปี
3. อาศัยอยู่ในประเทศไทย

4. มีความเข้าใจและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี
5. ได้คะแนนจากแบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเองอยู่ในระดับต่ำกว่าหรืออยู่ในเกณฑ์ปกติ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3.5)
6. มีความรู้พื้นฐานในการใช้โปรแกรม Zoom และ Line ผ่านคอมพิวเตอร์, โทรศัพท์มือถือ, หรือแท็บเล็ต
7. ยินดีให้ความร่วมมือในงานวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก

1. กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธและหยุดการเข้าร่วมวิจัย
2. กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัยไม่ถึง 80% (ขาดไม่เกิน 2 ครั้ง จากทั้งหมด 8 ครั้ง)

รายละเอียดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จำนวนผู้เข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ทั้งสิ้น 27 คน ทำการสุ่มแบ่งกลุ่มตัวอย่าง (Randomly assigned) เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 12 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตา กรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับเอกสารความรู้เรื่องความเมตตากรุณาต่อตนเองและคลิปการฝึกสติ

ในช่วงเริ่มต้นกลุ่มทดลองมีจำนวน 18 คน แบ่งการเข้ากลุ่มย่อย 2 กลุ่ม กลุ่มละ 9 คน โดยการสุ่มแบ่งกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นเข้ารับกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์ฯ จำนวน 8 ครั้ง ตามที่กำหนด แต่เมื่อสิ้นสุดการวิจัย มีสมาชิกขอยุติจำนวน 1 คน และเข้าเกณฑ์คัดออกจำนวน 5 คน จึงทำให้กลุ่มทดลองมีสมาชิกคงเหลือ 12 คน โดยแบ่งออกเป็น กลุ่มย่อยกลุ่มที่ 1 เหลือ 6 คน และกลุ่มย่อยกลุ่มที่ 2 เหลือ 6 คน

ในช่วงเริ่มต้นกลุ่มควบคุมมีจำนวน 18 คน แบ่งเข้ากลุ่มย่อย 2 กลุ่ม กลุ่มละ 9 คน โดยการสุ่มแบ่งกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุมได้รับเอกสารความรู้เรื่องความเมตตากรุณาต่อตนเอง และคลิปวิดีโอการฝึกสติ แต่เมื่อสิ้นสุดการวิจัย มีสมาชิกขอยุติจำนวน 3 คน จึงทำให้กลุ่มควบคุมมีสมาชิกคงเหลือ 15 คน โดยแบ่งออกเป็น กลุ่มย่อยกลุ่มที่ 1 เหลือ 7 คน และกลุ่มย่อยกลุ่มที่ 2 เหลือ 8 คน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยใช้โปรแกรม G*power 3.1 ในการคำนวณ เลือกรทดสอบ F ในสถิติ Anova : repeated measures, between factors โดยอ้างอิงจาก

งานวิจัยของ ที่มีค่าขนาดอิทธิพล (effect size) .46 ซึ่งถือว่าเป็นขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง และคำนวณตัวอย่างโดยตั้งระดับความเชื่อมั่นที่ .05 กำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 32 คน ผู้วิจัยหากกลุ่มตัวอย่างเพิ่ม 4 คน เพื่อเป็นการป้องกันการขาดหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 36 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 18 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 18 คน แต่เมื่อสิ้นสุดการวิจัย พบว่าระหว่างการทดลองกลุ่มทดลองมีสมาชิกขอยุติจำนวน 1 คน และเข้าเกณฑ์คัดออกจำนวน 5 คน กลุ่มควบคุมมีสมาชิกขอยุติจำนวน 3 คน ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 27 คน วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์จำนวน 12 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับเอกสารความรู้เรื่องความเมตตากรุณาต่อตนเองและклиปิวิดีโอฝึกสติจำนวน 15 คน

การขาดหายของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดออก

ในงานวิจัยนี้มีสมาชิกจากกลุ่มทดลองขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 1 คน โดยขอยุติตั้งแต่การทำกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์ ครั้งที่ 3 และหลังจบงานวิจัยในระยะติดตามผล มีผู้เข้าเกณฑ์การคัดออกจำนวน 5 คน และกลุ่มควบคุมมีผู้ยุติการเข้าร่วมวิจัยจำนวน 3 คน โดยสรุปแล้วมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ขอยุติและเข้าเกณฑ์การคัดออกจำนวน 6 คน จาก 18 คน คิดเป็น ร้อยละ 33 และมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมที่ขอยุติจำนวน 3 คน จาก 18 คน คิดเป็น ร้อยละ 16

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.2.1 แบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเอง (Self – Compassion Scale)

ของ พลอยชมพู อัครธัญย์ (2555) แปลเป็นภาษาไทยจากแบบวัดต้นฉบับ Self-Compassion Scale (SCS) ของ Kristen Neff ปี 2003 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ มีข้อคำถามด้านบวก 13 ข้อ ได้แก่ 3,5,7,9,12,14,15,17,19,22,23,26 และข้อคำถามด้านลบจำนวน 13 ข้อ ได้แก่ 1,2,4,6,8,11,13,16,18,20,21,24,25 แบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเองเป็นการวัดระดับความคิดเห็น (Likert Scale) 5 ระดับ โดย 1 หมายถึง ไม่เคย 2 หมายถึง นาน ๆ ครั้ง 3 หมายถึง เป็นบางครั้ง 4 หมายถึง ค่อนข้างบ่อย และ 5 หมายถึง บ่อยมาก

วิธีแปลผล มีการแปลผล 2 วิธีขึ้นตามประเภทของข้อคำถาม หากเป็นข้อคำถามด้านบวก ผู้ที่ตอบ 1 จะได้ 1 คะแนน และหากตอบ 5 จะได้ 5 คะแนน ส่วนในการแปลผลข้อคำถามทางลบจะคิดคะแนนกลับกัน เช่น ผู้ที่ตอบ 5 จะได้ 1 คะแนน และหากตอบ 1 จะได้ 5 คะแนน การคำนวณคะแนนทำโดยการรวมคะแนนจากทุกข้อคำถามเข้าด้วยกัน โดยต้องผ่านการกลับคะแนน

ของข้อคำถามด้านลบเป็นที่เรียบร้อยแล้วก่อนหน้านี้ โดยมีการแปลความหมายของคะแนน ตามเกณฑ์ของแบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเองซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยรวม 3.51-5.0 คะแนน หมายถึง เป็นผู้มีความเมตตากรุณาต่อตนเองอยู่ในเกณฑ์สูง

ผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยรวม 2.5-3.5 คะแนน หมายถึง เป็นผู้มีความเมตตากรุณาต่อตนเองอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยรวม 1.0-2.49 คะแนน หมายถึง เป็นผู้มีความเมตตากรุณาต่อตนเองอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติ

กลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนสูง แสดงว่าเป็นผู้มีความเมตตากรุณาต่อตนเองสูง ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศจำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างก่อนการนำไปใช้จริง จากนั้นนำผลของการนำแบบวัดไปทดลองใช้มาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อและค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับ และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) เท่ากับ 0.87

ตัวอย่างข้อคำถามแบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเอง

คำชี้แจง โปรดอ่านคำถามแต่ละข้ออย่างละเอียด และเลือกคำตอบโดยใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

- 1 หมายถึง ไม่เคย
- 2 หมายถึง นาน ๆ ครั้ง
- 3 หมายถึง เป็นบางครั้ง
- 4 หมายถึง ค่อนข้างบ่อย
- 5 หมายถึง บ่อยมาก

ข้อ	ข้อคำถาม	1	2	3	4	5
1	ฉันรับไม่ได้และตำหนิข้อบกพร่องของตนเอง					
2	เวลารู้สึกหุดหู่ท้อแท้ ฉันมักจะหมกมุ่นและคิดถึงเรื่องต่างๆ ที่ฉันทำผิดพลาด					

3	ฉันพยายามมองว่าความล้มเหลวต่างๆ ของฉัน เป็นส่วนหนึ่งของ ความเป็นมนุษย์					
4	เมื่อมีอะไรมาทำให้ฉันรู้สึกแย่ ฉันจะจมอยู่กับความรู้สึกนั้น					
5	ฉันอดทนได้กับความผิดพลาดและข้อจำกัดของตนเอง					

3.2.2 แบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007) (Thai Mental Health Indicator: THMI-15)

ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ข้อคำถามด้านบวก 12 ข้อ ได้แก่ 1,2,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15 และข้อคำถามด้านลบจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 3,4,5 แบบวัดนี้เป็น การประเมินความถี่ระดับความคิดเห็น (Likert Scale) 4 โดย 1 หมายถึง ไม่เลย, 2 หมายถึง เล็กน้อย, 3 หมายถึง มาก, 4 หมายถึง มากที่สุด

วิธีแปลผล มีการแปลผล 2 วิธีขึ้นตามประเภทของข้อคำถาม หากเป็นข้อคำถามด้าน บวก ผู้ที่ตอบ ไม่เลย จะได้ 1 คะแนน และหากตอบ มากที่สุด จะได้ 4 คะแนน ส่วนในการแปลผล ข้อคำถามทางลบจะคิดคะแนนกลับกัน เช่น ผู้ที่ตอบ มากที่สุด จะได้ 1 คะแนน และหากตอบ ไม่ เลย จะได้ 4 คะแนน การคำนวณคะแนนทำโดยการรวมคะแนนจากทุกข้อคำถามเข้าด้วยกัน โดย ต้องผ่านการกลับคะแนนของข้อคำถามด้านลบเป็นที่เรียบร้อยแล้วก่อนเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างที่ได้ คะแนนสูง แสดงว่าเป็นผู้มีสุขภาพจิตดีสูง ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศจำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างก่อนการนำไปใช้ จริง จากนั้นนำผลของการนำแบบวัดไปทดลองใช้มาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ข้อคำถามรายข้อและค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับ และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) เท่ากับ 0.84

โดยมีการแปลความหมายของคะแนน ตามเกณฑ์ของแบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัด สุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (Version 2007) มีรายละเอียดดังนี้

- ผู้ที่มีคะแนนรวม 51-60 คะแนน หมายถึง เป็นผู้มีสุขภาพจิตดี
- ผู้ที่มีคะแนนรวม 44-50 คะแนน หมายถึง เป็นผู้มีสุขภาพจิตปานกลาง
- ผู้ที่มีคะแนนรวมต่ำกว่า 45 คะแนน หมายถึง เป็นผู้มีแนวโน้มมีปัญหาสุขภาพจิต

ตัวอย่างข้อแบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007)

คำชี้แจง โปรดอ่านคำถามแต่ละข้ออย่างละเอียด และเลือกคำตอบโดยใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

1 หมายถึง ไม่เลย

2 หมายถึง เล็กน้อย

3 หมายถึง มาก

4 หมายถึง มากที่สุด

ข้อ	ข้อความคำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
1	ท่านรู้สึกพอใจในชีวิต				
2	ท่านรู้สึกสบายใจ				
3	ท่านรู้สึกผิดหวังในตัวเอง				
4	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้กับการดำเนินชีวิตประจำวัน				
5	ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์				

3.2.3 กลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตา กรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ

ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์ มีรายละเอียด ดังนี้

3.2.3.1 ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเมตตา กรุณาต่อตนเอง โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) และการทำกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์ แบบวัดความเมตตา กรุณาต่อตนเองและแบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น

3.2.3.2 ออกแบบและพัฒนาโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) เพื่อเสริมสร้างความเมตตา กรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ ซึ่งพัฒนามาจากโปรแกรมจากงานวิจัยของ

Asano et al. (2017) และโปรแกรมจากงานวิจัยของ ประภาพิมพ์ ลิปตพัลลภ (2558) ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย กลุ่มตัวอย่าง และการทำกลุ่มจิตบำบัดในรูปแบบออนไลน์ จนได้โปรแกรมทำกลุ่มจิตบำบัดจำนวน 7 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง

3.2.3.3 ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมโดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเหมาะสมเชิงเนื้อหาและรูปแบบการดำเนินการของโปรแกรม แล้วจึงปรับปรุงตามข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พบว่า มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ในช่วง 0.67 ถึง 1.00 จากนั้นปรับปรุงตามข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญ

3.2.3.4 นำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลอง (Try out) โดยอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยได้มาจากการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อโซเชียลและยินยอมเข้าร่วมการทดลอง ผู้วิจัยใช้เกณฑ์คัดเข้าจนได้ผู้เข้าร่วมที่นิยามตนเองว่าเป็นผู้มีความหลากหลายทางเพศจำนวน 6 คน แบ่งเป็น เกย์ 1 คน ผู้หญิงข้ามเพศ 5 คน ใช้เวลาทำกลุ่มจิตบำบัดทั้งหมด 7 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน คือ WILCOXON SIGNED RANK TEST เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตาม ในช่วงระยะก่อนและหลังการทดลอง ผลของการนำไปทดลองพบว่าผู้เข้าร่วมมีความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตไม่แตกต่างจากก่อนทดลอง

3.2.3.5 หลังจากนำไปทดลองใช้ทำให้ผู้วิจัยเห็นถึงสิ่งที่ควรปรับปรุงและพัฒนาให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ ผู้วิจัยจึงปรึกษาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จนได้โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศฉบับสมบูรณ์จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 120 นาที ดังตารางที่ 1 โดยมีรายละเอียดของโปรแกรมและวิธีดำเนินการปรากฏในภาคผนวก ข

ตาราง 1 โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตา
กรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/เทคนิค	กิจกรรมภายในกลุ่ม
1 การสร้าง สัมพันธภาพ และข้อตกลง ภายในกลุ่ม	1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่าง ผู้วิจัยกับสมาชิกกลุ่ม 2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจถึง ที่มาของการทำกลุ่มจิตบำบัด วัตถุประสงค์ และเป้าหมายของ การเข้าร่วมกลุ่ม 3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มรับรู้ บทบาทของตนเอง ทฤษฎีที่ใช้ และระยะเวลาในการทำจิต บำบัดกลุ่ม สร้างข้อตกลงภายใน กลุ่ม โดยเป็นไปตาม จรรยาบรรณ และให้ ความสำคัญกับการรักษา ความลับของสมาชิกกลุ่ม	1. การสร้างสัมพันธภาพ ตามหลักทฤษฎีการ บำบัดแบบการรู้คิดและ พฤติกรรม (establishing therapeutic relationship)	1. กิจกรรม “Who am I ฉันเป็นใคร I’m just a secret keep in inside” 2. บอกความรู้สึกของ ตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ ผ่านมา โดยดูจากวงล้อ อารมณ์ของ สสส.
2 จิตบำบัด แบบการรู้คิด และ พฤติกรรม	1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจ ทฤษฎีการบำบัดแบบการรู้คิด และพฤติกรรม 2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มรู้ถึงความ เชื่อมโยงระหว่าง เหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม	1. การให้ความรู้ (psychoeducation) 2. ABC model	1. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้ หลักการของทฤษฎีการทำ จิตบำบัดแบบการรู้คิด และพฤติกรรม (CBT) 2. สมาชิกเขียนเหตุการณ์ ของตนลงในใบงาน ABC model

ตาราง 1 (ต่อ)

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/เทคนิค	กิจกรรมภายในกลุ่ม
3 มีสติ ตระหนักรู้ อยู่กับปัจจุบัน	1. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจ ความหมายและประโยชน์ของ สติ	1. การให้ความรู้ (psychoeducation)	1. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่อง สติพร้อมเปิดคลิปวิดีโอ
	2. เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้ถึงวิธีการ ควบคุมอารมณ์ไม่ให้แสดงออก มากเกินไป (over- identification)	2. การฝึกผ่อนคลาย (relaxation)	2. ฝึกกำหนดลมหายใจ (controlled breathing)
		3. การฝึกทดลอง พฤติกรรม (behavioral experiment)	3. ทดลองกอดตัวเอง จากนั้นบอกเล่าความรู้สึก ที่เกิดขึ้น
4. ความ คิดอัตโนมัติ เชิงลบและ อคติทาง ความคิด	1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถ ระบุความคิดอัตโนมัติเชิงลบ	1. การให้ความรู้ (psychoeducation)	1. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่อง ความคิดอัตโนมัติเชิงลบ (negative automatic thought - NATs)
	2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้ เกี่ยวกับอคติทางความคิด	2. เทคนิคการถามอย่าง ต่อเนื่อง (downward arrow)	2. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่อง อคติทางความคิด (cognitive biases) ผ่าน ใบงานที่ผู้นำกลุ่มส่งให้ ทางไลน์
			3. สมาชิกเขียนเหตุการณ์ ของตนลงในใบงาน ABC model และร่วมกัน อภิปราย ตรวจสอบหา ความคิดอัตโนมัติเชิงลบ และอคติทางความคิด

ตาราง 1 (ต่อ)

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/เทคนิค	กิจกรรมภายในกลุ่ม
5 เมตตากับ ตนเอง แทน การตำหนิ (Self- Kindness) ครั้งที่ 1	1. เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลบสู่ ความคิดเชิงบวก ที่อยู่บน พื้นฐานของความเป็นจริง จน 2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความ เมตตาต่อตนเอง ใจดี รักตนเอง เพิ่มขึ้น	1. การปรับความคิด (cognitive restructuring) 2. ABCDE model	1. ร่วมกันแสดงความ คิดเห็นถึงข้อดี-ข้อเสีย ของ การตำหนิตนเอง 2. ผู้นำกลุ่มเชิญชวนสมาชิก กลุ่มระลึกถึง “เหตุการณ์ที่ คิดตำหนิ ตัดสิน กล่าวโทษ ตนเองในทางลบ จนรู้สึก ทุกข์ทรมานใจและรบกวน ชีวิตคุณ” จากนั้นประเมิน และปรับความคิดลงใงาน ABCDE และร่วมกัน อภิปราย
6 เมตตากับ ตนเอง แทน การตำหนิ (Self- Kindness) ครั้งที่ 2	1. เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลบสู่ ความคิดเชิงบวก ที่อยู่บน พื้นฐานของความเป็นจริง จน 2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความ เมตตาต่อตนเอง ใจดี รักตนเอง เพิ่มขึ้น 3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความ เข้าใจเรื่องเพศวิถีเพิ่มขึ้น (Gender Unicorn)	1. การปรับความคิด (cognitive restructuring) 2. ABDCE model 3. การให้ความรู้	1. ผู้นำกลุ่มเชิญชวนสมาชิก กลุ่มระลึกถึง “เหตุการณ์ที่ คิดตำหนิ ตัดสิน กล่าวโทษ ตนเองในทางลบ จนรู้สึก ทุกข์ทรมานใจและรบกวน ชีวิตคุณ” จากนั้นประเมิน และปรับความคิดลงใงาน ABCDE และร่วมกัน อภิปราย 2. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่อง เพศวิถี (Gender Unicorn) และเชิญชวนสมาชิกร่วมกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น

ตาราง 1 (ต่อ)

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/เทคนิค	กิจกรรมภายในกลุ่ม
7 มนุษย์คือ ความ หลากหลาย (Common Humanity)	1. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจ ความหมายของการเกลียดกลัว ตัวเอง (Internalized Homophobia)	1. การปรับความคิด (cognitive restructuring) 2. ABDCE model	1. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้ความ เข้าใจเรื่อง การเกลียดกลัว ตัวเอง (internalized homophobia)
	2. เพื่อให้สมาชิกภายในกลุ่ม ตระหนักรู้ว่ามนุษย์ไม่ได้สมบูรณ์ แบบ มีความหลากหลาย และ ไม่ได้อยู่อย่างโดดเดี่ยว	3. การให้ความรู้	2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่ม ท้าทายความคิดด้วยคำถาม "ฉันไม่น่าเกิดมาเป็นเพศ นี้เลย" เป็นต้น จากนั้น ประเมินและปรับความคิด ลงใบงาน ABCDE และ ร่วมกันอภิปราย
8. การป้องกัน และการนำไป ประยุกต์ใช้	1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทบทวน สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเข้ากลุ่ม 2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถ นำไปประยุกต์ใช้ใน ชีวิตประจำวัน	1. การแก้ปัญหาอย่าง เป็นระบบ (problem solving) 2. การให้ความรู้	1. ผู้นำกลุ่มสอนเรื่องการ แก้ปัญหา (problem- solving) 2. สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นถึงการนำสิ่งที่ ได้เรียนรู้จากการทำกลุ่มจิต บำบัดไปประยุกต์ใช้ใน ชีวิตประจำวัน โดยจะให้ร่วม แสดงความคิดเห็นจาก คำถาม "หากคุณเจอเหตุ การณ์ยากลำบาก คุณจะ เตือนตัวเองอย่างไร และ คุณจะพูดหรือทำสิ่งใดกับ ตัวเอง"

ตาราง 1 (ต่อ)

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/เทคนิค	กิจกรรมภายในกลุ่ม
			3. ผู้นำกลุ่มให้รายละเอียดเกี่ยวกับหน่วยงานรับเรื่องร้องเรียน เมื่อเจอเหตุการณ์เลือกปฏิบัติเนื่องจากเรื่องเพศภาวะ

3.2.4 เอกสารความรู้เรื่องความเมตตากรุณาต่อตนเองและคลิปวิดีโอการฝึกสติ

ในงานวิจัยครั้งนี้กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์ แต่ผู้วิจัยจะให้เอกสารความรู้เรื่องความเมตตากรุณาต่อตนเอง โดยเนื้อหาจะประกอบไปด้วยองค์ประกอบของความเมตตากรุณาต่อตนเอง ได้แก่ ความมีเมตตาต่อตนเอง ความเป็นมนุษย์ปุถุชน และการมีสติจำนวน 1 แผ่น อีกทั้งยังให้คลิปวิดีโอการฝึกสติ

3.4 วิธีการดำเนินการวิจัย

3.4.1 แผนแต่ละขั้นตอนการทดลอง

การวิจัยเชิงปริมาณครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองแบบ Pretest Posttest Control Group Design และผู้วิจัยได้เพิ่มการทดสอบระยะติดตามผล (Follow Up) การวัดทั้งหมด 3 ครั้ง ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ดังแสดงในตารางแผนการทดลอง

E	O1	X	O2	O3
C	O1	-	O2	O3

ภาพประกอบ 4 แบบแผนการทดลอง

ความหมายแทนสัญลักษณ์ มีดังนี้

E หมายถึง กลุ่มทดลอง (Experimental Group)

C	หมายถึง กลุ่มควบคุม (Control Group)
O1	หมายถึง การวัดระดับความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตก่อนการทดลอง (Pre-test)
O2	หมายถึง การวัดระดับความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตหลังการทดลอง (Post-test)
O3	หมายถึง การวัดระดับความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตระยะติดตามผล (Follow-up)
X	หมายถึง การจัดกระทำ (Treatment) โดยการทำการบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรม

3.4.2 วิธีการดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลองโดยใช้กลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ แบ่งเป็น ขั้นตอนการทดลอง ขั้นตอนการทดลอง และขั้นตอนติดตามผล ดังภาพประกอบที่ 5 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.4.2.1 ขั้นตอนการทดลอง

1. ผู้วิจัยลงเรียนการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม Basic Skills in CBT Workshop โดยเรียนในรูปแบบออนไลน์ผ่านโปรแกรมซูม ระหว่างวันที่ 23-25 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2565 สอนโดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม เนื้อหลักสูตร ได้แก่ ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับ CBT, ทักษะการค้นหาและตรวจสอบความคิด, ทักษะการปรับพฤติกรรมเพื่อใช้จัดการอารมณ์ ฝึกปฏิบัติด้วยการแบ่งกลุ่มเข้าห้องย่อย โดยทีมงานให้ผู้เรียนอาสาเป็นผู้ทำจิตบำบัดและเป็นผู้เข้ารับบริการ ซึ่งทีมงานจะคอยเป็นผู้ช่วยเหลือ และ Additional Skills in CBT: Sadness & Depressed Mood ระหว่างวันที่ 10-12 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 เวลา 8.30-16.30 น. ที่โรงแรมอัศวิน แกรนด์ คอนเวนชั่น สอนโดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม เนื้อหลักสูตร ได้แก่ ความรู้พื้นฐานความเศร้าและภาวะซึมเศร้า, cognitive of depression model และเทคนิคต่าง ๆ ในการจัดการกับความเศร้าและภาวะซึมเศร้า ฝึกปฏิบัติด้วยการแบ่งกลุ่มย่อย โดยทีมงานให้ผู้เรียนอาสาเป็นผู้ทำจิตบำบัดและเป็นผู้เข้ารับบริการ ซึ่งทีมงานจะคอยเป็นผู้ให้คำแนะนำ การเรียนการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม ทั้ง 2 โครงการ ผู้วิจัยเรียนจากชมรม CBT Alliance of Thailand (CAT) และได้รับประกาศนียบัตร

2. ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความหมายและองค์ประกอบความเมตตากรุณาต่อตนเอง แบบวัดที่เกี่ยวข้องกับความเมตตากรุณาต่อตนเองและแบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น

3. ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม การทำจิตบำบัดในรูปแบบออนไลน์ และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิต

4. ดำเนินการปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์ฯ จากงานวิจัยที่ได้จากการสืบค้น และนำไปปรึกษาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบ พบว่าผลรวมคะแนน IOC จากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ที่ได้ประเมินจำแนกตามการพิจารณาโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์ฯ จำนวน 7 ครั้ง อยู่ระหว่าง 0.67-1

5. ระหว่างที่พัฒนาโปรแกรม ผู้วิจัยลงเรียนและสอบจริยธรรมตามที่ทางมหาวิทยาลัยกำหนด จากนั้นทำเรื่องขอจริยธรรมตามขั้นตอน จนผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หมายเลขรับรอง: SWUEC-G-238/2566

6. ผู้วิจัยสร้างลิงค์สำหรับกรอกข้อมูลส่วนตัวและแบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตผ่าน Google form

7. นำแบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเองและแบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้นไปทดลองหาความเที่ยงและความตรงกับผู้มีหลากหลายทางเพศจำนวน 30 คน

8. ผู้วิจัยออกแบบภาพประกาศสำหรับประชาสัมพันธ์เพื่อหาอาสาสมัครเข้าร่วมการทดลอง (Try out) ใช้โปรแกรมการทำจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเอง ด้วยโปรแกรม Canva พร้อมใส่ QR code สำหรับลิงค์ไป Google form เพื่กรอกข้อมูลส่วนตัว ทำแบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเองและแบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น

9. ผู้วิจัยฝึกปฏิบัติโดยนำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมที่พัฒนาและผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Try out) ดำเนินการกับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมที่เป็นผู้มีหลากหลายทางเพศจำนวน 6 คน ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า โดยทำกลุ่มจิตบำบัดจำนวน 7 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง พร้อมขออนุญาตบันทึกวิดีโอเพื่อนำให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบพร้อมให้คำแนะนำทุกครั้ง

10. ผลการทดลองหลังจากนำไปทดลองใช้พบว่า หลังการทดลองอาสาสมัครผู้เข้าร่วมมีคะแนนเฉลี่ยความเมตตา กรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงปรึกษาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมการทำกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตา กรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ โดยเพิ่มจำนวนครั้งของการทำจิตบำบัดออนไลน์ 1 ครั้ง ในองค์ประกอบความเมตตาต่อตนเอง จากเดิมมีแค่ครั้งที่ 5 แต่ผู้วิจัยได้เพิ่มครั้งที่ 6 ซึ่งยังคงเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบความเมตตาต่อตนเอง เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีเวลาฝึกปฏิบัติกิจกรรมโต้แย้งความคิดด้านลบที่มีต่อตนเองเพิ่มขึ้น อีกทั้งผู้วิจัยได้เพิ่มกิจกรรมให้ความรู้เรื่องเพศวิถี (gender unicorn) เพื่อให้สมาชิกมีความรู้และเกิดความเข้าใจเรื่องความหลากหลายทางเพศในยุคปัจจุบันเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังทำให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจตนเองมากขึ้น อีกทั้งเป็นการปูพื้นฐานสู่การทำจิตบำบัดครั้งที่ 7 ซึ่งเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบความเป็นมนุษย์ปุณฺชน ซึ่งพูดเรื่องการเกลียดกลัวตนเองที่เป็นผู้มีความหลากหลายทางเพศ เนื่องจากผู้วิจัยสังเกตจากการอภิปรายของสมาชิกกลุ่มในการทำกลุ่มทดลอง (Try out) บางคนยังคงไม่เข้าใจเรื่องความหลากหลายทางเพศมากนัก ซึ่งทำให้เกิดการเข้าใจผิดและเกิดการเหมารวม และในครั้งที่ 8 ผู้วิจัยได้เพิ่มการให้ความรู้เรื่องหน่วยงานที่ให้ความรับเรื่องร้องเรียนแก่ผู้มีความหลากหลายทางเพศที่ถูกเลือกปฏิบัติ เนื่องจากพบว่าสมาชิกกลุ่ม (Try out) ได้รับผลกระทบจากการถูกเลือกปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าการทำจิตบำบัดอาจช่วยบรรเทาในเรื่องของสภาพจิตใจ แต่ยังขาดการช่วยเหลือเมื่อเผชิญเหตุการณ์ถูกเลือกปฏิบัติในชีวิตจริง ผู้วิจัยจึงนำมาพัฒนาและปรับปรุงจนได้โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์ ที่สมบูรณ์จำนวน 8 ครั้ง โดยผู้วิจัยสรุปการปรับปรุงและพัฒนาพร้อมบอกสาเหตุดังตารางที่ 2

11. ผู้วิจัยนำภาพที่เคยใช้เมื่อครั้งประกาศหาอาสาสมัครเข้าร่วมการทดลองไปขอความอนุเคราะห์เจ้าของเฟซบุ๊กเพจที่เกี่ยวข้องกับผู้มีความหลากหลายทางเพศช่วยประชาสัมพันธ์ อีกทั้งผู้วิจัยซื้อโฆษณาบนเฟซบุ๊กเพิ่มเติม จนได้ผู้มีความหลากหลายทางเพศสนใจสมัครเข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 101 คน จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติผู้สมัครและคำนวณคะแนนความเมตตา กรุณาต่อตนเองเพื่อให้ตรงกับเกณฑ์การคัดเลือก จนได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 คน จากนั้นผู้วิจัยจึงติดต่อกลับรายบุคคลตามช่องทางการติดต่อที่ผู้สมัครระบุ เพื่อชี้แจงรายละเอียดเบื้องต้นของการทำวิจัยครั้งนี้

12. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามจำนวนที่กำหนด ผู้วิจัยจึงสุ่มแบบง่ายเพื่อแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม 18 คน จากนั้นแบ่งออกเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม กลุ่มละ 9 คน โดยจะได้รับกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์ แบบเดียวกัน และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่มจำนวน 18

คน จากนั้นแบ่งออกเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม กลุ่มละ 9 คน จากนั้นจึงสร้างกลุ่มไลน์ เพื่อให้สะดวกต่อการติดต่อ

13. ผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับรายละเอียดของกลุ่มจิตบำบัด ระยะเวลาในการเข้าร่วม และส่งใบยินยอมในการเข้าร่วมผ่านกลุ่มไลน์

14. หลังสิ้นสุดการทดลอง พบว่าวิจัยในระหว่างการทดลองกลุ่มทดลองมีสมาชิกขอยุติจำนวน 1 คน และเข้าเกณฑ์คัดออกจำนวน 5 คน รวมเป็นจำนวน 6 คน ทำให้กลุ่มทดลองมีสมาชิกเหลืออยู่จำนวน 12 คน และกลุ่มควบคุมมีสมาชิกขอยุติจำนวน 3 คน ทำให้กลุ่มควบคุมมีสมาชิกเหลืออยู่จำนวน 15 คน ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 27 คน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ตาราง 2 เปรียบเทียบกิจกรรมรูปแบบกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์ฯ ก่อนและหลังปรับแก้ พร้อมสาเหตุของการปรับแก้

โปรแกรม	กิจกรรมเดิม	กิจกรรมปรับใหม่	เหตุผลการปรับ
ครั้งที่ 6 เมตตากับ ตนเองแทน การดำเนิน (self- kindness) ครั้งที่ 2	1. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้ความเข้าใจเรื่อง การเกลียดกลัวตัวเอง (internalized homophobia) 2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มท้าทายความคิดด้วยคำถาม "ฉันไม่น่าเกิดมาเป็นเพศนี้เลย" เป็นต้น จากนั้นประเมินและปรับความคิดลงใบงาน ABCDE และร่วมกันอภิปราย	1. ผู้นำกลุ่มเชิญชวนสมาชิกกลุ่มระลึกถึง "เหตุการณ์ที่คิดตำหนิ ตัดสินกล่าวโทษตนเองในทางลบ จนรู้สึกทุกข์ทรมานใจและรบกวนชีวิตคุณ" จากนั้นประเมินและปรับความคิดลงใบงาน ABCDE และร่วมกันอภิปราย 2. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องเพศวิถี (Gender Unicorn) และเชิญชวนสมาชิกร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็น	1. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมได้แย่งความคิดด้านลบที่มีต่อตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นกิจกรรมสำคัญที่จะทำให้สมาชิกเห็นมุมมองใหม่ที่มีต่อตนเอง เปลี่ยนจากการตำหนิเป็นการเมตตากับตนเอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของความเมตตากรุณาต่อตนเอง

ตาราง 2 (ต่อ)

โปรแกรม	กิจกรรมเดิม	กิจกรรมปรับใหม่	เหตุผลการปรับ
			2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้และความเข้าใจความหลากหลายทางเพศในยุคปัจจุบันเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังทำให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจตนเองมากขึ้น เนื่องจากผู้วิจัยสังเกตจากการอภิปรายของสมาชิกกลุ่มในการทำกลุ่มทดลอง (Try out) พบว่าบางคนยังคงไม่มีความเข้าใจเรื่องความหลากหลายทางเพศมากนัก ซึ่งอาจทำให้เกิดการเข้าใจผิดและเหมารวม
ครั้งที่ 7 มนุษย์คือความหลากหลาย (Common Humanity)	1. ผู้นำกลุ่มสอนเรื่องการแก้ปัญหา 2. สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกลุ่มจิตบำบัดไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน โดยจะให้ร่วมแสดงความคิดเห็นจากคำถาม “หากคุณเจอเหตุการณ์ยากลำบาก คุณจะเตือนตัวเองอย่างไร และคุณจะทำหรือทำสิ่งใดกับตัวเอง”	1. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้ความเข้าใจเรื่อง การเกลียดกลัวตัวเองที่เป็นผู้มีความหลากหลายทางเพศ (internalized homophobia) 2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มท้าทายความคิดด้วยคำถาม “ฉันไม่น่าเกิดมาเป็นเพศนี้เลย” เป็นต้น จากนั้นประเมินและปรับความคิด และเขียนลงใบงาน ABCDE จากนั้นร่วมกันอภิปราย	เนื่องจากมีการเพิ่มจำนวนครั้งของการทำจิตบำบัด จึงทำให้ต้องต้องเปลี่ยนจากครั้งที่ 6 (เดิม) เป็นครั้งที่ 7 (ใหม่)

ตาราง 2 (ต่อ)

โปรแกรม	กิจกรรมเดิม	กิจกรรมปรับใหม่	เหตุผลการปรับ
ครั้งที่ 8 การป้องกัน และการ นำไป ประยุกต์ใช้		1. ผู้นำกลุ่มสอนเรื่องการแก้ปัญหา (problem-solving) 2. สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกลุ่มจิตบำบัดไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน โดยจะให้ร่วมแสดงความคิดเห็นจากคำถาม “หากคุณเจอเหตุการณ์ยากลำบาก คุณจะเตือนตัวเองอย่างไร และ คุณจะพูดหรือทำสิ่งใดกับตัวเอง” 3. ผู้นำกลุ่มให้รายละเอียดเกี่ยวกับหน่วยงานรับเรื่องร้องเรียน เมื่อเจอเหตุการณ์เลือกปฏิบัติเนื่องจากเรื่องเพศภาวะ	1. เนื่องจากมีการเพิ่มจำนวนครั้งของการทำจิตบำบัด จึงทำให้ต้องต้องเปลี่ยนจากครั้งที่ 7 (เดิม) เป็นครั้งที่ 8 (ใหม่) 2. จากประสบการณ์ที่ผู้วิจัยได้ทำกลุ่มทดลอง (Try Out) พบว่าสมาชิกกลุ่มได้รับผลกระทบจากการถูกเลือกปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าการทำจิตบำบัดอาจช่วยบรรเทาในเรื่องของสภาพจิตใจ แต่ยังคงขาดการช่วยเหลือเมื่อเผชิญเหตุการณ์เหล่านี้ในชีวิตจริง ผู้วิจัยจึงเพิ่มรายละเอียดเกี่ยวกับหน่วยงานที่รับเรื่องร้องเรียน สำหรับผู้มีความหลากหลายทางเพศ ที่เจอเหตุการณ์เลือกปฏิบัติเนื่องจากเรื่องเพศภาวะ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับความช่วยเหลืออย่างเป็นธรรมชาติ

3.4.3 ขั้นตอนการทดลอง

1. กลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ โดยจะดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ผ่านโปรแกรม Zoom ใช้เวลาดำเนินการทั้งหมด 8 สัปดาห์ โดยทำข้อตกลงและนัดหมายผ่านกลุ่มไลน์ที่สร้างไว้
2. กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์ฯ จะได้รับเอกสารความรู้เรื่องความเมตตากรุณาต่อตนเองและคลิปวิดีโอฝึกสติ
3. ผู้วิจัยส่งเอกสารสำหรับร่วมทำกิจกรรมภายในกลุ่ม การบ้าน ให้แก่กลุ่มทดลอง โดยเอกสารจะถูกส่งทางไปรษณีย์และทางกลุ่มไลน์ในรูปแบบไฟล์นามสกุล PDF โดยผู้วิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่างก่อนว่าสะดวกให้ส่งเอกสารการบ้านในรูปแบบไหน จากนั้นส่งตามรูปแบบที่กลุ่มตัวอย่างต้องการ สำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยส่งเอกสารความรู้เรื่องความเมตตากรุณาต่อตนเองและคลิปวิดีโอฝึกสติผ่านกลุ่มไลน์เท่านั้น
4. เมื่อเสร็จสิ้นกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์ฯ ครั้งสุดท้าย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเองและแบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้นทันที เพื่อเก็บเป็นคะแนนระยะหลังทดลอง (Posttest)

3.4.4 ขั้นตอนติดตามผล

1. เมื่อครบ 1 เดือนหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมงานวิจัยนับจากวันที่สิ้นสุดของการทำกลุ่มจิตบำบัด ผู้วิจัยติดต่อผ่านกลุ่มไลน์ขอให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเองและแบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้นเพื่อเก็บเป็นคะแนนในระยะติดตามผล (Follow up)
2. ผู้วิจัยโอนเงินค่าตอบแทนในการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยคนละ 500 บาทสำหรับกลุ่มทดลอง และ 300 บาทสำหรับกลุ่มควบคุม
3. ผู้วิจัยติดต่อกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มทดลองจำนวน 5 คน โดยเป็นผู้มีคะแนนความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นสูงสุดเมื่อเปรียบเทียบระหว่างระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล เพื่อขอสัมภาษณ์ว่าได้มีการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องหรือไม่ หากฝึกปฏิบัติใช้เทคนิคอะไรในช่วงเวลาที่ไม่ได้เจอกัน 1 เดือน

3.4.5 การติดตามกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมให้ความสำคัญกับการฝึกปฏิบัติทั้งในชั่วโมงและนอกชั่วโมงการทำกลุ่มจิตบำบัด ผู้วิจัยจึงติดตามกลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันการขาดหายในระหว่างการทดลอง และติดตามผล ตามระยะละเอียดต่อไปนี้

กลุ่มเพื่อการสื่อสารระหว่างสมาชิก ผู้วิจัยสร้างกลุ่มการสื่อสารระหว่างสมาชิกกลุ่มโดยใช้โปรแกรมไลน์ จำนวน 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 2 กลุ่ม เพื่อเป็นช่องทางการสื่อสารเรื่องการนัดหมาย ส่งเอกสารการเรียนรู้ เอกสารการบ้าน และติดตามการฝึกปฏิบัติการบ้าน อีกทั้งยังใช้ช่องทางนี้สำหรับการแจ้งข่าวสาร เช่น สมาชิกคนไหนขอเข้าสายหรือขอลา เป็นต้น ทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความสะดวกในการพูดคุย มีความรู้สึกคุ้นเคยกัน และช่วยสร้างสัมพันธ์ภาพภายในกลุ่ม

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

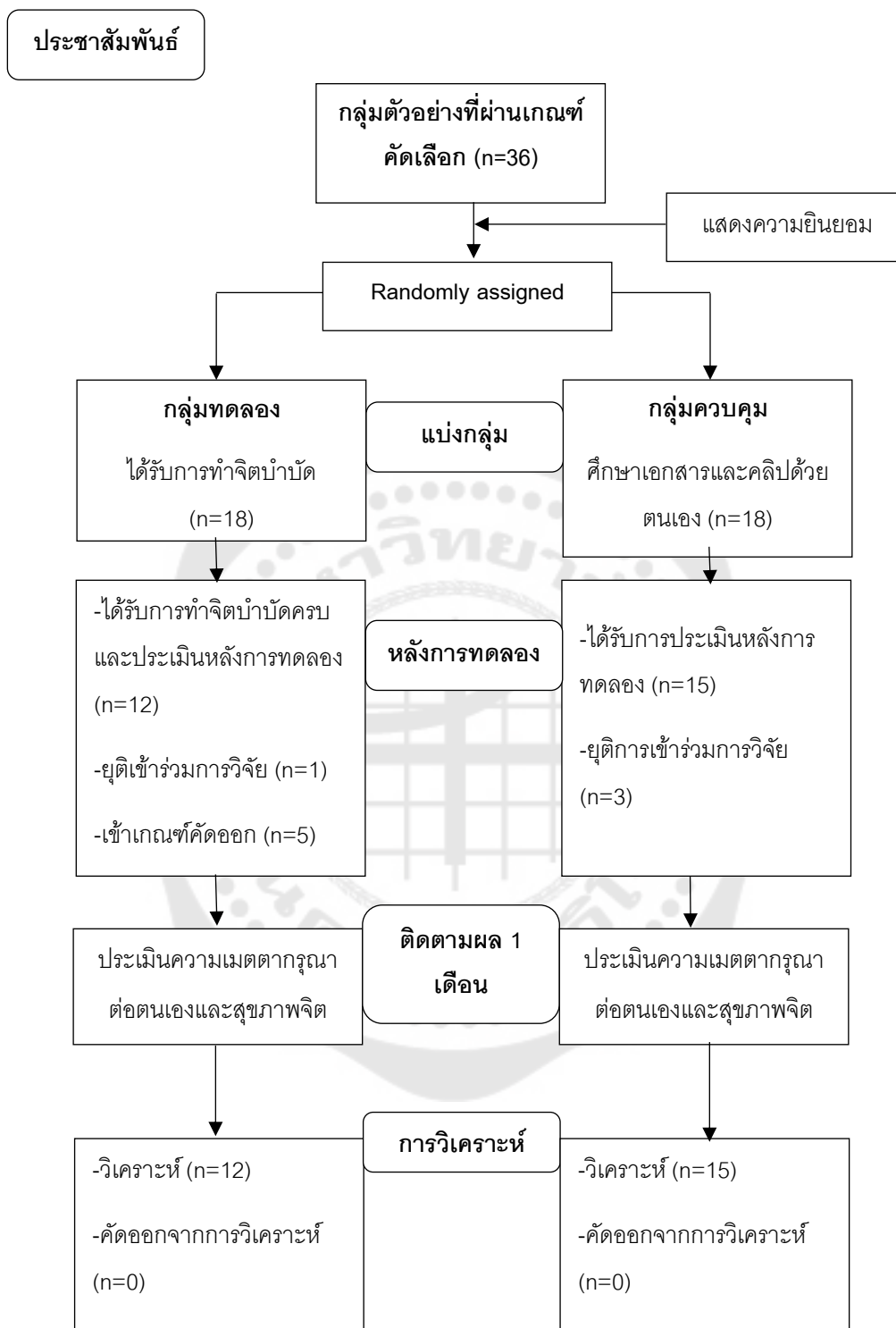
หลังจากจบการวิจัยระยะติดตามผล 1 เดือน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) โดยแยกการวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการแจกแจงความถี่ เป็นจำนวน ร้อยละ
2. หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของคะแนนที่ได้จากการทำแบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล
3. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยพิจารณาการแจกแจงปกติหลายตัวแปร (Multivariate normality) จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Shapiro Wilk การตรวจสอบความเท่ากันของเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วม (Equality of variance-covariance matrix) ด้วย Box's M test และตรวจสอบความเท่ากันของความแปรปรวนตัวแปรทุกตัวด้วย Levene's test
4. ทดสอบการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับและไม่ได้รับการทำกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ ทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผล โดยใช้สถิติ Two-way MANCOVA with repeated measure กำหนดตัวแปรร่วม (Covariate) ด้วยคะแนนความเมตตากรุณาต่อตนเองและคะแนนสุขภาพจิตในระยะก่อนการทดลอง
5. เปรียบเทียบความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตรายคู่ระหว่างระยะการทดลองและการได้รับกลุ่มจิตบำบัดฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Two-way MANCOVA with repeated measure ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์โดยเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของการวัดความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตแต่ละช่วงเวลาของกลุ่มทดลองและควบคุม ด้วยวิธี Bonferroni เนื่องจากนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย สามารถใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่

เท่ากัน และใช้เปรียบเทียบรายคู่แบบหลากหลายที่มีการเปรียบเทียบรายคู่ไม่มากนัก และสามารถควบคุมความคลาดเคลื่อนของการทดสอบได้ กำหนดตัวแปรร่วม (Covariate) ด้วยคะแนนความเมตตา กรุณาต่อตนเองและคะแนนสุขภาพจิตในระยะก่อนการทดลอง

3.6 การรับรองจริยธรรม

หลังจากได้รับการอนุมัติหัวข้อโครงปริญญานิพนธ์และก่อนเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำหนังสือการขออนุมัติเอกสารรับรองว่างานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และงานวิจัยชิ้นนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หมายเลขรับรอง: SWUEC-G-238/2566 จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบถึงวิธีการทดลอง ผลประโยชน์ที่ได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมให้ข้อมูล ไม่มีการบังคับใด ๆ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุถึงชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย อีกทั้งผู้วิจัยจำเป็นต้องขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการบันทึกข้อมูลระหว่างดำเนินการปรึกษา หากกลุ่มตัวอย่างไม่ยินยอม ผู้วิจัยจะทำการยุติการบันทึกทันที เมื่อชี้แจงเรียบร้อยแล้ว จึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยโดยให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



ภาพประกอบ 5 แสดงขั้นตอนการแบ่งกลุ่มตัวอย่างและเก็บรวบรวมในระยะทดลองและติดตามผล

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาผลของโปรแกรมการทำจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ ดำเนินการทดลองตามแบบแผนการวิจัย โดยทดสอบก่อน หลัง (Pretest-Posttest control group Design) และผู้วิจัยได้เพิ่มการทดสอบระยะติดตามผล (Follow Up) เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย 2 ข้อ คือ 1) มีปฏิสัมพันธ์จากการได้รับโปรแกรมการทำจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศในระยะหลังการทดลองและติดตามผล โดยใช้คะแนนความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในระยะก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม 2) กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการทำจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศมีความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล โดยใช้คะแนนความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในระยะก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม ทั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร 2) ผลการทดสอบสมมติฐาน ซึ่งมีสัญลักษณ์ในการวิเคราะห์และแปลผลดังตาราง 3

ตาราง 3 สัญลักษณ์และอักษรย่อในการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์/อักษรย่อ	ความหมาย
n	จำนวนตัวอย่าง
$\bar{X}$	ค่าเฉลี่ย
SD	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
df	ค่าองศาความเป็นอิสระ
SS	ผลรวมของกำลังสอง (type III sum of square)
MS	ค่าเฉลี่ยของกำลังสอง (mean of square)
p	ค่าความน่าจะเป็นในการทดสอบสมมติฐาน

ตาราง 3 (ต่อ)

สัญลักษณ์/อักษรย่อ	ความหมาย
Λ	ค่าสถิติในการทดสอบความแปรปรวนหลายตัวแปรด้วยวิธี Wilk's Lamba
V	ค่าสถิติในการทดสอบความแปรปรวนหลายตัวแปรด้วยวิธี Pillai's Trace
partial η^2	ค่าขนาดอิทธิพล (effect size)
F	ค่าสถิติที่ได้จากการคำนวณแปรปรวน
Multivariate F test	ค่าสถิติที่ได้จากการคำนวณความแปรปรวนหลายตัว

1. ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ที่นิยามว่าตนเองเป็นผู้มีความหลากหลายทางเพศ มีอายุระหว่าง 22-60 ปี อาศัยอยู่ในประเทศไทย เก็บข้อมูลจากการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อออนไลน์และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ทำการกำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 36 คน สุ่มแบ่งกลุ่มอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 18 คน และกลุ่มควบคุม 18 คน ซึ่งภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง กลุ่มทดลองขอยุติการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดฯ 1 คน เข้าเกณฑ์คัดออกจากการทดลองจำนวน 5 คน กลุ่มควบคุมขอยุติจากการทดลองจำนวน 3 คน ดังนั้นตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้จึงมีจำนวนทั้งสิ้น 27 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละ จำแนกตาม อายุ อัตลักษณ์ทางเพศ อาชีพ และที่อยู่ปัจจุบัน

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=12)		กลุ่มควบคุม (n=15)		รวม (n=27)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ						
21-30	0	0	3	20.0	3	11.1
31-40	7	58.3	5	33.3	12	44.4
41-50	5	41.7	5	33.3	10	37.0

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=12)		กลุ่มควบคุม (n=15)		รวม (n=27)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
51-60	0	0	2	13.3	2	7.4
อัตลักษณ์ทางเพศ						
เลสเบี้ยน (Lesbian)	4	33.3	1	6.7	5	18.5
เกย์ (Gay)	3	25	3	20.0	6	22.2
ไบเซกซวล (Bisexual)	2	16.7	3	20.0	5	18.5
คนข้ามเพศ (Transgender)	1	8.3	5	33.3	6	22.2
เควียร์ (Queer)	2	16.7	1	6.7	3	11.1
นอนไบนารี (Non- binary)	0	0	0	0	0	0
อื่น ๆ (Other)	0	0	2	13.3	2	7.4
อาชีพ						
ข้าราชการ	6	50	3	20.0	9	33.3
พนักงานบริษัทเอกชน	3	25	6	40.0	9	33.3
พนักงานอิสระ (Freelance)	2	16.7	3	20.0	5	18.5
ธุรกิจส่วนตัว	1	8.3	3	20.0	4	14.8
ที่อยู่ปัจจุบัน						
กรุงเทพมหานคร	6	50	7	58.3	13	48.1
อื่น ๆ	6	50	5	41.7	14	51.9

จากตาราง 4 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทั้งสิ้น 27 คน มีอายุเฉลี่ย 38.59 ปี ($\bar{x} = 38.59$, $SD = 8.33$) โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 37.58 ปี ($\bar{x} = 37.58$, $SD = 6.03$) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 39.40 ($\bar{x} = 39.40$, $SD = 9.94$) ซึ่งอายุเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความใกล้เคียงกัน กลุ่มตัวอย่างระบุว่า มีอัตลักษณ์ทางเพศเป็นเกย์ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 22.2 คนข้ามเพศ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 22.2 เลสเบี้ยน จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 18.5 ไปเชกซวล จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 18.5 เคียวีร์ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 11.1 อื่น ๆ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 7.4 กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพข้าราชการ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 พนักงานบริษัทเอกชน จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 พนักงานอิสระ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 18.5 ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 14.8 ปัจจุบันอาศัยอยู่กรุงเทพมหานคร จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 48.1 และนอกกรุงเทพมหานคร จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 51.9

จากการวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเมตตา กรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ ซึ่งจำแนกตามกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยดังตาราง 5 พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเมตตากรุณาต่อตนเองเพิ่มขึ้นตามระยะการทดลอง (71.50, 90.50 และ 101.91) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นระยะหลังทดลอง แต่คงที่ระยะติดตามผล (74.66, 84.73 และ 85.60) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างคะแนนเฉลี่ยความเมตตากรุณาต่อตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและติดตามผล พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนค่าเฉลี่ยหลังการทดลอง (90.50: 84.73) และติดตามผล (101.91: 85.60) มากกว่ากลุ่มควบคุม

สำหรับคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นตามระยะการทดลอง (35.66, 45.83 และ 49.41) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นระยะหลังทดลอง แต่คงที่ระยะติดตามผล (38.20, 42.06 และ 42.80) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและติดตามผล พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการทดลอง (45.83: 42.06) และติดตามผล (49.41: 42.80) มากกว่ากลุ่มควบคุม

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเมตตากรุณาต่อตนเองและ
สุขภาพจิต จำแนกตามประเภทกลุ่มตัวอย่างและระยะการทดลอง

ตัวแปร/กลุ่ม	กลุ่มทดลอง (n=12)		กลุ่มควบคุม (n=15)	
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD
1. ความเมตตากรุณาต่อตนเอง				
ระยะก่อนทดลอง	71.50	14.07	74.66	11.99
ระยะหลังทดลอง	90.50	15.70	84.73	16.43
ระยะติดตามผล 1 เดือน	101.91	13.98	85.60	17.40
2. สุขภาพจิต				
ระยะก่อนทดลอง	35.66	5.51	38.20	8.43
ระยะหลังทดลอง	45.83	7.28	42.06	6.55
ระยะติดตามผล 1 เดือน	49.41	5.12	42.80	7.67

2. ผลการทดสอบสมมติฐาน

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ผลของโปรแกรมการทำจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way MANCOVA with repeated measure) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยพิจารณาการแจกแจงปกติหลายตัวแปร (Multivariate normality) จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Shapiro Wilk เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 50 ตัวอย่าง พบว่าตัวแปรทั้งสองตัวแจกแจงปกติที่ระดับไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาความเบ้และความโด่ง พบว่าไม่มีตัวแปรใดที่มีความเบ้ (Skewness) เกิน 2 และความโด่ง (Kurtosis) เกิน 7 แสดงว่าข้อมูลมีแนวโน้มกระจายเป็นปกติ จึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

การตรวจสอบความเท่ากันของเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วม (Equality of variance-covariance matrix) ด้วย Box's M test ในตัวแปรความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในการวัดระยะหลังทดลองและติดตามผลพบว่ามีไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Box's M = 14.704, $F = 1.207$, $df1 = 10$, $df2 = 2636.400$, $p\text{-value} < .05$) ตัวแปรร่วมความเมตตากรุณา

ต่อตนเองและสุขภาพจิตในระยะก่อนการทดลองไม่มีปฏิสัมพันธ์กับตัวแปรอิสระกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) กล่าวคือ ความชันของตัวแปรร่วมความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในระยะก่อนการทดลอง และตัวแปรตามความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในแต่ละเงื่อนไขขนานกัน จึงไม่ละเมิดข้อตกลงความเป็นเอกพันธ์ของความชันของเส้นถดถอย (Homogeneity of Regression Slope) และจากการตรวจสอบความเท่ากันของความแปรปรวนตัวแปรทุกตัวด้วย Levene's test พบว่าตัวแปรส่วนใหญ่มีความแปรปรวนไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ยกเว้นคะแนนสุขภาพจิตในระยะหลังการทดลอง อย่างไรก็ตามจากการทดสอบข้อตกลง Levene's test มีความแปรปรวนไม่เท่ากัน ผู้วิจัยจึงรายงานผลการศึกษาดังวิธี Wilk's Lamda ควบคู่กับ Pillai's Trace เนื่องจากเหมาะกับการอธิบายตัวอย่างที่มีความแปรปรวนไม่เท่ากัน (ไพฑูรย์ สุขศรีงาม, 2557)

สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามด้วย Bartlett's test of sphericity พบว่าตัวแปรความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในการวัดระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

ตาราง 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามด้วยสถิติ Bartlett's test of sphericity

ค่า KMO และ Bartlett's test of sphericity		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy		.657
Bartlett's test of sphericity	Approx. Chi-Square	64.082
	df	6
	Sig.	.001

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับและไม่ได้รับการทำกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ ทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผล

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์สมมติฐานที่ 1 ดังตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพหุตัวแปรสองทางแบบวัดซ้ำ โดยใช้คะแนนความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในระยะก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วมเพื่อให้คะแนนเริ่มต้นมีค่าเท่ากัน พบว่ามีความ

แปรปรวนระหว่างการได้รับและไม่ได้รับกลุ่มจิตบำบัดฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) โดยมีค่า Wilks' Lambda เท่ากับ .719 Multivariate F test เท่ากับ 4.308 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 2 และมีขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .281 สำหรับ Pillai's Trace เท่ากับ .281 Multivariate F test เท่ากับ 4.308 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 2 และมีขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .281 หมายความว่า ความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตของกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศแตกต่างกันไปตามการได้รับและไม่ได้รับกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองในระยะหลังการทดลองหรือระยะติดตามผล 1 เดือน

ตาราง 7 ความแปรปรวนร่วมพหุตัวแปรสองทางแบบวัดซ้ำของความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตจำแนกตามการได้รับกลุ่มจิตบำบัดฯ และระยะการทดลอง (Two-way MANCOVA with repeated measure: Multivariate Analysis of Variance)

การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพหุตัวแปรสองทางแบบวัดซ้ำ							
อิทธิพล	แหล่งความแปรปรวน	การทดสอบ	Value	df	F	Sig.	Partial η^2
ระหว่างกลุ่ม	การได้รับกลุ่มจิตบำบัดฯ	Wilks'	.719	2	4.308	.026*	.281
		Lambda					
		Pillai's Trace	.281	2	4.308	.026*	.281
ภายในกลุ่ม	ระยะการทดลอง	Wilks'	.973	2	.307	.739	.027
		Lambda					
		Pillai's Trace	.027	2	.307	.739	.027
	ระยะการทดลอง x การได้รับกลุ่มจิตบำบัดฯ	Wilks'	.837	2	2.150	.140	.163
		Lambda					
		Pillai's Trace	.163	2	2.150	.140	.163

*p<.05

จากนั้นเมื่อเปรียบเทียบค่าสถิติของกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับกลุ่มจิตบำบัดฯ ในเรื่องความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิต พบว่าในระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยของความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตแตกต่างกันในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) โดยมีค่า Wilks' Lambda เท่ากับ .634 Multivariate F test เท่ากับ 6.352 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 2 และมีขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .366 สำหรับ Pillai's Trace เท่ากับ .366 Multivariate F test เท่ากับ 6.352 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 2 และมีขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .366 หมายความว่า ความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตของกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศที่ได้รับกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตแตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้รับกลุ่มจิตบำบัดฯ ในระยะติดตามผล 1 เดือน ดังตาราง 8

ตาราง 8 ความแปรปรวนร่วมพหุตัวแปรแบบวัดซ้ำของความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มจำแนกตามระยะการทดลอง (Two-way MANCOVA with repeated measure: Multivariate Analysis of Variance, Between Group)

การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพหุตัวแปรแบบวัดซ้ำ							
อิทธิพล	แหล่งความแปรปรวน	การทดสอบ	Value	df	F	Sig.	Partial η^2
ระหว่างกลุ่ม	ระยะหลังการทดลอง	Wilks'	.859	2	1.810	.187	.141
		Lambda					
		Pillai's	.141	2	1.810	.187	.141
	ระยะติดตามผล	Trace					
		Wilks'	.634	2	6.352	.007*	.366
		Lambda					
		Pillai's	.366	2	6.352	.007*	.366
		Trace					

*p<.05

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์รายคู่ โดยเปรียบเทียบแบบ Bonferroni เพื่อศึกษาความแตกต่างเป็นรายคู่ของการวัดคะแนนเฉลี่ยความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในแต่ละช่วงเวลาของกลุ่มทดลองและควบคุม ผลการศึกษาแสดงในตาราง 9 พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง แต่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

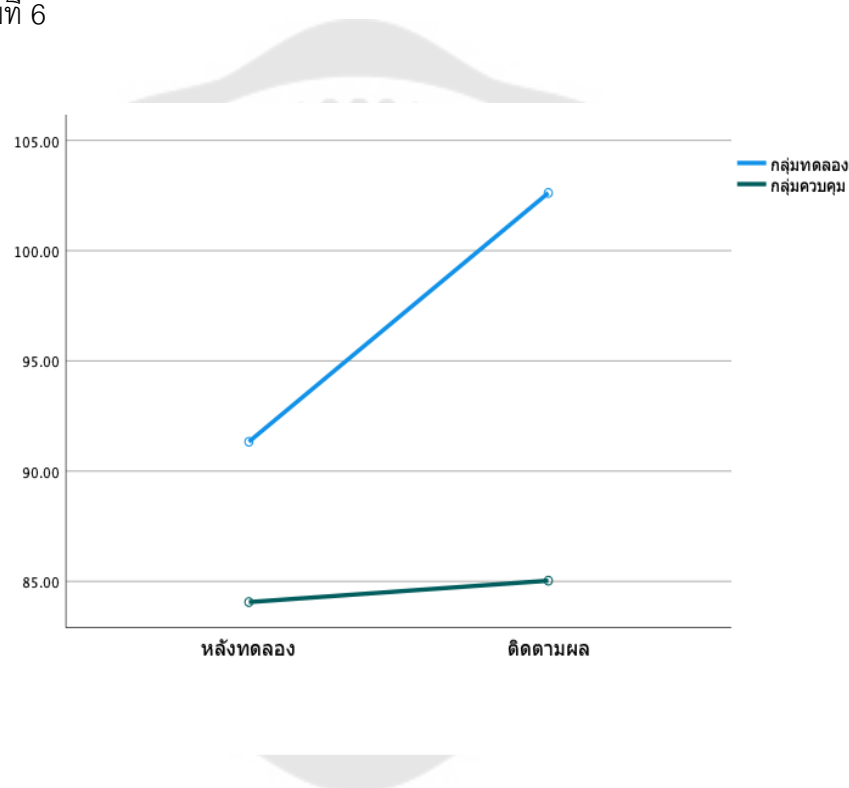
ตาราง 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตรายคู่จำแนกตามระยะการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Pairwise Comparison)

ตัวแปร	ระยะการทดลอง	$\bar{x}$	SD	Mean Difference	Sig.	Partial η^2
ความเมตตากรุณาต่อตนเอง	หลังทดลอง					
	กลุ่มทดลอง	91.33	4.39	7.271	.234	.06
	กลุ่มควบคุม	84.06	3.927			
	ติดตามผล 1 เดือน					
	กลุ่มทดลอง	102.62	4.46	17.58*	.008*	.27
	กลุ่มควบคุม	85.03	3.98			
สุขภาพจิต	หลังทดลอง					
	กลุ่มทดลอง	46.35	1.79	4.712	.064	.141
	กลุ่มควบคุม	41.64	1.60			
	ติดตามผล 1 เดือน					
	กลุ่มทดลอง	50.11	1.66	7.87*	.002*	.34
	กลุ่มควบคุม	42.24	1.48			

คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและติดตามผลได้รับการคำนวณจากการควบคุมตัวแปรร่วมดังนี้: ความเมตตากรุณาต่อตนเองระยะก่อนทดลอง = (73.25) สุขภาพจิตระยะก่อนทดลอง = (37.07)

* $p < .05$

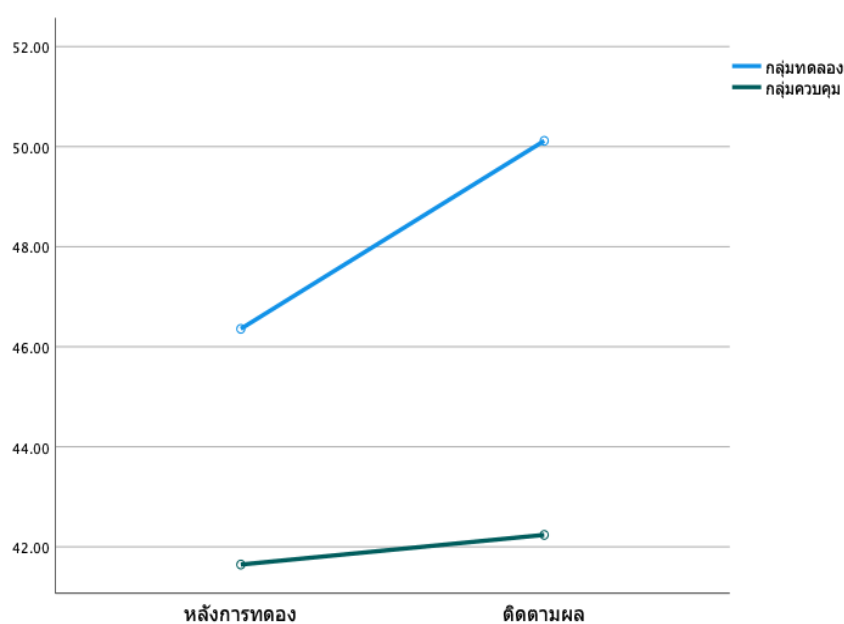
จะเห็นได้ว่าคะแนนเฉลี่ยความเมตตากรุณาต่อตนเองของกลุ่มทดลองในระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) หมายความว่า ผู้มีความหลากหลายทางเพศที่ได้รับกลุ่มจิตบำบัดฯ มีคะแนนเฉลี่ยความเมตตากรุณาต่อตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) โดยมีขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .27 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (Rafieyan, Sharafi-Nejad, & Lin, 2014) ดังแสดงในภาพประกอบที่ 6



ภาพประกอบ 6 คะแนนเฉลี่ยความเมตตากรุณาต่อตนเองจำแนกตามระยะการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองในระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) หมายความว่า ผู้มีความหลากหลายทางเพศที่ได้รับกลุ่มจิตบำบัดฯ มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

โดยมีขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .34 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (Rafieyan et al., 2014) ดังแสดงภาพประกอบ 7



ภาพประกอบ 7 คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตจำแนกตามระยะการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมเป็นผลจากการที่ผู้วิจัยวิเคราะห์จากการรวบรวมจำนวนครั้งที่สมาชิกเข้าร่วมกลุ่ม การสังเกตพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มขณะที่ทำกิจกรรม การมีปฏิสัมพันธ์และส่วนร่วมในการทำกิจกรรม รวมไปถึงการจำนวนการบ้านที่สมาชิกส่งคืนแก่ผู้วิจัยว่าเป็นไปตามจำนวนที่กำหนดหรือไม่ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

สมาชิกคนที่ 1 เข้าร่วมกลุ่มทั้งหมด 7 ครั้ง เข้าสาย 1 ครั้ง สถานะปิดกล้องบางช่วงและบางครั้ง ส่วนใหญ่เข้าร่วมกลุ่มจากที่พักอาศัย พบครั้งหนึ่งเดินห้างสรรพสินค้าขณะทำกลุ่มจิตบำบัด มีส่วนร่วมกับกลุ่มทั้งฝึกปฏิบัติและอภิปราย ไม่ทำการบ้านบันทึกความคิด แต่รายงานว่าทำการบ้านที่เป็นการฝึกปฏิบัติ

สมาชิกคนที่ 2 เข้าร่วมกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง เข้าสายบางครั้ง โดยสายสุด 1 ชั่วโมง สถานะปิดกล้องบางช่วง ส่วนใหญ่เข้าร่วมกลุ่มจากที่พักอาศัย และมีครอบครัวนั่งอยู่ข้าง ๆ บางครั้งเนื่องจากต้องดูแลแม่ที่ป่วยเป็น มีส่วนร่วมกับกลุ่มทั้งฝึกปฏิบัติและอภิปราย ไม่ทำการบ้านบันทึกความคิด แต่รายงานว่าทำการบ้านที่เป็นการฝึกปฏิบัติ

สมาชิกคนที่ 3 เข้าร่วมกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง ไม่เคยเข้าสาย สถานะเปิดกล้องตลอด เข้าร่วมกลุ่มจากที่พักอาศัย มีส่วนร่วมกับกลุ่มทั้งฝึกปฏิบัติและอภิปราย ทำการบ้านบันทึกความคิด 1 ครั้ง และรายงานว่าทำการบ้านที่เป็นการฝึกปฏิบัติ

สมาชิกคนที่ 4 เข้าร่วมกลุ่มทั้งหมด 7 ครั้ง ไม่เคยเข้าสาย สถานะปิดกล้อง 2 ครั้ง ตอนเข้าร่วมกลุ่มขณะขับรถและขณะทำงาน ส่วนใหญ่เข้ากลุ่มจากที่ทำงาน มีส่วนร่วมกับกลุ่มทั้งฝึกปฏิบัติและอภิปราย ทำการบ้านบันทึกความคิด 1 ครั้ง และรายงานว่าทำการบ้านที่เป็นการฝึกปฏิบัติ

สมาชิกคนที่ 5 เข้าร่วมกลุ่มทั้งหมด 7 ครั้ง เข้าสาย 1 ครั้ง สถานะเปิดกล้องตลอด เข้าร่วมกลุ่มจากที่พักอาศัย มีส่วนร่วมกับกลุ่มทั้งฝึกปฏิบัติและอภิปราย ไม่ทำการบ้านบันทึกความคิด แต่รายงานว่าทำการบ้านที่เป็นการฝึกปฏิบัติ

สมาชิกคนที่ 6 เข้าร่วมกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง ไม่เคยเข้าสาย สถานะเปิดกล้องตลอด ส่วนใหญ่เข้ากลุ่มจากที่พักอาศัย พบว่าเข้าร่วมกลุ่มจากห้างสรรพสินค้า 1 ครั้ง มีส่วนร่วมกับกลุ่มทั้งฝึกปฏิบัติและอภิปราย ทำการบ้านบันทึกความคิด 1 ครั้ง และรายงานว่าทำการบ้านที่เป็นการฝึกปฏิบัติ

สมาชิกคนที่ 7 เข้าร่วมกลุ่มทั้งหมด 8 ครั้ง ไม่เคยเข้าสาย สถานะเปิดกล้องตลอด แต่ครั้งที่ 5 ถึง 8 จะเปิด 2 กล้อง ใส่ใจกับหน้าจอไอแพดมากกว่าหน้าจอที่ใช้ทำกลุ่มจิตบำบัด ส่วนใหญ่เข้ากลุ่มจากที่พักอาศัย พบการเข้าร่วมกลุ่มจากที่ทำงาน 1 ครั้ง มีส่วนร่วมกับกลุ่มทั้งฝึกปฏิบัติและอภิปราย ไม่ทำการบ้านบันทึกความคิด แต่รายงานว่าทำการบ้านที่เป็นการฝึกปฏิบัติ

สมาชิกคนที่ 8 เข้าร่วมกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง เข้าสายบางครั้ง โดยสายสุด 1 ชั่วโมง สถานะปิดกล้อง 1 ครั้งขณะขับรถ ส่วนใหญ่เข้าร่วมกลุ่มจากที่ทำงาน มีส่วนร่วมกับกลุ่มทั้งฝึกปฏิบัติและอภิปราย ไม่ทำการบ้านบันทึกความคิด แต่รายงานว่าทำการบ้านที่เป็นการฝึกปฏิบัติ มีปัญหาเรื่องสัญญาณอินเทอร์เน็ต 2 ครั้ง ส่งผลให้หลุดออกจากกลุ่มจิตบำบัดบ่อย และใช้การสื่อสารผ่านกล่องข้อความแทนการพูดไมค์

สมาชิกคนที่ 9 เข้าร่วมกลุ่มทั้งหมด 7 ครั้ง เข้าสายบางครั้ง สถานะปิดกล้องบางช่วง ส่วนใหญ่เข้ากลุ่มจากสถานที่สาธารณะ มีส่วนร่วมกับกลุ่มทั้งฝึกปฏิบัติและอภิปราย ไม่ทำการบ้านบันทึกความคิด แต่รายงานว่าทำการบ้านที่เป็นการฝึกปฏิบัติ

สมาชิกคนที่ 10 เข้าร่วมกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง เข้าสายบางครั้ง สถานะปิดกล้องบางช่วง ส่วนใหญ่เข้ากลุ่มจากที่พักอาศัย พบการเข้าร่วมกลุ่มจากรถสาธารณะและห้างสรรพสินค้า 1 ครั้ง มีส่วนร่วมกับกลุ่มทั้งฝึกปฏิบัติและอภิปราย ไม่ทำการบ้านบันทึกความคิด แต่รายงานว่าทำการบ้านที่เป็นการฝึกปฏิบัติ

สมาชิกคนที่ 11 เข้าร่วมกลุ่มทั้งหมด 7 ครั้ง เข้าสายบ้าง สถานะปิดกล้องทุกครั้ง ส่วนใหญ่เข้ากลุ่มจากสถานที่สาธารณะ มีส่วนร่วมกับกลุ่มทั้งฝึกปฏิบัติและอภิปรายน้อย ไม่ทำการบ้านบันทึกความคิด แต่รายงานว่าทำการบ้านที่เป็นการฝึกปฏิบัติ โดยเฉพาะการฝึกสติที่รายงานว่าทำตลอด

สมาชิกคนที่ 12 เข้าร่วมกลุ่มทั้งหมด 7 ครั้ง เข้าสายบ้าง สถานะปิดกล้องบางครั้ง ส่วนใหญ่เข้าร่วมกลุ่มจากที่พักอาศัย พบการเข้าร่วมกลุ่มขณะขับรถ 1 ครั้ง มีส่วนร่วมกับกลุ่มทั้งฝึกปฏิบัติและอภิปราย ทำการบ้านบันทึกความคิด 1 ครั้ง แต่รายงานว่าทำการบ้านที่เป็นการฝึกปฏิบัติ

กล่าวโดยสรุป สมาชิกส่วนใหญ่ขาด 1 ครั้ง และเข้ากลุ่มจิตบำบัดสายบ้างเล็กน้อย โดยมีสมาชิก 2 คน ที่เข้าสายมากที่สุด 1 ชั่วโมงหลังจากเริ่มการทำกลุ่มจิตบำบัด สำหรับการเปิดกล้อง ในระหว่างการทำกลุ่มจิตบำบัด พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่ปิดกล้องบ้างในขณะที่ทำกลุ่มจิตบำบัด ไม่ปิดกล้องเลย 3 คน และปิดกล้องตลอดทั้ง 8 ครั้ง 1 คน สมาชิกส่วนใหญ่เข้าร่วมการทำกลุ่มจิตบำบัดจากที่พักอาศัยและที่ทำงาน แต่พบว่าหลายครั้งสมาชิกเข้าร่วมจากสถานที่ที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการทำกลุ่มจิตบำบัด ได้แก่ ห้างสรรพสินค้า, บนรถสาธารณะ, ขณะขับรถในรถยนต์ส่วนตัว, ร้านอาหาร, โรงพยาบาล และพบสมาชิก 2 คน ที่มีบุคคลอื่น ได้แก่ แม่, หลาน, แฟน อยู่ภายในห้องด้วยขณะทำกลุ่มจิตบำบัด ในส่วนของการบ้านเขียนขึ้นของตนเองพบว่าสมาชิก 8 คน เขียน 1 ครั้ง จากทั้งหมด 2 ครั้ง สมาชิก 3 คน ทำครบทั้ง 2 ครั้ง และสมาชิก 1 คน ไม่ทำการบ้านขึ้นของตนเอง การบ้านบันทึกความคิดพบว่าสมาชิก 4 คน เขียน 1 ครั้ง จากทั้งหมด 2 ครั้ง สมาชิก 8 คน ไม่ทำการบ้านบันทึกความคิด สำหรับการบ้านการฝึกปฏิบัติการถอดตัวเองและการกำหนดลมหายใจพบว่าสมาชิกส่วนใหญ่ทำการบ้านการถอดตัวเองบ้าง แต่ทำการบ้านกำหนดลมหายใจบ่อยการมีส่วนร่วมกิจกรรมภายในชั่วโมงการทำจิตบำบัดพบว่าสมาชิกส่วนใหญ่มีส่วนร่วมทั้งกิจกรรม

ในรูปแบบเขียน โดยมีสมาชิกเพียง 1 คน ไม่ทำกิจกรรมในรูปแบบเขียน และสมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในรูปแบบอภิปรายด้วยการพูดแสดงความคิดเห็น



บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตา กรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผล โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ดำเนินการทดลองตามแบบแผนการวิจัย โดยทดสอบระยะก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest control group Design) (วรวิณี แกมเกตุ, 2555) และผู้วิจัยได้เพิ่มการทดสอบระยะติดตามผล (Follow Up) ซึ่งการวิจัยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 27 คน ทำการสุ่มแบ่งกลุ่มตัวอย่าง (Randomly assigned) กลุ่มทดลองจำนวน 12 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับการทำกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์เพื่อเสริมสร้างความเมตตา กรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตจำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 2.00 ชั่วโมง กลุ่มควบคุมได้รับเอกสารความรู้เรื่องความเมตตา กรุณาต่อตนเองและคลิป์วิดีโอการฝึกสติ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม จะได้รับการประเมินเหมือนกันคือระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบวัดความเมตตา กรุณาต่อตนเอง (Self – Compassion Scale) ของ พลอยชมพู อัครธัญ (2555) แปลเป็นภาษาไทยจากแบบวัดต้นฉบับ Self-Compassion Scale (SCS) ของ Kristen Neff ปี 2003 2) แบบ สัมภาษณ์ ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (Version 2007) (Thai Mental Health Indicator: THMI-15) 3) โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตา กรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศจำนวน 8 ครั้ง

การวิเคราะห์ประสิทธิผลกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์ฯ ทำการตรวจสอบแจกแจงปกติของข้อมูลสถิติด้วย Shapiro Wilk ตรวจสอบความเท่าเทียมกันของเมทริกซ์แปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของตัวแปรโดยใช้สถิติ Box's M test และ Levene's test เพื่อตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ MANCOVA ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์ฯ ผู้วิจัยใช้สถิติ Two-way MANCOVA with repeated measured และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่คะแนนหลังการทดลองและระยะติดตามผลในภาพรวม

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยการศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อเสริมสร้างความเมตตา กรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิต ทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผล มีผลการศึกษาที่สำคัญดังนี้

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนรายกลุ่มพบว่ากลุ่มทดลองผู้มีความหลากหลายทางเพศมีความเมตตา กรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง แต่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ในระยะติดตามผล เมื่อได้รับกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตา กรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิต โดยมีขนาดอิทธิพลต่อความเมตตา กรุณาต่อตนเองเท่ากับ .27 และมีขนาดอิทธิพลต่อสุขภาพจิตเท่ากับ .34 ซึ่งเป็นอิทธิพลขนาดใหญ่

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์

วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตา กรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ ทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผล โดยมีสมมติฐานการวิจัย คือ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตา กรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล และเมื่อได้รับกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์ กลุ่มทดลองมีความเมตตา กรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลโดยใช้คะแนนความเมตตา กรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในระยะก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม ผลการศึกษาพบว่า ปฏิเสธสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 กล่าวคือ ไม่พบการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตา กรุณาและสุขภาพจิตในระยะหลังการทดลองและติดตามผล แต่ยอมรับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 บางส่วน กล่าวคือ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเมตตา กรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง แต่พบว่าสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ในระยะติดตามผล

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 พบว่ายอมรับสมมติฐานบางส่วนกล่าวคือ ในระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีความเมตตา กรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ผู้วิจัยจึงสัมภาษณ์สมาชิกจากกลุ่มทดลองที่มีคะแนนความเมตตา กรุณาและสุขภาพจิตสูงที่สุดจำนวน 5 คน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลพบว่า สมาชิกเหล่านี้นำทักษะที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดไปฝึกปฏิบัติในชีวิตจริง

คุณที (นามสมมติ) กล่าวว่า "ได้ทำในตอนเย็น คือ การนั่งสมาธิ เพราะว่า ช่วงเดือนมกราคม 2567 เป็นช่วงที่จะเริ่มสอบใบประกอบวิชาชีพครูรอบใหม่ ผมจะต้องเตรียมตัวสอบโดยการอ่านหนังสือทุกวัน ในช่วงเวลา 20.00-22.00 น. ซึ่งในช่วงเวลาก่อนเริ่มอ่านหนังสือ นั้น ผมจะนั่งสมาธิโดยเอาระบบการจากที่ทำกิจกรรมจิตบำบัดให้เวลาอยู่กับตัวเอง ตามตัวเอง และพบทวนเป้าหมายในชีวิตของตัวเอง โดยจะใช้เวลานั่งสมาธิ 5 นาที นอกจากกิจกรรมการนั่งสมาธิแล้วที่ผ่านมา เราก็ได้ให้คุณค่าตัวเองมากขึ้น ในเรื่องของการทำงานไม่โทษตัวเอง แต่จะมองข้อผิดพลาดนั้นเป็นบทเรียนที่ตนเองจะเรียนรู้ในการปรับปรุงแก้ไขตัวเองให้ดีขึ้น...ซึ่งองค์ความรู้จากที่ทำกิจกรรมกลุ่มได้นำมาปรับเปลี่ยนตนเองค่อนข้างเยอะ ไม่ว่าจะเป็นการอยู่กับตัวเอง การทำสมาธิ การให้กำลังใจตนเอง เชื่อมมันในตนเอง และการให้คุณค่าในตนเอง"

คุณวายุ (นามสมมติ) นำทักษะการกอดตัวเอง การโต้แย้งความคิด โดยเฉพาะคำถามเชิงครีติกไปประยุกต์ใช้กับประสบการณ์จริง จึงทำให้เข้าใจและเห็นภาพชัดขึ้นมากกว่าการทำกิจกรรม ณ เวลานั้น "ช่วงเวลา 1 เดือนที่ไม่ได้เจอกัน งานค่อนข้างเครียดมาก เพราะว่าต้องตัดเกรดนักศึกษา ออกข้อสอบ...แล้วปัญหามันเยอะ...ดังนั้นสถานะการณ์ที่เกิดขึ้นจริงนั้นอะ ทำให้เราเอาความรู้ที่ได้มาใช้เยอะขึ้น..หลักการที่นำมาใช้อาจจะไม่ได้เต็มรูปแบบ..สมมติถ้าเพื่อนเราเจอปัญหาแบบเดียวกัน เราเจอจะปลอบเพื่อนยังไง เราจะแนะนำเค้ายังไงแล้วก็นำความคิดนั้นมาปรับใช้กับตัวเอง ผมจะใช้วิธีการแบบนั้น...เมื่อก่อนเวลาเจอเรื่องเครียดมากจัดการกับตัวเองไม่ได้ แต่พอจัดการตัวเองได้ ก็ทำให้เรารู้สึกสบายใจขึ้น และอีกอย่างหนึ่ง บางครั้งถ้าเกิดเครียดมาก ๆ จะใช้วิธีการกอดตัวเอง มันทำให้ผมรู้สึกดี"

คุณแอล (นามสมมติ) นำทักษะการกอดตัวเองและการทำ relaxation ไปฝึกต่อโดยประยุกต์ใช้กับสถานะการณ์จริง คุณแอลบอกว่า เมื่อเธอมีสติเธอจึงเห็นทางออกเล็กๆ ในการแก้ปัญหา ทำให้เกิดความสบายใจขึ้น "สิ่งที่เรา..ได้เรียนรู้ร่วมกันมาอะ พี่เอามาทำหมดเลย แล้วมันทำให้คุณภาพชีวิตพี่อะ ดีขึ้นระดับหนึ่ง ทำให้พี่ไม่เครียดอะไรมากมาย..เมื่อมีสติก็ทำให้เห็นทางออก..มันทำให้เรามีช่องทางเล็ก ๆ ออกจากปัญหา"

คุณกอ (นามสมมติ) นำทักษะการโต้แย้งความคิดไปใช้ประยุกต์ใช้ในชีวิตจริง เมื่อมีเหตุการณ์ด้านลบเกิดขึ้น คิดหาเหตุผลโต้แย้งความคิด พยายามคิดหลายมุมคิดในแง่ดี เพื่อให้อารมณ์ของตนเองมีความสมดุล ใช้การควบคุมลมหายใจในการผ่อนคลาย ทำให้เกิดสติและทำให้เลือกจำแต่สิ่งที่ดี "การทำ CBT ทำให้เราเปลี่ยนมุมมอง..ทำให้รู้สึกที่เราต้องปรับความคิดตัวเองมากขึ้นอ่ะครับ...ที่ดีขึ้นก็แบบ...เหมือนพยายามทำให้ตัวเองด้านบวกมากขึ้น คิดให้เป็นด้านบวกมากขึ้น...เราก็ ก็คือคิดถึงสิ่งที่จะส่งผลกับเรา ถ้ามันเป็นลบเราก็คิดแต่ไม่ได้เอาอารมณ์เข้ามา แค่ให้เรามองเห็นเฉย ๆ แต่ว่าพยายามอย่าเก็บมันอะไรอย่างเงี้ย...พอหลังจากเราปรับความคิดตัวเองเพื่อจะได้ให้ตัวเองมีความคิดที่ดีมากขึ้น แล้วก็หายใจเข้าออกลึกๆเพื่อผ่อนคลาย ประมาณเนี้ยก็ดีขึ้น ก็ทำให้ลืมเหตุการณ์ที่ไม่ดีไป เราก็จะเฉพาะเหตุการณ์ที่มันดีดี...มันก็ทำให้เราเครียดลดลง การเข้ากลุ่มก็ได้ซึมซับนำความรู้ไปใช้แหละครับ ถือว่าเรารับมาและนำไปใช้จริง ๆ แหละครับ ถ้าไม่รู้ ถ้าไม่ได้เข้ากลุ่มนะครับ มันคงอาจจะไม่ดีขนาดนี้ก็ได้ล่ะครับ"

คุณชอ (นามสมมติ) ได้ไปศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม ไม่ได้ฝึกต่อแบบเข้มข้นเต็มรูปแบบ แต่จะฝึกปฏิบัติทุกครั้งทีนี้ก็ได้ เช่น การกอดตัวเองและการควบคุมลมหายใจ ใช้การโต้แย้งความคิด ซึ่งทำให้เกิดความสบายใจขึ้น "หลังจากเข้ากลุ่มจิตบำบัด เวลาความรู้สึกบางอย่างเกิดขึ้น เราฟังมันได้ เราไม่ควรเพิกเฉย แล้วความคิดอัตโนมัติจะเป็นอย่างไร ค่อยเป็นอีกเรื่องหนึ่ง ประมาณนี้ละคะ ไม่ได้โอกนอร์เหมือนเมื่อก่อน...ไม่หนีเรียกอย่างนี้ได้ไหมคะ ฮ่าๆ ก็ต้องยอมรับกับมันอะ...เมื่อก่อนเวลาอะไรเกิดขึ้น ก็จะไปคิดว่าต้องเป็นอย่างนั้นแน่ ๆ เลย (ด้านลบ) แต่พอได้โต้แย้งความคิดและก็แบบ มันอาจจะไม่ใช่อย่างนั้นก็ได้ แต่ก็ไม่ได้คิดหรือหาเหตุผลต่อจากนั้น พอคิดได้แบบนี้ก็ได้เครียดเท่ากับแต่ก่อนละ" อีกทั้งคุณชอเล่าว่าได้ไปเจอเพื่อนใหม่ ก็เลยยังตอกย้ำว่าสิ่งที่ตนเองเคยคิดในอดีตที่ผ่านมา มันก็ไม่ได้ถูกเสมอไป ต่างจากในอดีตที่ไม่เคยเชื่อใจมนุษย์เพราะเหตุการณ์เลวร้ายภายในครอบครัวที่เกิดขึ้น ทำให้มีมุมมองกับคนอื่นในด้านลบไปก่อนเพื่อป้องกันความรู้สึกของตัวเอง จนได้เข้ากลุ่มจิตบำบัดทำให้ตรวจสอบความคิด และปรับความคิดจึงทำให้ความเครียดที่เกิดขึ้นลดลง และเปิดใจกับผู้อื่นมากขึ้น

ในระยะติดตามผลกลุ่มทดลองเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญอาจเกิดจากมีความรู้ความเข้าใจหลักการและเทคนิคของการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม และได้ฝึกปฏิบัติทั้งในและนอกชั่วโมงการทำจิตบำบัดอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ (Ledley, Marx, & Heimberg, 2011) กล่าวว่า การที่สมาชิกกลุ่มใช้เวลาในการจัดการปัญหาของตนนอกชั่วโมงการทำจิตบำบัดมากขึ้น โอกาสที่จะเกิดผลลัพธ์ด้านบวกก็มีมากขึ้นเช่นกัน คล้ายคลึงกับผลการวิจัยของ สุพรรณษา พูลพิพัฒน์, อังคินันท์ อินทรกำแหง, และ สุภาพร ธนะชานันท์ (2556) ผลของ

โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด พบว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับโปรแกรมฯ มีภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ ทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Javadi, Zohreh, and Rezaie Jamalouei (2021) ที่ศึกษาการประเมินและเปรียบเทียบประสิทธิผลของการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมและการบำบัดแบบแผนความคิด (schema therapy) เพื่อพัฒนาความเมตตากรุณาต่อตนเองในกลุ่มชายและหญิงที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้ระเบียบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ทำการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ประชากรคือชายและหญิงที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาอยู่ที่สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย อิหร่าน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 45 คน จากนั้นถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวน 3 กลุ่มได้แก่ กลุ่มทดลองที่ได้รับการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม กลุ่มทดลองที่ได้รับการทำจิตบำบัดแบบแผนความคิด และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการทำจิตบำบัด ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการบำบัดฯ มีคะแนนเฉลี่ยความเมตตากรุณาต่อตนเองเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล และงานวิจัยของ Karami, Ghanifar, and Ahi (2024) ทำการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมกับการบำบัดที่มุ่งเน้นความเห็นอกเห็นใจ (compassion focus therapy) เพื่อพัฒนาความอดทนต่อความทุกข์และความเมตตากรุณาต่อตนเองในผู้หญิงที่มีประสบการณ์อกใจจากคู่สมรส แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่ กลุ่มทดลองที่ได้รับการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดที่มุ่งเน้นความเห็นอกเห็นใจ และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการทำจิตบำบัด พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมและการบำบัดที่มุ่งเน้นความเห็นอกเห็นใจมีคะแนนเฉลี่ยความอดทนต่อความทุกข์และความเมตตากรุณาต่อตนเองเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งในระยะหลังการทดลองและในระยะติดตามผล ซึ่งกล่าวได้ว่าในงานวิจัยชิ้นนี้กลุ่มควบคุมคือผู้ที่ได้รับเพียงเอกสารเรื่องความเมตตากรุณาต่อตนเองและคลิปวิดีโอการฝึกสติ สมาชิกกลุ่มควบคุมอาจศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองจากเอกสารและคลิปวิดีโอการฝึกสติที่ได้รับ แต่อาจไม่เข้าใจกระบวนการและเทคนิคของการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อนำไปตรวจสอบและปรับเปลี่ยนความคิดที่มีต่อตนเอง รวมไปถึงการฝึกสติอย่างเป็นประจำ ซึ่งการฝึกสติเป็นการพัฒนาที่อาศัยระยะเวลาและความต่อเนื่อง (สุวัฒน์ ธนกรนุวัฒน์, สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, & สิริวัฒน์ ศรีเครือดง, 2562) โดยในกลุ่มทดลองผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มฝึกสติทุกครั้งก่อนเริ่มทำกิจกรรมและมอบหมายให้ฝึกปฏิบัติเป็น การบ้าน ซึ่งกลุ่มควบคุมอาจมีข้อจำกัดในส่วนนี้ จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้ในระยะติดตามผล กลุ่ม

ทดลองมีความเมตตากรุณาต่อตนเองและความสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การปฏิเสสมมติฐานข้อที่ 1 และข้อที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในรูปแบบออนไลน์ จึงอาจมีข้อจำกัดที่ส่งผลต่อผลลัพธ์งานวิจัยที่เกิดขึ้น เนื่องมาจากข้อจำกัดของการทำจิตบำบัดในรูปแบบออนไลน์ทำให้สมาชิกกลุ่มสูญเสียการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมภายในกลุ่ม จึงอาจส่งผลต่อการเกิดความรู้ความเข้าใจเนื้อหาที่ผู้วิจัยต้องการนำเสนอ และอาจทำให้สมาชิกขาดการมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติ ซึ่งหัวใจหลักของกลุ่มจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมคือการทำงานร่วมกันระหว่างผู้นำและสมาชิกกลุ่ม (Corey, 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของ Brainard and Watson (2020) ที่พบว่าบุคคลมีแนวโน้มที่จะสูญเสียสมาธิในการใช้การประชุมรูปแบบออนไลน์ผ่านวิดีโอมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับการทำจิตบำบัดรูปแบบเผชิญหน้า (face-to-face) และเมื่อเปลี่ยนการทำจิตบำบัดจากรูปแบบเผชิญหน้าสู่รูปแบบออนไลน์ ทำให้ผู้นำกลุ่มไม่สามารถควบคุมการจัดองค์ประกอบของสถานที่ได้ จึงเป็นการยากต่อสมาชิกกลุ่มที่จะหลีกเลี่ยงจากการถูกรบกวนโดยปัจจัยอื่น ยกตัวอย่างเช่น การได้รับข้อความมือถือ การได้รับแจ้งเตือนอีเมล หรือสิ่งรบกวนอื่น ๆ ภายในห้องที่สมาชิกใช้ทำกลุ่มจิตบำบัด (Weinberg, 2021) จากที่ผู้วิจัยรายงานผลการวิเคราะห์เพิ่มเติมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่ม พบว่าสมาชิกกลุ่มส่วนใหญ่มีการปิดกล้องบางครั้ง แต่บางคนปิดกล้องตลอดการทำกลุ่มจิตบำบัด จึงทำให้สูญเสียการสบตาซึ่งเป็นพื้นฐานของการทำกลุ่มจิตบำบัด (Stephen et al., 2011; Weinberg, 2021) บางคนอยู่ในสถานที่ที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการทำจิตบำบัด ยกตัวอย่างเช่น สมาชิกบางคนเดินห้างสรรพสินค้าขณะทำกลุ่มจิตบำบัด สมาชิกบางคนทำงานไปด้วยขณะทำกลุ่มจิตบำบัด อีกทั้งปัญหาด้านสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่ทำให้สมาชิกท่านหนึ่งเกิดการตอบสนองทางเสียงที่ล่าช้า (delays) จนในท้ายที่สุดสมาชิกท่านนั้นได้หลุดหายจากชั่วโมงการทำกลุ่มจิตบำบัด ซึ่งเหตุการณ์ที่พบระหว่างการทำกลุ่มจิตบำบัดครั้งนี้ ถือว่าเป็นข้อจำกัดของการทำกลุ่มจิตบำบัดในรูปแบบออนไลน์ (Weinberg, 2021) ที่ผู้วิจัยคาดว่าอาจส่งผลต่อผลลัพธ์ของการทำวิจัยครั้งนี้ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังพบว่าสมาชิกส่วนใหญ่ไม่ทำการบ้านบันทึกความคิด (thought record) ซึ่งการบ้านเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมและเป็นการฝึกปฏิบัตินอกชั่วโมงการทำกลุ่มจิตบำบัด ทำให้สมาชิกได้มีโอกาสฝึกทักษะในชีวิตจริง (Corey, 2016) งานวิจัยพบว่าการบ้านเป็นเครื่องมือในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และยังช่วยให้สมาชิกใช้เวลาออกกลุ่มจิตบำบัด มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่นำไปสู่เป้าหมายของการทำกลุ่มจิต

บ่าบัด (Kazantzis & Lampropoulos, 2002) อีกทั้งเกิดการสูญหายไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลองทำให้กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กลง จึงอาจส่งผลกับอำนาจการทดสอบทางสถิติ กล่าวคือ หากงานวิจัยมีกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก จะมีโอกาสสูงมากที่ผลการวิจัยจะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (องอาจ นัยพัฒน์, 2544) ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่าปัจจัยดังกล่าวข้างต้นอาจส่งผลให้ความเมตตา กรุณาและสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันในระยะหลังการทดลอง

ข้อจำกัดของงานวิจัยและข้อเสนอสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาโปรแกรมการทำกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรม ทำให้มีข้อจำกัดในการจัดสรรสถานที่ของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมได้ เช่น กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกลุ่มจากสถานที่สาธารณะ, ขณะขับรถ, หรือปิดกล้องตลอดชั่วโมงการทำจิตบำบัด จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างสูญเสียการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมจากการถูกรบกวนของปัจจัยรอบตัว รวมไปถึงสัญญาณอินเทอร์เน็ต ส่งผลให้การโต้ตอบเกิดความไม่สม่ำเสมอ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ผู้วิจัยอาจต้องพิจารณาศึกษาการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในรูปแบบเผชิญหน้า (face to face) แทน หรืออาจศึกษาการทำกลุ่มจิตบำบัดเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างการทำกลุ่มจิตบำบัดในรูปแบบเผชิญหน้าและรูปแบบออนไลน์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

2. กลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์ เนื่องจากมีสถานการณ์ที่ไม่อาจเลี่ยงได้เกิดขึ้นระหว่างการทดลอง เช่น ต้องออกไปทำกิจกรรมนอกสถานที่กับที่ทำงาน ทำให้ขาดการเข้าร่วมเกิน 2 ครั้ง จึงจำเป็นต้องคัดออกจากกลุ่มตามเกณฑ์การคัดออก ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กลง ซึ่งอาจส่งผลต่อผลการวิจัย ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น เพื่อป้องกันการสูญหายและขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น จะมีอำนาจของการทดสอบทางสถิติที่ส่งผลให้ผลการวิจัยมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. จากการรวบรวมข้อมูลหลังจบการทำกลุ่มจิตบำบัดผู้วิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ทำการบ้านรูปแบบการเขียน ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ผู้วิจัยอาจต้องมีการทำข้อตกลงเบื้องต้นตั้งแต่การทำกลุ่มจิตบำบัดครั้งแรกว่าสมาชิกกลุ่มทุกคนต้องส่งการบ้านมากกว่าร้อยละ 80 จากจำนวนที่ต้องส่งทั้งหมด โดยส่งให้ผู้วิจัยตรวจและผู้วิจัยจะให้ข้อเสนอแนะ (feedback) กลับทุกครั้งเป็นรายบุคคล ก่อนที่จะเจอกันในกลุ่มจิตบำบัดครั้งต่อไป เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเห็นประโยชน์ของการบ้านที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม ให้สมาชิกได้ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ในชั่วโมงการทำจิตบำบัด และเพื่อให้สมาชิกเกิดการมีส่วนร่วมระหว่างตนเองกับการบ้านเพิ่มมากขึ้น

4. การวิจัยครั้งนี้วัดผลลัพธ์ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน และผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะติดตามผล ทำให้ยังมีข้อจำกัดในการศึกษาความคงทนของความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในระยะยาว ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไป ควรเพิ่มระยะการติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรม เป็นระยะเวลา 3 หรือ 6 เดือน

5. เนื่องจากงานวิจัยชิ้นนี้ได้ทำการทดลองในกลุ่มประชากรผู้มีความหลากหลายทางเพศ ในอายุระหว่าง 22-60 ปี จึงอาจทำให้ไม่สามารถอ้างอิงถึงประชากรกลุ่มวัยรุ่นหรือกลุ่มวัยผู้สูงอายุได้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ผู้วิจัยอาจนำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาและสุขภาพจิตไปประยุกต์ใช้ศึกษากับกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศในกลุ่มวัยรุ่นหรือกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ

1. ผู้ที่นำโปรแกรมการทำจิตบำบัดออนไลน์ฯ ไปใช้ ได้แก่ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ หรือสหวิชาชีพด้านสุขภาพจิต ที่ทำงานร่วมกับผู้รับบริการที่เป็นผู้มีความหลากหลายทางเพศ สามารถนำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตไปขยายผลเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตต่อไปได้อย่างไรก็ตามผู้ที่นำไปใช้ควรมีความรู้เกี่ยวกับการทำกลุ่มจิตบำบัด มีความเข้าใจทฤษฎีการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม เข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับความเมตตากรุณาต่อตนเองและความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ

2. ผู้ที่สนใจนำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์ฯ ไปปฏิบัติต่อ สามารถนำไปปรับปรุงเพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการและลักษณะเฉพาะของกลุ่มเป้าหมายที่ตนทำงานร่วมด้วย (Tailored Interventions) โดยสามารถใช้การประเมินเบื้องต้นเฉพาะบุคคล เพื่อทำความเข้าใจความต้องการและลักษณะเฉพาะของบุคคล จากนั้นออกแบบ ปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมการทำจิตบำบัดออนไลน์ฯ ให้ตรงกับความต้องการและลักษณะเฉพาะของบุคคลจากข้อมูลที่ได้มาจากการประเมินเบื้องต้น เพื่อให้โปรแกรมที่ได้รับการปรับปรุงนั้นมีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และมีประสิทธิภาพสูงสุด

3. โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์ฯ พัฒนาขึ้นตามหลักทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรม ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เน้นเรื่องการฝึกปฏิบัตินอกชั่วโมงการทำจิตบำบัด ดังนั้นการบ้านจึงเป็นกระบวนการที่สำคัญ ผู้ที่สนใจนำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์ฯ ไปใช้ อาจต้องมีการทำ

ข้อตกลงเบื้องต้นกับสมาชิกกลุ่มในเรื่องของการส่งการบ้าน และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเห็นประโยชน์ของการบ้านที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์ เพื่อให้สมาชิกเกิดการมีส่วนร่วมระหว่างตนเองกับการบ้านเพิ่มมากขึ้น

4. ผู้นำโปรแกรมไปใช้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในรูปแบบการจัดกิจกรรมเวิร์คช็อป โดยใช้รายละเอียดของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์เป็นโครงสร้าง โดยบรรยายเพื่อเผยแพร่ถึงสาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ การฝึกปฏิบัติตรวจสอบความคิดและโต้แย้งความคิดเชิงลบที่มีต่อตนเอง เพื่อให้ผู้มีความหลากหลายทางเพศเกิดความรู้ความเข้าใจตนเองมากขึ้น อีกทั้งยังสามารถรับมือกับสภาวะทางอารมณ์เชิงลบที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ซึ่งสามารถจัดกิจกรรมได้ทั้งในรูปแบบออนไลน์และรูปแบบเผชิญหน้า



บรรณานุกรม

- Acierno, R., Gros, D. F., Ruggiero, K. J., Hernandez-Tejada, B. M., Knapp, R. G., Lejuez, C. W., . . . Tuerk, P. W. (2016). Behavioral Activation and Therapeutic Exposure for Posttraumatic Stress Disorder: A Noninferiority Trial of Treatment Delivered in Person Versus Home-Based Telehealth. *Depression and anxiety*, 33(5), 415-423.
- Agus Rizal, Budi Purwoko, & Hariastuti, R. T. (2020). Islamic Cognitive Behavior Therapy to Improve Student Self-Compassion. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, volume, 491.
- Amos, P. M., Bedu-Addo, P. K. A., & Antwi, T. (2020). Experiences of Online Counseling Among Undergraduates in Some Ghanaian Universities. *SAGE Open*, 10(3).
- Arimitsu, K. (2016). The effects of a program to enhance self-compassion in Japanese individuals: A randomized controlled pilot study. *The Journal of Positive Psychology*, 11(6), 559-571.
- Asano, K., Koike, H., Shinohara, Y., Kamimori, H., Nakagawa, A., Iyo, M., & Shimizu, E. (2017). Group cognitive behavioural therapy with compassion training for depression in a Japanese community: a single-group feasibility study. *BMC research notes*, 10(1), 670.
- Beaumont, E., Durkin, M., McAndrew, S., & Martin, C. R. (2016). Using Compassion Focused Therapy as an adjunct to Trauma-Focused CBT for Fire Service personnel suffering with trauma-related symptoms. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 9.
- Beck. (1964). Thinking and Depression II. Theory and Therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10.
- Beck. (1993). Cognitive Therapy: Past, Present, and Future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 194-198.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy, Second Edition - Basics and Beyond* (second): The Guilford Press.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C., & Zuroff, D. (1982). Dependency and self-criticism: psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting*

and *Clinical Psychology*, 50(1), 113.

Brainard, R., & Watson, L. (2020). Zoom in the classroom: transforming traditional teaching to incorporate real-time distance learning in a face-to-face graduate physiology course. *The FASEB Journal*, 34(S1), 1-1.

Breedvelt, J. J. f., Zamperoni, V., South, E., Uphoff, E. P., Gilbody, S., Bockting, C. L. H., . . . Kousoulis, A. A. (2020). A systematic review of mental health measurement scales for evaluation the effects of mental health prevention interventions. *The European Journal of Public Health*, 30(3), 510-516.

Brennan, A. M., Barnsteiner, J., Siantz, M. L., Cotter, V. T., & Everett, J. (2012). Lesbian, gay, bisexual, transgendered, or intersexed content for nursing curricula. *Journal of professional nursing : official journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 28(2), 96-104.

Carpenter JK, Andrews LA, Witcraft SM, Powers MB, Smits JAJ, & SG., H. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depress Anxiety*, 35, 502-514.

Carvalho, S. A., & Guiomar, R. (2022). Self-Compassion and Mental Health in Sexual and Gender Minority People: A Systematic Review and Meta-Analysis. *LGBT health*, 9(5), 287–302.

Chen-Yang, X., Nian-Jia, D., Jin, Z., Hao-Yang, L., Teng-Yu, G., Chao, Z., & Qin-Qin, G. (2022). Cognitive behavioral therapy for children and adolescents with post-traumatic stress disorder: Meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 308, 502-511.

Corey, G. (2016). *Theory & Practice of Group Counseling* (9nd).

Crawford, J. R., Garthwaite, P. H., Lawrie, C. J., Henry, J. D., MacDonald, M. A., Sutherland, J., & Sinha, P. (2009). A convenient method of obtaining percentile norms and accompanying interval estimates for self-report mood scales (DASS, DASS-21, HADS, PANAS, and sAD). *British Journal of Clinical Psychology*, 48(2), 163-180.

Cully, J. A., & Teten, A. L. (2008). *A Therapist's Guide to Brief Cognitive Behavioral*

- Therapy*: Department of Veterans Affairs South Central MIRECC. (The Department of Veterans Affairs, South Central Mental Illness Research, Education, and Clinical Center (MIRECC))
- Currie, C. L., Larouche, R., Voss, M. L., Higa, E. K., Spiwak, R., Scott, D., & Tallow, T. (2020). The impact of eHealth group interventions on the mental, behavioral, and physical health of adults: a systematic review protocol. *Systematic reviews*, 9(1), 217.
- Dalai, L. (1995). *The Power of Compassion*: Harpercollins.
- Feldman, C., & Kuyken, W. (2011). Compassion in the landscape of suffering. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 143-155.
- Gamm, L. D., Stone, S., & Pittman, S. (2010). Mental Health and Mental Disorders-A Rural Challenge: A Literature Review. *Rural Healthy People*.
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind*: Robinson.
- Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: an evolutionary analysis and empirical review. *Psychological bulletin*, 136(3), 351.
- Helminen, E. C., Ducar, D. M., Scheer, J. R., Parke, K. L., Morton, M. L., & Felver, J. C. (2023). Self-compassion, minority stress, and mental health in sexual and gender minority populations: A meta-analysis and systematic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 30(1), 26.
- Javadi, M., Zohreh, R., & Rezaie Jamalouei, H. (2021). Evaluation and Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Schema Therapy in Improving Self-Compassion in Men and Women with Type 2 Diabetes. *Journal of Applied Family Therapy*, 2(1), 244-261.
- John R. Suler. (2000). Psychotherapy in Cyberspace: A 5-Dimensional Model of Online and Computer-Mediated Psychotherapy. *Cyberpsychology & Behavior*, 3(2).
- Kanov, J. M., Maitlis, S., Worline, M. C., Dutton, J. E., Frost, P. J., & Lilius, J. M. (2004). Compassion in Organizational Life. *American Behavioral Scientist*, 47(6), 808-827.
- Karami, P., Ghanifar, M. H., & Ahi, G. (2024). Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Compassion-Focused Therapy in Improving Distress

- Tolerance and Self-Compassion in Women with Experiences of Marital Infidelity. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling (JARAC)*, 6(2), 27-35.
- Kazantzis, N., & Lampropoulos, G. K. (2002). The use of homework in psychotherapy: an introduction.
- Koken, J. A., Bimbi, D. S., & Parsons, J. T. (2009). Experiences of familial acceptance-rejection among transwomen of color. *Journal of family psychology*, 23(6), 853-860.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation* Emotion and adaptation. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Ledley, D. R., Marx, B. P., & Heimberg, R. G. (2011). *Making cognitive-behavioral therapy work: Clinical process for new practitioners*: Guilford Press.
- Liang, Y., Wang, L., & Yin, X. (2016). The factor structure of the 12-item general health questionnaire (GHQ-12) in young Chinese civil servants. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(136).
- Matsumoto, K., Sutoh, C., Asano, K., Seki, Y., Urao, Y., Yokoo, M., . . . Shimizu, E. (2018). Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy With Real-Time Therapist Support via Videoconference for Patients With Obsessive-Compulsive Disorder, Panic Disorder, and Social Anxiety Disorder: Pilot Single-Arm Trial. *Journal of Medicine Internet Research*, 20(12), e12091.
- Mayasari, S. (2022). Cognitive Restructuring Techniques in Developing Student Self-Compassion. *Journal of Positive School Psychology*, 6(3), 2564–2575.
- Min, L., Jianchao, N., & Mengyuan, L. (2022). The influence of self-compassion on mental health of postgraduates: Mediating role of help-seeking behavior. *Frontiers in Psychology*, 13.
- Mora, L., Nevid, J., & Chaplin, W. (2008). Psychologist treatment recommendations for Internet-based therapeutic interventions. *Computers in Human Behavior*, 24(6), 3052-3062.
- Neff, K. (2003a). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude

- Toward Oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101.
- Neff, K. (2003b). Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2.
- Neff, K., Tóth-Király, I., Knox, M. C., Kuchar, A., & Davidson, O. (2021). The Development and Validation of the State Self-Compassion Scale (Long- and Short Form). *Mindfulness*, 12(1), 121-140.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*, 69(1), 28-44.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of abnormal psychology*, 100(4), 569.
- Oei, T. P. S., Sawang, S., Goh, Y. W., & Mukhtar, F. (2013). Using the Depression Anxiety Stress Scale 21 (DASS-21) across culture. *International Journal of Psychology*, 48(6), 1018-1029.
- Pepping, C. A., Lyons, A., & Morris, E. M. J. (2018). Affirmative LGBT psychotherapy: Outcomes of a therapist training protocol. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(1), 52-62.
- Perle, J. G., Langsam, L. C., & Nierenberg, B. (2011). Controversy Clarified: An Updated Review of Clinical Psychology and Tele-Health. *Clinical Psychology Review*, 31(8), 1247-1258.
- Rafieyan, V., Sharafi-Nejad, M., & Lin, S. (2014). Effect of pragmatic instruction on sustainable development of pragmatic awareness. *Journal of Studies in Education*, 4(1), 206-218.
- Rayner, G. C., Bowling, G., Bluff, L., Wright, K., Ashworth-Lord, A., & Laird, C. (2022). A multi-method evaluation of a compassion-focused cognitive behavioural psychotherapy group for people who self-harm. *Counselling and Psychotherapy Research*, 22(3), 569-582.
- Rehman, Z. (2020). Predicting self-harm in an ethnically diverse sample of lesbian, gay and bisexual people in the United Kingdom. *International Journal of Social Psychiatry*.

- Richards, D., & Vigano, N. (2013). Online counseling: a narrative and critical review of the literature. *Journal of clinical psychology*, 69(9), 994-1011.
- Rochlen, A. B., Zack, J. S., & Speyer, C. (2004). Online therapy: review of relevant definitions, debates, and current empirical support. *Journal of clinical psychology*, 60(3), 269-283.
- Ross, L. E., Doctor, F., Dimito, A., Kuehl, D., & Armstrong, M. S. (2008). Can Talking About Oppression Reduce Depression? *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 19(1), 1-15.
- Sari, R. O. (2021). Cyber Counseling Services in COVID-19 Pandemic. *Jurnal Bimbingan Konseling Islam*, 3(1).
- Shapira, L. B., & Mongrain, M. (2010). The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *The Journal of Positive Psychology*, 5(5), 377-389.
- Soh, H. L., Ho, R. C., Ho, C. S., & Tam, W. W. (2020). Efficacy of digital cognitive behavioural therapy for insomnia: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep medicine*, 75, 315-325.
- Stephen, J. E., Christie, G., Flood, K., Golant, M., Rahn, M., Rennie, H., . . . Turner, J. (2011). Facilitating online support groups for cancer patients: the learning experience of psycho-oncology clinicians. *Psycho-Oncology*, 20(8), 832-840.
- Strauss, C., Taylor, B. L., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F., & Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical Psychology Review*, 47, 15-27.
- Weinberg, H. (2021). Obstacles, challenges, and benefits of online group psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 74(2), 83-88.
- Wenzel, A. (2017). Basic Strategies of Cognitive Behavioral Therapy. *The Psychiatric clinics of North America*, 40(4), 597-609.
- Wood, J. V., Saltzberg, J. A., Neale, J. M., Stone, A. A., & Rachmiel, T. B. (1990). Self-focused attention, coping responses, and distressed mood in everyday life. *Journal of personality and social psychology*, 58(6), 1027.

World Health Organization. (2022). Mental health: strengthening our response. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Xiang, X., Wu, S., Zuverink, A., Tomasino, K. N., An, R., & Himle, J. A. (2020). Internet-delivered cognitive behavioral therapies for late-life depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Aging & mental health*, 24(8), 1196-1206.

Yolac, E., & Meric, M. (2021). Internalized homophobia and depression levels in LGBT individuals. *Perspectives in psychiatric care*, 57(1), 304-310.

กรมสุขภาพจิต. (2545). สุขภาพจิตคืออะไร. สืบค้นจาก

[https://dmh.go.th/faq/mentalhealth.asp#:~:text=%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%82%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%9E%E0%B8%88%E0%B8%B4%E0%B8%95%20\(Mental%20Health\)%20%E0%B8%AB%E0%B8%A1%E0%B8%B2%E0%B8%A2,%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%B0%E0%B8%AA%E0%B8%B4%E0%B9%88%E0%B8%87%E0%B9%81%E0%B8%A7%E0%B8%94%E0%B8%A5%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%A1%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%E0%B9%80%E0%B8%9B%E0%B8%A5%E0%B8%B5%E0%B9%88%E0%B8%A2%E0%B8%99%E0%B9%81%E0%B8%9B%E0%B8%A5%E0%B8%87%E0%B9%84%E0%B8%94%E0%B9%89](https://dmh.go.th/faq/mentalhealth.asp#:~:text=%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%82%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%9E%E0%B8%88%E0%B8%B4%E0%B8%95%20(Mental%20Health)%20%E0%B8%AB%E0%B8%A1%E0%B8%B2%E0%B8%A2,%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%B0%E0%B8%AA%E0%B8%B4%E0%B9%88%E0%B8%87%E0%B9%81%E0%B8%A7%E0%B8%94%E0%B8%A5%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%A1%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%E0%B9%80%E0%B8%9B%E0%B8%A5%E0%B8%B5%E0%B9%88%E0%B8%A2%E0%B8%99%E0%B9%81%E0%B8%9B%E0%B8%A5%E0%B8%87%E0%B9%84%E0%B8%94%E0%B9%89)

กรรณิกา พันธุ์ศรี, ชัยพร พงษ์พิสันต์รัตน์, ดุษฎี เล็บขาว, บวรพจน์ ชมภูณูช, ภาณุพรพรณ์ ยุธยาตร์, รัชสวรรค์ โฉมยา, . . . อารยา ปิยะกกุล. (2564). การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบออนไลน์ในวิถีอนาคต. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 41(1).

ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร. (2565). *Basic Skills in CBT*: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2556). ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดและการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม. จังหวัดเชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์ จังหวัดเชียงใหม่.

ทัศนีย์ ทองประทีป. (2543). เมตตากรุณา: คุณธรรมสำหรับพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 15(1).

ธนา นิลชัยโกวิทย์ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. (2539). ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(1), 2-17.

- นันทมน ทรรศนกุลพันธ์. (2559). ทักษะคิดการทำงานของกลุ่มคนมีความหลากหลายทางเพศ และผลต่อความผูกพันในองค์กร. (ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภาพิมพ์ ลิปตพัลลภ. (2558). ผลของกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมต่อความพึงพอใจในภาพลักษณ์ทางร่างกาย การประเมินตนเองเสมือนวัตถุ และความเมตตา กรุณาต่อตนเองในสตรีวัยรุ่นไทย. (ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรินดา ตาสี. (2560). การศึกษาและการเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองของนักศึกษาสังคม สงเคราะห์โดยการให้คำปรึกษากลุ่ม. (ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาศักยภาพมนุษย์).
- ปริยศ กิตติธีระศักดิ์. (2560). ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับค่านิยมในการศึกษาถึงความหลากหลายทาง เพศ ในคนกลุ่มน้อยทางเพศในประเทศไทย. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 31(2), 1-15.
- ปริยศ กิตติธีระศักดิ์. (2562). แบบจำลองความเครียดในคนกลุ่มน้อย: กรอบแนวคิดของภาวะเสี่ยง ทางสุขภาพจิต ในคนกลุ่มน้อยทางเพศและเพศสภาวะ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 33(1), 1-17.
- เป็นไท เทวินทร์, อมราพร สุรการ, ฐาศุภร์ จันทระประเสริฐ, และ นฤมล พระใหญ่. (2562). ประสบการณ์ของผู้ให้คำปรึกษาที่ทำงานกับผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางเพศใน ประเทศไทย: การวิจัยทฤษฎีฐานราก. *Rajabhat Journal of Sciences, Humanities and Social Sciences*, 20(2), 380-393.
- พระปลัดพัฒนะ วุฒโน. (2563). แนวทางการพัฒนาคุณลักษณะผู้บริหารตามหลักพรหมวิหาร 4. บัณฑิตศึกษาปริทรรศน์ วิทยาลัยสงฆ์นครสวรรค์, 8(1).
- พลอยชมพู อัครธัญ. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง ความเมตตากรุณาต่อตนเอง ค่าดัชนีมวลกาย การประเมินตนเองเสมือนวัตถุ และความพึงพอใจในภาพลักษณ์ทางร่างกายในสตรีวัยรุ่น. (ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พลอยไพลิน กมลนาวัน, วรางคณา ไสเมะนันท์, และ มฤษฎ์ แก้วจินดา. (2564). การปรึกษาเชิง จิตวิทยาแบบออนไลน์ตามทฤษฎีพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และ พฤติกรรม ต่อการเสริมสร้าง พลังสุขภาพจิตสำหรับนิสิตระดับปริญญาตรี: * พหุกรณีศึกษา. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร, 10(6).
- ไพฑูรย์ สุขศรีงาม. (2557). หลักการใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร. วารสารวิชาการ

- การจัดการเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, 1(1), 7-13.
- วรรณิ์ แกมเกตุ. (2555). วิธีวิทยาการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์: ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัลลภา กิตติมาสกุล. (2562). ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่ออาการซึมเศร้าของวัยรุ่นที่ถูกทารุณกรรม. วารสารพยาบาลทหารบก, 21(1).
- สุพรรณษา พูลพิพัฒน์, อังคินันท์ อินทรกำแหง, และ สุภาพร ธนะชานันท์. (2556). ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด. วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา, 5(1).
- สุวัฒน์ ธนกรนุวัฒน์, สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, & สิริวัฒน์ ศรีเครือดง. (2562). การเจริญสติในวิถีพุทธจิตวิทยา. วารสาร มจร มนุษยศาสตร์ปริทรรศน์, 5(2), 185-197.
- องอาจ นัยพัฒน์. (2544). อำนาจของการทดสอบทางสถิติ: ข้อควรคำนึงสำหรับการกำหนดขนาดตัวอย่างเพื่อการวิจัย. วารสาร พฤติกรรม ศาสตร์ (*Journal of Behavioral Science*), 7(1).
- อิทธิรัฐ ทวีธนาตรี, พิษญาณี พูนพล, และ อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2565). ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษากลุ่มด้วยวิธีการบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงติดเกมส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารพฤติกรรมศาสตร์ 28(2).
- อภิชัย มงคล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, ทวี ตั้งเสรี, วัชณี หัตถพนม, ไพรวลัย รมซ้าย, และ วรวรรณ จุฑา. (2552). การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007).
- อภิชัย มงคล, วัชณี หัตถพนม, ภัสรา เชษฐโชติศักดิ์, วรณประภา ชลอรกุล, ละเอียด ปัญญาใหญ่, และ สุจิต สุวรรณชีพ. (2544). ความสุขและสุขภาพจิตในบริบทของสังคมไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 46(3), 227-231.





ภาคผนวก ก

แบบประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโปรแกรม

สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ

แบบประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ

ชื่อ

คำชี้แจง : แบบประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยเรื่อง "ผลของกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ" เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพความครอบคลุม และความเหมาะสมของวัตถุประสงค์ แนวคิด เทคนิคที่ใช้ วิธีดำเนินการ ระยะเวลา การบ้าน การประเมิน อุปกรณ์ที่ใช้ และให้ข้อเสนอแนะต่อโปรแกรมนี้ โดยให้พิจารณาระดับความเหมาะสมของโปรแกรมจากเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

- +1 = ท่านพิจารณาว่าเนื้อหาส่วนนี้ของกิจกรรมมีความเหมาะสม
- 0 = ท่านไม่แน่ใจว่าเนื้อหาส่วนนี้ของกิจกรรมมีความเหมาะสมหรือไม่
- 1 = ท่านพิจารณาว่าเนื้อหาส่วนนี้ของกิจกรรมไม่เหมาะสม

เหมาะสม

ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะลงในช่องข้อเสนอแนะ

ประเด็น	การพิจารณา			ข้อเสนอแนะ
	+1	0	-1	
ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและข้อตกลงภายในกลุ่ม				

1. วัตถุประสงค์				
2. แนวคิด				
3. เทคนิคที่ใช้				
4. วิธีดำเนินการ				
5. การประเมิน				
ครั้งที่ 2 มีสถิติระหนักรู้เกี่ยวกับปัจจุบัน				
1. วัตถุประสงค์				
2. แนวคิด				
3. เทคนิคที่ใช้				
4. วิธีดำเนินการ				
5. การประเมิน				
ครั้งที่ 3 จิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม				
1. วัตถุประสงค์				
2. แนวคิด				
3. เทคนิคที่ใช้				
4. วิธีดำเนินการ				
5. การประเมิน				
ครั้งที่ 4 ความคิดอัตโนมัติเชิงลบและอคติทางความคิด				
1. วัตถุประสงค์				
2. แนวคิด				
3. เทคนิคที่ใช้				

4. วิธีดำเนินการ				
5. การประเมิน				
ครั้งที่ 5 เมตตากับตนเอง ดีกว่าตำหนิ				
1. วัตถุประสงค์				
2. แนวคิด				
3. เทคนิคที่ใช้				
4. วิธีดำเนินการ				
5. การประเมิน				
ครั้งที่ 6 มนุษย์คือความหลากหลาย				
1. วัตถุประสงค์				
2. แนวคิด				
3. เทคนิคที่ใช้				
4. วิธีดำเนินการ				
5. การประเมิน				
ครั้งที่ 7 การป้องกันและการนำไปประยุกต์ใช้				
1. วัตถุประสงค์				
2. แนวคิด				
3. เทคนิคที่ใช้				
4. วิธีดำเนินการ				
5. การประเมิน				

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม



ค่าดัชนีความสอดคล้องเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของกลุ่มจิตบำบัด
ออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาและสุขภาพจิตใน
กลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ

หัวข้อพิจารณา	ผลการพิจารณาโดย			ผลรวม	IOC
	ผู้เชี่ยวชาญ				
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและข้อตกลงภายในกลุ่ม					
1. วัตถุประสงค์	+1	+1	+1	3	1.00
2. แนวคิด	+1	+1	+1	3	1.00
3. เทคนิคที่ใช้	0	+1	+1	2	0.67
4. วิธีดำเนินการ	+1	0	+1	2	0.67
5. การประเมิน	+1	+1	0	2	0.67
ครั้งที่ 2 มีสติตระหนักรู้อยู่กับปัจจุบัน					
1. วัตถุประสงค์	+1	+1	0	2	0.67
2. แนวคิด	+1	+1	+1	3	1.00
3. เทคนิคที่ใช้	+1	+1	+1	3	1.00
4. วิธีดำเนินการ	+1	0	+1	2	0.67
5. การประเมิน	+1	+1	0	2	0.67
ครั้งที่ 3 มีสติตระหนักรู้อยู่กับปัจจุบัน					
1. วัตถุประสงค์	0	+1	+1	2	0.67
2. แนวคิด	+1	+1	+1	3	1.00
3. เทคนิคที่ใช้	+1	+1	0	2	0.67
4. วิธีดำเนินการ	+1	+1	+1	3	1.00
5. การประเมิน	+1	+1	0	2	0.67
ครั้งที่ 4 ความคิดอัตโนมัติเชิงลบและอคติทางความคิด					
1. วัตถุประสงค์	0	+1	+1	2	0.67

2. แนวคิด	+1	+1	+1	3	1.00
3. เทคนิคที่ใช้	+1	+1	0	2	0.67
4. วิธีดำเนินการ	+1	+1	+1	3	1.00
5. การประเมิน	+1	+1	0	2	0.67
ครั้งที่ 5 เมตตากับตนเอง ดีกว่าดำหนิ					
1. วัตถุประสงค์	+1	+1	+1	3	1.00
2. แนวคิด	+1	+1	+1	3	1.00
3. เทคนิคที่ใช้	+1	0	+1	2	0.67
4. วิธีดำเนินการ	+1	+1	+1	1	1.00
5. การประเมิน	+1	+1	0	2	0.67
ครั้งที่ 6 มนุษย์คือความหลากหลาย					
1. วัตถุประสงค์	0	+1	+1	2	0.67
2. แนวคิด	+1	+1	+1	5	1.00
3. เทคนิคที่ใช้	+1	+1	+1	5	1.00
4. วิธีดำเนินการ	+1	0	+1	2	0.67
5. การประเมิน	+1	+1	0	2	0.67
ครั้งที่ 7 การป้องกันและการนำไปประยุกต์ใช้					
1. วัตถุประสงค์	+1	+1	+1	3	1.00
2. แนวคิด	+1	+1	+1	3	1.00
3. เทคนิคที่ใช้	+1	+1	+1	3	1.00
4. วิธีดำเนินการ	+1	+1	+1	3	1.00
5. การประเมิน	+1	+1	0	2	0.67



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างแบบวัดที่ใช้ในการวิจัย

แบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเอง

คำชี้แจง โปรดเลือกตัวเลือกที่คิดว่าตรงกับตัวท่านมากที่สุด

1 หมายถึง แทบจะไม่เคย

2 หมายถึง น้อยครั้ง

3 หมายถึง ปานกลาง

4 หมายถึง บ่อย ๆ

5 หมายถึง แทบจะทุกครั้ง

ข้อคำถาม	1	2	3	4	5
1. ฉันรับไม่ได้และตำหนิข้อบกพร่องของตนเอง					
2. เวลารู้สึกหงุดหงิด ฉันมักจะหมกมุ่นและคิดถึงเรื่องต่าง ๆ ที่ฉันทำผิดพลาด					
3. เวลาเมื่อเรื่องเลวร้ายเกิดขึ้น ฉันมองว่ามันเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่ทุกคนต้องประสบ					
4. เมื่อนึกถึงข้อบกพร่องของตนเอง ฉันมักจะรู้สึกโดดเดี่ยวและแปลกแยกเหมือนถูกตัดขาดออกจากคนอื่น ๆ ในโลก					
5. เวลาที่ฉันรู้สึกปวดร้าวใจ ฉันจะพยายามรักและใส่ใจดูแลตนเอง					
6.					
.					
.					
26.					

หากท่านสนใจข้อมูลเพิ่มเติมติดต่อได้ที่

ศูนย์ประเมินทางจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสัมภาษณ์ดัชนีวัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007)

คำชี้แจง โปรดเลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าตรงกับตัวท่านมากที่สุด

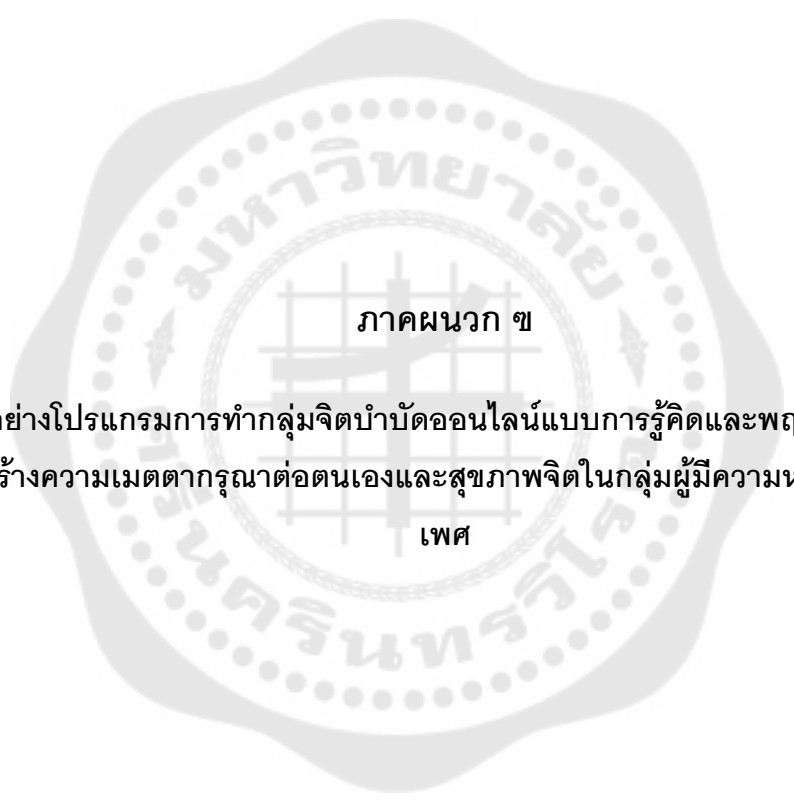
1 หมายถึง ไม่เลย

2 หมายถึง เล็กน้อย

3 หมายถึง มาก

4 หมายถึง มากที่สุด

ข้อคำถาม	1	2	3	4
1. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต				
2. ท่านรู้สึกสบายใจ				
3. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน				
4. ท่านรู้สึกผิดหวังในตัวเอง				
5. ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์				
6. ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)				
7. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น				
8. ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต				
9. ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์				
10. ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา				
11. ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส				
12. ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง				
13. ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย เมื่ออยู่ในครอบครัว				
14. หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลท่านเป็นอย่างดี				
15. สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน				



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างโปรแกรมการทำกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อ
เสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทาง
เพศ

กลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ

งานวิจัยชิ้นนี้เล็งเห็นถึงความสำคัญเรื่องสุขภาพจิตของผู้มีความหลากหลายทางเพศ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มจะประสบกับการมีสุขภาพจิตไม่ดี และมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตตามมา เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรที่ไม่ใช่ผู้มีความหลากหลายทางเพศ และพบว่าความกรุณาต่อตนเองมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลทั้งเชิงบวกและเชิงลบ โดยผู้ที่มีความกรุณาต่อตนเองจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่ขาดความกรุณาต่อตนเอง ซึ่งเมื่อความกรุณาต่อตนเองสูงขึ้น ผลเสียเชิงลบที่มีต่อสุขภาพจิตที่ลดลง

ความกรุณาต่อตนเอง (self-compassion) หมายถึง การที่บุคคลมีเมตตาต่อตนเอง แสดงความรักต่อตนเอง ปรารถนาให้ตนเองมีความสุข ไม่ตำหนิและตัดสินตนเอง เมื่อบุคคลจะประสบกับความผิดพลาดล้มเหลว จะตระหนักรู้ถึงความรู้สึกเจ็บปวด ไม่หลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธความรู้สึกนั้น มองประสบการณ์ความล้มเหลวที่เกิดขึ้นด้วยความเข้าใจว่าเป็นประสบการณ์ส่วนหนึ่งของการเป็นมนุษย์ โดยมี 3 องค์ประกอบดังนี้

ความเมตตาต่อตนเอง (self-kindness) หมายถึง เมื่อบุคคลประสบกับความล้มเหลว บุคคลจะแสดงความใจดีมีเมตตาต่อตนเองมากกว่าตำหนิตนเอง (self-judgment)

ความเป็นมนุษย์ปุถุชน (common humanity) คือ การมองประสบการณ์ความล้มเหลวเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์การเป็นมนุษย์ มากกว่ามองว่าเป็นเรื่องเฉพาะบุคคลซึ่งทำให้บุคคลต้องแยกตัวจากผู้อื่น (isolation)

การมีสติ (mindfulness) คือ ตระหนักรู้ความคิดและความรู้สึกทุกข้ออย่างสมดุล มากกว่าการหมกมุ่นกับความคิดและความรู้สึกเจ็บปวดนั้นมากเกินไป (over-identification)

โดยการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม ตั้งอยู่บนทฤษฎีที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างความคิด, ความรู้สึก, และพฤติกรรม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีความเชื่อมโยงกัน การปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมให้มาอยู่บนฐานของความเป็นจริง เมื่อความคิดเปลี่ยน ความรู้สึกก็จะเปลี่ยนตามไป โครงสร้างและเทคนิคที่ใช้ในกลุ่มจิตบำบัดสอดคล้องกับการเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองผ่านความสัมพันธ์กับองค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบ ซึ่งถูกพัฒนามาจากโปรแกรมจากงานวิจัยของ Asano et al. (2017) และโปรแกรมจากงานวิจัยของ ประภาพิมพ์ ลิปตพัลลภ (2558) กลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตประกอบไปด้วยการทำจิตบำบัดทั้งหมด 8 ครั้ง ระยะเวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง ทำผ่านช่องทางออนไลน์โดยใช้โปรแกรม Zoom โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะแรก เป็นระยะของการสร้างความไว้วางใจและชี้แจงกฎกติกา วัตถุประสงค์ ของ การทำกลุ่มจิตบำบัด เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทราบว่า การทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม จะ เน้นการทำงานร่วมกัน ประกอบไปด้วยการทำจิตบำบัด ครั้งที่ 1

ระยะทำงาน เป็นระยะของการนำเทคนิคจากทฤษฎีการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและ พฤติกรรมมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับแต่ละองค์ประกอบของความทุกข์ของตนเองเพื่อ เสริมสร้างความทุกข์ของตนเอง และเป็นระยะที่ให้ความรู้เรื่องการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและ พฤติกรรม ประกอบไปด้วยการทำจิตบำบัด ครั้งที่ 2-7

ระยะสิ้นสุดการบำบัด เป็นระยะสุดท้ายของการทำจิตบำบัด โดยผู้นำและสมาชิกกลุ่ม ร่วมกันทบทวนวิธีการและเทคนิคที่ได้ฝึกฝนจากการทำจิตบำบัดในช่วงระยะทำงาน เพื่อให้สมาชิก กลุ่มสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงได้เมื่อจบการทำจิตบำบัด ประกอบไปด้วยการทำจิต บำบัดครั้งที่ 8

ผู้วิจัยยกตัวอย่างโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความ เมตตากรุณาและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศเป็นตารางดังต่อไปนี้

ตัวอย่างโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์เพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและ สุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/เทคนิค	กิจกรรมภายใน กลุ่ม
1	1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่าง ผู้วิจัยกับสมาชิกกลุ่ม	1. การสร้าง สัมพันธภาพตาม	1. กิจกรรม “Who am I ฉัน เป็นใคร I’m just a secret keep in inside”
การสร้าง สัมพันธภาพ และข้อตกลง ภายในกลุ่ม	2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจถึง ที่มาของการทำกลุ่มจิตบำบัด วัตถุประสงค์ และเป้าหมายของ การเข้าร่วมกลุ่ม	หลักทฤษฎีการ บำบัดแบบการรู้คิด และพฤติกรรม (establishing	2. บอก ความรู้สึกรู้สึกของ ตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
	3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มรับรู้บทบาท ของตนเอง ทฤษฎีที่ใช้และ ระยะเวลาในการทำจิตบำบัดกลุ่ม	therapeutic relationship)	

	สร้างข้อตกลงภายในกลุ่ม โดย เป็นไปตามจรรยาบรรณ และให้ ความสำคัญกับการรักษา ความลับของสมาชิกกลุ่ม	โดยดูจากวงล้อ อารมณ์ของ สสส.
2 จิตบำบัด แบบการรู้คิด และ พฤติกรรม	1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจทฤษฎี การบำบัดแบบการรู้คิดและ พฤติกรรม 2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มรู้ถึงความ เชื่อมโยงระหว่าง เหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม	1. การให้ความรู้ (psychoeducation) 2. ABC model 1. ผู้นำกลุ่มให้ ความรู้หลักการ ของทฤษฎีการ ทำจิตบำบัดแบบ การรู้คิดและ พฤติกรรม (CBT) 2. สมาชิกเขียน เหตุการณ์ของ ตนเองในใบงาน ABC model
3 มีสติตระหนัก รู้อยู่กับ ปัจจุบัน	1. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจ ความหมายและประโยชน์ของสติ 2. เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้ถึงวิธีการ ควบคุมอารมณ์ไม่ให้แสดงออก มากเกินไป (over-identification)	1. การให้ความรู้ (psychoeducation) 2. การฝึกผ่อนคลาย (relaxation) 3. การฝึกทดลอง พฤติกรรม (behavioral experiment) 1. ผู้นำกลุ่มให้ ความรู้เรื่องสติ พร้อมเปิดคลิป วิดีโอ 2. ฝึกกำหนดลม หายใจ (controlled breathing) 3. ทดลองกอด ตัวเองจากนั้น

บอกเล่า
ความรู้สึที่
เกิดขึ้น



ครั้งที่ 1

การสร้างสัมพันธภาพและข้อตกลงภายในกลุ่ม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกกลุ่ม ให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจและปลอดภัย อำนวยให้สมาชิกกลุ่มกล้าเปิดเผยเรื่องราวและความรู้สึกของตน
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจถึงที่มาของการทำกลุ่มจิตบำบัด วัตถุประสงค์ และเป้าหมายของการเข้าร่วมกลุ่ม
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รู้ถึงบทบาทของตนเองรวมถึงบทบาทของผู้วิจัยว่าเป็นการทำงานร่วมกัน ทฤษฎีที่ใช้ดำเนินการ ระยะเวลาการให้คำปรึกษากลุ่ม ตลอดจนร่วมกันสร้างข้อตกลงในการเข้ารับการให้คำปรึกษากลุ่ม โดยเป็นไปตามจรรยาบรรณ และให้ความสำคัญกับการรักษาความลับของสมาชิกกลุ่ม

แนวคิด

การเริ่มต้นกลุ่มเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญต่อการทำกลุ่มจิตบำบัด เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่ช่วยให้สมาชิกรับทราบข้อมูล, กระบวนการ, วัตถุประสงค์, และเป้าหมายของการเข้าร่วมกลุ่ม บทบาทหน้าที่ระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิก รวมไปถึงการกำหนดข้อตกลงที่จะใช้ร่วมกันตลอดการทำกลุ่มจิตบำบัด อีกทั้งในขั้นตอนนี้ยังเป็นครั้งแรกของการเข้าร่วมกลุ่ม สมาชิกอาจจะไม่กล้าเปิดเผยตัวตน เนื่องจากยังรู้สึกไม่คุ้นเคยและปลอดภัย ยังไม่เชื่อใจที่จะถ่ายทอดเรื่องราวของตน ดังนั้นการสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่มจึงเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้เกิดบรรยากาศของความปลอดภัย ความไว้วางใจ เชื่อใจ จนนำไปสู่การเปิดเผยเรื่องราวของตนเอง โดยผู้นำกลุ่มจะเป็นศูนย์กลางของการสร้างความเชื่อใจและสร้างความรู้สึกลดความกลัว (Corey, 2016)

ทฤษฎี/เทคนิค

การสร้างสัมพันธภาพตามหลักทฤษฎีการบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม (establishing therapeutic relationship) คือการทำให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกมีปลอดภัยและเกิดความรู้สึกไว้วางใจ โดยผู้นำกลุ่มจะเสริมสร้างแรงจูงใจแก่สมาชิกกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกถึงความหวังที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลง ลักษณะของการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมเป็นการทำงานร่วมกัน (collaboration) ผู้นำกลุ่มจะเชิญชวนให้สมาชิกกลุ่มได้ลองคิด ลองตัดสินใจ ผ่านการใช้

ภาษา (verbal language) อย่างการพูดเชิญชวนให้มีส่วนร่วม การใช้วัจนภาษา (nonverbal language) อย่างการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างการทำกลุ่มจิตบำบัด และการแบ่งปันข้อมูล (sharing) ที่ได้จากการทำกลุ่มจิตบำบัด (ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร, 2565)

วิธีดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (Initial Stage)

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่มต้อนรับและแนะนำตนเอง จากนั้นให้สมาชิกแต่ละคนแนะนำตัว เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ
2. ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์และเป้าหมาย (agenda) ของการทำกลุ่มจิตบำบัด รวมไปถึงชี้แจงระยะเวลาของการทำกลุ่มจิตบำบัด โดยทำทั้งหมด 7 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง
3. ผู้นำกลุ่มอธิบายถึงจรรยาบรรณในการทำกลุ่มจิตบำบัด ข้อตกลงร่วมกัน สอบถามความคาดหวังในการร่วมกลุ่มครั้งนี้กับสมาชิกแต่ละคน จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันทำข้อตกลงเพื่อใช้เป็นแนวทางในการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดครั้งนี้และตลอดจนจบกระบวนการ โดยใช้คำถาม “การทำจิตบำบัดกลุ่มที่มีบรรยากาศผ่อนคลาย สบายใจในการพูดคุย ควรเป็นอย่างไรบ้างครับ”

ขั้นดำเนินการ (Working Stage)

1. ผู้นำกลุ่มแนะนำวิธีการใช้โปรแกรม Zoom ใช้เวลาประมาณ 10 นาที
2. ผู้นำกลุ่มเชิญชวนให้สมาชิกกลุ่มทำกิจกรรม “Who am I ฉันเป็นใคร I’m just a secret keep in inside” โดยผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแต่ละคนไปหยิบสิ่งของใกล้ตัวที่สื่อว่าเป็นตัวแทนของตนเอง เมื่อสมาชิกแต่ละคนได้สิ่งของชิ้นนั้นมาแล้วครบทุกคน ผู้นำกลุ่มเชิญชวนให้สมาชิกแต่ละคนแนะนำตัวเองอีกครั้ง และอธิบายว่าสิ่งของที่หยิบมานั้นสื่อว่าเป็นตัวแทนของตนเองอย่างไร ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที
3. ผู้นำกลุ่มเชิญชวนให้สมาชิกแต่ละคนบอกความรู้สึกของตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยดูจากวงล้ออารมณ์ของ สสส แล้วพิมพ์บอกว่าในช่อง chat จากนั้นผู้นำกลุ่มจึงให้สมาชิกแต่ละคนอธิบายเพิ่มเติมคนละประมาณ 5 นาที

ขั้นยุติ (Final Stage)

1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกในการทำกลุ่มจิตบำบัด และสิ่งที่ได้รับการเข้าร่วมครั้งนี้
2. ผู้นำกลุ่มกล่าวขอบคุณและชื่นชมสมาชิกกลุ่มที่เสียสละเวลาในการเข้าร่วมกลุ่ม พร้อมเชิญชวนให้สมาชิกทำการบ้านเรื่องเขียนชื่นชมตนเอง เพื่อให้สมาชิกได้เห็นสิ่งดีที่ตนเองทำ และพูดสิ่งดีกับตัวเอง เป็นวิธีหนึ่งในการสร้างกำลังใจกับตัวเอง พร้อมนัดหมายการทำกลุ่มจิตบำบัดครั้งต่อไป

การบ้าน

1. มอบหมายให้สมาชิกกลุ่มเขียนสิ่งที่อยากชื่นชมตนเองในการเข้าร่วมกลุ่มครั้งนี้จำนวน 3 ข้อ

การประเมิน

1. ผู้วิจัยใช้การสังเกตความกระตือรือร้นและการใส่ใจในการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัด
2. ผู้วิจัยใช้การสังเกตความร่วมมือในการทำกิจกรรมและการแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่ม
3. ผู้วิจัยใช้การสังเกตจากการตอบคำถามสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกลุ่มจิตบำบัด
4. ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มส่ง feedback ที่มีต่อการเข้าร่วมกลุ่มผ่านช่อง chat

ครั้งที่ 2

การให้ความรู้เรื่องทฤษฎีการบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจทฤษฎีการบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มรู้ถึงความเชื่อมโยงระหว่าง เหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม

แนวคิด

การทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) คือ การปรับเปลี่ยนความคิดที่ทำหน้าที่ผิดปกติ (dysfunctional thinking) ซึ่งส่งผลกระทบต่ออารมณ์ พฤติกรรม และร่างกาย โดยเรียนรู้ที่จะประเมินและปรับเปลี่ยนความคิดให้อยู่บนความเป็นจริงมากขึ้น การทำจิตบำบัดตามแนวคิดทฤษฎีการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมจะกระทำบนพื้นฐานของโครงสร้างการรู้คิด (cognitive model) ซึ่งมีสมมติฐานว่าการตีความ (construe) และการรับรู้ (perception) ต่อเหตุการณ์ของแต่ละบุคคลส่งผลกระทบต่ออารมณ์ พฤติกรรม และร่างกาย โดยการตีความและการรับรู้ นั่นคือ สิ่งที่เกิดขึ้นภายในความคิดที่เกิดจากกระบวนการทางความคิดที่แตกต่างกัน และลักษณะของความคิดที่เป็นปัญหานี้เรียกว่า ความคิดอัตโนมัติ (automatic thought) (Beck, 2011)

การทำจิตบำบัดครั้งนี้มีเป้าหมายให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อให้สมาชิกสามารถเห็นถึงความเชื่อมโยงของ เหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม นำไปประยุกต์ใช้กับเหตุการณ์ของตนเอง อีกทั้งในการทำจิตบำบัดกลุ่มแบบการรู้คิดและพฤติกรรมนั้น สมาชิกกลุ่มควรได้รับรู้ว่าการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมคืออะไร ขั้นตอนการทำงานเป็นอย่างไร และแตกต่างจากการทำจิตบำบัดชนิดอื่นอย่างไร (Corey, 2016) เนื่องจากการทำจิตบำบัดกลุ่มแบบการรู้คิดและพฤติกรรม เป็นการทำจิตบำบัดที่เน้นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้นำและสมาชิกกลุ่ม อีกทั้งยังเป็นการเสริมสร้างความรู้สึกคุ้นเคยภายในกลุ่ม ทำให้เกิดบรรยากาศของความเชื่อใจ ปลอดภัย

ทฤษฎี/เทคนิค

เทคนิคการให้ความรู้กับผู้เข้าร่วมกลุ่ม (psychoeducation) เพื่อให้สมาชิกเกิดความรู้ความเข้าใจเรื่องการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม

ABC model เป็นเทคนิคช่วยให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจถึงการแสดงผลของอารมณ์หรือพฤติกรรม โดยแสดงให้เห็นว่าความคิดเป็นตัวกำหนดอารมณ์ความรู้สึก โดย A (activating event) หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น B (beliefs) หมายถึง ความคิดความเชื่อที่มีต่อเหตุการณ์ C (consequences) หมายถึง ผลทางอารมณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามมาหลังจากมีความคิดความเชื่อ ซึ่งฐานคิดของ ABC model นั้นกล่าวว่า A ไม่ได้เป็นปัจจัยให้เกิด C แต่เป็น B ที่ส่งผลต่อ C ทำให้สมาชิกกลุ่มสามารถเข้าใจความคิด อารมณ์ความรู้สึกของตนเอง

วิธีดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (Initial Stage)

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายเปิดกลุ่ม และตั้งคำถามให้สมาชิกเล่าถึงประสบการณ์ที่ได้เข้ากลุ่มจิตบำบัดครั้งที่ 1
2. ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิค check-in เชิญชวนให้สมาชิกกลุ่มทบทวนการบ้าน (homework) และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น พูดคุยถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (brief review) ตลอดช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา
3. ผู้นำกลุ่มชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และเป้าหมาย (agenda setting) ของการทำกลุ่มจิตบำบัดครั้งที่ 2 ที่แจ้งจรรยาบรรณและทบทวนข้อตกลงร่วมกันระหว่างการทำกลุ่มจิตบำบัด

ขั้นดำเนินการ (Working Stage)

1. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้ (psychoeducation) และหลักการของทฤษฎีการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม (CBT) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจและเห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างเหตุการณ์, ความคิด, ความรู้สึก, พฤติกรรม, ร่างกาย โดยผู้นำกลุ่มจะแชร์สไลด์ภาพ cognitive model ประกอบการให้ความรู้
2. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่อง ABC model และให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันยกตัวอย่างเหตุการณ์ อาจเป็นเหตุการณ์ที่สมาชิกกลุ่มกล่าวถึงในช่วง check-in ระหว่างนั้นผู้นำกลุ่มแชร์หน้าจอ ABC model และเขียนไปด้วยอย่างลงไป เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เห็นและมีส่วนร่วมไปพร้อมกัน

3. ผู้นำกลุ่มเชิญชวนให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นและเปิดโอกาสให้ถามหากมีข้อสงสัยเรื่อง ABC model
4. ผู้นำกลุ่มเชิญชวนสมาชิกเขียนเหตุการณ์ของตนลงในใบงาน ABC model ที่ส่งให้ทางไลน์กลุ่ม (ใช้เวลา 10 นาที) จากนั้นให้ร่วมกันอภิปราย
5. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องใบบันทึกความคิด (thought record) และมอบหมายเป็นการบ้านแก่สมาชิกเพื่อให้สมาชิกสังเกตเห็นว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง (self-monitoring) มีความเชื่อมโยงกับความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม และร่างกายอย่างไร

ขั้นยุติ (Final Stage)

1. ผู้นำกลุ่มสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในการทำกลุ่มจิตบำบัดครั้งนี้ (feedback) และเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มสอบถามหากมีข้อสงสัย
2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกในการเข้ากลุ่ม และสิ่งที่ได้รับการเข้าร่วมกลุ่มครั้งนี้
3. ผู้นำกลุ่มมอบหมายการบ้านเขียนขึ้นชมตนเองและบันทึกความคิด
4. ผู้นำกลุ่มกล่าวขอบคุณพร้อมนัดหมายการทำกลุ่มจิตบำบัดครั้งต่อไป

การประเมิน

1. ผู้วิจัยใช้การสังเกตความกระตือรือร้นและการใส่ใจในการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัด
2. ผู้วิจัยใช้การสังเกตความร่วมมือในการทำกิจกรรมและการแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่ม
3. ผู้วิจัยใช้การสังเกตจากการตอบคำถามสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกลุ่มจิตบำบัด
4. ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มส่ง feedback ที่มีต่อการเข้าร่วมกลุ่มผ่านช่อง chat

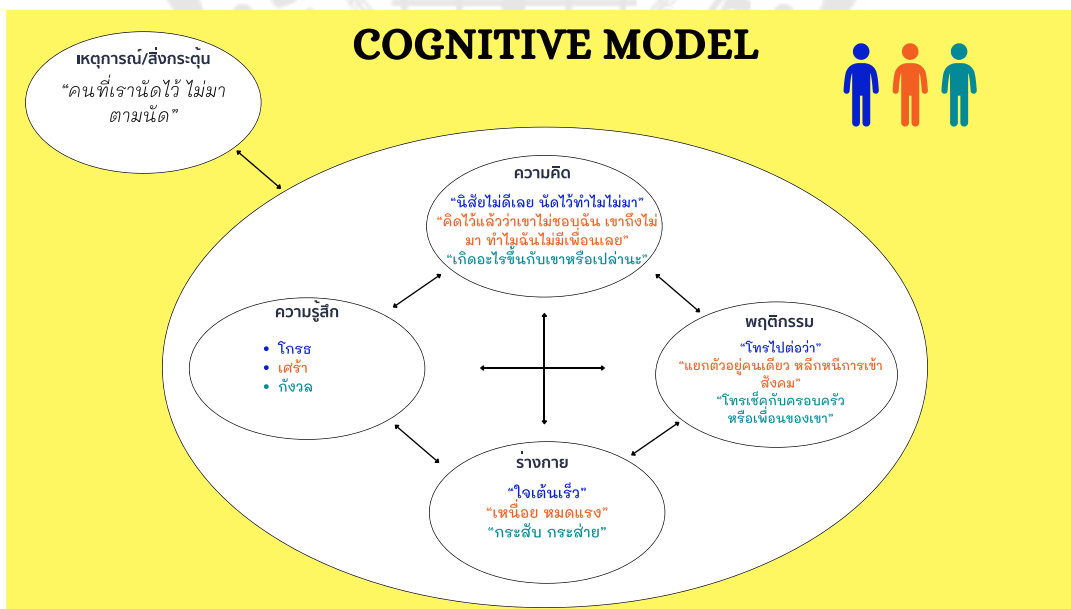
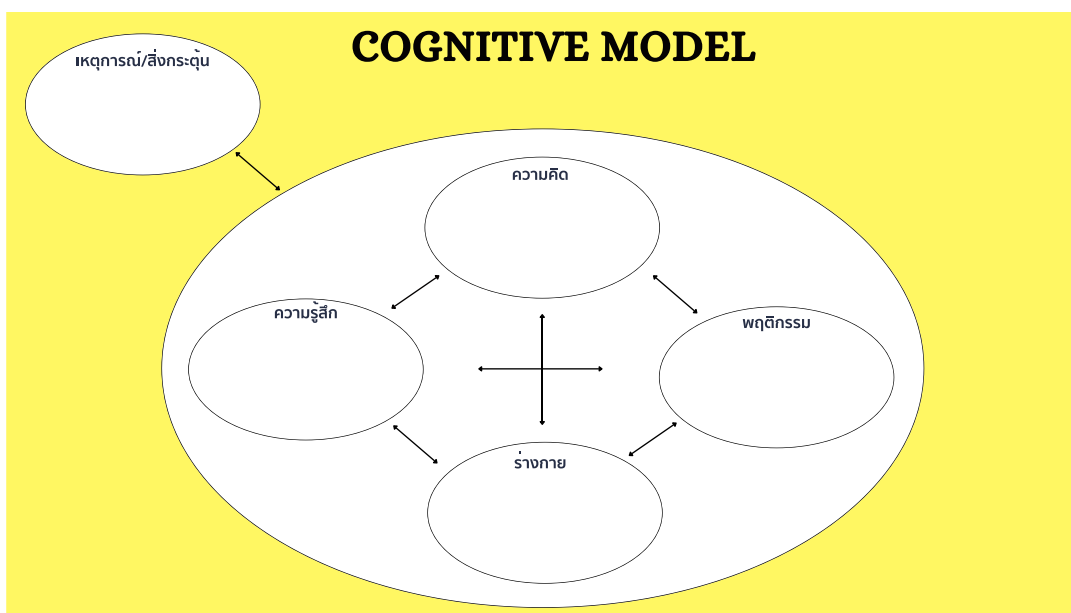
การบ้าน

1. ผู้นำกลุ่มมอบหมายให้สมาชิกกลุ่มเขียนสิ่งที่อยากชื่นชมตนเองในการเข้าร่วมกลุ่มครั้งนี้จำนวน 3 ข้อ
2. ผู้นำกลุ่มมอบหมายให้สมาชิกเขียนบันทึกความคิด (thought record)

อุปกรณ์ที่ใช้ในครั้งนี้

1. เอกสาร ABC model
2. ใบงาน Thought Record
3. สไลด์ cognitive model

รูปประกอบ Cognitive Model



ABC MODEL

เหตุการณ์ (A)	ความคิดที่มีต่อเหตุการณ์ (B)	อารมณ์/พฤติกรรม/ปฏิกิริยา ร่างกายที่เกิดขึ้น (C)
คนที่เรานัดไว้ ไม่มาตามนัด	"นิสัยไม่ดีเลย นัดไว้ทำไมไม่มา"	โกรธ/ โทรมไปต่อว่าและพูดถึงสิ่งที่เรา ผิดหวัง/ ใจเต้นเร็ว
	"ฉันรู้อยู่แล้วว่าเขาไม่ชอบฉัน เขา ถึงไม่มา ทำไมฉันถึงไม่มีเพื่อน เลยนะ"	เศร้า/ แยกตัวอยู่คนเดียว หลีกหนีการ เข้าสังคม/ เหนื่อยหมดแรง
	"เกิดอะไรขึ้นกับเขาหรือเปล่านะ หรือว่าเขาเกิดอุบัติเหตุ"	กังวล/ โทรมไปเช็คกับเพื่อนหรือ ครอบครัวเขา/ ใจสั่น กระวนกระวาย

THOUGHT RECORD

วันที่	เหตุการณ์	ความคิด	ความรู้สึก	พฤติกรรม	ร่างกาย
วันเกิด	สถานการณ์ที่เกิดขึ้น ส่งผลหรือกระตุ้นให้ เรารู้สึกด้านลบ (รู้สึกแย่)	ความคิดหรือภาพที่ผุดขึ้น ในใจทันทีหลังจากเกิด เหตุการณ์นั้น	- ความรู้สึกที่เกิดขึ้น - ความเข้มข้มของ ความรู้สึก ระบุ เป็นเปอร์เซ็นต์	การกระทำที่เกิดขึ้นตามมา หลังจากที่คิดและรู้สึกต่อ เหตุการณ์นั้น	การตอบสนองทางร่างกาย
2/11/23	วันนี้คนที่ฉันนัดไว้จะไป กินข้าวด้วยกัน ไม่มา ตามนัด	ฉันรู้อยู่แล้วว่าเขาไม่ชอบ ฉัน เขากำลังไปหาตามนัด ทำไมฉันถึงไปเพื่อเสีย เวลา	เศร้า 80%	คิดวนเวียนถึงเหตุการณ์ที่ เกิดขึ้น กลับบ้านเอาแต่อยู่ ในห้อง หลีกหนีการเข้า สังคม การพบปะผู้คน	อ่อนล้า เหนื่อย หมดแรง

ใบบันทึกความคิด (Thought Record)

วันที่	เหตุการณ์	ความคิด	ความรู้สึก	พฤติกรรม	ร่างกาย

ครั้งที่ 3

มีสติตระหนักรู้อยู่กับปัจจุบัน (Mindfulness)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจความหมายและประโยชน์ของสติ
2. เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้ถึงวิธีการควบคุมอารมณ์ไม่ให้แสดงออกมากเกินไป (over-identification)

แนวคิด

การมีสติ (mindfulness) เป็นองค์ประกอบหนึ่งของความกรุณาต่อตนเอง ซึ่งช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้ความคิด อารมณ์ และความรู้สึกเจ็บปวดบนพื้นฐานของการมีความตระหนักรู้อย่างสมดุล ไม่ปฏิเสธหรือไม่หลีกเลี่ยงความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้น มากกว่าการหมกมุ่นจมอยู่กับความคิดและความรู้สึกทุกซั่มนั้นมากเกินไป (over-identification) บุคคลที่ปราศจากสติมักหมกมุ่นกับความคิดและความรู้สึกทุกซั่มมากเกินไป จนไม่สามารถหาทางแก้ไขปัญหา ต่างจากบุคคลที่มีสติ (Nolen-Hoeksema, 1991) การมีสติยังช่วยให้สมาชิกกลุ่มตระหนักรู้อยู่กับปัจจุบัน ไม่วอกแวกให้ ความร่วมมือในการทำกิจกรรมกลุ่ม ส่งผลให้การทำกลุ่มจิตบำบัดมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการทำกลุ่มจิตบำบัดครั้งนี้ผู้นำกลุ่มจึงเลือกใช้เทคนิค psychoeducation เพื่อให้ความรู้และประโยชน์ของสติแก่สมาชิกกลุ่มและเทคนิค relaxation นั่นคือการควบคุมลมหายใจที่นอกจากจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล การควบคุมลมหายใจยังเป็นการฝึกสติชนิดหนึ่งด้วย

ทฤษฎี/เทคนิค

เทคนิคการให้ความรู้กับผู้เข้าร่วมกลุ่ม (psychoeducation) เพื่อให้สมาชิกเกิดความรู้ความเข้าใจและประโยชน์ของสติ

เทคนิค relaxation เป็นทักษะด้านพฤติกรรม (behavioral skill) อย่างหนึ่ง ที่ช่วยให้บุคคลเกิดการผ่อนคลายจากความเครียด ความวิตกกังวล โดยมีการฝึกที่หลากหลาย เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (muscle relaxation) การจินตนาการ (imagery) และการควบคุมการหายใจ (controlled breathing) (Beck, 2011) ซึ่งการควบคุมลมหายใจจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มตระหนักรู้อยู่กับตัวเองผ่านการกำหนดลมหายใจ

Behavioral Experiment การให้บุคคลไปทดลองทำพฤติกรรมบางอย่าง จากนั้นดูผลที่เกิดขึ้นว่าตรงกับการคาดคะเนของบุคคลหรือไม่ ซึ่งเทคนิคนี้จะช่วยให้บุคคลได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริง (experiential) ซึ่งทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางความคิดและความรู้สึก

วิธีดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (Initial Stage)

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายเปิดกลุ่ม เชิญชวนให้สมาชิกเล่าถึงประสบการณ์และทบทวนสิ่งที่ได้จากการเข้ากลุ่มจิตบำบัดครั้งที่ 2
2. ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิค check-in เชิญชวนให้สมาชิกกลุ่มพูดคุยถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (brief review) และทบทวนการบ้านเขียนสิ่งที่อยากขึ้นชนตนเองสมาชิกกลุ่ม (homework review) แลกเปลี่ยนความคิดเห็น จากนั้นประเมินอารมณ์ความรู้สึก (mood check) ตลอดช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยให้สมาชิกกำหนดคะแนนระหว่าง 1 ถึง 10
3. ผู้นำกลุ่มชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และเป้าหมาย (agenda setting) ของการทำกลุ่มจิตบำบัดครั้งที่ 5 ชี้แจงจรรยาบรรณและทบทวนข้อตกลงร่วมกันระหว่างการทำกลุ่มจิตบำบัด

ขั้นทำงาน (Working Stage)

1. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องสติ (psychoeducation) โดยเชิญชวนสมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับสติด้วยคำถาม “ทุกคนรู้ไหมครับว่า สติ คืออะไร”
2. ผู้นำกลุ่มเปิดคลิปวิดีโอเรื่องสติ เพื่อให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น [คลิปวิดีโอ](#)
3. ผู้นำกลุ่มเชิญชวนให้สมาชิกแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับประเด็นคำถาม “สติให้ประโยชน์อะไรกับเราในชีวิตประจำวัน”
4. ผู้นำกลุ่มสอนเทคนิค relaxation (control breathing) แก่สมาชิกกลุ่มผ่าน [คลิปวิดีโอ](#) เพื่อควบคุมอารมณ์ไม่ให้เกิดออกมาเกินไป ให้กลับมาอยู่กับปัจจุบันผ่านการกำหนดลมหายใจ เป็นการผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล อีกทั้งกระบวนการกำหนดลมหายใจยังถือเป็นการฝึกสติวิธีหนึ่ง

5. ผู้นำเชิญชวนให้สมาชิกกลุ่มทดลองฝึกการทำ relaxation ใช้เวลาประมาณ 5 นาที จากนั้นให้ร่วมกันแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกที่เกิดหลังจากการฝึกปฏิบัติ
6. ผู้นำกลุ่มเชิญชวนสมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักตัวเอง เวลาเผชิญหน้ากับความผิดหวัง ล้มเหลว ทุกคนทำอย่างไร จากนั้นผู้นำกลุ่มพูดถึงข้อดีของการกอดตัวเอง
7. ผู้นำกลุ่มเชิญชวนให้สมาชิกกลุ่มทดลองกอดตัวเอง (behavioral experiment) จากนั้นสังเกตปฏิกิริยาทางร่างกายและความรู้สึกว่าเป็นอย่างไร หลังจากที่ถูกกอดตัวเอง โดยจะมอบหมายให้เป็นการบ้าน

วิธีการดังนี้

- ยกแขนทั้งสองข้างไขว้กัน มือขวาวางบนบ่าซ้าย มือซ้ายวางบนบ่าขวา
- จากนั้นหลับตา กำหนดลมหายใจเข้าออกอย่างช้า ๆ
- ใช้มือขึ้นลูบหรือเคาะหัวไหล่ทั้งสองข้างเบา ๆ
- จากนั้นเมื่อจิตใจเริ่มสงบ ให้คิดถึงสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต คิดถึงความทรงจำดี ๆ ที่เกิดขึ้นขึ้นมา หรือพูดขอบคุณตัวเอง
- ทำระยะเวลาที่ 3-4 นาทีต่อครั้ง

ขั้นยุติ (Final Stage)

1. ผู้นำกลุ่มสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในการทำกลุ่มจิตบำบัดครั้งนี้ (feedback) และเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มสอบถามหากมีข้อสงสัย
2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกในการเข้ากลุ่ม และสิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่มครั้งนี้
3. ผู้นำกลุ่มมอบหมายการบ้านโดยให้สมาชิกกลุ่มกลับไปกอดตัวเองและเขียนบันทึกความคิด ความรู้สึกหลังจากทำการบ้าน ฝึกเทคนิค relaxation อย่างน้อย 1 ครั้งต่อวัน เขียนบันทึกความคิด (thought record)
4. ผู้นำกลุ่มกล่าวขอบคุณพร้อมนัดหมายการทำกลุ่มจิตบำบัดครั้งต่อไป

การประเมิน

1. ผู้วิจัยใช้การสังเกตความกระตือรือร้นและการใส่ใจในการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัด
2. ผู้วิจัยใช้การสังเกตความร่วมมือในการทำกิจกรรมและการแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่ม
3. ผู้วิจัยใช้การสังเกตจากการตอบคำถามสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกลุ่มจิตบำบัด

4. ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มส่ง feedback ที่มีต่อการเข้าร่วมกลุ่มผ่านช่อง chat
การบ้าน

1. ผู้นำกลุ่มมอบหมายการบ้านให้สมาชิกกลับไปฝึกปฏิบัติการทำ relaxation
2. ผู้นำกลุ่มมอบหมายการบ้านให้สมาชิกไปกอดตัวเองด้วยความอ่อนโยน และสังเกตความรู้สึกตนเอง เพื่อเป็นการแสดงความรักต่อตนเอง (อ้างอิงจาก The Proven Power of Being Kind to Yourself, Self-Compassion, Neff, 2011) แล้วจดบันทึกความรู้สึก
3. ผู้นำกลุ่มมอบหมายให้สมาชิกเขียนบันทึกความคิด (thought record)

อุปกรณ์ที่ใช้ในครั้งนี้

คลิปวิดีโอเรื่องสติ <https://www.youtube.com/watch?v=p2DZtggINOk>

คลิปวิดีโอการควบคุมลมหายใจ <https://www.youtube.com/watch?v=f7yQc4huX54>





ภาคผนวก ค

หนังสือราชการ

MF-04-version-2.0

วันที่ 18 ต.ค. 61



หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย
เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและยินยอม

หมายเลขข้อเสนอการวิจัย SWUEC-G- 238/2566E

ข้อเสนอการวิจัยนี้และเอกสารประกอบของข้อเสนอการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒแล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและ ข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง: ผลของกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตา กรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ

ชื่อผู้วิจัยหลัก: นายนนทยา คุ่มญาติ

สังกัด: บัณฑิตวิทยาลัย

- เอกสารที่รับรอง:
1. แบบเสนอโครงการวิจัย
 2. โครงการวิจัย
 3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
 4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เอกสารที่พิจารณาพบทวน

- | | |
|---|---|
| 1. แบบเสนอโครงการวิจัย | ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 23 มิถุนายน 2566 |
| 2. โครงร่างการวิจัย | ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 23 มิถุนายน 2566 |
| 3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย | ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 23 มิถุนายน 2566 |
| 4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 23 มิถุนายน 2566 |

(ลงชื่อ).....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทันตแพทย์หญิงณปภา เอี่ยมจิตรกุล)

กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

(ลงชื่อ).....

(แพทย์หญิงสุวิพร ภักธสุวรรณ์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

หมายเลขรับรอง : SWUEC/E/G-238/2566

วันที่ให้การรับรอง : 23/06/2566

วันหมดอายุใบรับรอง : 23/06/2567

หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย
(Informed Consent Form)

วันที่

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1. ข้าพเจ้า ได้รับทราบโครงการวิจัยของ.....(นันทยา คุ่มญาติ).....

เรื่อง...ผลของกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและ
สุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ

ข้อ 2. ข้าพเจ้า ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยมีได้มีการบังคับขู่เข็ญ หลอกลวงแต่ประการใด
และจะให้ความร่วมมือในการวิจัยทุกประการ

ข้อ 3. ข้าพเจ้า ได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประสิทธิภาพ
ความปลอดภัย อาการหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งแนวทางป้องกัน และแก้ไข หากเกิดอันตราย ค่าตอบแทน
ที่จะได้รับ ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้อ 4. ข้าพเจ้า ได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยเฉพาะผลสรุป
การวิจัยเท่านั้น

ข้อ 5. ข้าพเจ้า ได้รับทราบแล้วว่าข้าพเจ้ามีสิทธิ์จะบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้ และการบอกเลิกการร่วม
โครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานใดๆ ของข้าพเจ้า หรือส่งผลกระทบต่อการเรียนการสอน และการ
ประเมินผลการเรียน (ในกรณีที่ข้าพเจ้ากำลังศึกษาอยู่)

ข้อ 6. หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย
สามารถติดต่อกับ.....นันทยา คุ่มญาติ เบอร์โทร 094-956-2921

ข้อ 7. หากข้าพเจ้า ได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อ
กับประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับการพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์หรือผู้แทน ได้ที่หน่วยจริยธรรม
และมาตรฐานการวิจัย อาคารนวัตกรรมการศึกษา ศร.สาโรช บัวศรี ชั้น 17 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
โทร (02) 649-5000 ต่อ 11019, 11087 หรือส่งอีเมลได้ที่ swuec@sg.swu.ac.th

/ ข้าพเจ้า.....

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญพร้อมกับหัวหน้าโครงการวิจัยและต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ยินยอม / ผู้แทนโดยชอบธรรม

ลงชื่อ นนชช คัมพุก
(.....)

ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อพยาน
(.....)

ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัย อ่านหนังสือไม่ออก ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ.....
จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อพยาน
(.....)

หมายเหตุ

1. ในกรณีผู้ให้ความยินยอมมีอายุไม่ครบ 18 ปีบริบูรณ์ จะต้องเป็นผู้ปกครองตามกฎหมายเป็นผู้ให้ความยินยอมด้วย หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถแสดงความยินยอมได้ด้วยตนเอง จะต้องเป็นผู้มีอำนาจทำการแทน เป็นผู้ให้ความยินยอม
2. กรณีผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้แก่ผู้ยินยอม ตนให้ทำวิจัยฟังจนเข้าใจแล้ว และให้ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัยลงนาม หรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบ ในการให้ความยินยอมดังกล่าวด้วย

ที่ อว 8718/2324



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
114 สุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ
เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

7 กันยายน 2566

เรื่อง ขออนุมัติโครงการเป็นวิทยานิพนธ์

เรียน นางสาวพรชิตา จำเริญกลาง

เนื่องด้วย นายณนธยา คัมภีระ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิด และพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตา กรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันท์ ชิตลันท์ สกุลพงศ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ท่าน เป็นผู้ช่วยฯ ในหัวข้อ เรื่อง “ผลของกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตา กรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ” ทั้งนี้ นิสิตได้ติดต่อประสานงานเบื้องต้นกับท่านแล้ว และจะประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขออนุมัติเป็นวิทยานิพนธ์ ให้ นายณนธยา คัมภีระ และขอขอบพระคุณ
มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0 2649 5064

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 094 956 2921

ที่ อว 8718/2324



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
114 สุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ
เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

7 กันยายน 2566

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง

เนื่องด้วย นายณนธยา คุ่มญาติ นิสิตรระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาโท เรื่อง ผลของกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันท์ชิตสินธ์ สกุลพงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร.ต้นสาย แก้วสว่าง เป็นผู้เชี่ยวชาญในหัวข้อ เรื่อง "ผลของกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ" ทั้งนี้ นิสิตได้ติดต่อประสานงานเบื้องต้นกับบุคลากรของท่านแล้ว และจะประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอบความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ ให้ นายณนธยา คุ่มญาติ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0 2649 5064

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 094 956 2921

ที่ อว 8718/2324



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
114 สุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ
เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

7 กันยายน 2566

เรื่อง ขออนุมัติครุฑเป็นผู้ใช้ชื่อยา

เรียน ดร.สันติภาพ นันทะสาร

เนื่องด้วย นายณนธยา คุ่มญาติ นิสิตรระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาโท เรื่อง ผลของกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิด และพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตา กรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันท์ชิดสินธ์ สกุลพงศ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญในหัวข้อ เรื่อง "ผลของกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตา กรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ" ทั้งนี้ นิสิตได้ติดต่อประสานงานเบื้องต้นกับท่านแล้ว และจะประสานงานในรายละเอียดดังต่อไปนี้

จึงเรียนมาเพื่อขออนุมัติครุฑเป็นผู้ใช้ชื่อยา ให้ นายณนธยา คุ่มญาติ และขอขอบพระคุณ มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0 2649 5064

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 094 956 2921

ศูนย์ประเมินทางจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบฟอร์มขอใช้มาตรการ

① เรียน คณบดี คณะจิตวิทยา

ข้าพเจ้า นาย นนทยา คัมภาคี
☒ นิสิตนักศึกษา เลขประจำตัว..... 64199130158ระดับการศึกษา ☐ปริญญาตรี ☒ปริญญาโท ☐ปริญญาเอก
 คณะ.....บัณฑิตวิทยาลัย.....มหาวิทยาลัย.....ศรีนครินทรวิโรฒ.....
 อาจารย์ที่ปรึกษา..... ผศ. ดร. นันทชัย สกลพงศ์
☐ อาจารย์ คณะ.....มหาวิทยาลัย.....
☐ ผู้สนใจ หน่วยงาน.....
 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 11ถนน.....สรณคัมภ์.....ซอย.....สรณคัมภ์ 3 แยก 22.....ตำบล/แขวง.....สีกัน
 อำเภอ/เขต.....ดอนเมือง.....จังหวัด.....กรุงเทพมหานคร.....รหัสไปรษณีย์.....10210
 โทรศัพท์ที่ติดต่ได้.....094-956-2921.....อีเมล.....nontaya.kumyat@g.swu.ac.th
 มีความประสงค์จะขอใช้มาตรการ.....
 ชื่อมาตรการ.....มาตรการความเมตตากรุณาต่อตนเอง.....ชื่อผู้พัฒนามาตรวัด.....พลอยชมพู อัครรัมย์
 จากวิทยานิพนธ์/งานวิจัยเรื่อง.....ความสัมพันธ์ระหว่างความเห็นคุณค่าในตนเอง ความเมตตากรุณาต่อตนเอง คัดค้านมวลถาย.....
 การประเมินตนเองเสมือนวัตถุ และความพึงพอใจในภาพลักษณ์ทางร่างกายในสตรีวัยรุ่น.....
 ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาของผู้พัฒนามาตรวัด (ในกรณีที่มาจากวิทยานิพนธ์ โปรดระบุชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ของผู้พัฒนา
 มาตรวัด).....อาจารย์ ดร.กฤษยา พิสิทธิ์สังการ.....ปี พ.ศ.....2555
 วัตถุประสงค์ของการใช้งาน ☐ โครงการทางจิตวิทยา ☐ การวิจัย ☒ วิทยานิพนธ์
☐ การเรียนการสอน ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ลงนามผู้ขอใช้มาตรการ..... นนทยา คัมภาคี
 วันที่..... 17 / ๙ / ๒๕๕๖

**② อาจารย์ที่ปรึกษาของผู้ขอใช้มาตรการ
(ในกรณีที่ผู้ขอใช้มาตรการเป็นนิสิตนักศึกษา)**

ลงนาม.....
 วันที่...../...../.....

③ ศูนย์ประเมินทางจิตวิทยาตรวจสอบ

เอกสารแนบ ในเชิงการพิจารณา

ลงนาม..... (เจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ)
 ลงนาม..... (หัวหน้าศูนย์ฯ)
 วันที่...../...../.....

**④ อาจารย์ที่ปรึกษาของผู้พัฒนามาตรวัด (ในกรณีที่เป็นวิทยานิพนธ์)
/ เจ้าของผลงาน (ในกรณีที่เป็นงานวิจัย)**

☐ อนุญาต
☐ ไม่อนุญาต เพราะ.....
 ลงนาม.....
 วันที่...../...../.....

⑤ คณบดี คณะจิตวิทยา

☐ อนุมัติ
☐ ไม่อนุมัติ

ลงนาม.....
 วันที่...../...../.....

ที่ อว 8718/857



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
114 สุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ
เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

4 มิถุนายน 2567

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นประธานสอบปากเปล่าปริญญาโท

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เนื่องด้วย นายณนธยา คุ่มญาติ นิสิตรดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาโท เรื่อง “ผลของกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ” ได้รับอนุมัติให้สอบปากเปล่าปริญญาโท ในวันที่ 18 มิถุนายน 2567 เวลา 14.00 – 16.00 น. สอบแบบระบบออนไลน์

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยพิจารณาเห็นว่า ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณยศ สุมาลัยโรจน์ เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณยศ สุมาลัยโรจน์ เป็นประธานสอบปากเปล่าปริญญาโทของนิสิตผู้นี้ ตามวัน เวลา ดังกล่าว

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านในครั้งนี้ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0 2649 5064

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 094 956 2921



ภาคผนวก ค

เอกสารสำหรับศึกษาเกี่ยวกับความเมตตากรุณาต่อตนเอง และรูปที่ใช้ประชาสัมพันธหา
กลุ่มตัวอย่าง

YOUR GO TO

ความเมตตากรุณาต่อตนเอง (SELF-COMPASSION)

การที่บุคคลมีเมตตาต่อตนเอง แสดงความรักต่อตนเอง ปรารถนาให้ตนเองมีความสุข ไม่ตำหนิและตัดสินตนเอง เมื่อบุคคลประสบกับความผิดพลาด ล้มเหลว จะตระหนักรู้ความรู้สึกเจ็บปวดไม่อย่างมีความสมดุล ไม่หลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธความรู้สึกนั้น และมองประสบการณ์ความล้มเหลวที่เกิดขึ้นด้วยความเข้าใจว่าเป็นประสบการณ์ส่วนหนึ่งของการเป็นมนุษย์ โดยความกรุณาต่อตนเองนั้นแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ ตามที่แสดงด้านล่างนี้

ความมีเมตตาต่อตนเอง (SELF-KINDNESS)

การที่บุคคลแสดงความรักต่อตนเอง ต้องการจะฟื้นฟูจิตใจของตนด้วยความใจดี ถึงแม้ว่าจะประสบความผิดพลาดล้มเหลว แต่บุคคลก็มีความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจต่อตนเอง มากกว่าที่จะตัดสินและตำหนิตนเองอย่างรุนแรง



ความเป็นมนุษย์ปุถุชน (COMMONHUMANITY)

การที่บุคคลมองประสบการณ์ความผิดพลาด ล้มเหลว ที่เกิดขึ้นในชีวิต เป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์การเป็นมนุษย์ เพราะมนุษย์ล้วนไม่สมบูรณ์แบบมากกว่ามองว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องเฉพาะบุคคล เมื่อประสบกับความล้มเหลวจึงรู้สึกโดดเดี่ยว แยกตัวออกจากผู้อื่นและสิ่งรอบตัว



การมีสติ (MINDFULNESS)

การรับรู้ความคิดและความรู้สึกเจ็บปวด ความทุกข์ที่เกิดขึ้น บนพื้นฐานของการตระหนักรู้อย่างสมดุล ไม่ปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงความคิดและความรู้สึกทุกข์นั้น มากกว่าที่จะคิดหมกมุ่นกับความทุกข์ ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นมากเกินไป



ขอเชิญผู้ที่สนใจเข้าร่วมงานวิจัยจิตวิทยาของ
นักศึกษา ปริญญาโท หลักสูตรจิตวิทยาประยุกต์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



“ผลของกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพ จิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ”

คุณสมบัติผู้เข้าร่วมวิจัย

- เป็นผู้มีความหลากหลายทางเพศไทย
อายุระหว่าง 22-60 ปี
- ได้คะแนนจากแบบวัดความกรุณาต่อ
ตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด
- ไม่เคยหรืออยู่ในระหว่างการทำจิตบำบัด
อื่นๆ



รายละเอียดการทำกลุ่ม

- ทำกลุ่มออนไลน์ผ่านระบบ ZOOM
- จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง
- ผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกแบ่งเป็น **กลุ่มทดลอง** (ได้รับการทำจิตบำบัด) และ **กลุ่มควบคุม** (ไม่ได้รับการทำจิตบำบัด)

สนใจเข้าร่วมวิจัย
แสกน QR Code



ผู้สนใจเข้าร่วมวิจัยสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่
ผู้วิจัย โทร 094-956-2921 Email: nontaya.kumyat@g.swu.ac.th



ภาคผนวก ข

หนังสือรับรองการใช้ประโยชน์ของผลงานวิจัย

หนังสือรับรองการใช้ประโยชน์ของผลงานวิจัย

ชื่อหน่วยงานที่รับรอง PSK Clinic

ที่อยู่หน่วยงานที่รับรอง อาคาร Move Amaze ชั้น 4 24/25 ซอยชาตพร้าว 19 แขวงจอมพล เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร

เรื่อง การรับรองการใช้ประโยชน์ของผลงานวิจัย

เรียน คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ข้าพเจ้า นายแพทย์ พงศกร สุระภูงศ์ เจ้าของ PSK Clinic ซึ่งเป็นคลินิกเวชกรรมให้การตรวจและรักษาสุขภาพทางเพศโดยเฉพาะ โดยให้บริการคนไข้ทุกเพศวัย รวมไปถึงกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ ที่เข้ามารับบริการ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้มีการนำผลงานวิจัยเรื่อง ผลของกลุ่มจิตบำบัดออนไลน์แบบการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเองและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ

ผู้วิจัยโดย นายนนทยา คุ่มญาติ

นำไปใช้ประโยชน์ ดังนี้ (กรุณาเลือกโดยทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง และกรุณาให้รายละเอียดการใช้ประโยชน์เพิ่มเติมท้ายข้อความที่เลือก)

- ✓ การนำไปใช้ประโยชน์เชิงสาธารณะ (การใช้งานวิจัยให้เกิดประโยชน์แก่สาธารณชนในเรื่องต่าง ๆ ที่ทำให้สุขภาพ คุณภาพชีวิต และเศรษฐกิจของประชาชนดีขึ้น เช่น ด้านสาธารณสุข เป็นต้น)
นำเทคนิคจากทฤษฎีการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรมไปประยุกต์ใช้ในการให้คำปรึกษารายบุคคล สำหรับคนไข้ที่เกิดความเครียดและความวิตกกังวลหลังจากทรมานผลการรักษา

การใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย (เช่น การนำผลจากการวิจัยไปประกอบเป็นข้อมูลการประกาศใช้กฎหมายหรือมาตรการ กฎเกณฑ์ต่าง ๆ โดยองค์กร หรือหน่วยงานภาครัฐและเอกชน เป็นต้น)

การใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ (เช่น งานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ที่นำไปสู่การพัฒนาสิ่งประดิษฐ์ หรือผลิตภัณฑ์ซึ่งก่อให้เกิดรายได้ หรือนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพการผลิต เป็นต้น)

.....

การใช้ประโยชน์ทางอ้อมของงานวิจัย/งานสร้างสรรค์ ซึ่งเป็นการสร้างคุณค่าทางจิตใจ ยกระดับจิตใจ
ก่อให้เกิดสุนทรียภาพ สร้างความสุข

.....

ช่วงเวลาในการใช้ประโยชน์

ตั้งแต่ กุมภาพันธ์ 2567 จนถึงปัจจุบัน

โดยการใช้ประโยชน์นั้น ก่อให้เกิดผลดีหรือประโยชน์ ดังนี้

นำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาด้านสภาวะทางใจแก่คนไข้ที่เข้ารับบริการที่เกิดความเครียดและวิตกกังวล
หลังจากทราบผลตรวจ ซึ่งช่วยให้สภาวะทางใจของพวกเขาดีขึ้น

ลงชื่อ

วิวัฒน์ น.



(นายแพทย์ วิวัฒน์ น.)
เจ้าของ PSK Clinic

ประวัติผู้เขียน

