



ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาออนไลน์ ทฤษฎีเล่าเรื่องต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทาง
การแพทย์

กัญญารัตน์ ระลึกชอบ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ผลของการปรึกษา เจริญจิตวิทยา ออนไลน์ ทฤษฎีเล่าเรื่องต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทาง
การแพทย์



กัญญารัตน์ ระลึกชอบ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

THE EFFECT OF NARRATIVE THEORY PSYCHOLOGICAL ONLINE COUNSELING FOR
BURNOUT AMONG MEDICAL PERSONNEL



KANYARAT RALUEKCHOP

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR MASTER DEGREE OF SCIENCE
IN COUNSELING PSYCHOLOGY
FACULTY OF EDUCATION
BURAPHA UNIVERSITY

2025

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ กัญญารัตน์ ระลึกชอบ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

.....

(ดร.เสกสรรค์ ทองคำบรวงง)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญญา กุลนภาค)

..... ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร.สกล วรเจริญศรี)

..... กรรมการ

(ดร.เสกสรรค์ ทองคำบรวงง)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญญา กุลนภาค)

..... กรรมการ

(ดร.ประชา อินัง)

..... คณบดีคณะศึกษาศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. สญาฯ ชีระวิชิตระกูล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา ของมหาวิทยาลัย
บูรพา

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิทวัส แจ่มเยี่ยม)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

64920647: สาขาวิชา: จิตวิทยาการปรึกษา; วท.ม. (จิตวิทยาการปรึกษา)

คำสำคัญ: บุคลากรทางการแพทย์, การปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยา, ทฤษฎีเล่าเรื่อง, ภาวะหมดไฟ

กัญญารัตน์ ระลึกชอบ : ผลของการปรึกษา เชิงจิตวิทยา ออนไลน์ ทฤษฎีเล่าเรื่องต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์. (THE EFFECT OF NARRATIVE THEORY PSYCHOLOGICAL ONLINE COUNSELING FOR BURNOUT AMONG MEDICAL PERSONNEL) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: เสกสรรค์ ทองคำบรรจง, Ph.D., เพ็ญภา กุลนภาค, กศ.ด. ปี พ.ศ. 2568.

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยา ทฤษฎีเล่าเรื่องต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อศึกษาผลของการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 6 ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมวิจัย จำนวน 20 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองจำนวน 10 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ และโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ออนไลน์ ทฤษฎีเล่าเรื่อง ต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งให้การปรึกษา จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมระยะเวลาในการให้การปรึกษา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุม จะไม่ได้รับการให้การปรึกษา กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม เมื่อพบความแตกต่างจึงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย แบบคู่โดยใช้วิธี Bonferroni

ผลการศึกษา พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องต่อภาวะหมดไฟมีคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และบุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลน้อยกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปได้ว่า การปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องสามารถลดภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ได้

64920647: MAJOR: COUNSELING PSYCHOLOGY; M.Sc. (COUNSELING PSYCHOLOGY)

KEYWORDS: NARRATIVE THEORY, PSYCHOLOGICAL ONLINE COUNSELING, BURNOUT, HEALTHCARE PROFESSIONALS

KANYARAT RALUEKCHOP : THE EFFECT OF NARRATIVE THEORY PSYCHOLOGICAL ONLINE COUNSELING FOR BURNOUT AMONG MEDICAL PERSONNEL. ADVISORY COMMITTEE: SAKESAN TONGKHAMBANCHONG, Ph.D., PENNAPHA KOOLNAPHADOL, Ed.D 2025.

This quasi-experimental study aimed to study the effects of online counseling using narrative theory on burnout in medical personnel. The purpose of this study was to study the effects of online counseling using narrative theory on burnout in medical personnel working in public health service facilities in Health Region 6 who volunteered to participate in the research, totaling 20 persons, divided into 2 groups: an experimental group of 10 persons and a control group of 10 persons. The research instruments consisted of 2 parts: a medical personnel burnout assessment form and an online counseling program using narrative theory on burnout in medical personnel. There were 8 counseling sessions, 45-60 minutes per session, 2 times a week, for a total of 4 weeks. The control group did not receive counseling. The sample group was assessed for burnout in medical personnel in 3 phases: pre-experiment, post-experiment, and follow-up. One-variable between-group and one-variable within-group repeated-measures analysis of variance was used. When differences were found, pairwise comparisons of means were made using the Bonferroni method.

The results of the study found that medical personnel who received online counseling using the narrative theory on burnout had lower scores on burnout in medical personnel than the control group in the pre-experimental phase, post-experimental phase, and follow-up phase, with statistical significance at the .05 level. Medical personnel in the experimental group had lower scores on burnout in the post-experimental phase and follow-up phase than in the pre-experimental phase, with statistical significance at the .05 level. In conclusion, online counseling using the narrative theory can reduce burnout in medical personnel.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีเป็นเพราะผู้วิจัยได้รับความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก อาจารย์ ดร.เสกสรรค์ ทองคำบรรจง ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญญา กุลนภาดล กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำแก้ไขข้อบกพร่อง และแนวทางอันเป็นประโยชน์ ตลอดจนการให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาในการทำวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ได้แก่ รองศาสตราจารย์ ดร.ชนัดดา แนบเกษร, รองศาสตราจารย์ ดร. ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ และ ดร.กรรณิกา แสนสุภา ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือและโปรแกรมการให้การศึกษาที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งคณาจารย์ภาคิวิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์คณะศึกษาศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ที่มีค่ายิ่งให้แก่ผู้วิจัยจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณประธานและคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.สกล วรเจริญศรี, อาจารย์ ดร.เสกสรรค์ ทองคำบรรจง, รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญญา กุลนภาดล และอาจารย์ ดร.ประชา อินังสำหรับความเมตตาให้คำแนะนำแนวทางการพัฒนาวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้บริหาร และบุคลากรทางแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 6 ได้แก่ จังหวัดจังหวัดสระแก้ว จังหวัดปราจีนบุรี จังหวัดฉะเชิงเทรา จังหวัดสมุทรปราการ จังหวัดชลบุรี จังหวัดจันทบุรี จังหวัดระยอง และจังหวัดตราด ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลงานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณครอบครัวที่รักยิ่ง บิดามารดาที่สนับสนุนเลี้ยงดูข้าพเจ้าด้วยความรักและเอาใจใส่ และเฝ้ามองการเติบโตในทุกช่วงของชีวิต เป็นแรงสนับสนุนผลักดันให้ข้าพเจ้าได้ศึกษา ขอขอบคุณตนเองที่มีความมุ่งมั่นและความตั้งใจในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้จนสำเร็จ บัดนี้ วิทยานิพนธ์เพื่อช่วยเหลือบุคลากรทางการแพทย์ได้เกิดขึ้นตามเจตจำนงค์แล้ว ผู้วิจัยหวังว่าจะเป็นประโยชน์ให้กับผู้อื่นได้ไม่มากนักน้อย

กัญญารัตน์ ระลึกชอบ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญรูปภาพ	ฉ
บทที่ 1	1
บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย.....	7
วัตถุประสงค์.....	7
สมมติฐานการวิจัย	7
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	8
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
บทที่ 2	10
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟ.....	11
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่อง.....	20
3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทางการแพทย์.....	45

บทที่ 3	52
วิธีดำเนินการวิจัย.....	52
บทที่ 4	62
ผลการวิจัย	62
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	62
การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
บทที่ 5	77
สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	77
สรุปผลการวิจัย	78
อภิปรายผลการวิจัย	79
ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย	86
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	86
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งถัดไป	86
บรรณานุกรม	88
บรรณานุกรม	94
ภาคผนวก	95
สำเนาเอกสารแบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	97
ประวัติย่อของผู้วิจัย	135

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	เกณฑ์การแปรผลคะแนนรวมของแบบประเมิน	55
ตารางที่ 2	แบบแผนการทดลอง (Winer, Brown and Michels, 1991)	60
ตารางที่ 3	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	61
ตารางที่ 4	ข้อมูล และค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของบุคลากรทางการแพทย์ ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการ ปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องและกลุ่มควบคุม	66
ตารางที่ 5	ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานระยะ ก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของบุคลากรทางการแพทย์ ในกลุ่ม ทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องและกลุ่มควบคุม	67
ตารางที่ 6	ผลการตรวจสอบการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้น โดยใช้ Mauchly's test of sphericity ในกลุ่ม ตัวอย่าง.....	69
ตารางที่ 7	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากร ทางการแพทย์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาของการทดลอง	70
ตารางที่ 8	ผลการทดสอบผลย่อยของกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎี เล่าเรื่องและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องในระยะก่อนการ ทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล	72
ตารางที่ 9	ผลการตรวจสอบการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้น โดยใช้ Mauchly's test of sphericity ในกลุ่มทดลอง	73
ตารางที่ 10	ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาการทดลองในกลุ่มทดลอง.....	74
ตารางที่ 11	ผลการตรวจสอบการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้น โดยใช้ Mauchly's test of sphericity ในกลุ่มควบคุม	74
ตารางที่ 12	ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาการทดลองในกลุ่มควบคุม	75

ตารางที่ 13 ผลการเปรียบเทียบคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์
ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองด้วยวิธีทดสอบ
ของบอนเฟอโรนนี่ (Bonferroni method).....75



สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพ 1 แผนภูมิแสดงอายุของบุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์ เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องและกลุ่มควบคุม.....	64
ภาพที่ 2 แผนภูมิแสดงสถานภาพทางครอบครัวของบุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการ ปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องและกลุ่มควบคุม.....	65
ภาพที่ 3 แผนภูมิเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ใน ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองที่ได้รับการ ปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องและกลุ่มควบคุม	68
ภาพที่ 4 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟ ในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ของกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยา ทฤษฎีเล่าเรื่องและกลุ่มควบคุม	71

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในสถานการณ์ปัจจุบัน ภาวะหมดไฟในการทำงาน เกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น ความเครียดหรือความกดดันจากการทำงาน การทำงานหนักเกินไป ปริมาณงานไม่สอดคล้องกับจำนวนบุคลากร มีงานที่ต้องรับผิดชอบเป็นจำนวนมากในระยะเวลาที่จำกัด รวมไปถึงภาระงานที่มีความซับซ้อน แต่มีบุคลากรน้อย ต้องทำในเวลาเร่งรีบ การทำงานที่ไม่ตรงกับแนวทางหรือความถนัดของตนเอง การไม่ได้รับการยอมรับ รู้สึกว่าถูกละเลย และการได้รับค่าตอบแทนน้อย ค่าตอบแทนไม่เหมาะสมกับภาระงานที่ตนเองรับผิดชอบ การมีความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน หรือหัวหน้างาน ทำให้บรรยากาศในที่ทำงานมีความตึงเครียด การขาดแคลนอุปกรณ์ที่จำเป็นต่าง ๆ ในการทำงาน นอกจากนี้การอยู่ในองค์กรที่ขาดความมั่นคง หรือการมีระบบงานที่ขาดประสิทธิภาพ ซึ่งถ้าหากปล่อยไว้สะสมนานโดยที่ไม่ได้รับการแก้ไขที่เหมาะสม จะเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ และอาจส่งผลกระทบต่อร่างกายตามมาได้ เช่น ปวดศีรษะ มีปัญหาในการนอนหลับ ไม่มีสมาธิ เบื่อหน่าย ซึ่งเป็นสาเหตุนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆตามมาอีกด้วย บางคนอาจมีพฤติกรรมติดสุรา หรือการพึ่งยาเสพติด นอกจากนี้ภาวะหมดไฟในการทำงานยังส่งอาจส่งผลกระทบต่อองค์กรอีกด้วย เช่น ผู้ทำงานอาจขาดงานบ่อย ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง และอาจคิดเรื่องลาออกในที่สุด ฉะนั้น ภาวะหมดไฟซึ่งสะท้อนจากความเครียดจากการทำงาน ส่งผลให้องค์การอนามัยโลกกำหนดว่า ภาวะหมดไฟในการทำงานเป็นความผิดปกติชนิดหนึ่งตามที่อยู่ในบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (ICD-11) โดยลงมติรับรองให้มีผลบังคับใช้ในวันที่ 1 มกราคม 2565 เป็นต้นไป (มูลนิธิวิจัยนศาสตร์สุขภาพไทย, 2562)

ในปีค.ศ.1973 คริสตินา มาสลาช (Christina Maslach) นักจิตวิทยาและอาจารย์ในมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย คือบุคคลแรกที่คิดค้นคำว่า Burnout หลังจากนั้นในปี 1986 มาสลาชและแจ็กสัน ได้แบ่งกลุ่มอาการของภาวะหมดไฟ ออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion), ด้านการลดความเป็นบุคคล (depersonalization) และด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคล (diminished personal accomplishment) โดยมาสลาชและแจ็กสันสร้างแบบวัด Maslach Burnout Inventory (MBI) ซึ่งเป็นแบบวัดที่ได้รับความนิยมใช้เป็นอย่างมาก

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟ ทำให้แบบวัดนี้มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับการใช้งานของบุคคลหรือลักษณะทางด้านการศึกษาและการแพทย์ ต่อมาคำจำกัดความของภาวะหมดไฟในการทำงานได้ขยายกว้างขึ้น โดยไม่ได้รวมเฉพาะผู้ที่ทำงานในลักษณะใดลักษณะหนึ่งเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงพนักงานในงานทุกประเภทด้วย ทำให้การประเมินแนวคิดการหมดไฟในวงกว้างนี้ ได้มีการพัฒนา MBI-General Survey (MBI-GS) ประกอบด้วย ความอ่อนล้า การหมดกำลังใจในการทำงาน ทักษะคติเชิงลบต่องาน และประสิทธิภาพทางวิชาชีพลดลง การขาดผลสัมฤทธิ์และประสิทธิผลในการทำงาน นอกจากนี้ ในปีค.ศ. 2020 Wilmar B. Schaufeli, Steffie Desart และ Hans De Witte ได้มีพัฒนาเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับการประเมินภาวะหมดไฟแบบกลุ่มและแบบรายบุคคล เพื่อกำหนดแนวความคิดทางเลือกของภาวะหมดไฟในการทำงาน ซึ่งมีลักษณะครอบคลุมและรวมถึงองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงาน ตามที่ผู้ปฏิบัติงานคิดไว้ และพัฒนาโดยใช้แนวความคิดใหม่ เนื่องจากเป็นแบบสอบถามใหม่ซึ่งมีประสิทธิภาพเชิงจิตวิทยาและมีประโยชน์ในทางปฏิบัติสำหรับการประเมินภาวะหมดไฟ ซึ่งเรียกว่า เครื่องมือประเมินภาวะหมดไฟ (Burnout Assessment Tool : BAT) ทั้งนี้ได้มีการพัฒนาและปรับปรุงแบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน ภายใต้กรอบแนวคิดของคริสตินา มาสลาช และลิธะยา สัมมาวาจ ซึ่งได้สร้างแบบวัดภาวะหมดไฟในการทำงาน ฉบับภาษาไทย แปลมาจากแบบวัด Maslach burnout inventory (MBI)

ในต่างประเทศมีการศึกษาภาวะหมดไฟในหลากหลายสาขาอาชีพ ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์เป็นหนึ่งในอาชีพที่มีความเครียดจากการทำงานสูง และส่งผลให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน จากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งส่วนใหญ่ประเมินภาวะหมดไฟโดยแบบประเมิน Maslach Burnout Inventory (MBI) โดยพบความชุกสูงถึงร้อยละ 50 ในสหรัฐอเมริกาและร้อยละ 80.5 ในยุโรปบางประเทศ ภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์นั้นจัดว่าเป็นกลุ่มอาการทางจิตใจที่แสดงออกจากการตอบสนองที่ยืดเยื้อต่อความเครียดจากการทำงานเรื้อรังที่ยาวนาน อาจย้อนไปถึงขณะเป็นนักศึกษาแพทย์ หรือแพทย์ใช้ทุน ความชุกของภาวะหมดไฟในแพทย์ยังพบได้แตกต่างกันในกลุ่มแพทย์เฉพาะทาง การสนับสนุนทางสังคม และความเอาใจใส่ในโรงเรียนแพทย์ ซึ่งนับเป็นปัจจัยเสี่ยงด้วยเช่นกัน งานวิจัยวิทยุทัศนศาสตร์สุขภาพ : ชื่อเรียกร้องให้ดำเนินการกับแพทย์ที่มีภาวะหมดไฟ โดยสถาบันสาธารณสุขโลก มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด สมาคมการแพทย์แห่งเมสซาชูเซตส์ และสมาคมโรงพยาบาลและสุขภาพแห่งเมสซาชูเซตส์ กล่าวถึงภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ว่าเป็นประเด็นสำคัญที่จำเป็นต้องรีบดำเนินการแก้ไขเพื่อสุขภาพที่ดีของแพทย์

เชื่อมโยงกับคุณภาพและผลลัพธ์ต่อการรักษาผู้ป่วย จากผลสำรวจของ Survey of America's Physicians Practice Patterns and Perspectives พบว่าร้อยละ 78 ของแพทย์ที่ได้ทำการสำรวจเคยประสบกับภาวะหมดไฟมาก่อน

สำหรับในประเทศไทย มีการศึกษาภาวะหมดไฟในหลากหลายสาขาอาชีพเช่นกัน ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์เป็นกลุ่มอาชีพที่นักวิจัยให้ความสนใจในการศึกษาเป็นอย่างมาก เช่น การศึกษาภาวะหมดไฟในแพทย์โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือภาระงานที่มากเกินไป รวมทั้งค่าตอบแทนแพทย์ที่ต่ำซ้ำ ต้องอยู่เวรนอกเวลาบ่อยครั้ง และพบว่าแพทย์ที่มีภาวะเหนื่อยล้าจากงานสูงมีความเสี่ยงที่จะเกิด ข้อผิดพลาดจากการทำงานมากขึ้น การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากร โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า บุคลากร โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ มีภาวะหมดไฟในด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดความเป็นบุคคลและด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับ ปานกลาง ส่วนปัจจัยที่มีผลกับระดับของภาวะหมดไฟในด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ที่สูงขึ้น ได้แก่ การมีโรคประจำตัว การมีเวลาส่วนตัวไม่เพียงพอ การมีรายได้ที่มากขึ้น ปัจจัยที่มีผลกับระดับของภาวะหมดไฟในการลดความเป็นบุคคลที่สูงขึ้น ได้แก่ การมีเวลาส่วนตัวไม่เพียงพอ และปัจจัยที่มีผลกับระดับ ภาวะหมดไฟในด้านความสำเร็จส่วนบุคคลที่สูงขึ้น ได้แก่ การมีระดับการศึกษาที่ต่ำ

จะเห็นได้ว่า บุคลากรทางการแพทย์ คือ กลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานได้มาก เนื่องจากมีภาระงานหนักและปริมาณงานมาก ต้องทำงานให้สำเร็จในเวลา ที่เร่งรีบ รวมไปถึงการอยู่เวรนอกเวลา ทำให้มีเวลาส่วนตัวลดลง และค่าตอบแทนที่ต่ำซ้ำ เป็นต้น ปัญหาต่างๆเหล่านี้เมื่อปล่อยทิ้งไว้หรือสะสมเป็นระยะเวลานาน โดยที่ไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาที่ เหมาะสม จะเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และร่างกายตามมาได้ เช่น เบื่อหน่าย ไม่อยากมาทำงาน มีความรู้สึกหดหู่ ท้อแท้ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย นอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย มองโลกในแง่ลบ รู้สึกว่าตนไร้ความสามารถ ความสามารถในการบริหารเวลาลดลง มีปัญหาการเรียงลำดับความสำคัญของงาน ไม่มีความสุขในการทำงาน และอาจทำให้ขาดงานหรือ ลางานบ่อย ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง และอาจคิดเรื่องลาออกในที่สุด ส่งผลให้เกิดปัญหา การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์คาดว่าจะมี ความรุนแรงมากขึ้นอีกในอนาคต ด้านสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ 4 สาขา ได้แก่ แพทย์ ทันต แพทย์ เภสัชกร และพยาบาล แม้ว่าจะมีแนวโน้มว่าจำนวนบุคลากรทางการแพทย์มีจำนวนมากขึ้น

แต่ก็ยังมีจำนวนไม่เพียงพอ โดยในปี 2564 ประเทศไทยมีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากร 1 : 1,680 สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร 1 : 8,057 สัดส่วนเภสัชกรต่อประชากร 1 : 4,053 และสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร 1 : 353 ซึ่งยังถือว่าเป็นสัดส่วนที่ต่ำกว่าเกณฑ์สากล และมีการกระจุกตัวอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และภาคกลาง ทั้งนี้จากการศึกษาการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพสำหรับระบบบริการระดับทุติยภูมิของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2569 (พุดตาน พันธุเธร และคณะ, 2561) โดยคำนวณจำนวนบุคลากรทางการแพทย์แต่ละประเภทที่ต้องการในอนาคตตามแนวทาง full time equivalence (FTE) ผลการศึกษาบ่งชี้ว่าในปีพ.ศ. 2569 ประเทศไทยจะมีความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกประเภท งานศึกษาครั้งนี้นับชี้ว่าโครงสร้างอายุของประชากรที่จะเปลี่ยนแปลงไปในอนาคต จะทำให้ประชาชนไปรับบริการสุขภาพมากขึ้น ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพจึงสูงขึ้นตามไปด้วย ในการเตรียมความพร้อมด้านการจัดสรรกำลังคนให้เพียงพอกับความต้องการในอนาคตนั้น การเพิ่มการผลิตหรือการใช้แรงจูงใจที่เป็นตัวเงินและไม่ใช้ตัวเงินเป็นทางเลือกที่ควรทำการวิเคราะห์อย่างละเอียดต่อไป ดังนั้นการช่วยเหลือบุคลากรที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานจึงมีความสำคัญและจำเป็น เพื่อปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์

การปริกษาทฤษฎีเล่าเรื่อง เป็นรูปแบบการปริกษาแนวใหม่ สามารถเข้าใจได้ง่าย ใช้ได้กับคนทุกเพศและทกวัย มีความเข้าใจในภาษาเพื่อสื่อสาร และวิธีการหนึ่งที่จะช่วยแก้ปัญหาโดยมีความเชื่อพื้นฐานว่า อัตลักษณ์ของแต่ละบุคคลเป็นผลมาจากการปรับค้ดแปลงเรื่องราวหรือเรื่องเล่าทั้งในเฉพาะตนและวัฒนธรรม อัตลักษณ์ของบุคคลที่พบว่าเป็นปัญหาจะมีเรื่องราวที่เต็มไปด้วยปัญหา (Problem-saturated stories) ของบุคคลนั้น เมื่อเรื่องราวนั้นมีปัญหาจึงทำให้เกิดการเบียดบังเรื่องราวทางเลือกที่พึงประสงค์ออกไป เรื่องราวที่น่าจะเป็นทางเลือกของชีวิตที่เป็นไปได้จริงหรือที่พึงประสงค์จึงกลายเป็นวาทกรรมที่ดกขอบ (Marginalized-discourses) ถูกทำให้เลือนหาย หรือถูกลดคุณค่าลง การปริกษาตามแนวทฤษฎีเล่าเรื่องจึงเป็นการปริกษาแนวใหม่ที่มีจุดประสงค์ชัดเจนเพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะผิดปกติทางจิตใจ เช่น ภาวะหมดไฟการทำงาน ความเครียด ภาวะซึมเศร้า เป็นการผสมผสานกันระหว่างแนวคิดการบำบัดด้วยการเผชิญกับสิ่งที่ทำให้กลัว การเล่าเรื่องจะช่วยให้ผู้รับการปริกษานำปัญหาออกสู่ภายนอก มองเห็นแนวทางใหม่ๆ ที่จะนำไปแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ยังได้เรียนรู้อารมณ์ของตนเอง จัดการสภาวะอารมณ์ของตนเอง และแสดงพฤติกรรมที่สื่อถึงอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากเมื่อคนตกอยู่ในสถานการณ์ที่สร้างความลำบากให้กับชีวิตมักจะพยายามที่สร้างสรรค์ทางออกให้กับตนเอง เพื่อลดอาการของ

บาดแผลทางใจ หรืออาการของภาวะผิดปกติทางจิตใจภายหลังจากการเผชิญกับปัญหาต่างๆ รูปแบบของการปรึกษาจะทำให้ผู้รับการปรึกษาได้เผชิญกับสิ่งที่ทำให้กังวลโดยการเล่าเรื่องราวที่ทำให้เกิดความรู้สึกกลัวหรือเรื่องราวที่ทำให้เกิดปัญหาผ่านเทคนิคและวิธีการตามแนวคิดทฤษฎีการเล่าเรื่อง โดยสนใจที่การแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับเรื่องเล่าประสบการณ์ชีวิตของตนเอง การแสดงออกมีผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงชีวิต และนำไปสู่การดำเนินชีวิตของบุคคล ซึ่งการแสดงออกนี้เกิดจากการตีความตามประสบการณ์ของตนเอง เหตุการณ์ทุกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจึงมีผลต่อการแสดงออกถึงประสบการณ์ชีวิต การให้ความหมาย การตีความหมายประสบการณ์ชีวิตที่มีประสิทธิภาพนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์เดิมของบุคคลนั้น การให้ความหมายหรือการตีความหมายประสบการณ์ของบุคคลมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยมีหลักการสำคัญ คือ การกระทำที่เป็นการตีความหมายทุกอย่าง จำเป็นต้องอาศัยกรอบแนวคิดที่มีจุดยืนอยู่ที่ประสบการณ์ของแต่ละบุคคลในลักษณะเดียวกันกับบุคคลที่เล่าเรื่อง ตลอดจนอาศัยกรอบแนวคิดที่เป็นการนำเหตุการณ์เฉพาะในชีวิตของบุคคลหนึ่งไปเชื่อมโยงสัมพันธ์กับเหตุการณ์ชีวิตผู้อื่น ประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคลจะปรากฏขึ้นในลักษณะเป็นเส้นตรงที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากประสบการณ์ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตนั้นได้เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่ง โดยไม่สามารถจะเปลี่ยนแปลงการดำรงอยู่ในแต่ละช่วงชีวิตของบุคคลนั้นๆ ได้ แต่ละคนจะใช้ชีวิตอยู่กับการให้ความหมายที่หลากหลาย โดยในการสร้างความหมายมีความสอดคล้องและความหมายเดียวกันกับความหมายของบุคคลอื่นๆ ที่บุคคลนั้นดำรงชีวิตอยู่ร่วมด้วย การให้ความหมายของประสบการณ์ในระยะแรกอาจมีความคลุมเครือ ไม่ชัดเจน และมีการเจรจาต่อรอง ขึ้นอยู่กับกระบวนการที่แต่ละคนให้ความหมาย โครงสร้างของเรื่องเล่าช่วยสร้างกรอบแนวความคิดในการดำเนินชีวิต และจากกรอบแนวคิดนี้ แต่ละคนจะเชื่อมโยงเหตุการณ์ชีวิตของตนเป็นลำดับเหตุการณ์ ซึ่งเหตุการณ์หนึ่งจะเป็นพื้นฐานของการนำไปสู่เหตุการณ์อื่นๆ ได้เรียงกันเสมอ ซึ่งเทคนิคต่าง ๆ ในทฤษฎีเล่าเรื่องนี้สามารถนำมาพัฒนาเป็นรูปแบบการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยา ได้เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมในปัจจุบันและเงื่อนไขชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์

จากการทบทวนข้อมูลพบว่า เขตสุขภาพที่ 6 เป็นเขตสุขภาพที่มีจำนวนผู้ที่มีโรคประจำตัวมากที่สุดในประเทศไทย แสดงให้เห็นว่า บุคลากรทางการแพทย์ในเขตสุขภาพที่ 6 ต้องทำงานหนักมากขึ้นในการดูแลรักษา และสุขเสริมสุขภาพ ซึ่งภาระงานที่มากนี้อาจส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์มีภาวะหมดไฟในการทำงานได้ ถ้าหากบุคลากรทางการแพทย์มีภาวะหมดไฟในการทำงาน นอกจากจะส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ ร่างกาย และองค์กรแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อ

ต่อคนไข้ กล่าวคือ การที่บุคลากรทางการแพทย์มีภาวะหมดไฟในการทำงาน คือ การทำงานโดยไม่มีความสุข มีความรู้สึกหดหู่ ท้อแท้ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิดง่าย มองโลกในแง่ลบ เป็นต้น ก็จะทำให้คนไข้ได้รับการบริการที่มีประสิทธิภาพลดลง หรืออาจส่งผลร้ายแรงถึงการได้รับการรักษาที่ผิดพลาด ได้อีกด้วย ถึงแม้จะมีการศึกษาภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ในด้านต่าง ๆ มากมาย รวมไปถึงการพัฒนา รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง (กัลยาณี โนนินทร์, 2561) โดยการนำรูปแบบการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ ไปใช้เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ และประเมินผลโดยการเปรียบเทียบความเหนื่อยหน่ายของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผลการศึกษา พบว่า ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพลดลง ทั้งนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายมี 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยด้านงาน และปัจจัยด้านองค์กร โดยที่รูปแบบที่พัฒนานี้ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ การให้ความรู้ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิการเจริญสติ การขยายเวลาพักรับประทานอาหาร และการประสานงาน การวางแผนเกี่ยวกับการอบรมประจำปี แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาถึงวิธีการแก้ไขภาวะหมดไฟ (Burnout syndrome) ในบุคลากรทางการแพทย์ด้วยการปรึกษาออนไลน์ รวมไปถึงได้มีการปรับปรุงนิยามและเครื่องมือประเมินภาวะหมดไฟใหม่อีกด้วย นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้บริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบออนไลน์เติบโตมากขึ้น และแนวโน้มที่จะเข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบออนไลน์มากยิ่งขึ้น การให้การปรึกษาออนไลน์มีความเหมาะสมกับบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์มีข้อจำกัดเรื่องระยะเวลา และการให้การปรึกษาออนไลน์นั้นทำให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถเลือกวันและเวลาที่สะดวกในการเข้ารับการศึกษาได้โดยที่ไม่กระทบการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยวิจัยได้เลือกทฤษฎีเล่าเรื่อง เนื่องจากเป็นการนำปัญหาออกสู่ภายนอก ทำให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจปัญหามากขึ้น วิธีการศึกษานี้ใช้ได้ในทุกบริบทของวัฒนธรรม ไม่มีข้อจำกัดในเรื่องของสถานที่ และเหมาะสำหรับผู้ที่ยังอยู่ในสถานะที่มีข้อจำกัดเรื่องระยะเวลา ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาออนไลน์ ทฤษฎีเล่าเรื่องต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อพัฒนาเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้ให้ความช่วยเหลือบุคลากรทางการแพทย์ที่มีภาวะหมดไฟได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำถามการวิจัย

การปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องทำให้ภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ลดลงได้หรือไม่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์
2. เพื่อเปรียบเทียบผลของการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองหลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องมีคะแนนประเมินภาวะหมดไฟหลังการทดลองและคะแนนระยะติดตามผลการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง
2. กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องมีคะแนนประเมินภาวะหมดไฟหลังการทดลองและคะแนนระยะติดตามผลการทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. บุคลากรทางการแพทย์ที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานได้ปรับความคิดของตนเอง เรียนรู้ความรู้สึกในการทำงาน และมีแนวทางในการช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม
2. ได้โปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาออนไลน์สำหรับลดภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้ความช่วยเหลือบุคลากรทางการแพทย์ที่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน
3. เป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้ให้ความช่วยเหลือบุคลากรทางการแพทย์

ขอบเขตการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 6

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 20 คน ที่มีคะแนน 32 คะแนนขึ้นไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้วิจัยได้กำหนดตัวแปรต้นเป็นวิธีการและระยะเวลาโดยวิธีการคือ การได้รับการปรึกษาและไม่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาออนไลน์ทฤษฎีเล่าเรื่อง ส่วนระยะเวลาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือระยะก่อนการ ทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง ส่วนตัวแปรตามคือ ภาวะหมดไฟจิตใจ โดยปรับใช้แนวคิดภาวะหมดไฟจิตใจของ มาสลาซ (1986) และ Wilmar B. Schaufeli , Steffie Desart and Hans De Witte (2020) จึงสรุปเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย ดังนี้

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

1. วิธีการ
 - 1.1 การได้รับการปรึกษา
เชิงจิตวิทยาออนไลน์ทฤษฎีเล่าเรื่อง
 - 1.2 การไม่ได้รับการปรึกษา
เชิงจิตวิทยาออนไลน์ทฤษฎีเล่าเรื่อง
2. ระยะในการทดลอง 3 ระยะ
 - 2.1 ระยะก่อนการทดลอง
 - 2.2 ระยะหลังการทดลอง
 - 2.3 ระยะติดตามผลการทดลอง



ภาวะหมดไฟ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **ภาวะหมดไฟ** หมายถึง อาการที่ประกอบด้วย ความรู้สึกท้อแท้ อ่อนล้าทางอารมณ์ ลดความเป็นบุคคล รู้สึกไร้ความสามารถ และไม่ประสบความสำเร็จในวิชาชีพหรือการทำงาน ซึ่งกลุ่มอาการดังกล่าวเกิดขึ้นเรื้อรัง ผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถจัดการกับกลุ่มอาการนั้นได้สำเร็จ ทั้งนี้การทำงานไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการได้งานที่ได้รับค่าจ้าง แต่รวมไปถึงกิจกรรมที่มีโครงสร้างและเป้าหมาย ความสามารถในการควบคุมกระบวนการทางปัญญาและอารมณ์ลดลง อารมณ์หดหู่ อารมณ์ซึมเศร้า ซึ่งเป็นปฏิกิริยาทั่วไปต่อความผิดหวังหรือความสูญเสีย โดยต้องแยกจากโรคทางอารมณ์หรือภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็น โรคทางจิตเวช

2. **การปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่อง** หมายถึง กระบวนการปรึกษาออนไลน์ที่มุ่งเน้นประสบการณ์ในชีวิตของบุคคล ซึ่งการเล่าเรื่องจะช่วยให้บุคคลสามารถถ่ายทอดเรื่องราวของตนเองออกมา เพื่อนำไปสู่การสร้างเรื่องราวใหม่มาแทนที่เรื่องราวเดิมที่ยังคงติดค้างอยู่ โดยผู้ให้การปรึกษามีหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้รับการปรึกษาให้สามารถถ่ายทอดเรื่องราวออกมาได้อย่างครบถ้วน และส่งเสริมให้บุคคลสามารถพิจารณาตนเองเพื่อการค้นพบตนเองและแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองจากเรื่องราวใหม่ที่สร้างขึ้นมา โดยใช้โปรแกรม Google Meet นอกจากนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาออนไลน์ด้วยทฤษฎีเล่าเรื่อง โดยโปรแกรมแบ่งออกเป็น 8 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที ให้การปรึกษาสัปดาห์ละ 2 ครั้ง มีเทคนิคและทักษะ ได้แก่ ทักษะพื้นฐานของการปรึกษา เทคนิคการช่วยให้บุคคลเล่าปัญหาของตน เทคนิคการกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาเล่าเรื่องให้ครบถ้วน เทคนิคการนำปัญหาออกสู่ภายนอก เทคนิคการเชื้อเชิญให้ตั้งชื่อให้กับปัญหา เทคนิคการใช้ภาษาอุปมาอุปไมย และเทคนิคการถอดบทสนทนาภายใน ใต้บทสนทนาภายนอก

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาออนไลน์ ทฤษฎีเล่าเรื่องต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างครอบคลุม โดยแบ่งเนื้อหา ดังนี้

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟ
 - 1.1 ความหมายของภาวะหมดไฟ
 - 1.2 ความสำคัญของภาวะหมดไฟ
 - 1.3 อาการและแนวคิดของภาวะหมดไฟ
 - 1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟ
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่อง
 - 2.1 การปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยา
 - 2.2 ประวัติและความเป็นมาของทฤษฎีเล่าเรื่อง
 - 2.3 ความหมายของทฤษฎีเล่าเรื่อง
 - 2.4 อาการ แนวคิดของทฤษฎีเล่าเรื่อง ขั้นตอนการปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่อง และทักษะการปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่อง
 - 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยา
 - 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่อง
3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทางการแพทย์
 - 3.1 ความหมายของบุคลากรทางการแพทย์
 - 3.2 สถานการณ์บุคลากรทางการแพทย์ประเทศไทย สภาพปัญหาของบุคลากรทางการแพทย์ และผลกระทบจากภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์
 - 3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทางการแพทย์

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟ

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟ โดยนำเสนอเรียงตามลำดับ ดังนี้

1.1 ความหมายของภาวะหมดไฟ

Marlynn Wei (1975) ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาได้ให้คำจำกัดความของภาวะหมดไฟไว้ว่าเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองทางอารมณ์เรื้อรังต่องานที่ทำ คือ มีอารมณ์อ่อนเพลียหรือรู้สึกไม่มีอารมณ์ที่จะทำงาน ก่อให้เกิดภาวะ Cynicism คือการขาดความรู้สึกสนุกในการทำงาน ขาดแรงจูงใจในงานที่ทำ เป็นต้น ซึ่งภาวะหมดไฟในการทำงานนำไปสู่ปัญหาทางอารมณ์และร่างกายหลายอย่าง เช่น นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ เบื่อหน่าย ซึ่งปฏิกิริยาดังกล่าวเป็นสาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต เช่น โรคซึมเศร้า วิตกกังวล บางรายมีพฤติกรรมคิดสุราพึ่งยาเสพติด ซึ่งภาวะเครียดเรื้อรังนี้นำไปสู่ปัญหาทางกายโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ และเบาหวาน กว่า 60-80% จะต้องเข้ารับการรักษาทางการแพทย์

มาสลาซและแจ๊คสัน (1986 อ้างถึงในวราภรณ์ เลิศวิไล, 2563) ได้อธิบายเกี่ยวกับภาวะหมดไฟไว้ว่า เป็นภาวะอาการทางจิตใจจากความเครียดเรื้อรังในที่ทำงานซึ่งเป็นผลตอบสนองระยะยาวซึ่งผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถจัดการกับความเครียดนั้นได้สำเร็จ โดยเป็นประสบการณ์ความเครียดของบุคคลที่ประกอบกับบริบทของความสัมพันธ์ทางสังคมที่ซับซ้อน ส่งผลต่อแนวคิดของบุคคลนั้นทั้งต่อตนเองและต่อผู้อื่น ทั้งนี้ได้ให้นิยามว่าภาวะหมดไฟในการทำงานไว้ว่าเป็นกลุ่มอาการทางจิตวิทยา ซึ่งแสดงองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ

- 1) ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional exhaustion) หมายถึง ความรู้สึกว่ารับความกดดันทางอารมณ์มากเกินไป และมีการลดลงของทรัพยากรทางอารมณ์ของบุคคล รู้สึกหมดพลังที่จะเผชิญกับการทำงานและการให้บริการต่อผู้รับบริการ สาเหตุที่สำคัญของความอ่อนล้าทางอารมณ์ คือ การได้รับภาระงานที่มากเกินไปและความขัดแย้งในการทำงาน
- 2) การลดความเป็นบุคคล (Depersonalization) หมายถึง การมีทัศนคติด้านลบต่อผู้รับบริการหรืองาน (Cynicism) ไม่ใส่ใจและตอบสนองในลักษณะเฉยเมยหรือเย็นชากับผู้รับบริการ และแยกตัวจากผู้อื่น ซึ่งอาจกลายเป็นการมองผู้รับบริการไม่เป็นมนุษย์ (Dehumanization) มักเกิดขึ้นเมื่อมีความอ่อนล้าทางอารมณ์ที่มากเกินไป
- 3) การลดความสำเร็จส่วนบุคคล (Reduce personal accomplishment) หมายถึง การลดลงของความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถและประสิทธิภาพในการทำงาน รู้สึกว่าตนเอง

ไม่มีความสามารถที่จะช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการได้ ซึ่งความรู้สึกเช่นนี้สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกไม่สามารถที่จะทำงานได้ตามความต้องการในหน้าที่ของตน โดยกระตุ้นให้เกิดขึ้นได้จากการขาดการสนับสนุนในสังคม (Social support) และโอกาสของความก้าวหน้าในอาชีพ

Wilmar B. Schaufeli , Steffie Desart and Hans De Witte (2020) กล่าวว่า ความเหนื่อยล้าระยะห่างทางจิต ความบกพร่องทางอารมณ์ ความบกพร่องทางสติปัญญา อารมณ์หดหู่ ความทุกข์ทางจิตใจ และการร้องเรียนทางจิต ถูกจัดเป็นอาการของการไร้ความสามารถที่เกิดจากความอ่อนล้า ความบกพร่องทางอารมณ์ และการควบคุมการรับรู้ หรือการไม่เต็มใจที่ถูกจับได้ด้วยการเว้นระยะห่างทางจิตใจ รวมไปถึงอารมณ์ซึมเศร้า ที่เป็นปฏิกิริยาทั่วไปต่อความผิดหวังหรือความสูญเสีย ซึ่งแยกจากโรคทางอารมณ์หรือภาวะซึมเศร้าที่สำคัญซึ่งเป็นโรคทางจิตเวช ความทุกข์ทางจิตใจหรือความรู้สึกไม่สบายที่เกี่ยวข้องกับความดันตัวสูงและส่งผลเสียต่อระดับการทำงานและรบกวนกิจกรรมประจำวัน และข้อร้องเรียนทางจิต อาการทางกายที่คิดว่าจะเกิดหรือรุนแรงขึ้นโดยปัจจัยทางจิตวิทยา จากที่กล่าวมา แสดงให้เห็นว่า ภาวะหมดไฟ หมายถึง ภาวะความเหนื่อยล้าที่เกี่ยวข้องกับงานซึ่งเกิดขึ้นในหมู่พนักงาน ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือความเหนื่อยล้า ความสามารถในการควบคุมกระบวนการทางปัญญาและอารมณ์ลดลง และการเว้นระยะห่างทางจิตใจ อารมณ์หดหู่ ทั้งนี้ สภาพจิตใจที่เกี่ยวข้องกับงาน โดยการทำงานไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการได้งานที่ได้รับค่าจ้าง แต่ถูกมองจากมุมมองทางจิตวิทยาที่กว้างขึ้น “งาน” ในทางจิตวิทยาหมายถึงกิจกรรมที่มีโครงสร้างและมีเป้าหมายเป็นเป้าหมายซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในธรรมชาติและต้องใช้ความพยายามต่อต้านสิ่งแวดล้อม จากการให้เหตุผลแนวนี้ กิจกรรมของนักกีฬา อาสาสมัคร และนักเรียนจะถูกมองว่าเป็น "งาน" และด้วยเหตุนี้พวกเขาจึงอาจประสบกับภาวะหมดไฟได้ เมื่อเร็ว ๆ นี้มีการอ้างว่าผู้ปกครองสามารถทนทุกข์ทรมานจากภาวะหมดไฟได้เช่นกัน ภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ที่เรียกว่าอาการนี้ มีลักษณะเฉพาะ โดยความอ่อนล้าอย่างท่วมท้นที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของผู้ปกครอง การเบี่ยงเบนทางอารมณ์จากลูกๆ และความรู้สึกของผู้ปกครองที่ไร้ประสิทธิภาพ

วารภรณ์ เลิศวิสัย (2563) กล่าวว่า ภาวะหมดไฟในการทำงาน หมายถึง ความอ่อนล้าทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งเกิดมาจากความเครียด โดยเฉพาะความเครียดจากการทำงานที่ไม่สามารถกำจัดหรือทำให้ลดลงได้ ซึ่งในแต่ละบุคคลมีการแสดงออกของอาการที่แตกต่างกันไป ทำให้มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้อื่นและงานที่รับผิดชอบ เป็นความรู้สึกท้อแท้อ่อนล้า มองโลกในแง่ร้าย หดหู่ กาลังใจ ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง รู้สึกตนเองด้อยค่า และทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในการ

ทำงาน ส่งผลกระทบให้เกิดพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อองค์กร เช่น การขาดงาน มาสาย ประสิทธิภาพลดลงทำให้งานที่ออกมาไม่มีประสิทธิภาพ รวมไปถึงการลาออกจางานด้วย

ปองกานต์ ศิริโรรัตน์ (2563) ให้ความหมายของภาวะหมดไฟในการทำงานไว้ว่า คือ ความรู้สึกอ่อนล้า เหนื่อยหน่ายในการทำงาน ซึ่งเกิดจากความเครียดจากการทำงานที่สะสมเป็น ระยะเวลาาน จนแสดงออกด้วยพฤติกรรมต่างๆ ตั้งแต่อ่อนเพลีย ไม่สนใจสิ่งใด มีทัศนคติเชิงลบ ต่องานที่ตนเองทำ ไม่มีแรงจูงใจในการทำงาน ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน และความ ผูกพันต่อองค์กร

ศโรชาพัชร เตชโรจนกัญจน์ (2564) กล่าวถึงภาวะหมดไฟในการทำงานว่าเป็นอาการ ทางด้านจิตใจ เป็นภาวะที่เกิดจากความเครียดเรื้อรังที่เกิดขึ้นจากการทำงาน และสภาพแวดล้อมใน การทำงาน ส่งผลให้เกิดความอ่อนล้าทางด้านอารมณ์ ความเหนื่อยหน่าย รู้สึกเมินเฉยต่องาน มี ทัศนคติทางด้านลบต่องาน และเพื่อนร่วมงาน หรือ ลูกค้า รวมไปถึงรู้สึกว่าคุณเองมีความสามารถ ไม่เพียงพอ ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง และมองตนเองในแง่ลบ

สรุปได้ว่า นักวิชาการส่วนใหญ่ได้ให้ความหมายของ ภาวะหมดไฟ ว่า เป็นกลุ่มอาการที่ ประกอบด้วย ความรู้สึกท้อแท้ อ่อนล้าทางอารมณ์ ลดความเป็นบุคคล รู้สึกไร้ความสามารถ และไม่ ประสบความสำเร็จในวิชาชีพหรือการทำงาน ซึ่งกลุ่มอาการดังกล่าวเกิดขึ้นเรื้อรัง ผู้ปฏิบัติงานไม่ สามารถจัดการกับกลุ่มอาการนั้นได้สำเร็จ ทั้งนี้การทำงานไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการไ้ด้งานที่ไ้รับ ค่าจ้าง แต่รวมไปถึงกิจกรรมที่มีโครงสร้างและเป้าหมาย ความสามารถในการควบคุมกระบวนการ ทางปัญญาและอารมณ์ลดลง อารมณ์หดหู่ อารมณ์ซึมเศร้า ซึ่งเป็นปฏิกิริยาทั่วไปต่อความผิดหวัง หรือความสูญเสีย โดยต้องแยกจากโรคทางอารมณ์หรือภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นโรคทางจิตเวช

1.2 ความสำคัญของภาวะหมดไฟ

ภาวะหมดไฟในการทำงานเป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนและประกอบด้วยปัจจัยที่เกี่ยวข้อง หลายอาการ มีทั้งอาการทางด้านจิตใจ เช่น รู้สึกอ่อนเพลียเรื้อรัง อ่อนล้าอย่างต่อเนื่อง นอนหลับได้ ยาก หรือถ้านอนหลับแล้วไม่อยากจะลุกออกจากที่นอน มีปัญหาทางด้านความจำ ขาดความ กระตือรือร้น และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป มีการเปลี่ยนแปลงในส่วนของความรู้สึกและทัศนคติทางลบ ความสามารถในการแก้ปัญหาและการตัดสินใจลดลง ควบคุมอารมณ์ได้ยาก อารมณ์เสีง่าย ขาดสมาธิในการทำงาน มักจะแสดงความโกรธและพฤติกรรมที่แข็งกระด้าง มองเห็นคุณค่าของ ความเป็นมนุษย์ลดลง สูญเสียความเห็นอกเห็นใจ วิตกกังวลและมีอาการซึมเศร้า และอาจเกิด ความคิดในการฆ่าตัวตายได้ และอาการทางด้านร่างกายที่เป็นผลจากจิตใจ เช่น อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ

ปวดศีรษะ ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร คลื่นไส้ วิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะแบบไมเกรน ปวดหลัง ปวดตามกล้ามเนื้อ น้ำหนักเพิ่มหรือลดจากปกติ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงนิสัยในการรับประทานอาหาร ความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น หัวใจเต้นเร็ว หัวใจเต้นผิดปกติ หงุดหงิด เป็นต้น

Miller & Smith (1993) ได้แบ่งระยะต่างๆในการทำงานซึ่งนำมาสู่ภาวะหมดไฟไว้ดังนี้

- 1) ระยะฮันนีมูน (the honeymoon) เป็นช่วงเริ่มงาน ผู้ปฏิบัติงานจะมีความตั้งใจ เสียสละ เพื่องานเต็มที่ พยายามปรับตัวกับเพื่อนร่วมงาน และองค์กร
- 2) ระยะรู้สึกตัว (the awakening) เมื่อเวลาผ่านไป ผู้ปฏิบัติงานเริ่มรู้สึกว่าความคาดหวังของตนเองอาจไม่ตรงกับความเป็นจริง เริ่มรู้สึกว่างานไม่ตอบสนองกับความต้องการของตนเอง ทั้งในด้านการได้รับตอบแทน และการเป็นที่ยอมรับ ผู้ปฏิบัติงานอาจรู้สึกว่าชีวิตดำเนินอย่างผิดพลาด และไม่สามารถจัดการได้ ทำให้เกิดความซับซ้อนใจ และเหนื่อยล้า
- 3) ระยะไฟตก (Brownout) ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกเหนื่อยล้าเรื้อรัง และหงุดหงิดง่ายขึ้นอย่างชัดเจน อาจมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อหนีความซับซ้อนใจ เช่น ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย ดื่มสุรา ส่งผลให้ความสามารถในการทำงานเริ่มลดลง อาจเริ่มมีการแยกตัวจากเพื่อนร่วมงาน มีการวิพากษ์วิจารณ์องค์กรของตนเอง
- 4) ภาวะหมดไฟเต็มที่ (Full scale of burnout) หากระยะไฟตกไม่ได้รับการแก้ไขที่เหมาะสม ผู้ปฏิบัติงานจะเริ่มรู้สึกสิ้นหวัง มีความรู้สึกที่ตนเองล้มเหลว สูญเสียความมั่นใจในตนเองไป มีอาการของภาวะหมดไฟเต็มที่
- 5) ระยะฟื้นตัว (The phoenix phenomenon) หากผู้ปฏิบัติงาน ได้มีโอกาสผ่อนคลาย และพักผ่อนอย่างเต็มที่ จะสามารถกลับมาปรับตนเองและความคาดหวังต่องานให้ตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น รวมถึงสามารถปรับแรงบันดาลใจ และเป้าหมายในการทำงานด้วย

สรุปได้ว่า นักวิชาการส่วนใหญ่เห็นว่า ภาวะหมดไฟมีความสำคัญในการทำงานอย่างมาก เนื่องจากหากบุคคลมีภาวะหมดไฟในการทำงานก็จะส่งผลกระทบต่อตรงถึงตัวเองและองค์กร เช่น เบื่อหน่าย ไม่อยากมาทำงาน ท้อแท้ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย นอนไม่หลับ มองโลกในแง่ลบ รู้สึกว่าตนไร้ความสามารถ ความสามารถในการบริหารเวลาลดลง มีปัญหาการเรียงลำดับความสำคัญของงาน ไม่มีความสุขในการทำงาน และอาจทำให้ขาดงานหรือลางานบ่อย ประสิทธิภาพในการทำงาน

ลดลง และอาจคิดเรื่องลาออกในที่สุด ส่งผลให้เกิดปัญหาการขาดแคลนบุคลากร ทั้งนี้บุคคลที่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน ก็อาจส่งผลกระทบต่อเพื่อนร่วมงานได้ ทั้งความขัดแย้งระหว่างบุคคล สัมพันธภาพระหว่างบุคคลลดลง หรือแม้กระทั่งการพึ่งพาอาศัยกัน สุรา การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าวจะขัดขวางการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลซึ่งอาจเป็นอุปสรรคในการทำงานทั้งทางด้านการงานบริการและการรับมือกับเพื่อนร่วมงาน อาการและอาการแสดงของภาวะหมดไฟเป็นการแสดงความล้มเหลวของการปรับตัวเพื่อตอบสนองความเครียดของบุคคลนั้น

1.3 หลักการและแนวคิดของภาวะหมดไฟ

แนวคิดเรื่องภาวะหมดไฟในการทำงานเริ่มมีถูกพูดถึงโดยแพทย์ชาวอเมริกันตั้งแต่ประมาณกลางทศวรรษ 1970 นั่นก็คือ Freudenberger จิตแพทย์ชาวอเมริกันผู้ที่ประสบปัญหาภาวะหมดไฟในการทำงานกับตนเอง เนื่องจากทำงานหนักมาก แทบไม่มีเวลาหยุดพัก และงานนั้นไม่ได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง ทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานขึ้น และในปี ค.ศ.1974 ได้กล่าวถึงความไม่พอใจในงาน ซึ่งเป็นผลมาจากความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ในบทความเรื่อง “Staff Burnout” ต่อมา มาสลาซและแจ๊คสันพบภาวะหมดไฟจากความเครียดในการทำงาน โดยศึกษาแนวคิดของภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสภาพแวดล้อมในการทำงาน และสร้างแบบวัด Maslach Burnout Inventory (MBI) ซึ่งเป็นแบบวัดที่ได้รับความนิยมใช้เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในการวิจัยที่เกี่ยวข้องภาวะหมดไฟ ทำให้ MBI มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับการใช้งานของมนุษย์หรือลักษณะทางด้านการศึกษาและการแพทย์ ต่อมาคำจำกัดความของภาวะหมดไฟในการทำงานได้ขยายกว้างขึ้น โดยไม่ได้รวมเฉพาะผู้ที่ทำงานในลักษณะใดลักษณะหนึ่งเท่านั้น แต่ยังรวมถึงพนักงานในงานทุกประเภทด้วย ในการประเมินแนวคิดการหมดไฟในวงกว้างนี้ ได้มีการพัฒนา MBI-General Survey (MBI-GS) ประกอบด้วย ความอ่อนล้า การหมดทรัพยากรทางจิตในที่ทำงาน ความเห็นต่างถูกคุกคามที่ห่างไกลต่องาน และประสิทธิภาพทางวิชาชีพลดลง การขาดผลสัมฤทธิ์และประสิทธิผลในการทำงาน

Wilmar B. Schaufeli, Steffie Desart และ Hans De Witte (2020) กล่าวถึง MBI ว่าแม้จะได้รับความนิยม แต่มีข้อบกพร่อง 3 ประการ คือ

- 1) พบปัญหาเรื่องแนวความคิดเกี่ยวกับภาวะหมดไฟในการทำงาน ในขณะเดียวกัน การวิจัยได้เชื่อมโยงภาวะหมดไฟกับความรู้ความเข้าใจอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีการบันทึกว่ามีอาการซึมเศร้า เช่น หงุดหงิด นอนไม่หลับ และปวดหัวตึงเครียด เกิดขึ้นในพนักงานที่มี

อาการหมดไฟ นอกจากนี้ยังมีการถกเถียงกันอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะหมดไฟกับภาวะซึมเศร้า โดยมีการโต้เถียงว่าภาวะหมดไฟเป็นเพียงโรคซึมเศร้าที่ผิดปกติ ในขณะที่บางคนยืนยันว่าภาวะหมดไฟและความหดหู่ใจไม่ทับซ้อนกันและเป็นโครงสร้างที่แข็งแกร่งสองแบบที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังเห็นได้ว่าอาการซึมเศร้าและภาวะหมดไฟมักเกิดขึ้นควบคู่กันไป รวมถึงการตั้งคำถามว่าประสิทธิภาพทางวิชาชีพที่ลดลงนั้นเป็นส่วนหนึ่งของความเหนื่อยหน่ายหรือไม่

- 2) MBI มีข้อบกพร่องทางเทคนิคและข้อบกพร่องทางจิตวิทยา โดยเฉพาะข้อคำถามที่ประเมินความเห็นதாகตงถูกและประสิทธิภาพทางวิชาชีพลดลง อาจนำไปสู่ความน่าเชื่อถือที่ลดลงได้ จากการวิเคราะห์ MBI พบว่าความสำเร็จส่วนบุคคลและการลดบุคลิกภาพหมายถึง การประมาณค่านั่นต่ำกว่าระดับที่แนะนำสำหรับการตัดสินใจที่มีเดิมพันสูง เช่น การวินิจฉัยกลุ่มอาการหมดไฟที่แสดงให้เห็นว่าประสิทธิภาพทางวิชาชีพที่กล่าวในเชิงบวกนี้บ่งชี้ถึงการขาดประสิทธิภาพระดับมืออาชีพ นอกจากนี้ ยังตั้งคำถามถึงความถูกต้องของ MBI ตัวอย่างเช่น de Beer และ Bianchi แสดงให้เห็นว่าความอ่อนล้าทางอารมณ์และความเห็นதாகตงถูกดูเหมือนจะเป็นตัวแทนของปัจจัยทั่วไป ในขณะที่ปัจจัยที่สองที่แยกจากกันแสดงถึงระดับประสิทธิภาพแบบมืออาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับข้อสงสัยที่ได้รับเกี่ยวกับบทบาทของประสิทธิภาพหรือความสำเร็จในภาวะหมดไฟ
- 3) การบังคับใช้ MBI ในทางปฏิบัติสำหรับการประเมินภาวะหมดไฟของแต่ละบุคคลนั้นยังไม่ได้

แม้ว่าจะมีการเสนอแบบวัดภาวะหมดไฟมาจำนวนหนึ่ง แต่ไม่มีแบบวัดใดที่สามารถแก้ไขข้อบกพร่องทั้งหมดที่กล่าวถึงข้างต้นได้ ดังนั้น เพื่อให้ไม่มีข้อบกพร่องของ MBI ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแนวความคิด ข้อบกพร่องทางจิต และการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ Wilmar B. Schaufeli, Steffie Desart และ Hans De Witte จึงพัฒนาเครื่องมือที่แบบใหม่ซึ่งเหมาะสำหรับการประเมินภาวะหมดไฟแบบกลุ่มและแบบรายบุคคล ดังนั้น เพื่อกำหนดแนวความคิดทางเลือกของภาวะหมดไฟในการทำงาน ซึ่งมีลักษณะครอบคลุมและรวมถึงองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงานตามที่ผู้ปฏิบัติงานคิดไว้ และพัฒนาโดยใช้แนวความคิดใหม่ เนื่องจากเป็นแบบสอบถามใหม่ซึ่งมีประสิทธิภาพเชิงจิตวิทยาและมีประโยชน์ในทางปฏิบัติสำหรับการประเมินภาวะหมดไฟ ซึ่งเรียกว่าเครื่องมือประเมินภาวะหมดไฟ (Burnout Assessment Tool : BAT) ซึ่งในปัจจุบัน ภาวะหมดไฟ (Burnout syndrome) ได้แก้ไขนิยามใหม่ โดยได้ให้ความหมายไว้ว่าคือ

สภาพจิตใจที่เกี่ยวข้องกับงาน โดยการทำงานไม่ได้จำกัดอยู่เพียงแค่การทำงานที่ได้รับค่าจ้าง แต่ถูกมองจากมุมมองทางจิตวิทยาที่กว้างขึ้น “งาน” ในทางจิตวิทยาหมายถึงกิจกรรมที่มีโครงสร้าง และมีเป้าหมายที่เป็นสิ่งจำเป็นในธรรมชาติและต้องใช้ความพยายามต่อต้านสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้ภาวะหมดไฟเป็นปัญหาที่ได้รับความสนใจในหลายสาขาอาชีพ มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะนี้ได้สูงในอาชีพที่ทำงานบริการทางด้านสังคมและผู้ให้บริการทางสาธารณสุขที่มีภาระงานมาก

1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในประเทศไทย มีการศึกษาในหลากหลายอาชีพ โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ แต่เป็นเพียงการศึกษาเพื่อหาสาเหตุของภาวะหมดไฟ ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟ และผลกระทบจากภาวะหมดไฟ รวมไปถึงการพัฒนา รูปแบบลดภาวะหมดไฟของพยาบาลวิชาชีพ แต่ยังไม่พบการนำการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องไปใช้เพื่อลดภาวะหมดไฟในการทำงาน เช่น

นครินทร์ ชุนงาม (2563) ได้ทำการวิจัยเรื่อง สุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา ศึกษาประชากรแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 185 คน โดยส่งแบบสอบถามชี้วัดสุขภาพจิต (TMHI-55) และแบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทางไปรษณีย์ จากนั้นทำการวิเคราะห์ทางสถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์โดยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และใช้สถิติถดถอยพหุแบบ stepwise เพื่อหาปัจจัยทำนาย ผลการศึกษา พบว่า มีอัตราการตอบกลับร้อยละ 60.5 อายุเฉลี่ย 29.24 ปี คะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยอยู่ในระดับเท่ากับคนทั่วไป โดยพบภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูงร้อยละ 43.7 ภาวะหมดไฟในการทำงานด้านการลดความเป็นบุคคลในระดับสูงร้อยละ 45.5 และภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับสูงร้อยละ 100 ทั้งนี้ พบว่าสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานในเชิงลบ

กัลยาณี โนอินทร์ และคณะ (2564) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย หรือภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง โดยเริ่มจากการศึกษาสภาพปัญหาความเหนื่อยหน่ายหรือภาวะหมดไฟในการทำงาน พบว่า ปัญหาของความเหนื่อยหน่ายหรือภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาล คือ ด้านร่างกาย อารมณ์ และการตระหนักรู้ ส่วนปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายหรือภาวะหมดไฟในการทำงาน คือ ปัจจัยด้านงาน และปัจจัยด้านองค์กร จากนั้นทำการพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย

หรือภาวะหมดไฟในการทำงาน ซึ่งเป็นแบบแผนกิจกรรมที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อบรรเทาอาการอ่อนล้าทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และการตระหนักรู้ของพยาบาลวิชาชีพ และลดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่าย หรือภาวะหมดไฟในการทำงาน ทั้งด้านบุคคล ด้านงาน และด้านองค์กร และนำไปทดลองใช้ในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี ที่ศึกษาผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จำนวน 10 คน ผลการศึกษา พบว่า หลังจากทดลองใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายหรือภาวะหมดไฟในการทำงาน ในกลุ่มตัวอย่างต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยคะแนนของความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมด้านความอ่อนล้าทางร่างกาย และด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ น้อยกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายที่พัฒนาขึ้นช่วยลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพได้ และเป็นทางเลือกหนึ่งที่น่าไปใช้ลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนได้

รุจิรา ดวงเพิ่มทรัพย์ และคณะ (2564) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ภาวะเหนื่อยล้า (ภาวะหมดไฟ) ในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของแพทย์ประจำบ้าน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของ COVID-19 โดยใช้แบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ แบบสอบถามประกอบข้อคำถามด้วย 4 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไป/ส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับงาน ข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของ COVID-19 และแบบวัดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน Maslach burnout inventory (MBI) ฉบับภาษาไทย ผลการศึกษาพบว่า แพทย์ประจำบ้านเข้าร่วมการศึกษามีจำนวน 67 ราย คิดร้อยละ 26.2 ของแพทย์ประจำบ้านทั้งหมด เวลาปฏิบัติงาน โดยเฉลี่ย คือ 84.9 ชั่วโมง/สัปดาห์ โดยส่วนใหญ่มีชั่วโมงการนอนหลับที่ไม่เพียงพอ และเคยมีความคิดลาออกจากการเป็นแพทย์ประจำบ้านร้อยละ 58.2 แพทย์ประจำบ้านมีคะแนนภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางด้านอารมณ์ในระดับสูง (ร้อยละ 50.7) มีการลดความเป็นบุคคลในระดับสูง (ร้อยละ 38.8) และมีการลดความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับต่ำ (ร้อยละ 94.3) ปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนด้านความอ่อนล้าทางด้านอารมณ์ ได้แก่ เวลาปฏิบัติงานโดยเฉลี่ย ชั่วโมงในการนอนหลับที่ไม่เพียงพอ การมีบุคคลผู้ให้คำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาไม่เพียงพอ และการเคยมีความคิดลาออกจากการเป็นแพทย์ประจำบ้าน ในด้านการลดความเป็นบุคคล ได้แก่ การมีบุคคลผู้ให้คำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาไม่เพียงพอ ส่วนในด้านการสำเร็จบุคคลพบว่าสัมพันธ์กับการมีการมีปัญหาคอสัมพันธ์กับบุคคลในสถานที่ปฏิบัติงาน

ทิพรรัตน์ บำรุงพนิชถาวร (2564) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดหนึ่ง จำนวน 298 คน โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2563 - มกราคม 2564 โดยใช้แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน (Maslach Burnout Inventory: MBI) ฉบับภาษาไทย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าในระดับต่ำร้อยละ 65.1 มีภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความเยื่อใยในระดับต่ำร้อยละ 42.5 มีภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความมีประสิทธิภาพในการทำงานระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 47.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้า คือ ภาระงานที่มากเกินไป ความขัดแย้งระหว่างคนกับงาน และสถานภาพสมรส/หม้าย/หย่าแยก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความเยื่อใย คือ ภาระงานที่มากเกินไป ความขัดแย้งระหว่างคนกับงาน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความมีประสิทธิภาพในการทำงาน คือ การได้รับผลตอบแทนที่ไม่สมมูลกับงาน

เบงกัชชาติ จินตรัตน์ (2564) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ของแรงงานทางอารมณ์ต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โดยเก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลจำนวน 217 คน ใช้แบบวัดแรงงานทางอารมณ์และความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน จากการเก็บข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับแรงงานทางอารมณ์ ได้แก่ ด้านการแสวงหาความรู้สึกอยู่ในระดับต่ำ ด้านการปรับความรู้สึกภายในอยู่ในระดับปานกลาง มีความชุกของความเหนื่อยหน่ายเท่ากับร้อยละ 20.28 มีระดับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง แต่ด้านการลดความเป็นบุคคลอยู่ในระดับต่ำ การแสวงหาความรู้สึกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการลดความเป็นบุคคล และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับด้านความสำเร็จส่วนบุคคล ในขณะที่การปรับความรู้สึกภายในมีความสัมพันธ์เชิงลบกับด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการลดความเป็นบุคคล จากผลการวิจัยควรส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพใช้การปรับความรู้สึกภายในเพื่อลดการเกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน

พัชราภรณ์ สนิตพัฒนสุข และชนาสีทธิ์ วิจิตรพันธ์ (2565) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ปัจจัยเสี่ยงของภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากร โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เก็บข้อมูลจากบุคลากรของโรงพยาบาลจำนวน 221 คน โดยให้บุคลากรของโรงพยาบาลทำแบบสอบถามแล้วนำมาวิเคราะห์ระดับของภาวะหมดไฟ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์

ด้านการลดความเป็นบุคคล และด้านความสำเร็จส่วนบุคคล จากการเก็บข้อมูลพบว่า ภาวะหมดไฟ ในด้านความอ่อนล้า ทางอารมณ์ ด้านการลดความเป็นบุคคลและด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลใน ระดับปานกลางและสูง ส่วนปัจจัยที่มีผลกับระดับของภาวะหมดไฟในด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ที่สูงขึ้น ได้แก่ การมีโรคประจำตัว การมีเวลาส่วนตัวไม่เพียงพอ การมีรายได้ที่มากขึ้น ปัจจัยที่มีผล กับภาวะหมดไฟในการลดความเป็นบุคคลที่สูงขึ้น ได้แก่ การมีเวลาส่วนตัวไม่เพียงพอ และ ปัจจัยที่มีผลกับภาวะหมดไฟในด้านความสำเร็จส่วนบุคคลที่สูงขึ้น ได้แก่การมีระดับการศึกษาที่ต่ำ ดังนั้นภาวะหมดไฟในการทำงานของของบุคลากรโรงพยาบาลสันป่าตองสัมพันธ์กับการมีโรคประจำตัว การมีเวลาส่วนตัวไม่เพียงพอ การมีรายได้ที่มากขึ้น และการมีระดับการศึกษาที่ต่ำ

2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่อง โดยนำเสนอเรียงตามลำดับ ดังนี้

2.1 การปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยา

การปรึกษาเชิงจิตวิทยา เป็นบริการหนึ่งที่ช่วยบรรเทาปัญหาทางสุขภาพจิตได้ เนื่องจากการปรึกษาเชิงจิตวิทยา คือ กระบวนการที่มีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยอาศัยการสื่อสาร แบบสองทาง ผู้ที่ให้การปรึกษามีหน้าที่เอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษา ได้สำรวจ ทำความเข้าใจ ตนเอง เข้าใจผู้อื่น และเข้าใจสิ่งแวดล้อม จนสามารถแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Corey, 2013)

ในช่วงปีค.ศ. 1890-1910 Sigmund Freud นักประสาทวิทยา ชาวออสเตรีย ผู้ก่อตั้งวิชาจิต จิตบำบัด ได้ทำจิตบำบัดทางไกล โดยการส่งจดหมายผ่านทางไปรษณีย์ หลังจากนั้นวิธีการให้การ ปรึกษาด้วยวิธีนี้ถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างหนัก จึงได้เกิดแนวคิดใหม่ๆ ขึ้นมา ต่อมาในช่วงปีค.ศ. 1960 ผู้เชี่ยวชาญเริ่มทำจิตบำบัดด้วยการพูดคุยผ่านทางโทรศัพท์ ซึ่งมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ไปสู่ รูปแบบการบำบัดออนไลน์ ต่อมาในปีค.ศ. 1966 สถาบันเทคโนโลยีแมสซาชูเซตส์ (MIT) สร้างแอปพลิเคชันคอมพิวเตอร์แบบข้อความเพื่อจำลองเป็นนักจิตบำบัด นอกจากนี้ปีค.ศ. 1972 ในการประชุมนานาชาติเรื่องคอมพิวเตอร์ (International Conference on Computers) เจ้าหน้าที่ของ มหาวิทยาลัย California-Los Angeles (UCLA) และมหาวิทยาลัย Stanford ใช้คอมพิวเตอร์ที่เชื่อมต่อกัน สาธิตการทำจิตบำบัด ต่อมาในปีค.ศ. 1993 - 1995 ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตหลายคน เช่น Ivan Goldberg และ John Grohol ให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ซึ่งในปีค.ศ. 1995 John Grohol ได้ก่อตั้งการสนทนาด้านสุขภาพจิตสาธารณะขึ้น และพัฒนาไปเป็น Psych Central ซึ่งเป็นสิ่งพิมพ์ด้านสุขภาพจิตที่ได้รับความนิยมอย่างมาก และในปีค.ศ. 1997 สมาคมนานาชาติสุขภาพจิตออนไลน์ (International Society for Mental Health Online [ISMHO]) ได้ก่อตั้งขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต โดยให้บริการแบบออนไลน์

การปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาจะต้องใช้ความเชี่ยวชาญทางด้านจิตวิทยาให้การปรึกษา โดยเฉพาะในปัจจุบันมีผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตสูงมากขึ้น ทำให้การบริการทางด้านการปรึกษาแบบตัวต่อตัว เข้าถึงยากมากขึ้น โดยเฉพาะกับผู้ต้องการรับบริการที่อยู่ในต่างประเทศ หรืออยู่ต่างจังหวัด นอกจากนี้การหาเวลารว่างในปัจจุบันก็เป็นเรื่องยาก ทั้งหมดที่กล่าวมาจึงเป็นอุปสรรคในการใช้บริการให้การปรึกษาทางจิตวิทยา การให้การปรึกษาออนไลน์จึงเป็นสิ่งที่เข้ามาแทรกแซงอุปสรรคดังกล่าว เพื่อให้ผู้ต้องการใช้บริการเข้าถึงการบริการมากยิ่งขึ้น นอกเหนือไปจากนั้นยังพบว่ามีการศึกษาการเกี่ยวกับการให้การปรึกษาทางออนไลน์มีประโยชน์ต่อการช่วยเหลือทางด้านจิตใจแก่ผู้มาปรึกษา

ประเภทของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบออนไลน์

Sari, R.O. (2021 อ้างถึงใน กรรณิกา พันธุ์ศรี และคณะ, 2564) แบ่งประเภทของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาออนไลน์ ไว้ดังนี้

- 1) แบบไม่ได้เกิดในช่วงเวลาเดียวกัน (asynchronous) ได้แก่ การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลผ่านทางอีเมล เป็นปฏิสัมพันธ์ทางไกลแบบ asynchronous ระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา โดยสื่อสารผ่านข้อความ
- 2) แบบเกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน (synchronous) ได้แก่
 - 2.1) การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลผ่านการสนทนา (chat) เป็นปฏิสัมพันธ์ทางไกลระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา โดยสื่อสารผ่านข้อความ
 - 2.2) การปรึกษาเชิงจิตวิทยาคู่สมรสผ่านการสนทนา (chat) เป็นปฏิสัมพันธ์ทางไกลระหว่างผู้ให้การปรึกษาหนึ่งคนหรือมากกว่าและผู้รับการปรึกษาที่เป็นคู่สมรส โดยสื่อสารผ่านข้อความ
 - 2.3) การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มผ่านการสนทนา (chat) เป็นปฏิสัมพันธ์ทางไกลระหว่างผู้ให้การปรึกษาหนึ่งคนหรือมากกว่า กับผู้รับการปรึกษาหลายคน โดยสื่อสารผ่านข้อความ

- 2.4) การศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลโดยใช้วิดีโอเป็นปฏิสัมพันธ์ทางไกลระหว่างผู้ให้การศึกษาและผู้รับการปรึกษา โดยสื่อสารผ่านการมองเห็นภาพและการได้ยินผ่านวิดีโอ
- 2.5) การศึกษาเชิงจิตวิทยากลุ่มสมรสโดยใช้วิดีโอ เป็นปฏิสัมพันธ์ทางไกลระหว่างผู้ให้การศึกษาหนึ่งคนหรือมากกว่า และผู้รับการปรึกษาสองคน โดยสื่อสารผ่านการมองเห็นภาพและการได้ยินผ่านวิดีโอ
- 2.6) การศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มโดยใช้วิดีโอ เป็นการปฏิสัมพันธ์ทางไกลระหว่างผู้ให้การศึกษาหลายคนและผู้รับการปรึกษาหลายคน โดยสื่อสารผ่านการมองเห็นภาพและการได้ยินผ่านวิดีโอ

สำหรับจริยธรรมของการศึกษาเชิงจิตวิทยาออนไลน์ Müller and Trachsel (2020 อ้างถึงใน วรรณิกา พันธุ์ศรี และคณะ, 2564) มีความเห็นว่าผู้บำบัดหรือผู้ให้การศึกษาต้องให้ความสำคัญกับการพิจารณาประเด็นทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

- 1) กระบวนการให้ความยินยอมที่ต้องมีการอธิบายอย่างละเอียดเกี่ยวกับความเสี่ยงและประโยชน์ที่ผู้รับการปรึกษาจะได้รับจากการให้การศึกษาแบบออนไลน์
- 2) กรณีเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน ซึ่งหากเกิดสถานการณ์วิกฤติหรือคุกคามต่อตัวผู้รับการปรึกษาหรือต่อผู้อื่น โดยอยู่ในสถานที่ต่างกันจะจัดการได้อย่างไร
- 3) ประเด็นทางกฎหมายที่ยังไม่มีกฎหมายคุ้มครองที่ชัดเจนเกี่ยวกับการควบคุมการออกใบอนุญาตการออกใบรับรอง การฝึกปฏิบัติงานและการศึกษาและการให้ความยินยอม ซึ่งเป็นปัญหาสำหรับจิตบำบัดออนไลน์และการศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบออนไลน์
- 4) การระบุหรือการยืนยันตัวตนของผู้รับการปรึกษา เนื่องจากเป็นเรื่องยากที่จะยืนยันตัวตนของผู้ป่วยหรือผู้รับการปรึกษา รวมทั้งผู้ให้การศึกษาทางออนไลน์ ซึ่งการหลอกลวงหรือการฉ้อโกงอาจเกิดขึ้นได้ เช่น ผู้ให้การศึกษาทางออนไลน์ให้การศึกษาแก่ผู้เยาว์ โดยไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นสำหรับผู้ให้การศึกษาออนไลน์ที่ต้องตรวจสอบตัวตนของผู้รับการปรึกษาเพื่อป้องกันการละเมิดสิทธิและปฏิบัติตามหลักกฎหมายและจรรยาบรรณอย่างเคร่งครัด
- 5) การปฏิบัติอย่างไม่ถูกต้องและเป็นอันตราย ซึ่งการกระทำ ที่ผิดจรรยาบรรณการดูหมิ่นหรือล่วงละเมิดอาจทำได้ง่ายขึ้นทางออนไลน์เช่น การฝึกหัดโดยไม่มีใบอนุญาต

หรือไม่มีการฝึกปฏิบัติที่เหมาะสม หรือแม้กระทั่งการทดลองว่าเป็นนักจิตบำบัดข้อดี และข้อจำกัดของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบออนไลน์

อย่างไรก็ตาม การให้การปรึกษาทางด้านออนไลน์ก็มีอุปสรรคที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข และมีข้อจำกัด เช่น สัญญาณอินเทอร์เน็ต ดังนั้นหากการปรึกษาทางด้านออนไลน์สามารถลดข้อจำกัดดังกล่าวลงมาได้ ก็จะสามารถเป็นเครื่องมือหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาความเครียดในสังคมไทยที่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น และสามารถรับรองผู้รับบริการได้ไม่ว่าอยู่ที่ใด หรือเวลาใดก็ตาม

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โปรแกรม Google Meet เนื่องจากเหมาะกับการประชุมทางวิชาการ สามารถวิดีโอคอลได้ บันทึกวิดีโอได้ นอกจากนี้ยังสามารถใช้ได้ทั้งกับเครื่องคอมพิวเตอร์และโทรศัพท์มือถือ

2.2 ประวัติและความเป็นมาของทฤษฎีเล่าเรื่อง

การบำบัดแบบเล่าเรื่องกำเนิดขึ้นมาครั้งแรกในทศวรรษที่ 1970s และ 1980s โดยนักบำบัดชาวออสเตรเลียและชาวนิวซีแลนด์ ชื่อ ไมเคิล ไวท์ (Michael White) และ เดวิด อีปส์ตัน (David Epston) โดยที่ไมเคิล ไวท์ (Michael White) ได้อธิบายถึงรายละเอียดในการสร้างเทคนิคที่เหมาะสมสำหรับการช่วยเหลือผู้รับการปรึกษาให้เล่าเรื่องราวชีวิตของตนเองขึ้นมาใหม่โดยมีงานเขียนที่มีชื่อเสียงมากมาย White เป็นครูผู้สอนด้านการปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่องที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ เขามีต้นแบบจาก Gregory Bateson โดยเฉพาะการสังเกต การตีความหรือการให้ความหมายของมนุษย์ต่อสิ่งมีชีวิตบนโลกใบนี้ แต่ต่อมาไมเคิล ไวท์ (Michael White) ได้ปฏิเสธแนวคิดแบบไซเบอร์เนติก (Cybernetic) ของ Bateson และปรับเปลี่ยนให้อยู่ในแบบของการเล่าเรื่องแบบอุปมาอุปไมย โดยเขาได้รับอิทธิพลแนวความคิดแนวสตรีนิยมจากภรรยาของเขาเอง คือ Cheryl White และได้แนวคิดด้านมานุษยวิทยา (Anthropology) จากเพื่อนร่วมงานของเขาชื่อ David Epston จากศูนย์ Family Therapy Center เมือง Auckland ประเทศนิวซีแลนด์ โดยไมเคิล ไวท์ (Michael White) และ เดวิด อีปส์ตัน (David Epston) มีผลงานเด่นเป็นหนังสือที่ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 1990 เรื่อง Narrative means to therapeutic ends ต่อมาผลงานของนักบำบัดทั้งสองเป็นที่นิยมแพร่หลายในทวีปอเมริกาเหนือ นอกจากนี้ยังมีหนังสือและบทความอีกมากมาย ที่เป็นการอธิบายการใช้การบำบัดแบบเรื่องเล่าเรื่อง ในกรณีผู้ป่วยมาด้วยอาการที่ยากจะรักษา เช่น ผู้ป่วยโรคกลัวอ้วน (Anorexia) ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น (Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)) ผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia) และผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ในปี ค.ศ. 2007 ไมเคิล ไวท์ (Michael White)

ได้ตีพิมพ์หนังสือเล่มใหม่ชื่อ Maps of narrative practice โดยเขาได้นำเสนอบทสนทนาที่สำคัญ 6 ประเภท ที่ใช้ในการบำบัดแบบเรื่องเล่า

Labov (1972 อ้างถึงใน ชนินาฏ วัฒนา, 2558) กล่าวว่า การเล่าเรื่องเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่เป็นประสบการณ์โดยตรงของบุคคลหนึ่ง และให้บุคคลนั้น ได้ถ่ายทอดออกมา โดยการบอกเล่าและบันทึกไว้

Casey (1992 อ้างถึงใน ชนินาฏ วัฒนา, 2558) กล่าวว่า การทำการวิจัยที่ใช้ทฤษฎีการเล่าเรื่อง เป็นวิธีการศึกษาโลกแห่งประสบการณ์ของมนุษย์

David Epston (1994 อ้างถึงใน เพยาว์ รื่นรอย, 2562) นักสังคมสงเคราะห์และนักบำบัดครอบครัว ซึ่งเป็นนักสังคมสงเคราะห์และนักบำบัดครอบครัวที่มีความสนใจด้านมานุษยวิทยา (Anthropology) และการเล่าเรื่อง (Story telling) นำเสนอแนวคิดการเล่าเรื่องแบบอุปมาอุปไมย (Metaphor thinking) ให้กับ Michael White จากนั้น David Epston ก็เป็นที่รู้จักในเรื่องการสร้างสรรคในการบำบัดครอบครัวด้วยจดหมาย (Therapeutic letters) ซึ่งทำให้เกิดการสนทนาที่มีเป้าหมาย คือ การเล่าเรื่องราวในชีวิตอีกครั้ง (Re-authoring)

2.3 ความหมายของทฤษฎีเล่าเรื่อง

David Epston (1994 อ้างถึงใน เพยาว์ รื่นรอย, 2562) กล่าวว่า ทฤษฎีเล่าเรื่อง เป็นการบรรยายถึงการสนทนาที่มีจุดประสงค์เพื่อให้มีการเล่าเรื่องเหล่านั้นขึ้นมาใหม่อีกครั้ง

Michael White (2000 อ้างถึงใน ชนินาฏ วัฒนา, 2558) กล่าวว่า การเล่าเรื่องเป็นแนวทางให้การปรึกษาที่สามารถช่วยให้บุคคลเข้าถึงแก่นเรื่องราวของตัวเองได้เป็นอย่างดี ซึ่งการลำดับเหตุการณ์ต่างๆ จะทำให้รู้ถึงสาเหตุของปัญหานั้นว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร โดยผ่านการเล่าเรื่องของบุคคลนั้นๆ ดังนั้นเค้าโครงเรื่องของแต่ละบุคคลย่อมแตกต่างกันไป การเล่าเรื่อง (Narrative) ช่วยให้ผู้รับการปรึกษามองเห็นแนวทางใหม่ๆ ที่จะนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ต่อไป

Neuner et al. (2002 อ้างถึงใน เกียรติศักดิ์ รัฐกุล, 2560) ได้ให้ความหมายของการให้การปรึกษาด้วยทฤษฎีเล่าเรื่องไว้ว่า เป็นรูปแบบการปรึกษาที่เหมาะสมสำหรับผู้รับการปรึกษาที่มีภาวะผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย ซึ่งจะกระตุ้นให้เล่ารายละเอียด และประวัติชีวิต ให้กับผู้ให้การปรึกษาได้จดบันทึกไว้ และอ่านกลับไปกลับมา เพื่อช่วยผู้รับการปรึกษาได้รวบรวมความทรงจำที่เจ็บปวดที่กระจัดกระจายให้เป็นเรื่องเล่าที่สอดคล้องกัน การอธิบายรายละเอียดประสบการณ์ส่วนตัวจะช่วยอำนวยความสะดวกในการเผชิญกับการจินตนาการถึงความทรงจำที่เจ็บปวด วิธีการนี้ได้พัฒนาขึ้นสำหรับผู้ลี้ภัยที่มาจากภูมิหลังที่หลากหลาย ที่อาศัยอยู่ในสถานที่ที่ไม่มีความปลอดภัย การเผชิญ

ด้วยการเล่าเรื่องนี้ไม่เพียงเป็นแค่การปรึกษาเท่านั้น แต่ยังมีวัตถุประสงค์ทางสังคมและการเมืองโดยการบันทึกการละเมิดสิทธิมนุษยชนด้วย

Elbert and Schauer (2002 อ้างถึงใน เกรียงศักดิ์ รัฐกุล, 2560) กล่าวว่า การให้การปรึกษาด้วยทฤษฎีเล่าเรื่อง หมายถึง วิธีการรักษาความผิดปกติของการบาดเจ็บทางจิตใจ สำหรับผู้ที่รอดชีวิตจากการบาดเจ็บหลายอย่าง หรือการบาดเจ็บที่ซับซ้อน ถูกสร้างขึ้นบนทฤษฎีของการเป็นตัวแทนคู่ขนานของความทรงจำที่เจ็บปวด

Schauer et al. (2005 อ้างถึงใน เกรียงศักดิ์ รัฐกุล, 2560) กล่าวว่า การปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่อง คือ การปรึกษาที่ใช้เวลาสั้นๆ ใช้ได้ในวัฒนธรรมสากล เพื่อลดอาการของบาดแผลทางใจในกลุ่มผู้ที่รอดชีวิตจากความรุนแรง การถูกทรมานจากสงคราม การข่มขืน การก่อการร้าย และการล่วงละเมิดในวัยเด็ก การปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่องมีรูปแบบของการปรึกษาในลักษณะเปิดเผยเรื่องราว โดยที่ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาได้เล่ารายละเอียด ประวัติของพวกเขาตามลำดับ จดบันทึกไว้และให้เขาได้อ่านกลับไปกลับมา เป็นการให้ความช่วยเหลือผู้รอดชีวิตโดยการบูรณาการความทรงจำที่เจ็บปวดที่มีอยู่อย่างกระจัดกระจาย ให้เป็นเรื่องราวที่สอดคล้องกัน การเล่าเรื่องยังจะช่วยเจ้าหน้าที่ในการระบุตัวผู้กระทำผิดด้วย

Gwozdziwycz and Lewis (2013 อ้างถึงใน เกรียงศักดิ์ รัฐกุล, 2560) กล่าวว่า การปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่อง เป็นการให้การปรึกษาที่ถูกลำเอียงใช้ในการรักษาผลกระทบของการบาดเจ็บทางใจในกลุ่มผู้ลี้ภัยและใช้เพื่อป้องกันอาการเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยให้ผู้รับการปรึกษายกเรื่องราวของสิ่งที่เกิดขึ้นกับพวกเขาจนกว่าจะไม่มีองค์ความวิตกกังวลอีกต่อไป

ธัญภา พรหมรักษ์ (2550 อ้างถึงใน ชนินาฏ วัฒนา, 2558) กล่าวว่า การปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่อง เป็นการพูดคุยแบบไม่เคร่งครัด ใช้แนวคำถามเปิดกว้างที่มีประเด็นเฉพาะเจาะจง เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้เล่าเรื่องจากประสบการณ์จริงในชีวิต

กิติพัฒน์ นนทปัทมะดูล (2552 อ้างถึงใน เพียว รื่นรวย, 2562) กล่าวว่า การปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่อง คือ วิธีการเฉพาะที่ใช้ทำความเข้าใจปัญหาและผลกระทบของปัญหาที่มีต่อบุคคล หรืออาจจะอธิบายว่า การปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่อง คือวิธีการเฉพาะที่ใช้พูดคุยกับบุคคลถึงชีวิตของผู้รับการปรึกษาและปัญหาที่ผู้รับการปรึกษาเผชิญอยู่

ชนินาฏ วัฒนา (2558) กล่าวว่า การให้การปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่อง คือ การช่วยเหลือผู้รับการปรึกษา โดยการใช้การเล่าเรื่องซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถถ่ายทอดเรื่องราวของตนเองออกมาเพื่อนำไปสู่การสร้างเรื่องราวใหม่มาแทนที่เรื่องราวเดิม ๆ ที่ยังคงติดค้างอยู่ เป็นการปรึกษา

ที่มุ่งเน้นประสบการณ์ในชีวิต โดยผู้ให้การปรึกษามีหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้รับการปรึกษาให้สามารถถ่ายทอดเรื่องราวออกมาได้อย่างครบถ้วนและส่งเสริมให้ผู้รับการปรึกษาสามารถค้นพบตนเองและแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองจากรีวิวใหม่ที่สร้างขึ้นมา ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษามองเห็นแนวทางใหม่ ๆ ที่จะนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ต่อไป

เพียว์ รีนรวย (2562) กล่าวว่า การปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่อง คือ กระบวนการที่มุ่งเน้นการเล่าประสบการณ์ในชีวิตของบุคคล การเล่าเรื่องจะช่วยให้บุคคลสามารถถ่ายทอดเรื่องราวของตนเองออกมา เพื่อนำไปสู่การสร้างเรื่องราวใหม่มาแทนที่เรื่องราวเดิมที่ยังคงติดค้างอยู่ โดยผู้ให้การปรึกษามีหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้รับการปรึกษาให้สามารถถ่ายทอดเรื่องราวออกมาได้อย่างครบถ้วน และส่งเสริมให้บุคคลสามารถพิจารณาตนเองเพื่อการค้นพบตนเองและแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองจากรีวิวใหม่ที่สร้างขึ้นมา

จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยพบว่า เพียว์ รีนรวย ให้ความหมายของการปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่องได้ครอบคลุมที่สุด ดังนั้นจึงใช้ความหมายของทฤษฎีการปรึกษาเล่าเรื่องของเพียว์ รีนรวย

2.4 หลักการ แนวคิด ขั้นตอนการปรึกษา และทักษะการปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่อง

Goldenberg and Goldenberg (2008 อ้างถึงใน เพียว์ รีนรวย, 2562) กล่าวว่า การเล่าเรื่องนำมาใช้ในการปรึกษา เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเข้าถึงแก่นของเรื่องราวในแต่ละบุคคลได้เป็นอย่างดี การลำดับเหตุการณ์ต่างๆ ทำให้รู้ถึงสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างไร โดยผ่านการเล่าเรื่องจากประสบการณ์ในชีวิตของบุคคลนั้น เค้าโครงเรื่องของบุคคลย่อมแตกต่างกันตามการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งช่วยให้ผู้รับการปรึกษามองเห็นแนวทางใหม่ที่จะนำไปแก้ไขปรับปรุงปัญหาที่เกิดขึ้นได้ต่อไป การแก้ไขปัญหาลักษณะที่สัมพันธ์กันเกิดจากความเชื่อ ข้ออ้าง ความไม่มั่นใจของบุคคล ที่ทำให้แสดงออกมาด้วยความรู้สึกพ่ายแพ้ พร่ำพรรณนาถึงสิ่งที่เกิดขึ้น ท้ายที่สุดแล้วบุคคลจะสร้างเรื่องราวใหม่ที่เป็นไปได้จริงขึ้นมาทดแทนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นให้เป็นเรื่องราวในแง่บวกที่ดี เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากประสบการณ์ที่ได้ตระหนักและบอกเล่าให้ผู้ให้การปรึกษารับรู้เรื่องราวที่เกิดขึ้น แตกต่างไปแล้วแต่บุคคล ในเหตุการณ์เดียวกันอาจมีความหมายแตกต่างกันขึ้นอยู่กับ การแปลความหมายของแต่ละบุคคล การแปลความจึงเป็นดั่งบอกถึงสาเหตุที่แท้จริงของแต่ละเรื่องราวได้เป็นอย่างดี

เกรียงศักดิ์ รัฐกุล (2560) กล่าวถึง การปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่องว่าสร้างขึ้นบนพื้นฐานของทฤษฎีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) โดยมีความเชื่อหลักว่า ความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง (Dysfunctional thinking) ทำให้เกิดผลกระทบต่ออารมณ์ โดยผู้ที่มิภาวะ

ฝึกปฏิบัติทางจิตใจภายหลังย่นตราย พบลักษณะของความคิดที่บิดเบือนไปบางประการ ทำให้มักจะ มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากความเป็นจริง และมีความคิดและอารมณ์ด้านลบ ดังนั้น แนวทางในการ บำบัด คือ ถ้าสามารถประเมิน (Evaluate) ความคิดให้ถูกต้องตามความเป็นจริงหรืออยู่ในโลกของ ความเป็นจริงได้ (Realistic) อาการเกี่ยวกับอารมณ์ และพฤติกรรม ของผู้รับการปรึกษาก็จะดีขึ้น

จากประสบการณ์ส่วนใหญ่ของผู้ให้การปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่อง พบว่า บุคคลมักจะบอก เรื่องราวที่เป็นเชิงลบ ความล้มเหลว เรื่องราวที่เป็นทางตันเกี่ยวกับชีวิต เรื่องจินตนาการเพื่อฝัน ข้อแก้ตัว การมองตัวเองในทางลบ เหตุผลที่รู้สึกถูกรอรับหรือไม่เพียงพอในการอธิบายเหตุผลว่า เหตุใดบุคคลจึงไม่คิดทำอะไรที่แตกต่างได้ การที่จะประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลง จึงจำเป็นต้องสร้างเรื่องราวอื่นขึ้นมาเพื่อนำมาคิดวิเคราะห์และพิจารณาหาทางเลือกในการค้นหา คุณค่า การตั้งข้อสันนิษฐานและความหมายของประสบการณ์ชีวิตที่มีอิทธิพลต่อมุมมองของบุคคล และปัญหาจากมุมมองนี้เอง บุคคลจึงจำเป็นต้องสร้างเรื่องราวใหม่ด้วยตนเอง และเปิดใจให้กับ เรื่องราวใหม่ที่สร้างขึ้นนี้ บุคคลจำเป็นต้องเขียนเรื่องราวในอนาคตของชีวิตขึ้นมาใหม่ และเปลี่ยนแปลงแนวทางการดำเนินชีวิตตามที่วางแผนไว้

โดยทั่วไปแล้ว หน้าที่ของผู้ให้การปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่อง คือ การร่วมมือกับบุคคลในการ สืบค้นหาทางเลือกสำหรับการดำเนินชีวิตของผู้รับการปรึกษา กระบวนการให้การปรึกษาจึงต้องมีการ เคารพซึ่งกันและกัน การสนทนาแบบเล่าเรื่องจึงไม่มีการตำหนิกัน เนื่องจากผู้รับการปรึกษาคือ ผู้ที่รู้ดีที่สุดเกี่ยวกับชีวิตของตนเอง และมีความสามารถที่จะสร้างเรื่องราวที่เป็นทางบวกส่งผลต่อ ชีวิตของตนเองได้ และนำไปสู่มุมมองใหม่ ความหมายใหม่ ต่อประสบการณ์ของพวกเขา และในที่สุด ก็จะสามารถนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมใหม่ได้สำเร็จ โดยมีหลักการพื้นฐาน ดังนี้

- 1) การให้การปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่องมีศูนย์กลางความสนใจอยู่ที่การแสดงออกของบุคคลใน ประสบการณ์ชีวิตของตน ประสบการณ์ชีวิตของบุคคลจะเป็นเรื่องราวที่บุคคลมีต่อสิ่ง ต่างๆ รอบตัว และการแสดงออกดังกล่าวทำให้บุคคลนั้นมีการแปลความหมายการกระทำ ดังกล่าวของบุคคลนั้น ทั้งตนเองและคนอื่นๆ ความหมายจะไม่สามารถเกิดขึ้นก่อนที่บุคคล จะมีการตีความประสบการณ์ของตนเอง ทุกเรื่องที่เกิดขึ้นจึงมีผลต่อการแสดงออกถึง ประสบการณ์ชีวิต การให้ความหมาย การตีความหมายประสบการณ์ชีวิตที่มีประสิทธิภาพ มากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นมีทรัพยากรที่ช่วยในการตีความ (Interpretive resources) ที่จะช่วยให้มีกรอบแนวคิดที่เหมาะสมได้เพียงใด ความหมายของประสบการณ์ ของบุคคลมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยมีหลักการสำคัญ คือ

- 1.1) การกระทำที่เป็นการตีความหมายทุกอย่าง จำเป็นต้องอาศัยกรอบแนวความคิดที่มีจุดยืนอยู่ที่ประสบการณ์ของบุคคลที่อยู่ในลักษณะเดียวกันกับบุคคลที่เล่าเรื่อง ตลอดจนต้องอาศัยกรอบแนวคิดที่เป็นการนำเหตุการณ์เฉพาะในชีวิตของบุคคลผู้หนึ่งไปเชื่อมโยงสัมพันธ์กับเหตุการณ์ชีวิตของผู้อื่น
 - 1.2) ประสบการณ์ชีวิตของบุคคลจะปรากฏขึ้น ในลักษณะเป็นเส้นตรง (Linearity) ที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากประสบการณ์ที่บุคคลมีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตบุคคลนั้น ได้เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่งของประสบการณ์ชีวิตอันยาวนานของบุคคล โดยเราไม่สามารถจะเปลี่ยนแปลงการดำรงอยู่ในแต่ละช่วงเวลาของชีวิตได้
 - 1.3) บุคคลแต่ละคน จะใช้ชีวิตอยู่กับความหมายหลากหลายที่แต่ละบุคคลตีความ สอดคล้อง และความหมายอาจจะตรงกันกับความหมายของบุคคลอื่นๆ ที่บุคคลนั้นดำรงชีวิตอยู่
 - 1.4) การให้ความหมายของประสบการณ์ในระยะแรกอาจจะคลุมเครือ ไม่ชัดเจนและอาจจะเกิดกระบวนการเจรจาต่อรอง ตามแต่กระบวนการที่แต่ละบุคคลให้ความหมาย
- 2) โครงสร้างของเรื่องเล่า จะช่วยสร้างกรอบแนวความคิดหลัก ๆ ให้กับบุคคลในการดำเนินชีวิตประจำวันของตน โดยกรอบแนวความคิดนี้ บุคคลแต่ละคนจะเชื่อมโยงเหตุการณ์ชีวิตของตน อย่างไ้เรียงเป็นลำดับเหตุการณ์และเป็นไปตามประเด็นเรื่องเฉพาะในแต่ละเรื่องของตนในโครงสร้างของเรื่องเล่า การอธิบายเหตุผลแบบไ้เรียงเป็นเส้นตรงเป็นสิ่งที่ปรากฏอยู่อย่างโดดเด่นใน โครงสร้างของเรื่องเล่า กล่าวคือ เหตุการณ์หนึ่งจะเป็นพื้นฐานของการนำไปสู่เหตุการณ์อื่นๆ ไ้เรียงกันไปเสมอ
 - 3) เรื่องราวที่ท่วมท้นไปด้วยปัญหา (Problem-saturated stories) แนวคิดการปรึกษาแบบเรื่องเล่ามีความเชื่อพื้นฐานว่า อัตลักษณ์ของบุคคลเป็นผลมาจากการคัดแปลงจากเรื่องราวหรือเรื่องเล่าทั้งในเชิงเฉพาะตนของแต่ละบุคคลและในเชิงวัฒนธรรมโดยทั่วไป อัตลักษณ์ของบุคคลหรือกลุ่มที่พบว่าเป็นปัญหา หมายถึง เรื่องราวที่ถูกครอบงำและท่วมท้นไปด้วยปัญหา (Problem-saturated stories) ของบุคคลหรือกลุ่มนั้น เมื่อเรื่องราวของบุคคลถูกครอบงำด้วยปัญหา ทำให้เบียดบังเรื่องราวทางเลือกที่พึงประสงค์ออกไป เรื่องราวที่น่าจะเป็นทางเลือกของชีวิตอัน พึงประสงค์กลายเป็น เรื่องราวที่ตีบตัน ไปด้วยปัญหา (Marginalized discourses ความรู้ที่ตีบตันและการแสดงอัตลักษณ์ที่บิดเบือน ทั้ง ๆ ที่เป็น

เรื่องราวที่ฟังประสงค์ แต่ว่าถูกทำให้เลือนหายหรือถูกลดคุณสมบัติลงโดยการสนทนา แต่เรื่องราวที่เป็นปัญหา ซึ่งบุคคลหรือกลุ่มไปยอมรับเข้ามาเป็นของตัวเอง และถูกชี้นำด้วยเรื่องเล่าในทางลบ ตัวอย่างของวาทกรรมที่ครอบงำควบคุมชีวิต เช่น ลัทธิทุนนิยม บริ โภคนิยม วิธีคิดชายเป็นใหญ่ และเพศวิถีแบบรักต่างเพศ เป็นต้น ยิ่งไปกว่านั้น วิธีคิดแบบแบ่งแยกคนเป็นสองประเภท (Binaries) เช่น การมีสุขภาพที่ดี สุขภาพที่ไม่ดี (Healthy/Unhealthy) คนปกติ-คนผิดปกติ (Normal/Abnormal) คนที่มีประสิทธิภาพ คนที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Function/ Dysfunction) ชุดความคิดเหล่านี้เป็นวิธีคิดที่ละเอียดหรือมองข้ามทั้งความสลับซับซ้อนของประสบการณ์ชีวิต และยังมองข้ามความหมายส่วนบุคคลและความหมายเชิงวัฒนธรรมที่อยู่ในบริบทประสบการณ์ชีวิตของบุคคล

การปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่อง เป็นการให้การปรึกษาที่มีลักษณะเฉพาะ ดังต่อไปนี้

- 1) การปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่อง เป็นทางเลือกเพื่อให้บุคคลเล่าเรื่องและเล่าเรื่องซ้ำๆ เกี่ยวกับกระบวนการเกิดและการดำเนินการที่เกิดขึ้นซ้ำๆ ในเรื่องราวชีวิตที่เต็มใจจะเปิดเผย
- 2) การปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่อง ทำให้ผู้รับการปรึกษาได้ทราบเหตุการณ์ชีวิตของตนเองที่มีลักษณะเฉพาะตน (Unique) ซึ่งทำให้บุคคลได้ทราบเหตุการณ์ที่ขัดแย้ง ไม่แน่นอน ซึ่งอาจไม่ใช่เหตุการณ์ปกติธรรมดาทั่วไป โดยสถานการณ์ในชีวิตอาจมีนัยสำคัญต่อทางเลือกของสถานการณ์ในปัจจุบันของบุคคลนั้น
- 3) การปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่องเป็นการเริ่มต้นใหม่ (Re-engagement) ผ่านทางเลือกในปัจจุบันของชีวิตของบุคคล ทั้งนี้ การเล่าเรื่องเป็นการเชื่อมโยงทางเลือกในสถานการณ์ปัจจุบันให้เข้ากับประสบการณ์ในอดีต การเชื่อมโยงดังกล่าวยังได้ส่งผลทำให้บุคคลมองเห็น "ปัญหา" การที่บุคคลได้เรียบเรียงเรื่องเล่าใหม่ ผ่านการตีความหมายโดยกระบวนการของทฤษฎีการปรึกษาเล่าเรื่อง ทำให้เข้าใจตนเองและสถานการณ์ที่ผ่านมามีขึ้น
- 4) การปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่องเป็นการสำรวจปัญหา (Exploration) ความรู้และทักษะทางเลือก ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการแสดงออก ซึ่งประสบการณ์ชีวิตและเป็นองค์ประกอบของการกำหนดอัตลักษณ์ของประวัติศาสตร์ วัฒนธรรม และทักษะและความรู้ของบุคคล
- 5) การปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่อง เป็นการสำรวจค้นหาข้อเสนอต่อการดำเนินชีวิต เชื่อมโยงกับชุดการกระทำที่มีฐานมาจากความรู้ ทางเลือก และทักษะชีวิตทางเลือกที่เกี่ยวข้อง
- 6) การปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่อง เป็นการพรรณนาความอย่างละเอียดประณีต (Thick description) ทั้งนี้กระบวนการการปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่องเป็นการปลุกสำนึกของบุคคลให้อธิบายถึง

เหตุผลว่า เหตุใดบุคคลจึงกระทำสิ่งที่ได้ทำลงไป อธิบายถึงความคิด ความปรารถนา ความนึกคิด อารมณ์ ความมุ่งหวัง ความหวัง ความตั้งใจ เป้าประสงค์ แรงจูงใจ ความใฝ่ฝัน ความลุ่มหลง ความหวังใย ค่านิยม ความเชื่อ ความเพ้อฝัน ความผูกพัน

- 7) การปริกษาทฤษฎีเล่าเรื่อง เป็นการพรรณนาอย่างเข้มข้น (Rich description) โดยเรื่องราวทางเลือกของบุคคลในปัจจุบันมักจะเป็นเรื่องราวที่เชื่อมโยงไปสู่เรื่องราวทางเลือกในอดีตของบุคคลเสมอ เป็นการเชื่อมโยงเรื่องราวที่ข้ามผ่านช่วงเวลาของชีวิตบุคคล
- 8) การปริกษาทฤษฎีเล่าเรื่อง เป็นการพรรณนาอย่างเข้มข้น โดยการบำบัดทำให้เกิดการเชื่อมโยงเรื่องราวชีวิตของบุคคลในอดีตและปัจจุบัน เชื่อมผสานเข้ากับเรื่องราวชีวิตของบุคคลอื่นตลอดจนเป็นการเชื่อมโยงเรื่องราวของชีวิตบุคคลต่างๆ โดยเป็นไปตามประเด็นร่วมของผู้อื่น ทั้งในอดีตและปัจจุบัน เช่น ประเด็นด้านจุดมุ่งหมาย ค่านิยม พันธะผูกพันต่อกัน เป็นต้น และทำให้เกิดบริบทของการเล่าเรื่องและเล่าเรื่องซ้ำ (Telling and retelling) ตลอดจนทำให้เกิดการเล่าเรื่องซ้ำนั้นอย่างซ้ำ ๆ (Retelling of retellings)
- 9) การปริกษาทฤษฎีเล่าเรื่อง เป็นกระบวนการที่นำไปสู่การสร้างการพรรณนาอย่างละเอียด ประณีตและอย่างเข้มข้น ซึ่งถือว่าเป็นพื้นฐานเพื่อนำไปสู่การแสดงออกการดำเนินการ และการบอกเล่าเรื่องราวที่ตามมา

ขั้นตอนการปริกษาทฤษฎีการเล่าเรื่อง

Vromans and Schweitzer (2010 อ้างถึงใน เพียว์ รีนรวาย, 2562) ได้จัดทำคู่มือการปริกษาทฤษฎีเล่าเรื่อง โดยมีขั้นตอน 5 ขั้นตอน คือ

- 1) การสร้างสัมพันธภาพ (Establishing relationship)
- 2) การเล่ารายละเอียดของเรื่องราวที่เป็นปัญหา (Eliciting problem stories)
- 3) การทำลายโครงสร้างหลักของเรื่องราว (Deconstructing dominant stories)
- 4) การอ้อมเอมกับเรื่องราวที่พอใจ (Embracing preferred stories)
- 5) การมีชีวิตอยู่กับเรื่องราวที่มีคุณค่า (Living enriched stories)

Beels (2001 อ้างถึงใน เพียว์ รีนรวาย, 2562) กล่าวว่า ขั้นตอนในการให้การปริกษาทฤษฎีเล่าเรื่อง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

- 1) การฟังเรื่องราวของปัญหา (Listening to the story of the problem) คือการสร้างเรื่องราวใหม่ในฐานะความเจ็บปวดของผู้รับการปริกษา การทำเช่นนี้ ผู้ให้การปริกษาและผู้รับการปริกษาจะ

มุ่งให้ความสนใจไปที่ผลกระทบมากกว่าสาเหตุของปัญหา ซึ่งจะช่วยให้เกิดกระบวนการนำปัญหาออกสู่ภายนอก (Externalizing the problem)

2) การสลับไปที่ปัญหาเพื่อทำการสำรวจ (Alternative to the problem are explored) เพื่อสร้างสรรค์ให้เกิดการให้ความสำคัญกับผลลัพธ์เฉพาะตน (Unique outcomes) หรือช่วงเวลาที่เป็นปัญหานั้นไม่มีผลกระทบกับชีวิต การใส่ใจถูกนำมาใช้อย่างมากในช่วงเวลานี้ จะได้ผลลัพธ์ของเนื้อหาลึก (Thick) และเต็มไปด้วยผลลัพธ์เฉพาะตน

3) ผู้รับการปรึกษาจะถูกขอให้ตัดสินใจ ถ้าผลลัพธ์ของเรื่องราวที่มีความสมบูรณ์แบบ (Perfect story) ในกรณี ที่การกระทำหรือสถานการณ์ของผู้รับการปรึกษามีความสอดคล้องกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง หรือสามารถเป็นที่ยอมรับได้มากกว่าเรื่องราวที่เต็มไปด้วยปัญหา

แนวทางการสนทนาของทฤษฎีการปรึกษาเล่าเรื่อง (Map of narrative practice)

White (2007 อ้างถึงใน เพียวรี นรวิชัย, 2562) กล่าวถึงแนวทางการสนทนาของการปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่องไว้ว่า

1) บทสนทนาที่เน้นการนำปัญหาออกสู่ภายนอก (Externalizing conversations) การใช้บทสนทนาที่เน้นการนำปัญหาของผู้รับการปรึกษาออกสู่ภายนอก (Externalizing conversations) มาจากพื้นฐานการมองว่า "ปัญหาก็คือปัญหา บุคคลไม่ใช่ปัญหา" การใช้บทสนทนาที่เน้นการนำปัญหาออกจากตัวผู้รับการปรึกษามาสู่ภายนอกนั้น มีแนวคิดสำคัญอยู่ที่การพิจารณาตัดสินใจว่า เหตุการณ์ใดที่ผู้ให้การปรึกษาควรพูดถึง เหตุการณ์นั้นควรเป็นเหตุการณ์ที่มีความสำคัญต่อผู้รับการปรึกษา ในฐานะที่เป็นหนทางอันจะนำไปสู่การกำหนดสร้างหน่วยความคิด (Units of thoughts) และการกระทำอันเป็นอิสระ การใช้บทสนทนาที่เน้นการนำปัญหาออกสู่ภายนอกยังประกอบด้วยชุดคำถามสำคัญอีก 4 ประการ ได้แก่

- การตั้งคำถามในแนวการพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ใกล้ชิดตัวของผู้รับการปรึกษากับค่านิยมความหมายของปัญหา
- การตั้งคำถามเกี่ยวกับการกำหนดแผนที่แสดงผลกระทบของกิจกรรมปัญหาที่มีต่อผู้รับการปรึกษา
- การตั้งคำถามเกี่ยวกับการประเมินผลกระทบของกิจกรรมปัญหาที่มีต่อผู้รับการปรึกษา

- การตั้งคำถามเกี่ยวกับการให้เหตุผลความถูกต้องต่อการประเมินผลข้างต้น
- 2) บทสนทนาที่เน้นการแต่งเรื่องขึ้นใหม่ (Re-authoring conversations) มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีด้านวรรณกรรมของ Jerome Bruner อันเป็นทฤษฎีเกี่ยวกับการอุปมาอุปมัยเรื่องเล่า (Narrative metaphor) ซึ่งจำแนกแยกแยะเรื่องราวออกเป็นสองมุมมอง (Landscapes) ได้แก่ มุมมองด้านการกระทำ (Landscape of action) และมุมมองด้านจิตสำนึก (Landscape of consciousness) การใช้บทสนทนาที่ผู้รับการปรึกษาจะต้องเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับประวัติความเป็นมาของสถานการณ์ความยากลำบากที่เขาหรือเธอประสบ คลี่คลายไปตามเวลา และสอดคล้องไปกับประเด็นหรือเค้าโครงของเรื่อง เนื้อหาที่ผู้รับการปรึกษาเล่ามักจะเป็น ความพ่ายแพ้ ความล้มเหลว ความไร้สมรรถภาพ ไร้ความสามารถ ความสิ้นหวัง ความไร้คุณค่า และความเปล่าประโยชน์ ประเด็นหรือเค้าโครงที่ผู้รับการปรึกษาเล่าโดยมีลักษณะเรื่องราวที่ถูกครอบงำด้วยความต่ำต้อยค่อมเหล่านี้ จะเป็นจุดเริ่มต้นที่ผู้รับการปรึกษาจะใช้สำหรับการเริ่มต้นแต่งเรื่องขึ้นใหม่ (Re-authoring) บทสนทนาที่เน้นการแต่งเรื่องใหม่จะช่วยปรับแต่งประเด็นหรือเค้าโครงที่เป็นความล้มเหลวพ่ายแพ้ต่าง ๆ แล้วนำไปเป็นพื้นฐานที่เชื่อมโยงไปกับประเด็นหรือเค้าโครงอันงดงามมีคุณค่าในชีวิตของผู้รับการปรึกษา
- 3) บทสนทนาที่ปรับแต่งขึ้นใหม่ (Re-membering conversations) ผู้ให้การปรึกษาทฤษฎีเรื่องการใช้บทสนทนาที่ปรับแต่งขึ้นมาใหม่ (Re-membering conversations) จากพื้นฐานความเชื่อว่าคุณลักษณะของคนเราก่อรูปขึ้นมาจากการเชื่อมโยงชีวิตของบุคคลเข้ากับความเป็นสมาชิกภาพ อันประกอบขึ้นจากรูปลักษณ์สำคัญ (Significant figures) และอัตลักษณ์ของบุคคล ทั้งจากอดีต ปัจจุบัน และในอนาคต บทสนทนาเพื่อปรับแต่งสมาชิกภาพขึ้นมาใหม่จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาทบทวนสมาชิกภาพ ปรับลดลง หรือเพิ่มบทบาท ความเป็นสมาชิกภาพของบุคคล ทั้งนี้ ถือเป็นการสร้างความผูกพันขึ้นมาใหม่ (Re-engagement) อย่างมีเป้าหมายเด่นชัด บทสนทนาที่เน้นการปรับแต่งสมาชิกภาพขึ้นมาใหม่ประกอบด้วย การตั้งคำถามตามลำดับขั้น 4 ขั้นตอน ดังนี้
- เป็นการถามเพื่อต้องการทราบว่า รูปลักษณ์มีผลต่อชีวิตของบุคคลคนนั้น อย่างไร
 - เป็นการซักถามเพื่อต้องการทราบถึงอัตลักษณ์ของบุคคล ที่บุคคลมองรูปลักษณ์ในขั้นตอนแรกนี้
 - เป็นคำถามเพื่อต้องการทราบว่า บุคคลมีผลต่อชีวิตของรูปลักษณ์ อย่างไร

- เป็นคำถามเพื่อต้องการทราบว่า การส่งผลต่ออัตลักษณ์ของรูปลักษณ์นั้นมีนัยสำคัญอย่างไร

4) บทสนทนาที่เป็นพิธีการกำหนดนิยามใหม่ที่ให้คุณค่า (Definitional ceremonies) ผู้ให้การปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่องใช้บทสนทนาที่มีลักษณะเป็นพิธีการเพื่อกำหนดนิยามความหมายใหม่ที่ให้คุณค่า (Definition ceremonies) เพื่อการยอมรับ (Acknowledge) หรือให้ระดับคุณค่าใหม่แก่ชีวิตของบุคคล บางครั้งบุคคลพบว่า พิธีการส่งผลให้ชีวิตคนเรามีคุณค่าลดลง พิธีการที่ลดคุณค่าชีวิตเหล่านี้ ทำให้ชีวิตของคนเราถูกพิพากษา ถูกตัดสิน วัตถุประสงค์ไปตามที่สถานที่สุดสมกำหนดสร้าง ชีวิตของคนเราถูกพิพากษาอย่างไม่เหมาะสมอย่างไร สมรรถภาพ อย่างเป็นทางการเป็นความผิดกฎเกณฑ์ ผิดระเบียบของสังคม และบ่อยครั้งตัดสินว่า อัตลักษณ์เช่นนี้เป็นความล้มเหลวในชีวิต พิธีการที่ให้ความหมายที่มีคุณค่าใหม่ เป็นการจัดให้ผู้รับการปรึกษาได้มีทางเลือกในการพูดถึง หรือแสดงออกซึ่งเรื่องราวในชีวิตตน ต่อหน้าผู้ชมผู้ฟังคนนอก (Outsider witnesses) ที่ได้รับการคัดเลือกมาอย่างรอบคอบ ผู้ชมผู้ฟังคนนอกเหล่านี้จะตอบสนองต่อเรื่องราวของบุคคล ด้วยการเล่าเรื่องราวซ้ำใหม่ (Retellings) ซึ่งเป็นเรื่องราวที่ได้รับการปรับปรุงใหม่หรือแต่งขึ้นใหม่ด้วยการยอมรับ การเล่าเรื่องราวซ้ำใหม่และการตอบกลับของผู้ชมผู้ฟังคนนอกจะทำให้เกิดมีเสียงสะท้อน (Resonance) ที่ทรงพลังอย่างยิ่ง และเกิดการยอมรับอย่างสูงในการให้คุณค่าของบุคคลต่อสิ่งที่เป็นการกระทำในการดำรงชีวิตของเขาหรือเธอ ขณะเดียวกันบทสนทนาที่เป็นพิธีการกำหนดนิยามใหม่ที่ให้คุณค่า (Definitional ceremonies) ก็นำไปสู่ประสบการณ์ชีวิตของบุคคล ที่ได้นำออกมาแบ่งปันร่วมกับผู้อื่น ขั้นตอนของพิธีการนิยามความหมายที่มีคุณค่าใหม่มี 3 ขั้นตอนคือ

4.1) การเล่าเรื่องราวชีวิตที่มีนัยสำคัญของบุคคลที่เป็นศูนย์กลางของพิธีการนี้

4.2) การกล่าวตอบกลับเรื่องราว โดยผู้ชมผู้ฟังคนนอก ซึ่งในขั้นตอนที่สองนี้มีชุดบทสนทนาที่นำมาถามเพื่อต้องการทราบข้อมูลอีก 4 ชุด ได้แก่

4.2.1) ชุดคำถามที่ต้องการทราบประเด็นเฉพาะของการแสดงออก (Particularities of expression) ได้แก่

- อะไร ทำให้เกิดการดึงดูดความสนใจในเรื่องราวที่เล่า รวมทั้งอะไรทำให้เกิดการจุดประกายของจินตนาการ

- อะไร เป็นคำเฉพาะ วลีเฉพาะ หรืออารมณ์เฉพาะ ที่เกิดขึ้นในเรื่องราวที่เล่า

4.2.2) ชุดคำถามที่ต้องการทราบประเด็นเกี่ยวกับภาพลักษณ์และการคาดการณ์ว่าจะมีการสะท้อนสิ่งใดเกิดขึ้นบ้าง ในด้านการทำความเข้าใจอย่างง
ใจ

- อะไร คือภาพลักษณ์ที่ปรากฏขึ้นในใจเรา ในขณะที่ได้ฟังเรื่องราว

- อะไร คืออุปมาอุปไมยเฉพาะ (Metaphors) ที่บ่งบอกชีวิตของบุคคลนี้ ภาพอัตลักษณ์ของบุคคลนี้เป็นอย่างไร สัมพันธภาพเป็นอย่างไร หรือแบบแผนความหมายของชีวิตบุคคลนี้เป็นอย่างไร

- ภาพของบุคคลนี้สะท้อนเป้าหมาย ค่านิยม ความเชื่อ ความหวัง ความใฝ่ฝัน และพันธะผูกพันของบุคคลอย่างไร อะไร เป็นสิ่งที่ชีวิตของเขาหรือเธอต้องการ

- ภาพลักษณ์เหล่านี้บอก อะไร เกี่ยวกับชีวิตและอัตลักษณ์ของบุคคลนี้ได้บ้าง

4.2.3) การสะท้อน

- ความสนใจของผู้ชมผู้ฟังเกิดขึ้นได้อย่างไร ทั้งในส่วนของความสนใจที่แสดงออกอย่างประจักษ์ชัดและไม่ประจักษ์ชัด

- ประสบการณ์ส่วนตัว ในประวัติของผู้ชมผู้ฟังที่ได้รับการปลูกฝังขึ้นมาจากการได้ยินได้ฟังเรื่องราวของบุคคล

4.2.4) การส่งถ่าย (Transport)

- หนทางใดบ้าง ที่ผู้ชมผู้ฟังได้รับรู้ ต้องมีการเคลื่อนไหวไปจากเดิม

- ส่วนไหน ที่ใดบ้าง ที่ผู้ชมผู้ฟังเป็นฝ่ายลากพาการเล่าเรื่องออกไปจากจุดที่มันควรจะไปถึง

4.3) การพูดถึงการเล่าเรื่องซ้ำของผู้ชมผู้ฟังคนนอก โดยบุคคลที่เป็นศูนย์กลางของพิธีการ มุมมองของเรื่องเล่าและประเด็นต่างๆ จะถูกปรับดัดแปลงโดยโครงสร้างของพิธีการ ขั้นตอนทั้งสามขั้นตอนจะตอบรับกับประเด็นเฉพาะต่างๆ การซักถามในประเด็นต่างๆ ก็สอดคล้องไปกับประเด็นเด่นที่พบ การมีส่วนร่วมของผู้ชมผู้ฟังในกระบวนการให้การปรึกษาจะอยู่ในความดูแลรับผิดชอบของผู้ให้การปรึกษา การเล่าเรื่องราวของบุคคลจะเป็นศูนย์กลางของพิธีการโดยตลอด

5) บทสนทนาที่เน้นผลลัพธ์เฉพาะตน (Conversations that highlight unique outcomes) ผู้ให้การปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่อง ใช้บทสนทนาที่เน้นผลลัพธ์เฉพาะตน (Conversations that

highlight unique outcomes) ในการทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของบุคคล ทั้งนี้ ผู้ให้การปรึกษาจะมีวิธีการตั้งคำถามในส่วนนี้ แบ่งเป็น 4 ประเภทคำถาม ได้แก่

- การตั้งคำถามถึงการต่อร่องระหว่างประสบการณ์ใกล้เคียงกับนิยามความหมายเฉพาะของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะ ว่ามีความลงตัวได้เพียงไร
- การตั้งคำถามถึงแผนที่ที่แสดงผลกระทบของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
- การประเมินผลต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะและผลกระทบ
- การให้เหตุผลความถูกต้องต่อการประเมินผลนั้น

เนื่องจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะมักจะได้รับการขัดขวางจากความทรงจำเดิมของบุคคล ผู้ให้การปรึกษาดำเนินการตามแนวทฤษฎีแบบเล่าเรื่องจึงจำเป็นต้องพยายามมีจุดยืนที่ไม่นำตนเข้าสู่ศูนย์กลาง แต่ให้ความสำคัญกับผู้รับการปรึกษาอย่างสูง เพื่อว่าการสำรวจเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจะประสบความสำเร็จ เช่นเดียวกับการปรับแต่งเรื่องขึ้นใหม่

- 6) บทสนทนาพัฒนาความคิดและการสร้างภาพลักษณ์ใหม่ (Scantling conversations) ผู้ให้การปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่อง ใช้บทสนทนาในระดับแนวความคิดต่อชีวิตและภาพลักษณ์ของบุคคลขึ้นใหม่ (Scaffolding conversations) โดยอาศัยพื้นฐานจากแนวคิดทฤษฎี "บริเวณใกล้เคียงพัฒนาการ" (Zone of proximal development) ของ Vygotsky ที่อธิบายว่า "ระยะห่างระหว่างระดับการพัฒนาที่แท้จริง ซึ่งถูกกำหนดโดยการแก้ไขปัญหาคือระดับระดับศักยภาพการพัฒนา ที่ถูกกำหนดโดยการแก้ไขปัญหาคือระดับความสามารถของผู้ใหญ่ หรือได้รับความร่วมมือจากเพื่อนที่มีความสามารถ" โดยในทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่มีความสำคัญในฐานะเป็นศักยภาพของทางเลือก ไม่ใช่การควบคุมทางสังคม

ทักษะการปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่อง

Payne (2006 อ้างถึงใน เพียวรี นรราช, 2562) กล่าวถึงทักษะการปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่องไว้ดังต่อไปนี้

- 1) ทักษะการช่วยให้บุคคลเล่าปัญหาของตนเอง (Assisting the person describe the problem) การที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งจะเล่าเรื่องราวอันสลับซับซ้อนของตนออกมาให้ผู้อื่นได้ฟังไม่ใช่เรื่องง่าย บางคนอาจต้องใช้เวลาอันที่ระลึกฟื้นความทรงจำออกมาเป็นคำพูด โดยเฉพาะเรื่องราวของผู้รับการปรึกษามักเป็นเรื่องราวที่เต็มไปด้วยปัญหา (Problem-saturated) เมื่อบุคคลมาพบผู้ให้การปรึกษา บุคคลนั้นอาจจะมีเรื่องราวมาเล่า หรือ มีแผนที่ (Map) ที่กำหนดไว้

ในใจหรือในความคิดมาแสดงให้ผู้ให้การปรึกษาได้รับรู้บุคคลส่วนใหญ่มีความสับสน มีความกังวลใจรู้สึกด้อยค่า บุคคลอาจจะเก็บรายละเอียดได้ไม่หมด หลงลืม หรือเล่าอย่างวกวน แต่นั่นเป็นของจริงที่บุคคลแสดงออกมาเท่าที่จะจำได้ ผู้ให้การปรึกษาจึงต้องให้ความเคารพและเชื่อในเรื่องราวที่เต็มไปด้วยปัญหาที่ผู้รับการปรึกษาเล่าออกมาให้ฟัง บุคคลมาพบผู้ให้การปรึกษาพร้อมกับเรื่องราวต่าง ๆ มาเล่าให้ฟัง เพราะต้องการที่จะมาแต่ง "เรื่องราวใหม่" ร่วมกับผู้รับการปรึกษา แต่บางครั้งบุคคลก็ไม่สามารถจะเล่าเรื่องราวออกมาได้ ผู้รับการปรึกษาจึงต้องการให้ผู้ให้การปรึกษาเป็น "ผู้ประพันธ์ร่วม" กับตน บุคคลจะจัดระบบความหมาย เรียบเรียงความหมายและบรรจุตัวตนของตนเองเอาไว้ในบทสนทนา ผู้ให้การปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่องต้องค่อยๆ เข้ามาร่วมเป็นผู้เรียบเรียงเรื่องราวใหม่อย่างช้าๆ

- 2) ทักษะการสร้างความคุ้นเคย ผู้ให้การปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่องจำเป็นต้องมีทักษะการสร้าง ความคุ้นเคย เมื่อผู้ให้การปรึกษาต้องตอบสนองต่อผู้รับการปรึกษาที่เพิ่งนั่งลงตรงหน้า โดยมาพบกับเราเป็นครั้งแรก การที่บุคคลต้องมานั่งตรงหน้าคนที่ ไม่เคยรู้จักมาก่อน ในห้องที่แสนจะไม่คุ้นเคย และยังนำเอาความเจ็บปวด ความกับข้องใจเข้ามาด้วย บางครั้ง ผู้รับการปรึกษาอาจจะรู้สึกอึดอัด ลำบากใจ หรือตะอวยใจที่จะพูดเรื่องราวออกมา ผู้ให้การปรึกษาจะต้องเชิญบุคคลผู้ที่ผู้รับการปรึกษาคู่คุ้นเคยและเกี่ยวข้องเข้ามาอธิบาย ให้เกิดความเข้าใจถึงเหตุผล ความเป็นมาที่ทำให้ผู้รับการปรึกษาถูกส่งต่อมาพบผู้ให้การ ปรึกษาดามแนวทฤษฎีแบบเล่าเรื่อง หากผู้รับการปรึกษายังมีความลังด ผู้ให้การปรึกษาต้อง ไม่รีบร้อน ต้องรอคอยอย่างใจเย็น ให้เวลากับการสร้างความคุ้นเคย ใช้ภาษากาย ภาษาตา เพื่อส่งสารในเชิงบรรยากาศของการผ่อนคลาย และความพร้อมที่จะเป็นฝ่ายรับฟัง
- 3) ทักษะการกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาเล่าเรื่องราวให้ครบถ้วน เมื่อบุคคลเล่าเรื่องอาจจะมี การหยุดเว้นเป็นระยะตามธรรมชาติ แต่เมื่อสังเกตว่าบุคคลกำลังจะยุติการเล่าเรื่องราว ปัญหา ผู้ให้การปรึกษาต้องกระตุ้นให้ผู้ให้บริการพรรณนาต่อ หรือขยายเนื้อหาออกไป ผู้ให้การปรึกษาอาจใช้คำถามที่ต้องการรายละเอียด เช่น ใช้คำถามง่าย ๆ ที่แสดงความ สนใจในเนื้อหาเรื่องราวที่บุคคลกำลังเล่า และแสดงความใส่ใจ ห่วงใยต่อผลกระทบของ ปัญหา อิทธิพลของปัญหาที่มีต่อชีวิตของคนในครอบครัว ถ้ามถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ปัญหา กับประเด็นค่านิยม พฤติกรรม อารมณ์ ร่างกาย การปฏิสัมพันธ์ และทัศนคติ การถามถึง

ผลกระทบของปัญหาในช่วงระยะเวลาต่าง ๆ ระหว่างปัญหากับคนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างหลากหลาย เป็นต้น

- 4) ทักษะการเชิญให้ผู้รับการปรึกษาตั้งชื่อเกี่ยวกับปัญหา (Inviting the person to name the problem) บุคคลมักจะรู้สึกไร้พลังอำนาจเมื่อประสบกับปัญหา บุคคลจะพยายามเอาชนะปัญหาให้ได้ แต่ว่าเขาหรือเขามักจะรู้สึกล้มเหลว การที่บุคคลไม่อาจจำแนกแยกแยะปัญหาได้อย่างชัดเจนอาจนำไปสู่ความรู้สึกล้มเหลวได้ การตัดสินใจมาพบนักบำบัดจึงเหมือนเป็นการเลือกทางเลือกสุดท้ายเท่าที่มีอยู่ บุคคลบางคนอาจจะแสวงหาทางออกด้วยการอ่านหนังสือด้านจิตวิทยา จุดมุ่งหมายของการปรึกษตามแนวทฤษฎีแบบเล่าเรื่องตั้งแต่เริ่มแรกคือ การช่วยให้บุคคลสามารถกลับมาควบคุมชีวิตของตนได้หรืออย่างน้อยที่สุด การปรึกษาต้องช่วยให้บุคคลลดความรู้สึกที่ลงโทษตนเอง ที่มองไม่เห็น ความเป็นไปได้ที่จะควบคุมชีวิตของตนได้เลย ดังนั้น การปรึกษตามแนวทฤษฎีแบบเล่าเรื่องจึงต้องมีทักษะในการเชิญให้ผู้รับการปรึกษาได้ตั้งชื่อให้กับปัญหาของตน การที่บุคคลสามารถตั้งชื่อให้กับปัญหาได้จะแสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ชีวิตของตนได้ในระดับหนึ่ง เพียงแต่การกำหนดชื่อปัญหา ก็เป็นการเริ่มต้นที่จะแสดงการกักตอองอะไรบางอย่างหรือใครบางคนให้ได้
- 5) ทักษะการนำปัญหาออกสู่ภายนอก (Externalizing the problem) การนำปัญหาออกสู่ภายนอก หมายถึง การพยายามดำรงทัศนคติที่สะท้อนปัญหาออกมาในรูปของคำพูด โดยทำให้ปัญหามีคุณลักษณะเป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อบุคคล แทนที่จะเป็นคุณลักษณะภายในของบุคคล ผู้ให้การปรึกษตามแนวทฤษฎีแบบเล่าเรื่องจะใช้อุปมาอุปไมย (Metaphors) ที่ใช้อธิบายปัญหาที่คุกคามบุคคลและส่งผลร้ายต่อชีวิตบุคคล การนำปัญหาออกสู่ภายนอกสามารถดำเนินการ โดยใช้เครื่องมือทางวาทกรรมสัมพันธ์ (การวิเคราะห์ โครงสร้างของคำพูด เหตุการณ์ของเรื่องราว) เพื่อสะท้อนให้เห็นว่า บุคคลไม่ได้กลายเป็นปัญหา ดังนั้น ปัญหาจึงเป็นสิ่งที่บุคคลจะเปลี่ยนแปลงแก้ไขในทิศทางที่แยกปัญหาออกจากตัวบุคคล การนำปัญหาออกสู่ภายนอกบุคคลจึงเป็นภาษาที่แฝงความหวังและการส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลกลับมามีพลังอำนาจ การทำปัญหาของบุคคลออกสู่ภายนอกบุคคล เรียกว่าเป็นการสนับสนุนส่งเสริมให้บุคคลทำปัญหาของตนให้กลายเป็นวัตถุ (Objectify) ซึ่งส่งผลดีต่อผู้รับคำปรึกษา คือ ลดความขัดแย้งที่ไม่สร้างสรรค์ระหว่างบุคคล สลายความรู้สึกล้มเหลวที่เกิดกับบุคคล ในขณะที่เขาหรือเธอพยายามแก้ไขปัญหของตน แต่ปัญหายังคง

ดำรงอยู่ เสริมสร้างช่องทางที่บุคคลจะร่วมมือกับผู้อื่นในการต่อสู้กับปัญหา และหลบหลีกอิทธิพลของปัญหาไม่ให้มีอิทธิพลต่อชีวิตและสัมพันธภาพของบุคคล เปิดโอกาสความเป็นไปได้ใหม่ ๆ สำหรับบุคคลในการนำชีวิตและสัมพันธภาพของตนกลับคืนมาจากปัญหาและอิทธิพลของปัญหา ปลดปล่อยให้บุคคลพ้นจากสถานการณ์ปัญหาที่รุนแรงถึงความเป็นความตาย โดยใช้แนวคิดแนวทางที่มีความตึงเครียดกดดันน้อยกว่าและมีประสิทธิผลมากกว่า สร้างทางเลือกหลาย ๆ ทางเลือกในการพูดคุยสนทนา แทนที่จะเป็นฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นผู้นำการพูดแต่ฝ่ายเดียว

- 6) ทักษะการใช้ภาษาอุปมาอุปไมย เป็นความตั้งใจเลือกภาษาพูด คำ หรือวลีที่นำพาปัญหาออกจากตัวบุคคล โดยใช้บทสนทนาธรรมดาและเป็นไปอย่างธรรมชาติ เนื่องจากภาษาทุกภาษามีคุณลักษณะของอุปมาอุปไมยอยู่แล้ว ไม่ว่าจะ เป็นภาษาเขียนหรือภาษาพูดที่ทำให้ปัญหาปักตรึงอยู่ภายในบุคคลเกิดขึ้นได้เสมอ ผู้ให้การปรึกษาตามแนวทฤษฎีแบบเล่าเรื่อง ต้องมีทักษะในการใช้อุปมาอุปไมยทางเลือก (Alternative metaphors) เพื่อช่วยให้ปัญหาได้ออกมาสู่ภายนอก ไม่ตกผลึกอยู่ภายในตัวบุคคล
- 7) ทักษะการตรวจสอบความกดดันด้านวัฒนธรรมที่ทำให้มองว่าปัญหามาจากภายใน (Examining cultural pressures to see problems as 'internal') White พัฒนาแนวคิดเรื่องการนำปัญหาออกสู่ภายนอกตัวบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดหลัง โครงสร้างนิยม (Post-structuralism) และแนวคิดการกำหนดสร้างทางสังคม (Social constructionism) ปัญหาในมุมมองของ White คือ การกำหนดสร้างขึ้นผ่านเรื่องราวของบุคคลที่บอกกับตนเองและผู้อื่น เรื่องราวเหล่านี้บรรจุชุดของความคิด ข้อสันนิษฐาน และข้อที่ถือกันว่าเป็นความจริง ซึ่งล้วนมีจุดกำเนิดมาจากสังคมและวัฒนธรรม ทั้งนี้ ไม่ได้หมายความว่าบุคคลต้องเป็นคนพูดเรื่องเกินจริง หรือช่างจินตนาการ เป็นตัวแทนการนำเสนอของประสบการณ์ที่เราผลิตขึ้น เพื่อบอกตัวเราเองและผู้อื่น ผ่านเรื่องเล่าของเรา เรียกว่า แผนที่ (Maps) ซึ่งก็ไม่ใช่ข้อเท็จจริงที่ถูกต้องแม่นยำเสมอไป ประสบการณ์และปัญหาเป็นสิ่งที่ถูกกำหนดสร้าง จึงมิได้ปลดปล่อยจากความสับสนลังเลและความขัดแย้งกัน ผู้ให้การปรึกษาตามแนวทฤษฎีแบบเล่าเรื่องมีทักษะในการวิเคราะห์ตรวจสอบ โดยมีพื้นฐานความคิดว่าไม่มีเรื่องราวเกี่ยวกับชีวิตบุคคลใดที่ปลดปล่อยจากความกำกวมและความขัดแย้ง ตลอดจนความไม่แน่นอนในชีวิต ทั้งความกำกวม ความขัดแย้ง และความไม่แน่นอนนั้น มีผลต่อการขยายแหล่งการสร้างความหมายออกไป ผู้ให้การปรึกษาต้องทำงานหนักมาก

ขึ้นเพื่อที่จะแก้ปัญหาความขัดแย้งและความกำกวมของเรื่องราวชีวิต และพยายามตีความหมายของประสบการณ์ที่มีนัยสำคัญ

- 8) ทักษะการถอดบทสนทนาภายใน ใส่บทสนทนาภายนอก (Externalizing internalizing discourses) กระบวนการถอดบทสนทนาภายใน ใส่บทสนทนาออก เป็นกระบวนการทบทวนตรวจสอบบทสนทนาในเชิงการให้การปรึกษาอย่างใกล้ชิดและละเอียด คำว่า "บทสนทนา" ในที่นี้ไม่ได้หมายถึงบทสนทนาที่เป็นคำพูด แต่เป็นศัพท์ทางปรัชญาที่หมายถึง วิธีคิด วิธีตั้งข้อสันนิษฐานที่มีผลต่อลักษณะนิสัย โดยปรากฏเป็นปกติในการรวมกลุ่มทางสังคมกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง กลุ่มทางสังคม และกลุ่มทางวัฒนธรรมที่เป็นเจ้าของบทสนทนาของตนเอง

เทคนิคที่ใช้ในการปรึกษาตามแนวทฤษฎีเล่าเรื่อง

- 1.) เทคนิคการให้ความรู้ทางจิตเวช (Psychoeducation) การให้ความรู้ทางจิตเวช มีองค์ประกอบเหล่านี้ ได้แก่ การทำให้เห็นว่าเป็นเรื่องธรรมดา (Normalization) ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจว่ามันเป็นเรื่องปกติที่จะมีปฏิกิริยาเช่นนี้หลังจากการบาดเจ็บ การทำให้เห็นว่าเป็นความชอบธรรม (Legitimization) ช่วยให้ผู้รับการปรึกษา เข้าใจว่าอาการที่มีประสบการณ์ในวันนี้ เป็นผลมาจากการตอบสนองจากสถานการณ์ที่เจ็บปวด โดยให้รายละเอียดของการเกิดปฏิกิริยาจากการบาดเจ็บ รวมถึงอาการที่เกี่ยวข้องด้วย การอธิบายถึงขั้นตอนการปรึกษา การเผชิญกับสิ่งที่ทำให้กลัว การจินตนาการ ความเคยชิน (Habituation) และการเล่าเรื่อง (Narration)
- 2.) เทคนิคเส้นชีวิต (The lifeline) การปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่องจะเริ่มต้นด้วยภาพรวมของชีวิตเสมอ เหตุการณ์ที่เกี่ยวกับอดีตชีวิตที่สำคัญ และการเปลี่ยนแปลงชีวิตของผู้รอดชีวิต จะใช้แทนสัญลักษณ์ที่เรียกว่า “เส้นชีวิต” (The lifeline) เส้นชีวิตเป็นองค์ประกอบมาตรฐานของการปรึกษาตามแนวทฤษฎีการเผชิญเรื่องเล่า มักใช้ในการปรึกษากับผู้รับการปรึกษาที่เป็นเด็ก ผู้รับการปรึกษาที่ไม่รู้หนังสือและผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บหลายอย่างหรือต่อเนื่อง เทคนิคเส้นชีวิต จะใช้การวางเหตุการณ์ในชีวิตที่เป็นบวกและเป็นลบในรูปแบบของดอกไม้และก้อนหินที่อยู่บนเส้น (เช่น เชือก) ด้วยการแนะนำของผู้ให้การปรึกษา ผู้รับคำปรึกษาจะวางสัญลักษณ์ในขณะที่อธิบายเพียงสั้นๆ วัตถุประสงค์คือทำเป็นสัญลักษณ์เท่านั้น วัตถุประสงค์ของเส้นชีวิต คือการสร้างลำดับที่สำคัญของเหตุการณ์ในชีวิตของพวกเขา จากนั้นอย่างแรกเลย คือ ดูเวลาและสถานที่ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในบริบทชีวิตเพราะเป็นตรรกะเบื้องต้นของการปรึกษา เส้นชีวิตเป็น

แผนงานที่มีประโยชน์สำหรับผู้ให้การปรึกษา จะช่วยในการจัดโครงสร้างของการที่จะปรึกษารั้งต่อ ๆ ไป และช่วยให้ผู้ให้การปรึกษาที่จะทำนายหิน “ก้อนใหญ่” ว่าหมายถึงเหตุการณ์ที่เจ็บปวดมากหรือช่วงเวลาของชีวิตที่ยุ่งยากที่สุด เทคนิคนี้ต้องหลีกเลี่ยงในการผสมผสานหรือความสับสนกับความทรงจำจากเหตุการณ์ที่แตกต่างกัน ให้ใจเย็น ๆ สงบ ในขณะที่ทำกิจกรรมนี้ อย่าให้การจินตนาการเข้าไปในเทคนิคเส้นชีวิตนี้ โปรดจำไว้ว่าเส้นชีวิตไม่ได้เล่าเรื่องของตัวมันเอง

- 3.) เทคนิค Head, Heart, Body, Then-and-now ผู้ให้การปรึกษาพยายามที่จะล้างลึกและช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเข้าถึงทุกส่วนของเครือข่ายความกลัวรวมทั้งข้อมูลทางประสาทสัมผัส คือ การคิด (Head) อารมณ์ (Heart) ปฏิบัติทางสรีรวิทยา (Body) ผู้ให้การปรึกษายังชวนให้ผู้รับการปรึกษาสังเกตว่า ประสบการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นมาแล้ว ในอดีตที่ผ่านมา (Then) และกำลังเกิดขึ้นในปัจจุบัน (Now) และสลับไปมา เพื่อที่จะสัมผัสกับเชิงลึกถึงความคล้ายคลึงกันหรือความแตกต่างกัน การหยุดนิ่งจะใช้บ่อยมาก ในการปรึกษาเพราะจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเข้าถึง อารมณ์ความรู้สึกหรือประสบการณ์ หากผู้รับการปรึกษามีอาการย้อนกลับ (Flashback) แล้ว หน้าที่ของผู้ให้การปรึกษาคือการพยายามที่จะนำพวกเขา กลับไปที่นี้และตอนนี้ (Here-and-now)
- 4.) เทคนิคการปรับโครงสร้างความคิด (Cognitive restructuring) ในตอนท้ายของการปรึกษา หลังจากที่เกิดความคุ้นเคยหรือเคยชิน ผู้รับการปรึกษามักจะอยู่ในช่วงระบายความตึงเครียด ในช่วงนี้จะทำให้เข้าใจความรู้สึกของการบาดเจ็บทางใจ และใส่ความหมายให้กับ การบาดเจ็บทางใจจึงต้องการการสนับสนุนกระบวนการปรับเปลี่ยนโครงสร้างความคิด ประเด็นต่อไปนี้จะเกิดขึ้นหลังจากที่เผชิญกับความทรงจำของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น คือ ผู้รับการปรึกษาอาจจะมีบางมุมมองใหม่เกี่ยวกับความหมายของเหตุการณ์สำหรับชีวิตของเขา บ่อยครั้งที่ผู้รับการปรึกษามักจะรู้ตัวว่าอารมณ์ในแต่ละวันและรูปแบบพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสม เช่น ความวิตกกังวลโดยทั่วไป ความไม่ไว้วางใจหรือความโกรธ มีต้นกำเนิดมาจากเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ การเล่าลงไป ในรายละเอียดมักจะนำไปสู่ความเข้าใจพฤติกรรมของบุคคลในระหว่างที่เกิดเหตุการณ์อย่างละเอียดมากขึ้นนี้อาจช่วยในการปรับเปลี่ยนความรู้สึกผิด และความอับอายเหมือนคนที่อาจจะรู้สึกว่าเขาไม่มีทางเลือกอื่นๆ ในเวลานั้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่อง แสดงให้เห็นว่าการปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่องเหมาะสมต่อการนำไปประยุกต์ใช้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่มีภาวะหมดไฟ เนื่องจากการปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่องเป็นการนำปัญหาออกสู่ภายนอก ทำให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจปัญหาของตนเองมากยิ่งขึ้น โดยวิธีการปรึกษานี้ใช้ได้ในทุกบริบทของวัฒนธรรม ไม่มีข้อจำกัดในเรื่องของสถานที่ และเหมาะสำหรับผู้ที่ยังอยู่ในสถานะที่มีข้อจำกัดเรื่องระยะเวลา

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยา

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยา พบว่า ในปัจจุบันการให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบออนไลน์เติบโตมากขึ้น และผู้รับคำปรึกษามีแนวโน้มที่จะเข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบออนไลน์มากยิ่งขึ้น เช่น

Chester & Glass (2006 อ้างถึงใน วรางคณา โสมะนันท์, คาลอส บุญสุภา และพลอยไพลิน กมลนาวัน, 2564) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การปรึกษาเชิงจิตวิทยาออนไลน์ พบว่า การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบออนไลน์เติบโตมากขึ้น ซึ่งการปรึกษาเชิงจิตวิทยาออนไลน์ด้วยวิธีการที่หลากหลาย ทั้งการใช้ อีเมล โปรแกรมแชท web-based messaging video conference และรูปแบบอื่นๆ โดยมีข้อดีคือ สามารถให้บริการได้แม้ในพื้นที่ที่ห่างไกล มีความสะดวกสบาย ลดการป้องกันตนเองของผู้รับบริการที่ต้องเปิดเผยเรื่องราวให้แก่ผู้ให้บริการที่เป็นคนแปลกหน้า เพิ่มความยืดหยุ่นในการให้บริการค่าใช้จ่ายต่างๆ และสามารถที่จะบันทึกการบริการการปรึกษาด้วยเครื่องมือทางอิเล็กทรอนิกส์ ทั้งนี้ผลการศึกษาไม่ได้ชี้ให้เห็นว่า การให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบออนไลน์จะมีประสิทธิภาพมากกว่าการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบพบหน้า แต่ผลการวิจัยก็สะท้อนว่า มีประสิทธิภาพเท่าๆ กัน

Wong, Bonn, Tam & Wong (2018 อ้างถึงใน วรางคณา โสมะนันท์, คาลอส บุญสุภา และพลอยไพลิน กมลนาวัน, 2564) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การเปรียบเทียบผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบพบหน้า (Face-to Face Counseling) และการปรึกษาเชิงจิตวิทยาออนไลน์ (Online Counseling) ในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยพบว่า นักศึกษามีเจตคติทางบวกกับวิธีการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาทั้ง 2 รูปแบบ แต่นักศึกษาที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตมีแนวโน้มที่จะเข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบออนไลน์มากยิ่งขึ้น จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับการจัดบริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยา โดยใช้สื่อดิจิทัล เพื่อให้แก่นักศึกษามหาวิทยาลัยได้เข้าถึงบริการได้ง่ายมากขึ้น และอาจนำไปสู่การปรับเปลี่ยนการเข้ารับบริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นแบบพบหน้า

สุวรรณ วิงส์ทางสวัสดิ์ (2559) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาบุคคลแบบออนไลน์แนวอัตถิภาวนิยม-มนุษยนิยมต่อสุขภาวะของนิสิตนักศึกษาปริญญาตรีที่มีบุคลิกภาพแบบไม่มั่นคงทางอารมณ์ โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาบุคคลแบบออนไลน์แนวอัตถิภาวนิยม-มนุษยนิยม กลุ่มที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาบุคคลแบบพบหน้าแนวอัตถิภาวนิยม-มนุษยนิยม และกลุ่มควบคุม แต่ละกลุ่มมีนิสิตที่มีบุคลิกภาพแบบไม่มั่นคงทางอารมณ์สูงและต่ำจำนวนเท่ากัน กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นรายบุคคลจำนวน 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมดำเนินชีวิตตามปกติ วัดผลจากมาตรวัดสุขภาวะแบบห้าองค์ประกอบฉบับภาษาไทย และมาตรวัดบุคลิกภาพแบบไม่มั่นคงทางอารมณ์ ผลการศึกษาพบว่า นิสิตกลุ่มทดลองที่ 1 มีคะแนนสุขภาวะระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง ในระยะหลังการทดลอง นิสิตกลุ่มทดลองที่ 1 มีคะแนนสุขภาวะสูงกว่านิสิตในกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง นิสิตในกลุ่มทดลองที่ 1 มีคะแนนสุขภาวะไม่แตกต่างจากนิสิตในกลุ่มทดลองที่ 2 และนิสิตในกลุ่มทดลองที่ 1 ระหว่างกลุ่มที่มีบุคลิกภาพแบบไม่มั่นคงทางอารมณ์สูงและไม่มั่นคงทางอารมณ์ต่ำ มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนสุขภาวะไม่แตกต่างกัน

ภาควงุมิ ชีรสันติกุล (2562) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลโดยใช้วีซีออนไลน์เพื่อพัฒนาการรู้จักและเข้าใจตนเองของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรู้จักและเข้าใจตนเองในระยะหลังการทดลองสูงกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และในระยะหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรู้จักและเข้าใจตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01

วรางคณา โสมะนันท์ และคณะ (2564) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบออนไลน์ : มิติใหม่ของการให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ผลการศึกษา พบว่า การให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบออนไลน์มีความใกล้เคียงกับการให้บริการปรึกษาแบบพบหน้า หรือรูปแบบดั้งเดิมที่ผู้รับบริการจะเป็นผู้เดินทางเข้ารับจิตแพทย์/นักจิตวิทยาการศึกษาในสถานที่ทำงานของผู้ให้บริการ เนื่องจากจิตแพทย์/นักจิตวิทยาการศึกษาจะใช้ทักษะ/เทคนิคต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้รับบริการปรึกษาได้สำรวจตรวจสอบตนเอง ค้นหาความทุกข์ และค้นหาแนวทางการแก้ปัญหา หรือการเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อนำไปสู่การดำเนินชีวิตที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

กรณีศึกษา พันธุ์ศรี (2565) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบออนไลน์ในวิดีโอออนไลน์ เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบออนไลน์ในด้านความหมาย ประวัติความเป็นมา ประเภท และองค์ประกอบ เพื่อให้ผู้อ่านทราบถึงข้อดีและข้อจำกัดของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบออนไลน์และเพื่อให้ผู้อ่านทราบถึงผลของการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบออนไลน์ในช่วงที่ผ่านมาและมองเห็นแนวโน้มหรือทิศทางของการวิจัยในปัจจุบันและอนาคต ซึ่งงานวิจัยชิ้นนี้เป็นเพียงตัวอย่างของการวิจัยกึ่งทดลองหรือเชิงทดลองเท่านั้น ที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบออนไลน์ที่มีการศึกษาวิจัยอย่างกว้างขวาง

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่อง ได้มีการศึกษาในปัญหาที่หลากหลาย แต่ยังไม่พบการใช้การปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่องในบุคลากรทางการแพทย์ เช่น

Lucy Cotter (2009 อ้างถึงใน เพียวร์ รีนรวาย, 2562) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การให้การปรึกษาคู่สมรสด้วยการปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่อง โดยหัวใจสำคัญของการปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่อง คือ การนำปัญหาออกสู่ภายนอก (Externalizing problem) การแยกปัญหาออกมาจากบุคคล การสนทนาที่ทำให้บุคคลเล่าเรื่องราวที่มีอยู่มากมายอย่างอิสระ จากนั้นใช้คำถามที่เป็นพลังในการแยกบุคคลออกจากปัญหา โดยให้ยกปัญหาเป็นประธานของประโยค แล้วให้บุคคลตั้งชื่อให้กับปัญหาของตน จะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาได้ เช่นเดียวกับการจัดการกับวัตถุชิ้นหนึ่งนั่นเอง ผลลัพธ์ที่ได้จะช่วยให้บุคคลกับพบแนวทางการแก้ปัญหาใหม่ ๆ ที่ชัดเจนและเป็นไปได้

Vromans and Schweitzer (2010 อ้างถึงใน เพียวร์ รีนรวาย, 2562) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงในผู้ป่วยวัยรุ่น จำนวน 47 คน หลังจากการให้การปรึกษาพบว่า ร้อยละ 74 อาการของโรคดีขึ้นและการเกิดความไว้วางใจบุคคลอื่นมากขึ้นร้อยละ 61 สามารถกลับไปทำหน้าที่ในสังคมได้ร้อยละ 53 อาการทางคลินิกดีขึ้น ในด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ดีขึ้นตามไปด้วย ในระยะติดตามผล 3 เดือน หลังการให้การปรึกษา พบว่า อาการของโรคยังคงดีขึ้นอย่างต่อเนื่องในขณะที่สามารถรักษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลได้เช่นกัน

กรณีศึกษา แสนสุภา (2556) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ผลการปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่องต่อการเยียวยาตนเองของสตรีหย่าร้าง โดยมีคะแนนการเยียวยาตนเองต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และให้โปรแกรมการปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่องจำนวน 9 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ต่อเนื่อง 5 สัปดาห์ติดต่อกัน ผลการศึกษา พบว่า สตรีหย่าร้างที่ได้รับการปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่อง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการเยียวยา

ตนเองแตกต่างจากสตรีหย่าร้างที่ไม่ได้รับการปรึกษาแบบเล่าเรื่องในระยะหลังศึกษา และระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสตรีหย่าร้างที่ได้รับการปรึกษาทฤษฎีแบบเล่าเรื่องมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเยียวยาตนเองในระยะหลังศึกษา และระยะติดตามผลแตกต่างจากระยะก่อนศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชนินาฏ วัฒนา (2558) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ผลการปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่องต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของวัยรุ่นชายที่มาจากครอบครัวแม่เลี้ยงเดี่ยวที่มีคะแนนจากแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำที่สุด โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการปรึกษารายบุคคลทฤษฎีเล่าเรื่อง จำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการปรึกษา วัดการแสดงออกทางอารมณ์ 3 ระยะ ได้แก่ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ผลการศึกษาพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มทดลองมีคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มทดลองมีคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับมาก คือ เท่ากับ 0.97

เกรียงศักดิ์ รัฐกุล (2560) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การปรึกษากลุ่มทฤษฎีเล่าเรื่องต่อภาวะผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตรายของเยาวชนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มทฤษฎีเล่าเรื่องมีค่าเฉลี่ยภาวะผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตรายในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มทฤษฎีเล่าเรื่องมีภาวะผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการปรึกษากลุ่มทฤษฎีเล่าเรื่องสามารถลดภาวะผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตรายของเยาวชนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ได้อย่างชัดเจน

เพียว รื่นรวย (2562) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งภายในใจของแม่เลี้ยงเดี่ยว โดยใช้ทฤษฎีการเล่าเรื่องเป็นฐาน โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 3 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้รับรูปแบบการปรึกษารายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที 8 สัปดาห์ กลุ่มที่ 2 ได้รับรูปแบบกลุ่มกิจกรรมเชิงจิตวิทยา 1 วัน (8 ชั่วโมง)

กลุ่มทดลองที่ 3 ได้รับรูปแบบบทเรียนออนไลน์ สัปดาห์ละ 1 บทเรียน รวม 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับรูปแบบใดๆ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่ม มีคะแนนความเข้มแข็งภายในใจ ระยะเวลาหลังทดลอง และ ระยะเวลาติดตามผล สูงกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปได้ว่า รูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งภายในใจโดยใช้ทฤษฎีการปรึกษาเล่าเรื่องเป็นฐาน สามารถเสริมสร้างความเข้มแข็งภายในใจให้กับแม่เลี้ยงเดี่ยวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทางการแพทย์

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทางการแพทย์ โดยนำเสนอเรียงตามลำดับ ดังนี้

3.1 ความหมายของบุคลากรทางการแพทย์

Adams (2003 อ้างถึงใน นักสุวรรณ พชรนสาร, 2560) ให้ความหมายของบุคลากรทางการแพทย์ว่า บุคคลที่ปฏิบัติงานเพื่อให้บริการประชาชน ทั้งในด้านการให้ความรู้ส่งเสริมดูแลสุขภาพ และการป้องกันโรค การให้การรักษาพยาบาล ตลอดจนการฟื้นฟูร่างกายหรือจิตใจ

บุคลากรทางการแพทย์ มีหน้าที่หลักในการป้องกัน และทำให้สุขภาพดีขึ้น โดยสามารถแบ่งตามกลุ่มอาชีพได้ 9 กลุ่มอาชีพดังนี้

- 1) แพทย์ (Physicians)
- 2) พยาบาล และเจ้าหน้าที่ผดุงครรภ์ (Nursing and midwifery personnel)
- 3) บุคลากรทางทันตกรรม (Dentistry personnel)
- 4) บุคลากรทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical personnel)
- 5) บุคลากรในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ (Laboratory health workers)
- 6) เจ้าหน้าที่ด้านสิ่งแวดล้อมและสาธารณสุข (Environmental and public health workers) เช่น นักวิชาการสิ่งแวดล้อม นักวิชาการสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น
- 7) ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน และแพทย์พื้นบ้าน (Community and traditional health workers) เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน เป็นต้น

- 8) ผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขอื่น ๆ (Other health service providers) เช่น พนักงานช่วยเหลือคนไข้ เจ้าหน้าที่กายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักจิตวิทยา เป็นต้น
- 9) เจ้าหน้าที่จัดการด้านสุขภาพ และเจ้าหน้าที่ที่ทำงานสนับสนุนด้านอื่น ๆ (Health management and support workers) เช่น พนักงานบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ธุรการ พนักงานบัญชีในโรงพยาบาล คนขับรถของโรงพยาบาล เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย พบว่า ในงานวิจัยนี้ บุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง แพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 6 อายุ 35 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศและสถานะ

3.2 สถานการณ์บุคลากรทางการแพทย์ประเทศไทย สภาพปัญหาของบุคลากรทางการแพทย์ และผลกระทบจากภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์

ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นสามารถแยกออกเป็น 2 ส่วน คือ การขาดแคลนที่เกิดจากจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ และการขาดแคลนที่มาจากปัญหาการกระจายตัวของวิชาชีพ ซึ่งปัญหาการขาดแคลนเหล่านี้ไม่สามารถมองและแก้ไขปัญหาแบบภาพรวมได้ทั้งหมด เพราะแต่ละวิชาชีพมีปัญหาขาดแคลนที่ไม่เท่ากันและยังแตกต่างกันออกไป จากการเปรียบเทียบจำนวนแพทย์ต่อประชากร เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่อยู่ในระดับเศรษฐกิจเดียวกัน พบว่าประเทศไทยยังมีแพทย์ต่อจำนวนประชากรน้อยมาก แม้แต่เปรียบเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านในกลุ่มอาเซียนด้วยกัน พบว่าประเทศไทยมีแพทย์พอเพียงต่อประชากรในระดับที่น้อยเกือบอยู่สุดท้ายของการจัดอันดับ แม้แต่พม่าและเวียดนามยังมีแพทย์ต่อประชากรที่มากกว่าไทย ซึ่งให้เห็นว่าจำนวนแพทย์ของไทยยังเป็นปัญหา ซึ่งปัจจุบันเรายังคงมีแพทย์ประจำในระดับอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เท่านั้น ขณะที่บางประเทศมีแพทย์ประจำลงถึงระดับตำบลหรือหมู่บ้าน แต่ปัญหาขาดแคลนแพทย์ที่เกิดขึ้นนี้ กลับไม่ได้ส่งผลกระทบต่อระบบบริการและคุณภาพการรักษามากนัก เพราะจากงานศึกษาวิจัยพบว่า เรามีการใช้วิชาชีพพยาบาลปฏิบัติงานแทนแพทย์ในบางโอกาส เนื่องจากเรามีอัตราแพทย์ต่อพยาบาลจำนวนมาก เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ ที่อัตราแพทย์ต่อพยาบาลมักมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ทำให้ระบบสาธารณสุขไทยมีการใช้พยาบาลในการทำหน้าที่แทนแพทย์ เพื่อดูแลสุขภาพประชาชนเบื้องต้น เรียกว่าเป็นกลไกทดแทน โดยเฉพาะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และในโรงพยาบาลชุมชน (รพช.)

แนวทางการแก้ไขปัญหาขาดแคลนแพทย์ ที่ผ่านมาระบบการใช้ทุนเป็นหลัก เนื่องจากในการเรียนเป็นแพทย์จะได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐส่วนหนึ่ง

จึงต้องมีการทำงานเพื่อใช้ทุนทดแทน ด้วยเหตุนี้จึงมีการส่งแพทย์จบใหม่ไปทำงานใช้ทุนเพื่อดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ต่างๆ ของประเทศ แต่ปัญหาขาดแคลนแพทย์ยังคงมีอยู่ เนื่องจากภายหลังจากที่แพทย์จบใหม่เหล่านี้ใช้ทุนครบ 3 ปีแล้ว ส่วนใหญ่เลือกที่จะลาออกหรือขอย้าย โดยจะยังคงมีแพทย์ที่ยังคงอยู่ในระบบและพื้นที่ที่เพียงแค่อ้อยละ 20-30 ของแพทย์ที่จบในรุ่นนั้นเท่านั้น ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขพยายามแก้ปัญหาการลาออกของบุคลากรทางการแพทย์ แต่แนวคิดบรรจุตำแหน่งข้าราชการโดยเชื่อว่าจะทำให้บุคลากรทางการแพทย์คงอยู่ในระบบได้นานขึ้น เห็นว่าเป็นแนวคิดที่ไม่ถูกต้อง เพราะบุคลากรทางการแพทย์รุ่นหลังๆ ไม่ได้สนใจกับตำแหน่งข้าราชการ แต่ให้น้ำหนักงานที่ทำหายและจำนวนรายได้เป็นหลัก ดังนั้นการบรรจุบุคลากรทางการแพทย์เป็นข้าราชการจึงไม่ได้เป็นปัจจัยทำให้อยู่ในระบบ ส่วนการจูงใจด้วยเพิ่มค่าตอบแทนนั้นวิธีนี้พอมีผลอยู่บ้าง

ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้านพยาบาลยังคงเป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพไทยในปัจจุบัน และคาดว่าจะมีความรุนแรงมากขึ้นอีกในอนาคต เนื่องจากมีพยาบาลออกจากวิชาชีพในอัตราที่ค่อนข้างสูงและต่อเนื่อง ซึ่งเกิดจากการไม่สามารถชำระรักษาพยาบาลที่มีทักษะและประสบการณ์ไว้ได้ Sawaengdee K, Tangcharoensathien V, Theerawit T, Thungjaroenkul P, Thinkhamrop W, Prathumkam P, et (อ้างถึงใน ทีปกร จิริจิตกุลชัย, 2563) ศึกษาวิจัยกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มจากประชากรพยาบาลวิชาชีพจำนวน 19,912 คน พบว่า พยาบาลมากกว่าร้อยละ 10 ต้องการที่จะออกจากวิชาชีพพยาบาลภายใน 2 ปีข้างหน้า นอกจากนี้ กนกวรรณ สีมา (2557) ศึกษาความตั้งใจออกจากวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า อายุ ประสบการณ์ทำงานพยาบาล ระยะเวลา การอนุญาตหยุดพักผ่อนในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับความตั้งใจออกจากวิชาชีพ ความเครียดในงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจออกจากวิชาชีพ ความพึงพอใจในงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความตั้งใจออกจากวิชาชีพ ความเครียดในงานและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพสามารถร่วมอธิบายความผันแปรความตั้งใจออกจากวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 22.40 ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจออกจากวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน

ด้านสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ 5 สาขา ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิคนั้นแม้ว่าจะมีแนวโน้มที่ดีขึ้นแต่ก็ยังมีจำนวนไม่เพียงพอและมีการกระจายที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่เขตเมืองและชนบท โดยในปี 2558 ประเทศไทยมีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากร 1 : 2,035 สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร 1 : 9,352

สัดส่วนเภสัชกรต่อประชากร 1 : 5,317 สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร 1 : 436 และสัดส่วนพยาบาลเทคนิคต่อประชากร 1 : 9,716 ซึ่งยังถือว่าเป็นสัดส่วนที่ต่ำกว่าเกณฑ์สากล มีการกระจุกตัวอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และภาคกลาง มีจำนวนแพทย์/ประชากร คิดเป็นสัดส่วน 3.9/10,000 นอกจากนี้พบว่ามียุทธศาสตร์สุขภาพลดลง คิดเป็นร้อยละ 1.47 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560-2579 เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุข ในการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายในระดับชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) นโยบายประเทศไทย 4.0 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals: SDGs) รวมไปถึงการปฏิรูปประเทศและปฏิรูประบบสุขภาพไปสู่ความเป็นประเทศไทย ปัจจุบันประเทศไทยกำลังปฏิรูประบบบริการสุขภาพ มุ่งเน้นให้ประชาชนไทยมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน ดังนั้นการพัฒนาบุคลากรจึงมีความสำคัญและจำเป็น

จากการวิเคราะห์ความต้องการอัตรากำลัง ด้วยการคำนวณภาระงานจากเวลามาตรฐานที่ใช้ในการให้บริการ (Full Time Equivalent : FTE) แต่ละสายงานของกระทรวงสาธารณสุข (2560) ในภาพรวมของประเทศ พบว่า

- 1) ความต้องการอัตรากำลังสายงานแพทย์ขั้นต่ำ 20,053 คน
- 2) ความต้องการอัตรากำลังสายงานทันตแพทย์ขั้นต่ำ 5,995 คน
- 3) ความต้องการอัตรากำลังสายงานเภสัชกรขั้นต่ำ 9,318 คน
- 4) ความต้องการอัตรากำลังสายงานพยาบาลวิชาชีพขั้นต่ำ 113,332 คน

พุดตาน พันธุมธรร และคณะ (2561) ได้ทำการศึกษารวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพสำหรับระบบบริการระดับทุติยภูมิของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2569 โดยคำนวณจำนวนบุคลากรทางการแพทย์แต่ละประเภทที่ต้องการในอนาคตตามแนวทาง full time equivalence (FTE) ผลการศึกษาบ่งชี้ว่าในปีพ.ศ. 2569 ประเทศไทยจะมีความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกประเภท มีความต้องการแพทย์จำนวน 12,432 FTE พยาบาลจำนวน 52,392 FTE เภสัชกร จำนวน 5,042 FTE ทันตแพทย์จำนวน 5,869 FTE นักเทคนิคการแพทย์จำนวน 4,699 FTE นักกายภาพบำบัดจำนวน 1,795 FTE แพทย์แผนไทยจำนวน 4,202 FTE และผู้ช่วยแพทย์แผนไทยจำนวน 3,043 FTE ถ้าพิจารณางานด้านอื่นๆด้วย จะทำให้ความต้องการกำลังคนทุกประเภทสูงขึ้น กล่าวคือต้องการแพทย์เพิ่มขึ้นจาก 12,432 FTE เป็น 14,297 FTE เภสัชกรเพิ่มเป็น 7,260 FTE พยาบาลเพิ่มเป็น 60,251 FTE ทันตแพทย์เพิ่มเป็น 6,749 FTE นักเทคนิคการแพทย์เพิ่มเป็น 5,404 FTE

นักกายภาพบำบัดเพิ่มเป็น 2,064 FTE และแพทย์แผนไทยเพิ่มเป็น 5,463 FTE งานศึกษาครั้งนี้บ่งชี้ว่า โครงสร้างอายุของประชากรที่จะเปลี่ยนแปลงไปในอนาคต จะทำให้ประชาชนไปรับบริการ สุขภาพมากขึ้น ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพจึงสูงขึ้นตามไปด้วย ในการเตรียมความพร้อม ด้านการจัดสรรกำลังคนให้เพียงพอกับความต้องการในอนาคตนั้น การเพิ่มการผลิตหรือการใช้ แรงจูงใจที่เป็นตัวเงินและไม่ใช้ตัวเงินเป็นทางเลือกที่ต้องทำการวิเคราะห์อย่างละเอียดต่อไป ทั้งนี้จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2564) พบว่า จำนวนทันตแพทย์และเภสัชกรต่อ ประชากร มีน้อยกว่าความต้องการอัตราค่าจ้างตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และจากการศึกษา ของกฤษฎา แสงดี (2558) พบว่าอัตราการลาออกของพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีปริมาณการผลิตพยาบาลปีละประมาณ 10,000 คน ในจำนวนนี้เข้าสู่ระบบร้อยละ 80 และค่อยๆ มีการทยอยลาออกในช่วง 5 ปี จนมีอัตราการคงอยู่ของพยาบาลในระบบอยู่ประมาณร้อยละ 50 การที่บุคลากรทางการแพทย์มีอัตราการลาออกที่เพิ่มสูง ส่งผลให้บุคลากรที่เหลืออยู่แต่ละคน จะต้องแบกรับภาระงานที่เพิ่มมากยิ่งขึ้น

ทั้งนี้จากการทบทวนข้อมูลพบว่า เขตสุขภาพที่ 6 ประกอบด้วย จังหวัดสระแก้ว จังหวัด ปราจีนบุรี จังหวัดฉะเชิงเทรา จังหวัดสมุทรปราการ จังหวัดชลบุรี จังหวัดจันทบุรี จังหวัดระยอง และจังหวัดตราด เป็นเขตสุขภาพที่มีจำนวนผู้ที่มีโรคประจำตัวมากที่สุดในประเทศไทย ซึ่งแสดง ให้เห็นว่า บุคลากรทางการแพทย์ในเขตสุขภาพที่ 6 ต้องทำงานหนักมากขึ้นในการดูแลรักษา และ ส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งภาระงานที่หนักมากขึ้น ยังรวมไปถึงการทำงานล่วงเวลา การทำงานให้เสร็จ ภายใต้อายุเวลาที่กำหนด นอกจากนี้ จากการทบทวนข้อมูลของผู้วิจัยพบว่า บุคลากรทาง การแพทย์ที่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน มีอายุมากกว่า 35 ปี

3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทางการแพทย์

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า ส่วนใหญ่เป็น การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ และผลกระทบจากภาวะหมด ไฟบุคลากรทางการแพทย์ ดังที่กล่าวไว้ข้างต้น นอกจากนี้ก็ยังมีการศึกษาด้านต่างๆที่เกี่ยวข้องกับ บุคลากรทางการแพทย์ เช่น

ปิยรัตน์ กาญจน (2555) ได้ทำงานวิจัยเรื่อง ภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ใน โรงพยาบาลชุมชน อำเภอเชียรใหญ่ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยเก็บข้อมูล ไปข้างหน้า (Prospective in time) แล้วนำมาจัดกลุ่มตามภาระงานที่กำหนด โดยสำนักงานข้าราชการ พลเรือน (ก.พ) กับฐานประชากรในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลเชียรใหญ่ ประชากรและ

บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน อำเภอเชียรใหญ่ ประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ที่เป็นข้าราชการและลูกจ้างที่อยู่ในกลุ่มบริการทางการแพทย์ งานเภสัชชุมชน และกลุ่มการพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ เป็นแบบสอบถามและตารางจัดเก็บข้อมูลกิจกรรมในการปฏิบัติงานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษา พบว่า ประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 91.80 มีอายุระหว่าง 30-39 ปี สถานะภาพสมรสคู่ร้อยละ 59.02 กลุ่มวิชาชีพพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 78.68 จบ การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 81.97 ระยะเวลาการปฏิบัติงาน 2 เดือน - 5 ปี ร้อยละ 31.15 สำรวจจำนวนชั่วโมงการทำงานในหน่วยเวลายาตามมาตรฐานที่กำหนดให้ เจ้าหน้าที่ประจำทำงาน (FTE) แพทย์ที่ค่า FTE เท่ากับ 2.55 ทันตแพทย์ มีค่า FTE เท่ากับ 1.30 เภสัชกรมีค่าเท่ากับ FTE เท่ากับ 1.26 พยาบาลผู้ปวยนอกมีค่าเท่ากับ 1.06 พยาบาลผู้ปวยในมีค่า FTE เท่ากับ 1.20 พยาบาลห้องคลอดและผ่าตัด มีค่าเท่ากับ FTE เท่ากับ 1.39 พยาบาลห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน มีค่าเท่ากับ FTE เท่ากับ 1.56 ปริมาณภาระงานส่วนใหญ่เน้น ไปในทางปฏิบัติการ พบว่า ชั่วโมงในการทำงานด้านปฏิบัติการของแพทย์ร้อยละ 88.86 ทันตแพทย์ ร้อยละ 87.47 เภสัชกร ร้อยละ 72.60 พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 86.30 ตามกรอบอัตรากำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าโรงพยาบาลเชียรใหญ่ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขางาน โดยมีอัตรากำลังในการปฏิบัติจริงเพียง ร้อยละ 60.00

วารุณี แก้วอินทร์ (2560) ได้ทำงานวิจัยเรื่อง แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรบริษัทโรงพยาบาล ภัทร จำกัด โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 210 คน ผลการศึกษาด้านปัจจัยจูงใจ พบว่า ระดับของแรงจูงใจที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทโรงพยาบาลภัทร จำกัด โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากทุกด้าน ตามลำดับดังนี้ ด้านความสำเร็จในหน้าที่ ด้านความรับผิดชอบ ด้านลักษณะงานที่ทำ น่าสนใจ ด้านการได้รับการยอมรับ-นับถือ ด้านการเจริญเติบโตในองค์กร และด้านโอกาสในการเจริญก้าวหน้า ปัจจัยค่าจูง พบว่า ระดับแรงจูงใจที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของพนักงาน บริษัทโรงพยาบาลภัทร จำกัด โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากเกือบทุกด้าน ยกเว้น ด้านค่าตอบแทน ที่อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับดังนี้ ด้านหน้าที่การงานที่เหมาะสม ด้านการนิเทศและสอนงาน ด้านความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา ด้านความมั่นคงของงาน ด้านสภาพชีวิตส่วนตัว ด้านมีนโยบายและการบริหารงาน ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน และด้านค่าตอบแทน ผลการทดสอบสมมติฐานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยจูงใจที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของพนักงาน บริษัทโรงพยาบาลภัทร จำกัด พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ยกเว้น สถานภาพสมรส ที่แตกต่างกัน มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพนักงาน บริษัท โรงพยาบาล ภัทร จำกัด ผลการทดสอบสมมติฐานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยค่าจูงที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของพนักงาน บริษัท โรงพยาบาลภัทร จำกัด บุคลากรที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ฝ่ายที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน และประสบการณ์ต่างกัน มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ไม่แตกต่างกัน

โกสัตะวัน ศรีสีทอง (2560) ได้ทำงานวิจัยเรื่อง แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรในสังกัดกรมการแพทย์ ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ผลการศึกษา พบว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรในสังกัดกรมการแพทย์โดยรวมอยู่ในระดับมาก เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านความมุ่งมั่นในการทำงาน ด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน และด้านความรับผิดชอบ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านเงินเดือน ผลการเปรียบเทียบแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรในสังกัดกรมการแพทย์ พบว่า บุคลากรเพศชายมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมากกว่าบุคลากรเพศหญิง บุคลากรที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมากที่สุด รองลงมาคือ ระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี บุคลากรที่มีตำแหน่งพนักงานราชการมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมากที่สุด รองลงมาคือตำแหน่งข้าราชการ และตำแหน่งพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ตามลำดับ และบุคลากรที่มีอายุการทำงานมากกว่า 15 ปีขึ้นไป มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมากที่สุด บุคลากรที่มีอายุการทำงานน้อยกว่า 5 ปีและบุคลากรที่มีอายุการทำงาน 5-10 ปีตามลำดับ เพศ ระดับการศึกษาและอายุการทำงานต่างกันมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน และประเภทตำแหน่งต่างกันมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานแตกต่างกัน

ชนะภูมิ บัวบาน (2560) ได้ทำงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ใน โรงพยาบาลศิครภูมิ อำเภوشيครภูมิ จังหวัดสุรินทร์ ผลการศึกษา พบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีความเครียดในการปฏิบัติงาน โดยรวมอยู่ในระดับสูง เรื่องที่มีความเครียดมากที่สุด คือ เงินไม่พอใช้ รองลงมา กลัวการทำงานผิดพลาด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ ด้านลักษณะของงานที่รับผิดชอบ ด้านความมั่นคง/ความก้าวหน้า ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ด้านค่าตอบแทน/สวัสดิการของโรงพยาบาล ด้านสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล และด้านโครงสร้าง/นโยบายของโรงพยาบาล

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ออนไลน์ ทฤษฎีเล่าเรื่องต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลของการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้วิจัยนำเสนอวิธีการในการวิจัยตามขั้นตอนต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. การกำหนดประชากรและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือการวิจัย
3. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การดำเนินการวิจัย
6. การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 การกำหนดประชากรและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 6

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 6 มีคุณสมบัติดังนี้

- อายุ 35 ปีขึ้นไป
- มีภาวะหมดไฟในการทำงาน
- สามารถใช้โปรแกรม Google Meet ออนไลน์ และสามารถสื่อสารออนไลน์ได้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้มาจากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G*Power Version 3.1 โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.8 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 และระบุอำนาจการทดสอบที่ .95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 16 คน ทั้งนี้เพื่อเป็นการป้องกันอัตราการขาดหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คือ 20 คน

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ข้างต้นแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบประเมินภาวะหมดไฟ และเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนน 32 คะแนนขึ้นไป เพื่อทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน โดยผู้วิจัยทำการจับฉลาก เพื่อทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม (Random Treatment) ได้แก่

- กลุ่มทดลอง (Experimental Group) คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่อง
- กลุ่มควบคุม (Control Group) คือ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่อง

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยถอนตัวระหว่างการวิจัย หรือไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยจนครบตามโปรแกรมที่กำหนด

วิธีที่จะใช้เพื่อเข้าถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ทำหนังสือเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยเสนอหนังสือนายแพทย์สาธารณสุขทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 ได้แก่จังหวัดจังหวัดสระแก้ว จังหวัดปราจีนบุรี จังหวัดฉะเชิงเทรา จังหวัดสมุทรปราการ จังหวัดชลบุรี จังหวัดจันทบุรี จังหวัดระยอง และจังหวัดตราด และประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อออนไลน์

3.2 การสร้างเครื่องมือการวิจัย

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

3.2.1 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน พัฒนาขึ้นโดยการปรับจากแบบวัดภาวะหมดไฟในการทำงาน ฉบับภาษาไทย แปลมาจากแบบวัด Maslach burnout inventory (MBI) โดยสิระยา สัมมาวาจ

3.2.2 โปรแกรมโปรแกรมการปรึกษา เชิงจิตวิทยา ออนไลน์ ทฤษฎีเล่าเรื่อง ต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์

3.2.1 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน สร้างขึ้นโดยพัฒนาจากแบบวัดภาวะหมดไฟในการทำงาน ฉบับภาษาไทย แปลมาจากแบบวัด Maslach burnout inventory (MBI) โดยสิระยา สัมมาวาจ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับ มีคุณภาพทางวิชาการสูง ข้อคำถามตรงเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการมีดังต่อไปนี้

- 1) ผู้วิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับแบบวัดภาวะหมดไฟในการทำงาน ฉบับภาษาไทย แปลมาจากแบบวัด Maslach burnout inventory (MBI) โดยสิระยา สัมมาวาจ
- 2) ผู้วิจัยดำเนินการสร้างแบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์
- 3) ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ
- 4) ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)
- 5) ผู้วิจัยนำผลการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน มาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม (IOC: Indexes of Item-Objective Congruence) โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง ตั้งแต่ 0.50 – 1.0 ส่วนข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องต่ำกว่า 0.50 ได้ทำการปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ
- 6) แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (Try out) บุคลากรทางการแพทย์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน
- 7) ผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้จากแบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach-Alpha coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับตั้งแต่ 0.9 ขึ้นไป และค่าจำแนกตั้งแต่ 0.45 ถึง 0.84 แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือวัดมีความน่าเชื่อถือ สามารถนำไปใช้ในการวิจัยได้ โดยสรุปจำนวนข้อคำถามของแบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ได้ดังนี้
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวจำนวน 5 ข้อ
 - ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 32 ข้อ
 - ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม จำนวน 1 ข้อ

- 8) ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่ทดลองใช้ ไปดำเนินการวิจัยต่อไป โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ ดังนี้

ข้อคำถามเชิงลบ

ไม่เคย	ให้ 0 คะแนน
แทบจะไม่	ให้ 1 คะแนน
บางครั้ง	ให้ 2 คะแนน
บ่อยครั้ง	ให้ 3 คะแนน
สม่ำเสมอ	ให้ 4 คะแนน

ตารางที่ 1 เกณฑ์การแปรผลคะแนนรวมของแบบประเมิน

องค์ประกอบ	ค่าคะแนน	
	เกณฑ์ปกติ	สูงกว่าเกณฑ์ปกติ
ด้านความอ่อนล้า (ข้อ 1-6)	0-6	มากกว่า 6
ด้านระยะห่างทางจิตใจ (ข้อ 7-11)	0-5	มากกว่า 5
ด้านความบกพร่องทางความคิด (ข้อ 12-16)	0-5	มากกว่า 5
ด้านความบกพร่องทางอารมณ์ (ข้อ 17-21)	0-5	มากกว่า 5
ด้านการปราบปรามอาการทางจิตใจ (ข้อ 22-26)	0-5	มากกว่า 5
การปราบปรามอาการทางกาย (ข้อ 27-32)	0-6	มากกว่า 5
คะแนนรวมทุกด้าน	0-32	มากกว่า 32

ผู้ที่ได้คะแนนจากแบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์มากกว่า 32 คะแนน ควรได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่อง ต่อภาวะหมดไฟ

3.2.2 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยา โดยมีขั้นตอนการดำเนินการมีดังต่อไปนี้

- 1) ผู้วิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่อง
- 2) ออกแบบแผนการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่อง กำหนดแนวทางและระยะเวลาการดำเนินการให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 3) สร้างโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ออนไลน์ ทฤษฎีเล่าเรื่อง ต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ โดยโปรแกรมแบ่งออกเป็น 8 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ซึ่งมีรายละเอียดการให้การศึกษาแต่ละครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพ

ครั้งที่ 2 รักษาสัมพันธภาพ และสำรวจภาวะหมดไฟในการทำงาน

ครั้งที่ 3 เรียนรู้และเข้าใจภาวะหมดไฟในการทำงาน

ครั้งที่ 4 เรียนรู้และนำปัญหาด้านอารมณ์ของภาวะหมดไฟในการทำงานออกสู่ภายนอก

ครั้งที่ 5 เรียนรู้และนำปัญหาด้านความคิดของภาวะหมดไฟในการทำงานออกสู่ภายนอก

ครั้งที่ 6 เรียนรู้และนำปัญหาด้านความอ่อนล้าทางร่างกายและจิตใจของภาวะหมดไฟในการทำงานออกสู่ภายนอก

ครั้งที่ 7 เรียนรู้และนำปัญหาด้านระยะห่างทางจิตใจของภาวะหมดไฟในการทำงานออกสู่ภายนอก

ครั้งที่ 8 ประเมินผลการปรึกษาและยุติการให้การศึกษา

- 4) ผู้วิจัยนำแผนโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ออนไลน์ ทฤษฎีเล่าเรื่อง ต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ
- 5) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ออนไลน์ ทฤษฎีเล่าเรื่อง ต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของเนื้อหา วัตถุประสงค์ รูปแบบที่ใช้ในการให้การศึกษาแต่ละครั้ง และตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม
- 6) ผู้วิจัยนำผลการตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน มาคำนวณหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และปรับปรุงแก้ไข โปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ออนไลน์ ทฤษฎีเล่าเรื่อง ต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ
- 7) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ออนไลน์ ทฤษฎีเล่าเรื่อง ต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้ง

- 8) ผู้วิจัยเพิ่มความชำนาญโดยการฝึกใช้โปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ออนไลน์ ทฤษฎีเล่าเรื่อง ต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วกับกลุ่มที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญในการดำเนินกลุ่มและหาข้อปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมก่อนการนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

3.3 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมงานวิจัยด้วยการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

3.3.1 ผู้วิจัยยื่นเอกสารขอพิจารณาจริยธรรมในงานวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย คือ G-HS092/2566 ได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 2 ตุลาคม 2566

3.3.2 การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย เช่น ชื่อเรื่อง และวัตถุประสงค์การทำงาน โดยแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบ และยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย โดยผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลต่าง ๆ ไว้ในส่วนที่หนึ่งของแบบประเมินภาวะหมดไฟ ก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะเข้าไปทำแบบประเมินได้ในหน้าถัดไป เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้อ่านและตัดสินใจก่อนให้ข้อมูล ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ปฏิเสธการเป็นผู้เข้าร่วมงานวิจัยได้ในขั้นตอนนี้ โดยไม่ทำแบบประเมินภาวะหมดไฟได้ โดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ

3.3.3 ก่อนการเริ่มดำเนินการปรึกษา ผู้วิจัยอธิบายชี้แจงสิทธิ์และข้อตกลงการเข้าร่วมวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมงานวิจัย พร้อมทั้งตอบข้อซักถามจนผู้เข้าร่วมงานวิจัยพึงพอใจ โดยผู้เข้าร่วมงานวิจัยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น ไม่มีความเสี่ยงด้านร่างกาย จิตใจ สังคม กฎหมาย และความเสียหายอื่น ๆ ตลอดจนไม่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรือเป็นอันตรายใด ๆ ผู้เข้าร่วมงานวิจัยจะได้รับประโยชน์ทั้งทางตรงและทางอ้อมเมื่องานวิจัยเสร็จสิ้น

3.3.4 ผลงานวิจัยจะใช้สำหรับวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับในรูปแบบเอกสารและในระบบคอมพิวเตอร์ จะไม่มีชื่อแสดงหลักฐานลักษณะเฉพาะของผู้เข้าร่วมงานวิจัย และจะเปิดเผยข้อมูลเป็นภาพรวมในการสรุปผลงานวิจัยเท่านั้น

3.3.5 การเข้าร่วมงานวิจัยนี้เป็นความสมัครใจของบุคลากรทางการแพทย์ ไม่มีการบังคับด้วยวิธีการใดๆทั้งสิ้น ไม่มีค่าตอบแทนให้ ผู้วิจัยชี้แจงประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมงานวิจัยจะได้รับ และปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมงานวิจัย โดยคำนึงถึงความพร้อมทางร่างกายและความสุขทางจิตใจของผู้เข้าร่วมงานวิจัยโดยตลอดการดำเนินการวิจัย

3.3.6 สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้เตรียมดำเนินการวางแผนให้กลุ่มควบคุมได้รับการปรึกษาตามแนวทฤษฎีเล่าเรื่องไว้ภายหลังจากสิ้นสุดกระบวนการทดลองแล้ว

3.3.7 แนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการรักษาความลับของข้อมูล

- 1) ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมการวิจัยจัดหาสถานที่ในการให้การปรึกษารายบุคคลและเข้าร่วมการปรึกษารายบุคคลที่เป็นส่วนตัว ปราศจากการรบกวนทั้งโดยบุคคล และเครื่องมือสื่อสารอื่นๆ จะต้องไม่มีบุคคลใดได้ยินสิ่งที่พูดคุยกัน
- 2) ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมการวิจัยใช้อินเทอร์เน็ตส่วนตัวที่มีความปลอดภัย หลีกเลี่ยงการใช้ Wi-Fi สาธารณะ เพื่อการรักษาความลับของข้อมูล
- 3) ห้ามการบันทึกทั้งภาพและเสียงของการปรึกษาออนไลน์ หรือถ่ายภาพหน้าจอ โดยปราศจากความยินยอมจากผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมการวิจัย
- 4) การนำเสนอข้อมูลของการให้การปรึกษารายบุคคลออนไลน์จะเป็นไปในภาพรวม และใช้เพื่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้อย่างนั้น ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านของผู้วิจัย และข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำไปทำลายภายใน 1 ปี หลังจากผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- experimental design) ชนิด 2 กลุ่ม มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทำการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมเพื่อศึกษาผลของการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ โดยแบ่งเป็น

- 1) ระยะเวลาก่อนการทดลอง : ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินภาวะหมดไฟ เป็นแบบฟอร์มออนไลน์ ผ่านระบบ Google Form ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นคะแนนก่อนการทดลอง (Pre-test)
- 2) ระยะเวลาทดลอง : การดำเนินการทดลอง โดยผู้วิจัยดำเนินการปรึกษารายบุคคลตามรูปแบบการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องกับกลุ่มทดลอง แบ่งออกเป็น 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที รวมระยะเวลาการปรึกษาเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผ่านระบบออนไลน์ ส่วนกลุ่มควบคุมจะใช้ชีวิตตามปกติ (ไม่ได้การปรึกษารายบุคคลตามรูปแบบการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่อง)

- 3) ระยะเวลาหลังการทดลอง : ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินภาวะหมดไฟ เป็นแบบฟอร์มออนไลน์ ผ่านระบบ Google Form ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นคะแนนหลังการทดลอง (Post-test)
- 4) ระยะเวลาติดตามผล : ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินภาวะหมดไฟ เป็นแบบฟอร์มออนไลน์ ผ่านระบบ Google Form ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจากจบการทดลอง 1 เดือน เป็นคะแนนติดตามผล (Follow-up)

3.5 การดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัยได้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

- 1) เสนอรายละเอียดโครงการวิจัย เพื่อขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- 2) ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย เพื่อรับสมัครกลุ่มตัวอย่าง โดยขอหนังสือเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัยจากภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์ คณะศึกษาศาสตร์ เพื่อขอความอนุเคราะห์จากนายแพทย์สาธารณสุขทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 ได้แก่ จังหวัดจังหวัดสระแก้ว จังหวัดปราจีนบุรี จังหวัดฉะเชิงเทรา จังหวัดสมุทรปราการ จังหวัดชลบุรี จังหวัดจันทบุรี จังหวัดระยอง และจังหวัดตราด ในการดำเนินการวิจัย และประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อออนไลน์
- 3) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสร้างแบบประเมินภาวะหมดไฟ เป็นแบบฟอร์มออนไลน์ ผ่านระบบ Google Form ให้บุคลากรทางการแพทย์ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยทำ และเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนไปในทิศทางเดียวกัน
- 4) เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ข้างต้นแล้ว ทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ได้แก่ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
- 5) ดำเนินการศึกษารักษาการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่อง ต่อภาวะหมดไฟ ของบุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
- 6) นำข้อมูลที่ได้ในระลอกก่อนการทดลอง หลังจากการทดลอง และระยะติดตามผล การทดลองไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

ตารางที่ 2 แบบแผนการทดลอง (Winer, Brown and Michels, 1991)

	Subject	b_1	b_2	b_3
a_1	1	X_{111}	X_{121}	X_{131}
	2	X_{112}	X_{122}	X_{132}
	3	X_{113}	X_{123}	X_{133}
	4	X_{114}	X_{124}	X_{134}
	5	X_{115}	X_{125}	X_{135}
	6	X_{116}	X_{126}	X_{136}
	7	X_{117}	X_{127}	X_{137}
	8	X_{118}	X_{128}	X_{138}
	9	X_{119}	X_{129}	X_{139}
	10	X_{1110}	X_{1210}	X_{1310}
a_2	1	X_{2111}	X_{2211}	X_{2311}
	2	X_{2112}	X_{2212}	X_{2312}
	3	X_{2113}	X_{2213}	X_{2313}
	4	X_{2114}	X_{2214}	X_{2314}
	5	X_{2115}	X_{2215}	X_{2315}
	6	X_{2116}	X_{2216}	X_{2316}
	7	X_{2117}	X_{2217}	X_{2317}
	8	X_{2118}	X_{2218}	X_{2318}
	9	X_{2119}	X_{2219}	X_{2319}
	10	X_{2210}	X_{2220}	X_{2320}

ความหมายของสัญลักษณ์ที่ใช้

- a_1 แทน กลุ่มทดลอง
- a_2 แทน กลุ่มควบคุม
- b_1 แทน ระยะก่อนการทดลอง
- b_2 แทน ระยะหลังการทดลอง
- b_3 แทน ระยะติดตามผล

x แทน จำนวน

ตารางที่ 3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

สัปดาห์ที่	1	2-5	9
การดำเนินการทดลอง	การทดสอบระยะ ก่อนการทดลอง (Pre-test)	ระยะทดลอง 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ทำ Post-test ในครั้ง สุดท้าย	เว้นระยะ 4 สัปดาห์ ทดสอบในระยะ ติดตามผล (Follow-up)

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ดังนี้

- 3.6.1 วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ในรูปแบบของค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนแบบประเมินภาวะหมดไฟ
- 3.6.2 ในการทำงานวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (Repeated Measure Analysis of Variance: One between – subject variable and One within – subjects Variable) (Howell, 2007, PP. 449 - 460) และเมื่อพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทำการทดสอบด้วยวิธีการ บอนเฟอโรนินิ(Bonferroni method)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ และเปรียบเทียบผลของการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 10 คน วัดผลของการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องด้วยแบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ โดยทำการวัดผล 3 ระยะ คือ ระยะเวลาก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางและแผนภูมิ

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการแปลความหมายของผลการทดลองและการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจึงกำหนดสัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

<i>Mean</i>	แทน คะแนนเฉลี่ย
<i>SD</i>	แทน ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
<i>SE</i>	แทน ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน
<i>n</i>	แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
<i>p</i>	แทน นัยสำคัญทางสถิติที่คำนวณได้
*	แทน ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
<i>SS</i>	แทน ผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนแต่ละตัวอย่างยกกำลังสอง
<i>MS</i>	แทน ค่าความแปรปรวน
<i>F</i>	แทน ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณาการแจกแจงค่าเอฟ
<i>df</i>	แทน ระดับขั้นของความเป็นอิสระ
*	แทน ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
<i>I</i>	แทน ครั้งที่ของการวัดหรือระยะของการทดลอง
<i>G</i>	แทน วิธีการทดลอง หรือกลุ่ม
<i>I x G</i>	แทน ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูล และค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาของการทดลอง

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์การทดสอบผลย่อยของคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องและกลุ่มควบคุม ในระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์การทดสอบผลย่อยของคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ ในระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องและกลุ่มควบคุม

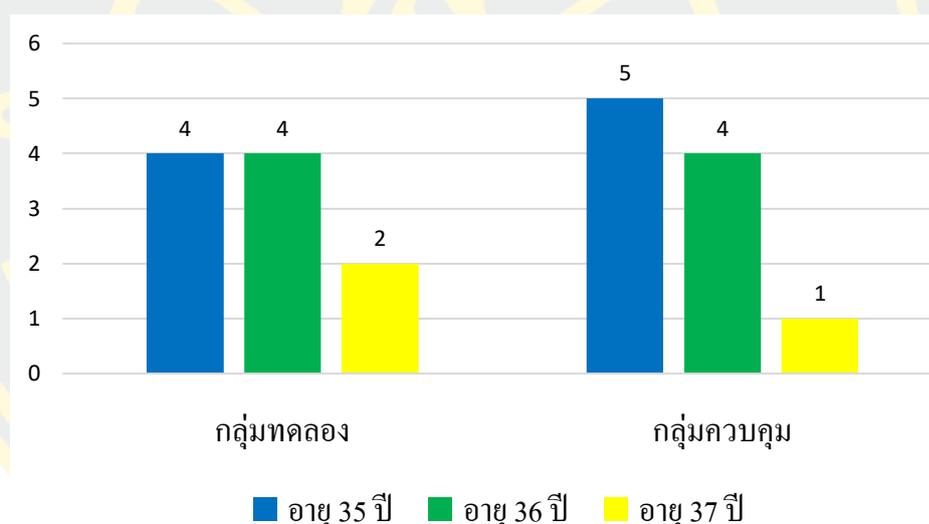
ตอนที่ 5 การวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนความโดดเด่นในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลอง ด้วยวิธีทดสอบของบอนเฟอโรนี (Bonferroni method)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ข้อมูล และค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง

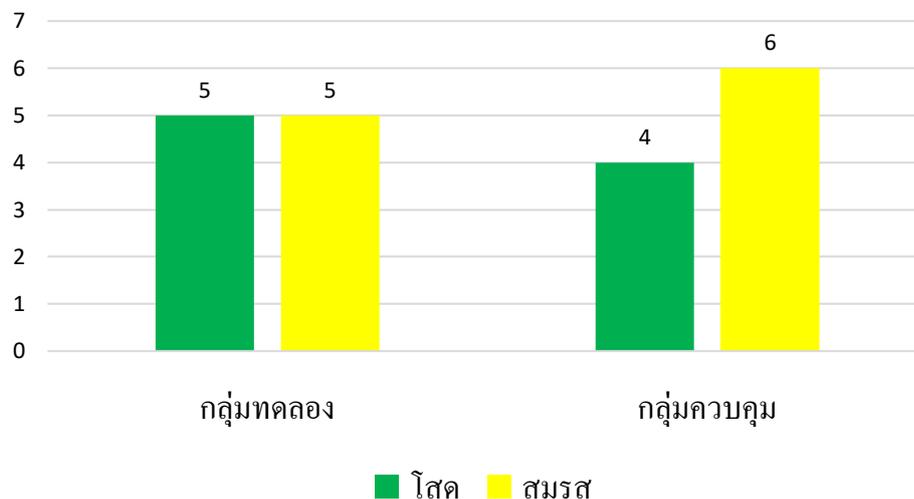
ผู้วิจัยได้ทำการจัดระเบียบข้อมูลคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์จำนวน 20 คน ซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ประเภท พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน และไม่มีโรคประจำตัว

ภาพ 1 แผนภูมิแสดงอายุของบุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องและกลุ่มควบคุม



จากภาพที่ 1 บุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มตัวอย่างมีอายุ 35–37 ปี โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่อง อายุ 35 ปี จำนวน 4 คน, อายุ 36 ปี จำนวน 4 คน และอายุ 37 ปี จำนวน 2 คน และในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องอายุ 35 ปี จำนวน 5 คน, อายุ 36 ปี จำนวน 4 คน และอายุ 37 ปี จำนวน 1 คน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอายุของบุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน

ภาพที่ 2 แผนภูมิแสดงสถานภาพทางครอบครัวของบุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องและกลุ่มควบคุม



จากภาพที่ 2 บุคลากรทางการแพทย์ ในกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพทางครอบครัวแบบโสดและสมรส โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องมีสถานภาพโสดจำนวน 5 คน และสถานภาพสมรส จำนวน 5 คน และในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องมีสถานภาพโสดจำนวน 4 คน และสถานภาพสมรสจำนวน 6 คน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสถานภาพทางครอบครัวของบุคลากรทางการแพทย์ ในกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4 ข้อมูล และค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของบุคลากรทางการแพทย์ ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องและกลุ่มควบคุม

คนที่	กลุ่มทดลอง			คนที่	กลุ่มควบคุม		
	ระยะก่อนทดลอง	ระยะหลังทดลอง	ระยะติดตามผล		ระยะก่อนทดลอง	ระยะหลังทดลอง	ระยะติดตามผล
1	106	76	78	1	100	101	100
2	109	79	77	2	106	105	103
3	111	70	74	3	102	102	103
4	104	65	70	4	108	110	109
5	101	69	76	5	113	110	112
6	106	50	65	6	103	100	105
7	106	60	69	7	107	105	106
8	106	58	75	8	102	100	102
9	102	66	75	9	105	106	104
10	111	69	78	10	107	108	107
รวม	1062	672	737	รวม	1053	1047	1051
Mean	106.2	67.2	73.7	Mean	105.3	104.7	105.1
SD	3.39	4.49	4.32	SD	3.77	3.86	3.54

จากตารางที่ 6 พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เป็น 106.2, 67.2 และ 73.7 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เป็น 105.3, 104.7 และ 105.1 ตามลำดับ ดังแสดงสรุปไว้ในตารางที่ 7

ตารางที่ 5 ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของบุคลากรทางการแพทย์ ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการศึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องและกลุ่มควบคุม

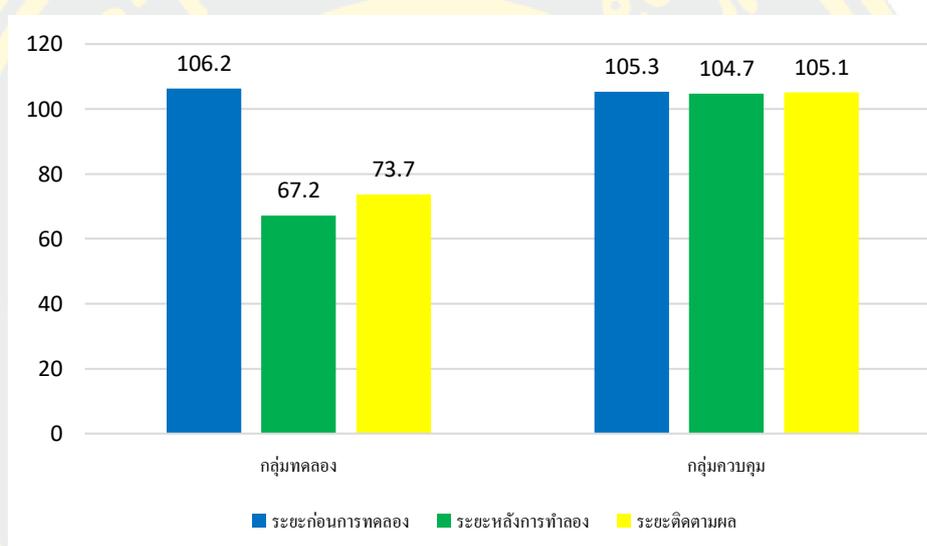
กลุ่ม	ระยะการทดลอง	<i>n</i>	Mean	<i>SD</i>
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	10	106.2	3.39
	หลังการทดลอง	10	67.2	4.49
	ติดตามผล	10	73.7	4.32
กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	10	105.3	3.77
	หลังการทดลอง	10	104.7	3.86
	ติดตามผล	10	105.1	3.54

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการศึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานระยะก่อนการทดลอง เท่ากับ 106.2 ($SD = 3.39$) ระยะหลังการทดลองเท่ากับ 67.2 ($SD = 4.49$) และระยะติดตามผลเท่ากับ 73.7 ($SD = 4.32$) จากคะแนนสามารถสรุปได้ว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานในระยะหลังการทดลองเท่ากับ 67.2 ($SD = 4.49$) ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานเท่ากับ 106.2 ($SD = 3.39$) และคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานในระยะติดตามผลเท่ากับ 73.7 ($SD = 4.32$) ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานเท่ากับ 106.2 ($SD = 3.39$) แต่สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานในระยะหลังการทดลอง ซึ่งมีค่าเท่ากับ 73 ($SD = 4.49$)

ในส่วนกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการศึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานระยะก่อนการทดลอง เท่ากับ 105.3 ($SD = 3.77$) ระยะหลังการทดลองเท่ากับ 104.7 ($SD = 3.86$) และระยะติดตามผลเท่ากับ 105.1 ($SD = 3.54$) จากคะแนนสามารถสรุปได้ว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานในระยะหลังการทดลองเท่ากับ 104.7 ($SD = 3.86$) ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานเท่ากับ 105.3 ($SD = 3.77$) และคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานในระยะติดตามผลเท่ากับ 105.1 ($SD = 3.54$) ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานเท่ากับ 105.3 ($SD = 3.77$) แต่สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานในระยะหลังการทดลอง ซึ่งมีค่าเท่ากับ 104.7 ($SD = 3.86$)

เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์มาทำเป็นแผนภูมิเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องและกลุ่มควบคุม แสดงผลดังภาพที่ 3

ภาพที่ 3 แผนภูมิเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องและกลุ่มควบคุม



จากภาพที่ 3 พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานระยะก่อนการทดลอง เท่ากับ 106.2 ระยะหลังการทดลอง เท่ากับ 67.2 และระยะติดตามผล เท่ากับ 73.7 ซึ่งพบว่าระยะหลังจากการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 39 ส่วนระยะติดตามผลมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าระยะหลังการทดลองเท่ากับ 6.5 และต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง เท่ากับ 32.5

บุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานระยะก่อนการทดลอง เป็น 105.3 ระยะหลังการทดลอง เป็น 104.7 และระยะติดตามผล เป็น 105.1 ซึ่งพบว่าระยะหลังจากการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าระยะหลังการทดลองเท่ากับ 0.6 ส่วนระยะติดตามผลมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าระยะหลังการทดลองเท่ากับ 0.4 และต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง เท่ากับ 0.2

และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องและกลุ่มควบคุมพบว่า ระยะก่อนการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 106.2 กลุ่ม

ควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 105.3 โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมเท่ากับ 0.9 ส่วนระยะหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่อง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 67.2 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 104.7 โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเท่ากับ 37.5 และระยะติดตามผลการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่อง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 73.7 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 105.1 โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเท่ากับ 31.4

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาของการทดลอง

ก่อนที่ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาของการทดลอง ผู้วิจัยได้ตรวจสอบการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ โดยทำการทดสอบ Mauchly's Test of Sphericity ซึ่งผลการทดสอบเป็นดังที่แสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 6 ผลการตรวจสอบการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้น โดยใช้ Mauchly's test of sphericity ในกลุ่มตัวอย่าง

Within Subject Effect	Mauchly's Test	Approx. Chi- Square	df	sig	Epsilon ^b		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower bound
Interval	.665	6.924	2	.031	.749	.848	.500

จากตารางที่ 8 ผลการตรวจสอบการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้น โดยใช้ Mauchly's test of sphericity พบว่า ค่า Mauchly's Test เท่ากับ .665 ค่า Chi- Square เท่ากับ 6.924 และมีค่า p เท่ากับ .031 ซึ่งน้อยกว่า .05 หมายถึง ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์มีการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้ Epsilon ค่า Huynh Feldt ซึ่งเท่ากับ .848

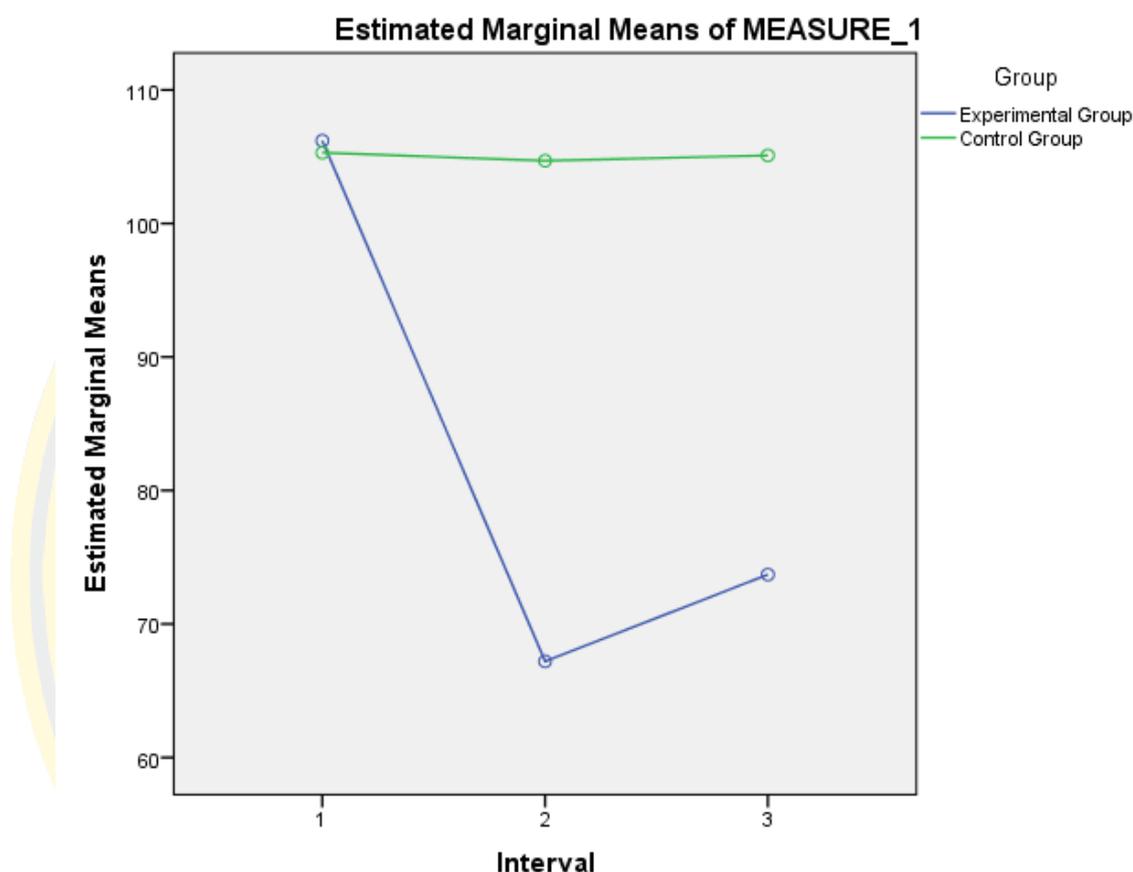
ตารางที่ 7 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาของการทดลอง

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Between Subject	19	8347.934			
Group (G)	1	7706.667	7706.667	216.322*	.000
SS w/ in group	18	641.267	35.626		
Within subject	40	8920.666			
Interval	1.695	4475.100	2639.900	430.451*	.000
I x G	1.695	4258.433	2512.086	409.611*	.000
I x SS w/ in group	36	187.133	6.133		
Total	59	17268.6			

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 9 เมื่อพิจารณาผลการทดสอบระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลอง พบว่า ค่า p เท่ากับ .000 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า .05 สรุปได้ว่า ระยะเวลาทดลองกับวิธีการทดลองมีปฏิสัมพันธ์กัน ทำให้ส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จึงทำการทดสอบย่อยในขั้นตอนต่อไป ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลปฏิสัมพันธ์ในรูปแบบของกราฟ ดังภาพที่ 4

ภาพที่ 4 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ของกลุ่มทดลองที่ได้รับการศึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยา ทฤษฎีเล่าเรื่องและกลุ่มควบคุม



จากภาพที่ 4 พบว่า ระยะก่อนการทดลอง บุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานใกล้เคียงกัน แต่ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟ คือ ในระยะหลังการทดลองบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการศึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่อง มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการศึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่อง และในระยะติดตามผล บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการศึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่อง มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการศึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องเช่นกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า วิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลองส่งผลร่วมกันต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ จึงทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงาน ของกลุ่มทดลองที่ได้รับการศึกษาออนไลน์เชิง

จิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่อง และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องมีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกัน ดังนั้น จึงมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลอง

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์การทดสอบผลย่อยของคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่อง และกลุ่มควบคุม ในระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์การทดสอบคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่อง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 8 ผลการทดสอบผลย่อยของกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
ระยะก่อนการทดลอง					
Between Subject	1	4.505	4.050	.315	.582*
Within subject	18	231.700	12.872		
ระยะหลังการทดลอง					
Between Subject	1	7031.250	7031.250	400.895	<.001
Within subject	18	315.700	17.539		
ระยะติดตามผล					
Between Subject	1	4929.800	4929.800	315.788	<.000
Within subject	18	281.000	15.611		

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 10 พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง ผลคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ของกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่อง มีค่า p เท่ากับ .582 ซึ่งมีค่า

มากกว่า .05 สรุปได้ว่า คะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

ในระยะหลังการทดลอง พบว่า ผลคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ของกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่อง มีค่า p น้อยกว่า .001 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า .05 สรุปได้ว่า คะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในระยะติดตามผลการทดลอง พบว่า ผลคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ของกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่อง มีค่า p น้อยกว่า .001 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า .05 สรุปได้ว่า คะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะติดตามผลการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์การทดสอบผลย่อยของคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ ในระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องและกลุ่มควบคุม

ก่อนที่ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาการทดลองในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ตรวจสอบการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ โดยทำการทดสอบ Mauchly's Test of Sphericity ซึ่งผลการทดสอบเป็นดังที่แสดงในตารางที่

ตารางที่ 9 ผลการตรวจสอบการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นโดยใช้ Mauchly's test of sphericity ในกลุ่มทดลอง

Within Subject Effect	Mauchly's Test	Approx. Chi-Square	df	sig	Epsilon ^b		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower bound
Interval	.390	7.537	2	.023	.621	.672	.500

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 11 ผลการตรวจสอบการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้น โดยใช้ Mauchly's test of sphericity พบว่า ค่า Mauchly's Test เท่ากับ .390 ค่า Chi-Square เท่ากับ 7.537 และมีค่า p เท่ากับ

.023 ซึ่งน้อยกว่า .05 หมายถึง ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์มีการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้ Epsilon ค่า Huynh Feldt ซึ่งเท่ากับ .672

ตารางที่ 10 ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาการทดลองในกลุ่มทดลอง

Source of variation	df	SS	MS	F	P
Between subjects	9	296.967			
Interval	1.343	8731.667	6500.427	502.676*	.000
Error	12.089	156.333	12.932		
Total	22.432	9184.967			

*p < 0.05

จากตารางที่ 12 ผลทดสอบความแตกต่างระหว่างระยะเวลาการทดลองในกลุ่มทดลอง พบค่า p น้อยกว่า .001 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า .05 สรุปได้ว่า คะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มทดลองในระยะเวลาการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ก่อนที่ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาการทดลองในกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ตรวจสอบการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ โดยทำการทดสอบ Mauchly's Test of Sphericity ซึ่งผลการทดสอบเป็นดังที่แสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 11 ผลการตรวจสอบการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นโดยใช้ Mauchly's test of sphericity ในกลุ่มควบคุม

Within Subject Effect	Mauchly's Test	Approx. Chi-Square	df	sig	Epsilon ^b		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower bound
Interval	.747	2.329	2	.312	.789	.943	.500

*p < 0.05

จากตารางที่ 13 ผลการตรวจสอบการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นโดยใช้ Mauchly's test of sphericity พบว่า ค่า Mauchly's Test เท่ากับ .747 ค่า Chi-Square เท่ากับ 2.329 และมีค่า p เท่ากับ .312 ซึ่งมากกว่า .05 หมายถึง ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ไม่ละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติของการใช้สถิติ Repeated measure ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ ระยะเวลาการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 12 ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาการทดลองในกลุ่มควบคุม

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>P</i>
Between subjects	9	344.300			
Interval	2	1.867	.933	.545	.589
Error	18	30.800	1.711		
Total					

จากตารางที่ 14 ผลทดสอบความแตกต่างระหว่างระยะเวลาการทดลองในกลุ่มควบคุม พบค่า *p* เท่ากับ .589 ซึ่งมีค่ามากกว่า .05 สรุปได้ว่า คะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มทดลองในระยะเวลาการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 5 การวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ ระยะเวลาการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลอง ด้วยวิธีทดสอบของบอนเฟอโรนีย์ (Bonferroni method)

เมื่อพบว่าคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกัน จึงทำการวิเคราะห์ผลคะแนนเพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มทดลองต่อไป ดังแสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 13 ผลการเปรียบเทียบคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ ระยะเวลาการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองด้วยวิธีทดสอบของบอนเฟอโรนีย์ (Bonferroni method)

Source	Mean Difference	SE	<i>p</i>
หลังการทดลอง(67.2)-ก่อนการทดลอง(106.2)	-39.000*	1.528	.000
ติดตามผล(73.7)-ก่อนการทดลอง(106.2)	-32.500*	1.579	.000
ติดตามผล(73.7)-หลังการทดลอง(67.2)	6.500*	.619	.000

**p* < 0.05

จากตารางที่ 15 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในระยะเวลาหลังการทดลองต่ำกว่าระยะเวลาการทดลอง (Mean Difference = -39.000) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมทั้งค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของ

บุคลากรทางการแพทย์ในระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง (Mean Difference = -32.500) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในระยะติดตามผลสูงกว่าระยะหลังการทดลอง (Mean Difference = 6.500) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เนื่องจากภาวะหมดไฟในการทำงานมีสาเหตุหลักมาจากการได้รับแรงกดดันจากการทำงานที่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา และสะสมต่อเนื่อง รวมไปถึงภาระงานที่รับผิดชอบหนักหรือมากเกินไป ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน จนกระทั่งบุคคลนั้นๆ รู้สึกว่าไม่สามารถจัดการงานต่าง ๆ ทั้งหมดได้ นำไปสู่ภาวะเครียดเรื้อรังและภาวะหมดไฟในการทำงาน ซึ่งสถานการณ์ที่เกิดขึ้นปัจจุบันในแต่ละวันมีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน ดังนั้นภาวะหมดไฟในการทำงานสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา แม้จะได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องแล้ว แต่การกลับมา มีคะแนนประเมินภาวะหมดไฟที่เพิ่มขึ้นในระยะติดตามผล ก็ยังไม่สูงเท่าระยะก่อนการทดลอง แสดงให้เห็นว่าการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องสามารถใช้ได้ผลในการลดภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาออนไลน์ ทฤษฎีเล่าเรื่องต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) เพื่อศึกษาผลของการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ 2 สาขา ได้แก่ แพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 6 อายุ 35 ปีขึ้นไป สามารถใช้โปรแกรม Google Meet ออนไลน์ สามารถสื่อสารออนไลน์ได้ และมีภาวะหมดไฟในการทำงานโดยประเมินจากการทำแบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน มีคะแนน 32 คะแนนขึ้นไป โดยคัดเลือกผู้ที่มีคะแนนใกล้เคียงกันจำนวน 20 คน สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นแบ่งกลุ่มตัวอย่างด้วยการจับสลาก เพื่อทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม (Random Treatment) ได้แก่ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่อง จำนวน 10 คน และกลุ่มควบคุม (Control Group) คือ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่อง จำนวน 10 คน โดยมีวิธีที่จะใช้เพื่อเข้าถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย/กลุ่มตัวอย่าง คือ ทำหนังสือเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยเสนอหนังสือนายแพทย์สาธารณสุขทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 ได้แก่ จังหวัดจังหวัดสระแก้ว จังหวัดปราจีนบุรี จังหวัดฉะเชิงเทรา จังหวัดสมุทรปราการ จังหวัดชลบุรี จังหวัดจันทบุรี จังหวัดระยอง และจังหวัดตราด และประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อออนไลน์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ โดยพัฒนาจากแบบวัดภาวะหมดไฟในการทำงานฉบับภาษาไทย แปลมาจากแบบวัด Maslach burnout inventory (MBI) โดยสิระยา สัมมาวาจ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับ มีคุณภาพทางวิชาการสูง ข้อคำถามตรงเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และ โปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาออนไลน์ ทฤษฎีเล่าเรื่อง ต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ทั้งนี้ได้ดำเนินการให้การศึกษาตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมระยะเวลาในการให้การศึกษาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่ม

ควบคุมจะไม่ได้รับการให้การปรึกษา เมื่อเสร็จสิ้นการให้การปรึกษาตามโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาออนไลน์ทฤษฎีเล่าเรื่องต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ครบ 8 ครั้งตามที่กำหนดไว้กับกลุ่มทดลองแล้ว ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มทำแบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์เพื่อเป็นคะแนนในระยะหลังการทดลอง และหลังจากนั้นอีก 4 สัปดาห์นับจากวันที่จบการให้การปรึกษากับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มทำแบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในระยะติดตามผล และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (Repeated Measure Analysis of Variance: One between – subject variable and One within – subjects Variable)

สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัยไว้ดังนี้

1. บุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล เท่ากับ 106.2, 67.2 และ 73.7 ตามลำดับ ส่วนบุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล เท่ากับ 105.3, 104.7 และ 105.1 ตามลำดับ
2. บุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงาน ระยะหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. บุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงาน ระยะติดตามผลการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. บุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงาน ระยะติดตามผลการทดลองต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. บุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงาน ระยะติดตามผลสูงกว่าระยะหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องมีคะแนนประเมินภาวะหมดไฟหลังการทดลองและคะแนนระยะติดตามผลการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลอง

จากผลการวิจัย พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่อง มีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานระยะก่อนการทดลอง เท่ากับ 106.2 (SD = 3.39) ระยะหลังการทดลองเท่ากับ 67.2 (SD = 4.49) และระยะติดตามผลเท่ากับ 73.7 (SD = 4.32) จากคะแนนสามารถสรุปได้ว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานในระยะหลังการทดลองลดลงจากระยะก่อนการทดลอง และคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานในระยะติดตามผลลดลงจากระยะก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อภิปรายได้ว่า

โปรแกรมการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องมีการให้การปรึกษาทั้งหมด 8 ครั้ง โดยใช้เวลาครั้งละประมาณ 45-60 นาที โดยมีจุดมุ่งหมายในการช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์เรียนรู้และเข้าใจภาวะหมดไฟในการทำงานของตนเอง รวมไปถึงสามารถนำปัญหาทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านความอ่อนล้าทางร่างกายและจิตใจ และระยะห่างทางจิตใจของภาวะหมดไฟในการทำงานของตนเองออกสู่ภายนอก รูปแบบของการปรึกษาจะให้บุคลากรทางการแพทย์ได้เผชิญกับสิ่งที่ทำให้กังวลผ่านการเล่าเรื่องราวที่ทำให้เกิดความรู้สึกกลัวหรือเรื่องราวที่ทำให้เกิดปัญหา ผ่านการเล่าเรื่องราวที่เต็มไปด้วยปัญหา (Problem-saturated stories) เมื่อเรื่องราวนั้นมีปัญหาจึงทำให้เกิดการเบียดบังเรื่องราวทางเลือกที่พึงประสงค์ออกไป เรื่องราวที่น่าจะเป็นทางเลือกของชีวิตที่เป็นไปได้จริงหรือที่พึงประสงค์จึงกลายเป็นวาทกรรมที่ตกขอบ (Marginalized-discourses) ถูกทำให้เลือนหาย หรือถูกลดคุณค่าสัมบูรณ์ลง การปรึกษาตามแนวทฤษฎีเล่าเรื่องจึงเป็นการปรึกษาแนวใหม่ที่มีจุดประสงค์ชัดเจนเพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะผิดปกติทางจิตใจ โดยเฉพาะภาวะหมดไฟในการทำงานของ บุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้ช่วยให้ บุคลากรทางการแพทย์เข้าถึงแก่นของเรื่องราวของตนเองได้เป็นอย่างดี การลำดับเหตุการณ์ต่าง ๆ อย่างละเอียด และได้รับการ

ปรึกษาสามารถเจาะลงไปทำให้รู้ถึงสาเหตุของปัญหาว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร ช่วยให้ บุคลากรทาง การแพทย์สามารถมองเห็นแนวทางใหม่ ๆ ที่จะนำไปแก้ไข ปรับปรุงปัญหาที่เกิดขึ้นได้ในต่อไป โดยยึดหลักความเชื่อที่กล่าวว่า "ปัญหาคือปัญหา บุคคลไม่ใช่ปัญหา" ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ทักษะที่ สำคัญของทฤษฎีเล่าเรื่อง ได้แก่ เทคนิคการช่วยให้บุคคลเล่าปัญหาของตน เทคนิคการกระตุ้นให้ ผู้รับการปรึกษาเล่าเรื่องให้ครบถ้วน เทคนิคการนำปัญหาออกสู่ภายนอก เทคนิคการถอดบท สนทนาภายใน ใส่บทสนทนาภายนอก เทคนิคการเชื่อมโยงให้ตั้งชื่อให้กับปัญหา เทคนิคการใช้ ภาษากาย อูปรามอูปรมาย โดยทำให้ปัญหามีคุณลักษณะเป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อบุคคล แทนที่จะเป็น คุณลักษณะภายในของบุคคล ผู้วิจัยใช้อุปมาอุปไมย (Metaphors) ที่ใช้อธิบายปัญหาที่คุกคามบุคคล และส่งผลร้ายต่อชีวิตบุคคล การนำปัญหาออกสู่ภายนอกสามารถดำเนินการ โดยใช้เครื่องมือทาง วากยสัมพันธ์ (การวิเคราะห์ โครงสร้างของคำพูด เหตุการณ์ของเรื่องราว) เพื่อสะท้อนให้เห็นว่า บุคคลไม่ได้กลายเป็นปัญหา ดังนั้น ปัญหาจึงเป็นสิ่งที่บุคคลจะเปลี่ยนแปลงแก้ไขในทิศทางที่แยก ปัญหาออกจากตัวบุคคล การนำปัญหาออกสู่ภายนอกบุคคลจึงเป็นภาษาที่แผ่ความหวังและการ ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลกลับมามีพลังอำนาจ การทำปัญหาของบุคคลออกสู่ภายนอกบุคคล เรียกว่าเป็นการสนับสนุนส่งเสริมให้บุคคลทำปัญหาของตนให้กลายเป็นวัตถุ (Objectify) ซึ่งส่งผล ดีต่อผู้รับการปรึกษา คือ ลดความขัดแย้งที่ไม่สร้างสรรค์ระหว่างบุคคล สลายความรู้สึกสับสนเหลวที่ เกิดกับบุคคล ในขณะที่เขาหรือเธอพยายามแก้ไขปัญหาของตน แต่ปัญหายังคงดำรงอยู่ เสริมสร้าง ช่องทางที่บุคคลจะร่วมมือกับผู้อื่นในการต่อสู้กับปัญหา และหลบหลีกอิทธิพลของปัญหาไม่ให้มี อิทธิพลต่อชีวิตและสัมพันธภาพของบุคคล เปิดโอกาสความเป็นไปได้ใหม่ ๆ สำหรับบุคคลในการ นำชีวิตและสัมพันธภาพของตนกลับคืนมาจากปัญหาและอิทธิพลของปัญหา ปลดปล่อยให้บุคคลา พ้นจากสถานการณ์ปัญหาที่รุนแรงถึงความเป็นความตาย โดยใช้แนวคิดแนวทางที่มีความตึงเครียด กดดันน้อยกว่าและมีประสิทธิผลมากกว่า สร้างทางเลือกหลาย ๆ ทางเลือกในการพูดคุยสนทนา แทนที่จะเป็นฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นผู้นำการพูดแต่ฝ่ายเดียว

หลังจากการทดลองเสร็จสิ้นไปแล้ว บุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มทดลองยังสามารถนำ แนวทางของกระบวนการการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่อง ไปใช้กับตนเอง หรือใน ขณะเดียวกันไม่ได้มีภาวะหมดไฟในการทำงานมากเหมือนกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปรึกษา ออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่อง บุคลากรทางการแพทย์มีการเรียนรู้และนำปัญหาด้านต่างๆของ ภาวะหมดไฟในการทำงานออกสู่ภายนอก ผ่านการเล่าเรื่องราวของตนเองออกมา เพื่อให้มองเห็น แนวทางใหม่ๆ ที่จะนำไปแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ยังได้เรียนรู้อารมณ์ของตนเอง จัดการ

สภาวะอารมณ์ของตนเอง และแสดงพฤติกรรมที่สื่อถึงอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากเมื่อเราดอกอยู่ในสถานการณ์ที่สร้างความลำบากให้กับชีวิต เราจะพยายามที่สร้างสรรค์ทางออกให้กับตนเอง เพื่อลดอาการของบาดแผลทางใจ หรืออาการของภาวะผิดปกติทางจิตใกาย หลังจากการเผชิญกับปัญหาต่างๆ

สอดคล้องกับการศึกษาของชนินาฏ วัฒนา (2558) ได้ศึกษาผลการปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่องต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของวัยรุ่นชายที่มาจากครอบครัวแม่เลี้ยงเดี่ยวที่มีคะแนนจากแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำที่สุด โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการปรึกษารายบุคคลทฤษฎีเล่าเรื่อง จำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการปรึกษา วัดการแสดงออกทางอารมณ์ 3 ระยะ ได้แก่ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ผลการศึกษาพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มทดลองมีคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มทดลองมีคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับมาก คือ เท่ากับ 0.97

กรณีของสอง (นามสมมุติ) เล่าว่า “ในช่วงทำงาน รู้สึกว่าภาระงานเยอะ แต่สามารถทำได้นะ ทำให้เสร็จทันเวลาได้ด้วย งานออกมามีด้วย แต่พองานมันเยอะทุกวัน บางทีเราก็อึด เราต้องแข่งกับเวลา ต้องยอมรับทุกสถานการณ์ ต้องเร่งรีบไปทุกอย่าง จนบางทีเราก็อึดไปแล้วว่า ความสุขของเราคืออะไร เราเลือกอาชีพนี้ไปเพราะอะไร อะไรคือเป้าหมายของแต่ละวัน เป้าหมายที่ไม่ใช่แค่ทำงานให้เสร็จ แต่มันคือแบบ เป้าหมายที่ทำให้เราทำงานในอาชีพที่เราเลือกแล้วเราก็มีความสุขด้วย คนรอบข้างเรามีความสุขด้วย ตอนแรกไม่ได้คิดจะเข้าร่วมการวิจัยนี้นะ แต่หัวข้อน่าสนใจ อยากหาพลังบวกให้กลับตัวเอง หลังจากเข้าร่วม โปรแกรมครั้งที่ 3-4 แล้วไปทำงาน พลังกายพลังใจมากเลย พลังกลับมาคิดได้อีกครั้งว่าเป้าหมายในอาชีพคืออะไร ยิ่งเพลงวันสุดท้ายที่เปิด พลังมีแรงที่จะทำงานต่อ”

จากกรณีดังกล่าวมา สามารถยืนยันได้ว่าการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ออนไลน์ ทฤษฎีเล่าเรื่อง เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ โดยเทคนิคของทฤษฎีเล่าเรื่องช่วยกระตุ้นให้บุคคลเล่าปัญหาของตนให้ครบถ้วน โครงสร้างของเรื่องเล่า จะช่วยสร้างกรอบแนวความคิดหลัก ๆ ให้กับบุคคลในการดำเนินชีวิตประจำวันของตน โดยกรอบแนวความคิดนี้ บุคคลแต่ละคนจะเชื่อมโยงเหตุการณ์ชีวิตของตน

เรียงเป็นลำดับเหตุการณ์และเป็นไปตามประเด็นเรื่องเฉพาะในแต่ละเรื่องของตนใน โครงสร้างของ เรื่องเล่า การอธิบายเหตุผลแบบไล่เรียงเป็นเส้นตรง (Linear causality) เป็นสิ่งที่ปรากฏอยู่อย่างโดดเด่นใน โครงสร้างของเรื่องเล่า กล่าวคือ เหตุการณ์หนึ่งจะเป็นพื้นฐานของการนำไปสู่เหตุการณ์อื่น ๆ ไล่เรียงกันไปเสมอ ทฤษฎีการปริศนาเล่าเรื่อง เป็นทางเลือกเพื่อให้บุคคลเล่าเรื่องและเล่าเรื่อง ชั่ว ๆ เกี่ยวกับกระบวนการเกิดและการดำเนินการที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ ในเรื่องราวชีวิตที่เต็มใจจะเปิดเผย ทำให้ผู้รับการศึกษาได้ทราบเหตุการณ์ชีวิตของตนเอง ที่มีลักษณะเฉพาะตน (Unique) ซึ่งทำให้ บุคคลได้ทราบเหตุการณ์ที่ชัดเจน ไม่แน่นอน ซึ่งอาจไม่ใช่เหตุการณ์ปกติธรรมดาทั่วไป โดยสถานการณ์ในชีวิตอาจมีนัยสำคัญต่อทางเลือกของสถานการณ์ในปัจจุบันของบุคคลนั้น

ทั้งนี้ ผลของการศึกษาเชิงจิตวิทยา ออนไลน์ ทฤษฎีเล่าเรื่องต่อภาวะหมดไฟของบุคลากร ทางการแพทย์ ในงานวิจัยนี้มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับที่จะสามารถทำให้ภาวะหมดไฟในการ ทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ลดลงได้ แม้จะมีคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากร ทางการแพทย์ในระยะติดตามผลเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ซึ่งอาจจะมาจากปัจจัยแวดล้อมที่สามารถเข้ามา แทรกแซงได้ในช่วงที่ไม่มีมีการให้การศึกษา กล่าวคือ ภาวะหมดไฟในการทำงาน เป็นอาการทาง จิตวิทยา มักเกิดจากการที่ความเครียดสะสมจากการทำงานมาเป็นเวลานาน ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับอาชีพ ที่มีความคาดหวังสูง อาชีพที่เกี่ยวข้องกับผู้คนเป็นเวลานาน หรืออาชีพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ เช่น แพทย์ พยาบาล (พัชรภรณ์ สนิตพัฒนสุข และธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์, 2564) ทั้งนี้ บุคลากรทาง การแพทย์ ยังคงต้องทำงานเช่นเดิม การทำงานร่วมกับผู้คนมากมายและเป็นระยะเวลานานๆ หรือ รวมไปถึงการทำงานล่วงเวลา ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทาง การแพทย์ ดังนั้นเมื่อยังไม่ได้แก้ไขที่สาเหตุของปัญหาภาวะหมดไฟในการทำงาน ก็ยังคงพบปัญหา หมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ได้ แต่โดยรวมคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการ ทำงานในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลการทดลองน้อยกว่าระยะก่อนการทดลอง ซึ่ง แสดงให้เห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์ได้นำแนวคิดที่ได้รับจากการศึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยา ทฤษฎีเล่าเรื่อง ไปประยุกต์ใช้ในการทำงานได้ ซึ่งมีผลให้ภาวะหมดไฟในการทำงานลดลง แม้จะ ผ่านพ้นระยะเวลาของการทดลองไปแล้ว

สมมติฐานข้อที่ 2 กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องมีคะแนนประเมินภาวะหมดไฟหลังการทดลองและคะแนนระยะติดตามผลการทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

จากผลการวิจัย พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่อง มีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานระยะก่อนการทดลอง เท่ากับ 106.2 ($SD = 3.39$) ระยะหลังการทดลองเท่ากับ 67.2 ($SD = 4.49$) และระยะติดตามผลเท่ากับ 73.7 ($SD = 4.32$) บุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานระยะก่อนการทดลอง เท่ากับ 105.3 ($SD = 3.77$) ระยะหลังการทดลองเท่ากับ 104.7 ($SD = 3.86$) และระยะติดตามผลเท่ากับ 105.1 ($SD = 3.54$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องและกลุ่มควบคุมพบว่า ระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่อง มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมเท่ากับ 37.5 และระยะติดตามผลการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่อง มีคะแนนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมเท่ากับ 31.4 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อภิปรายได้ว่า

ในระยะก่อนการทดลอง บุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องและบุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่อง มีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานใกล้เคียงกัน ต่อมาเมื่อการทดลองเสร็จสิ้น พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานต่ำกว่าบุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่อง และในระยะติดตามผลการทดลองบุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานต่ำกว่าบุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกรียงศักดิ์ รัฐกุล (2560) ได้ทำการศึกษาการปรึกษากลุ่มทฤษฎีเล่าเรื่องต่อภาวะผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตรายของเยาวชนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มทฤษฎีเล่าเรื่องมีค่าเฉลี่ยภาวะผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตรายในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่ม

ทฤษฎีเล่าเรื่องมีภาวะผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการปรึกษากลุ่มทฤษฎีเล่าเรื่องสามารถลดภาวะผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตรายของเยาวชนผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ได้อย่างชัดเจน

จะเห็นได้ว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องมีความพร้อมต่อการดำเนินชีวิต สามารถปรับตัวในสถานการณ์การทำงานต่างๆ ได้ ในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ได้รับการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่องไม่ได้ถูกกระตุ้นหรือได้รับการช่วยเหลือจากกระบวนการการปรึกษาออนไลน์เชิงจิตวิทยาทฤษฎีเล่าเรื่อง จึงทำให้มีคะแนนประเมินภาวะหมดไฟหลังการทดลองและคะแนนระยะติดตามผลการทดลองใกล้เคียงกับระยะก่อนการทดลอง

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานของเพียวี่ รื่นรวย (2562) ซึ่งศึกษาการพัฒนาารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งภายในใจของแม่เลี้ยงเดี่ยว โดยใช้ทฤษฎีการเล่าเรื่องเป็นฐาน โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 3 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้รับรูปแบบการปรึกษารายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที 8 สัปดาห์ กลุ่มที่ 2 ได้รับรูปแบบกลุ่มกิจกรรมเชิงจิตวิทยา 1 วัน (8 ชั่วโมง) กลุ่มทดลองที่ 3 ได้รับรูปแบบบทเรียนออนไลน์ สัปดาห์ละ 1 บทเรียน รวม 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับรูปแบบใดๆ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่ม มีคะแนนความเข้มแข็งภายในใจ ระยะหลังทดลอง และ ระยะติดตามผล สูงกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปได้ว่า รูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งภายในใจโดยใช้ทฤษฎีการปรึกษาเล่าเรื่องเป็นฐาน สามารถเสริมสร้างความเข้มแข็งภายในใจให้กับแม่เลี้ยงเดี่ยวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีของแก้ว (นามสมมุติ) เล่าว่า “คนชอบที่เราสบาย ทำงานในห้องแอร์ แต่เรามีเอกสารกองโต เราทำงานหนักมากเลยนะ บางงานไม่มีสอนตอนเรียน แต่พอมาทำงาน เราก็ต้องทำให้ได้ เราทำทุกงาน งานวิชาชีพ งานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เราว่า เราพยายามมันมากเลยนะ เราทำมันดีที่สุดแล้ว แต่บางครั้งมันก็ไม่ได้ออกมาดีที่สุด เราไม่รู้จะพูดมันออกมายังไง จนวันนี้เราว่า เราเข้าใจตัวเองมากขึ้นแล้ว เรารู้เป้าหมายในการทำงานของเราแล้ว”

จากกรณีดังกล่าวมา ทฤษฎีการปรึกษาเล่าเรื่องเป็นการเริ่มต้นใหม่ (Re-engagement) ผ่านทางเลือกในปัจจุบันของชีวิตของบุคคล ทั้งนี้ การเล่าเรื่องเป็นการเชื่อมโยงทางเลือกในสถานการณ์ปัจจุบันให้เข้ากับประสบการณ์ในอดีต การเชื่อมโยงดังกล่าวยังได้ส่งผลทำให้บุคคลมองเห็น

"ปัญหา" การที่บุคคลได้เรียบเรียงเรื่องเล่าใหม่ ผ่านการตีความหมายโดยกระบวนการของทฤษฎี การปรึกษาเล่าเรื่อง ทำให้เข้าใจตนเองและสถานการณ์ที่ผ่านมามีขึ้น โดยสำรวจค้นหาข้อเสนอดต่อการดำเนินชีวิต เชื่อมโยงกับชุดการกระทำที่มีฐานมาจากความรู้ ทางเลือก และทักษะชีวิตทางเลือกที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ กระบวนการปรึกษาตามแนวทฤษฎีแบบเล่าเรื่องจะเป็นการปลุกสำนึกของบุคคล ให้อธิบายถึงเหตุผลว่า เหตุใดบุคคลจึงกระทำสิ่งที่ได้ทำลงไป อธิบายถึงความคิด ความปรารถนา ความนึกคิด อารมณ์ ความมุ่งหวัง ความหวัง ความตั้งใจ เป้าประสงค์ แรงจูงใจ ความใฝ่ฝัน ความล้มเหลว ความหวังไข คำนิยาม ความเชื่อ ความเพ้อฝัน ความผูกพัน เป็นการเชื่อมโยงเรื่องราวที่ข้ามผ่านช่วงเวลาของชีวิตบุคคล และการบำบัดทำให้เกิดการเชื่อมโยงเรื่องราวชีวิตของบุคคลในอดีตและปัจจุบัน เชื่อมผสานเข้ากับเรื่องราวชีวิตของบุคคลอื่นตลอดจนเป็นการเชื่อมโยงเรื่องราวของชีวิตบุคคลต่าง ๆ โดยเป็นไปตามประเด็นร่วมของผู้อื่น ทั้งในอดีตและปัจจุบัน เช่น ประเด็นด้าน จุดมุ่งหมาย คำนิยาม และพันธะผูกพันต่อกัน เป็นต้น โดยกระบวนการบำบัด ทำให้เกิดบริบทของการเล่าเรื่องและเล่าเรื่องซ้ำ (Telling and retelling) ตลอดจนทำให้เกิดการเล่าเรื่องซ้ำนั้นอย่างซ้ำ ๆ (Retelling of retellings)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาออนไลน์ทฤษฎีเล่าเรื่องต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์สามารถลดภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ได้ จึงเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะนำโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาออนไลน์ทฤษฎีเล่าเรื่องต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ไปพัฒนา หรือประยุกต์ใช้ เพื่อลดภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ได้เรียนรู้ และทำความเข้าใจปัญหาของตนเอง รวมไปถึงสามารถหาแนวทางการแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสม เช่น การส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าถึงการให้บริการการปรึกษาออนไลน์ โดยจัดทำเป็นคลินิกพิเศษ หรือกิจกรรมพิเศษสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ รวมไปถึงการพัฒนาเป็นแพลตฟอร์มหรือแอปพลิเคชันที่ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าถึงการให้บริการการปรึกษาออนไลน์ได้ง่าย และสะดวกขึ้น รวมไปถึงการสนับสนุนให้มีพื้นที่สำหรับการจัดการความเครียดจากการทำงาน

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำแบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ไปปรับปรุงหรือพัฒนาต่อเพื่อนำมาใช้ประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งนำไปสู่การแก้ปัญหาภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ให้รวดเร็วที่สุด เพื่อลดผลกระทบต่อด้านจิตใจ ร่างกาย และองค์กร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งถัดไป

1. แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์และโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาออนไลน์ทฤษฎีเล่าเรื่องต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์สร้างขึ้นมาเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แพทย์ และพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 6 ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป หากผู้ใดสนใจในการประเมินภาวะหมดไฟกับกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ ควรปรับข้อความและรายละเอียดในการให้การศึกษาเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างนั้นๆ

2. เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทางการแพทย์ 2 สาขา ได้แก่ แพทย์ และพยาบาลที่ ในการวิจัยครั้งถัดไปควรทำในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่นๆ เพื่อที่จะได้มุมมองความคิดที่หลากหลายมากขึ้น

3. การให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบออนไลน์เติบโตมากขึ้น และแนวโน้มที่จะเข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบออนไลน์มากยิ่งขึ้น และการให้การปรึกษาออนไลน์นั้นทำให้บุคลากร

ทางการแพทย์สามารถเลือกวันและเวลาที่สะดวกในการเข้ารับการศึกษาได้โดยที่ไม่กระทบการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่ยังมีข้อจำกัดอยู่หลายอย่าง เช่น กรณีเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน ซึ่งหากเกิดสถานการณ์วิกฤติหรือคุกคามต่อตัวผู้รับการศึกษาหรือต่อผู้อื่น โดยอยู่ในสถานที่ต่างกันจะจัดการได้อย่างไร สัญญาณอินเทอร์เน็ต รวมไปถึงทักษะการใช้โปรแกรมออนไลน์และเทคโนโลยีของผู้ให้การศึกษาและผู้รับการศึกษา ต้องมีการฝึกฝนการใช้โปรแกรมออนไลน์และเทคโนโลยีและทดสอบการใช้สื่อต่างๆก่อนการให้การศึกษา รวมไปถึงการแนะนำการใช้งานโปรแกรมออนไลน์และเทคโนโลยีให้แก่ผู้รับการศึกษา ดังนั้นหากการศึกษาด้านออนไลน์สามารถลดข้อจำกัดดังกล่าวลงมาได้ ก็จะสามารถเป็นเครื่องมือหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาความเครียดในสังคมไทยที่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น และสามารถรับรองผู้รับบริการได้ไม่ว่าอยู่ที่ใด หรือเวลาใดก็ตาม แต่ทั้งนี้ ควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อผ่อนคลาย ระบาย และมีกำลังใจในการทำงานเพิ่มขึ้น

4. ทฤษฎีเล่าเรื่องเป็นการนำปัญหาออกสู่ภายนอก ทำให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจปัญหามากขึ้น โดยวิธีการศึกษานี้ใช้ได้ในทุกบริบทของวัฒนธรรม ไม่มีข้อจำกัดในเรื่องของสถานที่ และเหมาะสมสำหรับผู้ที่ยังอยู่ในสภาวะที่มีข้อจำกัดเรื่องระยะเวลา

5. ในการศึกษาครั้งถัดไป ควรศึกษาในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีรายได้น้อย ซึ่งสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายของบุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มนั้นๆ และเสริมสร้างกำลังใจ

บรรณานุกรม

- กนกวรรณ วัฒนฉวี และศิวภรณ์ สองแสน. (2564). โปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลแบบออนไลน์เพื่อการปรับตัวทางสังคม ภายใต้สถานการณ์โควิด 19 ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*. 32(2). 49-42
- กนกวรรณ สีสมา. (2557). ศึกษาความตั้งใจออกจากวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร. *ปริญญานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล*
- กรมสุขภาพจิต. *ภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout syndrome)*. เข้าถึงได้จาก <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2270>
- กรรณิกา พันธุ์สร. (2565). *การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบออนไลน์ในวิถีนาคต*. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- กรรณิการ์ แสนสุภา. (2556). *ผลการปรึกษาทฤษฎีการปรึกษาแบบเล่าเรื่องต่อการเยียวยาตนเองของสตรีหย่าร้าง*. *ปริญญานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการปรึกษา ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์ คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา*.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *คู่มือโครงสร้างและกรอบอัตรากำลัง หน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค (ปี พ.ศ.2560-2564)*. เข้าถึงได้จาก <http://203.157.213.6/nitikarn/lawyerclub/download/structure.pdf>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *ร้อยละของเขตสุขภาพมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ*. เข้าถึงได้จาก <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=1538>
- กลุ่มคลังข้อมูลสถิติ กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *สัดส่วนเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ต่อประชากร*. เข้าถึงได้จาก https://ittdashboard.nso.go.th/preview.php?id_project=60
- กฤษฎา แสงวดี. 2558. ภาระงานและผลิตภาพของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ 12 แห่ง ในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 2. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 24(4), 741-750.
- กอเกษ ต่ายเกิด, ครองขวัญ รุ่งมัน, วินิทรานวลละออง, นิรุชา ปรึกษาเลิศศิลป์ และปนัดดา โรจน์พิบูลย์สถิต. (2562). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะหมดไฟ (Burnout syndrome) ในนักศึกษาแพทย์

ระดับชั้นพรีคลินิก มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*. 19, 127-138

กัลยาณี โนนินทร์. (2561). การพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง. ปรินญาณิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เกรียงศักดิ์ รัฐกุล. (2560). การศึกษากลุ่มแนวทฤษฎีการเผชิญเรื่องเล่าต่อภาวะผิดปกติทางจิตใจ ภายหลังภัยอันตรายของเยาวชนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้. ปรินญาณิพนธ์ดุสิตบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการปรึกษา ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์ คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ไกล่ตะวัน ศรีสีทอง. (2560). แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรในสังกัดกรมการแพทย์. ปรินญาณิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทรัพยากรมนุษย์, มหาวิทยาลัยบูรพา

ชนะภูมิ บัวบาน. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางแพทย์ในโรงพยาบาลศิครภูมิ อำเภوشيครภูมิ จังหวัดสุรินทร์. ปรินญาณิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

ชนินาฏ วัฒนา. (2558). ผลการปริกษาทฤษฎีเล่าเรื่องต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของวัยรุ่นชายที่มาจากครอบครัวแม่เลี้ยงเดี่ยว. ปรินญาณิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการปรึกษา ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์ คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ทิพรัตน์ บำรุงพินชถาวร. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน. ปรินญาณิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา

ทิปกร จิรัฐติกุลชัย. (2563). การจัดเครือข่ายบริการสุขภาพเชิงพื้นที่เพื่อบรรเทาปัญหาการขาดแคลนบุคลากร. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 14(3), 243-273

นกรินทร์ ชุนงาม. (2563). สุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 28(4), 348-359

นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรินทร์ สาคร์เพ็ชร และณูดา นภาอารักษ์. (2562). การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER. *วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ*.

5(1), 496-507

- นภัสวรรณ พชรนสาร. (2560). ความชุก ลักษณะ และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุความรุนแรงขณะปฏิบัติงานในสถานที่ทำงานของบุคลากรทางการแพทย์หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลภาครัฐในเขตบริการสุขภาพที่ 6. วิทยานิพนธ์
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์
ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- แบงก์ชาติ จินตรัตน์. (2564). ความสัมพันธ์ของแรงงานทางอารมณ์ต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต
สาขาวิชาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ปองกานต์ ศิโรรัตน์. (2563). การศึกษาเกี่ยวกับภาวะหมดไฟในการทำงาน (Job Burnout)
ของพนักงานองค์กรรัฐวิสาหกิจ กลุ่มเจนเนอเรชั่นเบบี้บูมเมอร์. วิทยานิพนธ์การจัดการ
มหาบัณฑิต, วิทยาลัยการจัดการ, มหาวิทยาลัยมหิดล
- ปรียา อัสวเมธาพันธ์. (2561). ผลการศึกษากลุ่มเกสตัลท์ที่มีต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้อง
ทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต,
สาขาจิตวิทยาการปรึกษา ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์ คณะศึกษาศาสตร์,
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปิยรัตน์ กาญจน. (2555). ภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ใน โรงพยาบาลชุมชน อำเภอเชียรใหญ่.
Master of Public Health Master's Degree, มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
- พลิน ชรัตน์. *คดีทางการแพทย์*. เข้าถึงได้จาก <https://www.tn.mahidol.ac.th/legal/sites/default/files/26.pdf>
- พุดตาน พันธูณเธร, อุดุ้ย บำรุง, ธิดาพร จิรวัฒน์ไพศาล, นงลักษณ์ พะไถยะ, บุญเรือง ขาวนวล
และทินกร โนรี. (2561). การวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพสำหรับระบบ
บริการระดับทุติยภูมิของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2569. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*.
12(2), 205-220

พัชรภรณ์ ถิณัตพัฒนาสุข และชนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์. (2565). ปัจจัยเสี่ยงของภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 31(1), 154-163

พัชรภรณ์ อาษา. (2565). การประเมินระบบการวิเคราะห์กรอบอัตรากำลังของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ*. 2(1), 21-30

เพียววี รื่นรวย. (2562). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งภายในใจของแม่เลี้ยงเดี่ยวโดยใช้ทฤษฎีการเล่าเรื่องเป็นฐาน. ปรินญาณิพนธ์คุณูปบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการปรึกษา ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์ คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

เพ็ญภา กุลนภาค. (2559). *การปรึกษารอบครัว FAMILY counseling*, ชลบุรี: เนติกุลการพิมพ์

มูลนิธิพัฒนาสาธารณสุขไทย. (2562). นักวิจัยเรียกร้องให้ภาวะหมดไฟของแพทย์เป็นวิกฤตด้านสาธารณสุข. เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org/content/2019/01/16777>

มูลนิธิพัฒนาสาธารณสุขไทย. (2562). อนามัยโลกยก 'ภาวะหมดไฟทำงาน' เป็นภาวะผิดปกติ. เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org/content/2019/05/17215>

มูลนิธิพัฒนาสาธารณสุขไทย. (2554). *ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์” อดีตถึงปัจจุบัน ปัญหาที่แก้ไม่ตก*. เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org/content/2014/06/7340>

ภาคภูมิ ชีร์สันติกุล. (2562). ผลของโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลโดยใช้วิธีออนไลน์เพื่อพัฒนาการรู้จักและเข้าใจตนเองของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. *วารสารศึกษาศาสตร์ มสธ.*

วารางคณา โสมะนันท์, คาลอส บุญสุภา และพลอยไพลิน กมลนาวัน. (2564). *การให้บริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบออนไลน์ : มิติใหม่ของการให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา*. *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์*. 15(1), 247-260

วารภรณ์ เลิศวิไลย์. *ภาวะหมดไฟในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนักเทคนิคการแพทย์ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร*. (2563). ปรินญาณิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วารุณี แก้วอินทร์. (2560). *แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร บริษัทโรงพยาบาล ภัทร จำกัด*. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการภาครัฐและเอกชน, มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

วีวรรณ แก้วบัวดี. (2564). *ภาวะเหนื่อยล้าและปัจจัยที่มีผลต่อการทำงานในเจ้าพนักงานและพนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รุจิรา ดวงเพิ่มทรัพย์, วินิทรานวลละออง และธรรมนาถ เจริญบุญ. (2564). ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของ COVID-19. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 66(2), 189-202

ววุฒิ วงศ์ทางสวัสดิ์ (2559). *ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลแบบออนไลน์แนวอัตถิภาวนิยม-มนุษยนิยมต่อสุขภาวะของนิสิตนักศึกษาปริญญาตรีที่มีบุคลิกภาพแบบไม่มั่นคงทางอารมณ์*. ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สโรชาพัชร เตชโรจนกัญจน์. (2564). *ภาวะหมดไฟในการทำงาน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพนักงานบริษัทเอกชนที่ดำเนินธุรกิจจัดจำหน่ายวัสดุก่อสร้างแห่งหนึ่ง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 6. (2565). ข้อมูลบุคลากร. เข้าถึงได้จาก http://region6.cbo.moph.go.th/r6/all_data.php

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *สัดส่วนเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ต่อประชากร*. เข้าถึงได้จาก http://ittdashboard.nso.go.th/preview.php?id_project=60

David C. Howell. *Statistical Methods for Psychology*. 7th ed. United States: Cengage Wadsworth, (2007).

Harvard University. (2019). *Leading health care organizations declare physician burnout as 'public health crisis'*. Retrieve from <https://www.hsph.harvard.edu/news/press->

releases/leading-health-care-organizations-declare-physician-burnout-as-public-health-crisis/

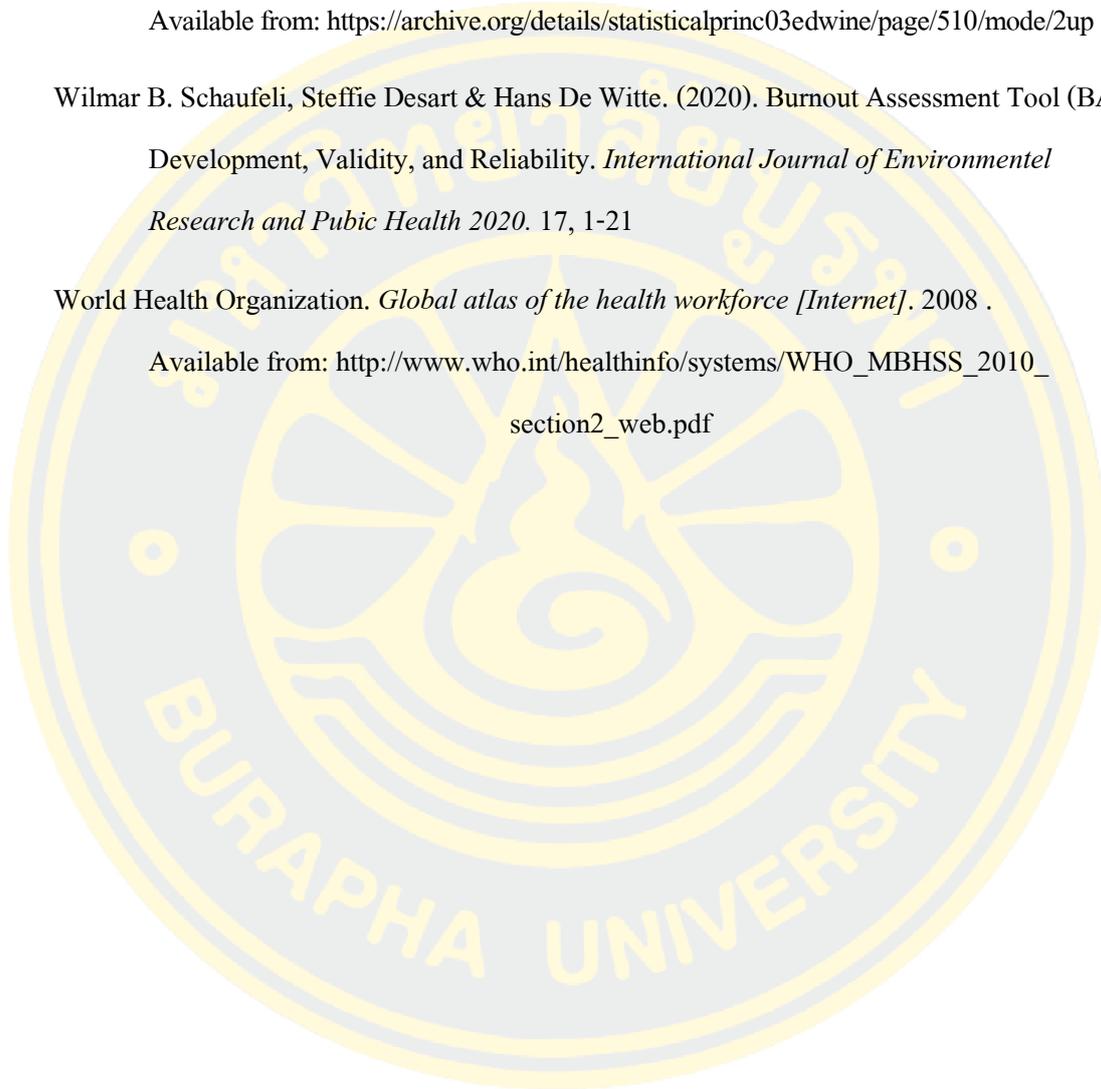
Winer, Brown and Michels. (1991). Statistical principles in experimental design.

Available from: <https://archive.org/details/statisticalprinc03edwine/page/510/mode/2up>

Wilmar B. Schaufeli, Steffie Desart & Hans De Witte. (2020). Burnout Assessment Tool (BAT)- Development, Validity, and Reliability. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020. 17, 1-21

World Health Organization. *Global atlas of the health workforce [Internet]*. 2008 .

Available from: http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_section2_web.pdf



บรรณานุกรม





ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

สำเนาเอกสารแบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

สำเนาเอกสารแบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม งานมาตรฐานและจริยธรรมในการวิจัย โทร. ๒๖๒๐
ที่ อว ๘๑๐๐/- วันที่ ๑๓ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖
เรื่อง ขอส่งสำเนาเอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เรียน นางสาวกัญญารัตน์ ระลึกชอบ

ตามที่ท่าน ได้ยื่นเอกสารคำร้องเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย G-HS092/2566(C1) โครงการวิจัย เรื่อง ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ออนไลน์ ฤกษ์ภูเก้าเรื่องต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ นั้น

บัดนี้ โครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา สำหรับโครงการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาและระดับปริญญาตรี ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม ในฐานะผู้ประสานงาน จึงขอส่งสำเนา เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน ๑ ฉบับ เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และเอกสารเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยประทับตรา รับรองเรียบร้อยแล้ว มายังท่าน เพื่อนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริงจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงมรร แยมประทุม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงมรร แยมประทุม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สำหรับโครงการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาและระดับปริญญาตรี
ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)



สำเนา

ที่ IRB3-123/2566



เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS092/2566

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ออนไลน์ ทฤษฎีเล่าเรื่องต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวกัญญารัตน์ รัชสิทธิ์ชอบ

หน่วยงานที่สังกัด : คณะศึกษาศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการหลัก (สารนิพนธ์/ งานนิพนธ์/ วิทยานิพนธ์/ ศษญีนิพนธ์) : ดร.เสกสรรค์ ทองคำบรรจง

หน่วยงานที่สังกัด : คณะศึกษาศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการร่วม (สารนิพนธ์/ งานนิพนธ์/ วิทยานิพนธ์/ ศษญีนิพนธ์) : รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา กุลนาคล

หน่วยงานที่สังกัด : คณะศึกษาศาสตร์

วิธีพิจารณา : Exemption Determination Expedited Reviews Full Board

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดภัยอันตรายแก่ตัวอย่งการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารเพื่อตรวจสอบ)

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฉบับที่ 2 วันที่ 26 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2566
2. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 1 วันที่ 19 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 26 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2566
4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 12 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566
5. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แบบบันทึกข้อมูล (Data Collection Form) แบบสอบถาม หรือสัมภาษณ์ หรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 1 วันที่ 19 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
6. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)
 - 6.1 โปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาออนไลน์ทฤษฎีเล่าเรื่องต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ ฉบับที่ 1 วันที่ 19 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
 - 6.2 ประกาศประชาสัมพันธ์เชิญชวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 19 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566



สำเนา

วันที่รับรอง : วันที่ 4 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2566

วันที่หมดอายุ : วันที่ 4 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567

ลงนาม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงมรณ แยมประทุม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงมรณ แยมประทุม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)

**** หมายเหตุ การรับรองนี้มีรายละเอียดตามที่ระบุไว้ด้านหลังเอกสารรับรอง ****

สำเนา

ผู้วิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนต่าง ๆ ที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยใช้เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Participant Information Sheet) (AF 06-02), เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form) (AF 06-03), แบบสัมภาษณ์ และ/หรือแบบสอบถาม รวมถึงเอกสารอื่น ๆ เช่น ใบประชาสัมพันธ์ หรือ ประกาศเชิญชวนเข้าร่วมโครงการ เป็นต้น
- ที่ผ่านการรับรองและประทับตราจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา แล้วเท่านั้น
2. ผู้วิจัยมีหน้าที่ส่งแบบรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย (Progress Report Form) (AF 09-01) ต่อคณะกรรมการ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
3. การรับรองโครงการวิจัยของคณะกรรมการฯ มีกำหนด 1 ปี หลังจากวันที่คณะกรรมการฯ อนุมัติให้การรับรอง หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้วิจัยสามารถยื่นขอต่ออายุการรับรองโครงการวิจัย อย่างน้อย 30 วัน ก่อนวันหมดอายุตามที่กำหนดไว้ในเอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
4. หากมีการแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย เช่น เปลี่ยนแปลงหัวข้อโครงการวิจัย/ เพิ่มเติมผู้ร่วมวิจัย การแก้ไข หรือเพิ่มเติมวิธีดำเนินการวิจัย การแก้ไขการสะกดคำ เป็นต้น ผู้วิจัยจะต้องยื่นขอแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย โดยส่งแบบรายงานการแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย (Amendment Form) (AF 08-01) ต่อคณะกรรมการฯ โดยอ้างอิงรหัสโครงการวิจัยที่ได้รับไว้ และต้องระบุรายละเอียดให้ชัดเจนว่าการเปลี่ยนแปลงอะไร อย่างไร และเหตุผลที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ ในกรณีการเปลี่ยนแปลงหัวข้อโครงการวิจัย/ เพิ่มเติมผู้ร่วมวิจัยท่านใหม่ให้แนบประวัติมาด้วย
5. ผู้วิจัยมีหน้าที่รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ชนิดร้ายแรงที่เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ภายในระยะเวลาที่กำหนดในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (Standard Operating Procedures, SOPs) ให้แก่คณะกรรมการฯ ตามแบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ชนิดร้ายแรง (Serious Adverse Event (SAE) Report Form) (AF 10-01)
6. ผู้วิจัยมีหน้าที่รายงานให้คณะกรรมการฯ ทราบ เมื่อมีการยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนด หรือการระงับโครงการวิจัยโดยผู้วิจัยหรือผู้สนับสนุนทุนวิจัย พร้อมทั้งคำอธิบายเป็นลายลักษณ์อักษรโดยละเอียดถึงสาเหตุของการยุติหรือระงับโครงการวิจัย ตามแบบรายงานการยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนด (Study Termination Memorandum) (AF 12-01)
7. ผู้วิจัยมีหน้าที่ส่งแบบรายงานการไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนด (Non-compliance / Protocol Deviation / Protocol Violation Report) (AF 13-01) ให้คณะกรรมการฯ และผู้สนับสนุนทันทีที่ตรวจพบ หรือได้รับรายงานว่ามีการปฏิบัติที่ไม่ตรงกับขั้นตอนที่ระบุไว้ในโครงการวิจัย หรือข้อ กำหนดของคณะกรรมการฯ
8. เมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย ผู้วิจัยมีหน้าที่ส่งแบบรายงานสรุปผลการวิจัย (Final Report) (AF 11-01) ให้คณะกรรมการฯ ทราบ ภายใน 30 วัน หลังจากสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย



The logo of Burapha University is a large, circular emblem in the background. It features a central golden figure, possibly a deity or a traditional Thai symbol, surrounded by concentric circles. The Thai text 'มหาวิทยาลัยบูรพา' is written along the top inner edge, and 'BURAPHA UNIVERSITY' is written along the bottom inner edge.

ภาคผนวก ข

- ค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถาม (IOC) ของแบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์
- ค่าดัชนีความสอดคล้องโปรแกรม (IOC) ของโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ออนไลน์ ทฤษฎีเล่าเรื่อง ต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์

ค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถาม (IOC) ของแบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน
ของบุคลากรทางการแพทย์

ข้อที่	+/-	ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ			รวม	ค่า IOC	สรุป
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
1	-	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
2	-	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
3	-	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
4	-	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
5	-	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
6	-	0	0	0	0	0	ปรับปรุง
7	-	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
8	-	+1	0	0	1	0.33	ปรับปรุง
9	-	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
10	-	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
11	-	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
12	-	0	+1	+1	2	0.67	ใช้ได้
13	-	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
14	-	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
15	-	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
16	-	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
17	-	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
18	-	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
19	-	0	+1	+1	2	0.67	ใช้ได้
20	-	0	-1	+1	0	0	ปรับปรุง
21	-	+1	-1	+1	1	0.33	ปรับปรุง
22	-	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
23	-	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้

ข้อที่	+/-	ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ			รวม	ค่า IOC	สรุป
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
24	-	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
25	-	0	0	-1	-1	0	ปรับปรุง
26	-	0	0	0	0	0	ปรับปรุง
27	-	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
28	-	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
29	-	0	+1	+1	2	0.67	ใช้ได้
30	-	0	+1	+1	2	0.67	ใช้ได้
31	-	0	+1	+1	2	0.67	ใช้ได้
32	-	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้

คำดัชนีความสอดคล้องโปรแกรม (IOC) ของโปรแกรมการปรึกษา เจริญจิตวิทยา ออนไลน์
ทฤษฎีเล่าเรื่อง ต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์

ครั้งที่	ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ			สรุป	ข้อเสนอแนะ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
1	ใช้ได้	ใช้ได้	ใช้ได้	ใช้ได้	ผู้วิจัยควรมีกิจกรรมเพื่อสร้างความคุ้นเคยในขั้นตอนของการสร้างสัมพันธภาพ
2	ใช้ได้	ใช้ได้	ใช้ได้	ใช้ได้	-
3	ใช้ได้	ใช้ได้	ใช้ได้	ใช้ได้	ให้ผู้วิจัยถามผู้รับการปรึกษาเพิ่มเติมถึงความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหมดไฟก่อนการอ่านบทความ จะทำให้ทราบว่าผู้รับการปรึกษามีความรู้ความเข้าใจมากน้อยเพียงใด
4	ใช้ได้	ใช้ได้	ใช้ได้	ใช้ได้	ผู้วิจัยควรให้ผู้รับการปรึกษาเล่าเรื่องของตนเองเลยว่ามี ความทุกข์ใจ/ไม่สบายใจในการทำงานอย่างไร
5	ใช้ได้	ใช้ได้	ใช้ได้	ใช้ได้	อยากให้ผู้วิจัยให้เชื่อมโยงจากเรื่องราวที่เป็นปัญหาจากครั้งที่ 4 โดยใช้คำถามว่า "ความคิดใดที่เกิดขึ้น แล้วทำให้คุณเป็นทุกข์หรือไม่สบายใจในขณะนี้" ให้เขียนความทุกข์ลงกระดาษตามด้วยจัดการกับความคิดนั้น เช่น พุด นึก
6	ใช้ได้	ใช้ได้	ใช้ได้	ใช้ได้	-
7	ใช้ได้	ใช้ได้	ใช้ได้	ใช้ได้	ขึ้นดำเนินการข้อ 2.1 ผู้รับการปรึกษาเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับประวัติความเป็นมา..... เนื้อหาที่ผู้รับการปรึกษาเล่าควรมีมุมมอง Positive ด้วย เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้เรียนรู้และทำความเข้าใจว่า "ปัญหาก็คือปัญหา บุคคลไม่ใช่ปัญหา"
8	ใช้ได้	ใช้ได้	ใช้ได้	ใช้ได้	-





ภาคผนวก ค

แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์



แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์

คำชี้แจงในการตอบแบบประเมิน

1. แบบประเมินนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ และใช้ในการศึกษาเท่านั้น

2. คำตอบของผู้ตอบแบบประเมินจะเป็นประโยชน์และมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการศึกษาวิจัยผู้วิจัยจึงขอความกรุณาให้ตอบคำถามตามความเป็นจริง และตรงต่อความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้ตอบแบบประเมินมากที่สุด

3. คำตอบของข้อคำถามแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่

ระดับ 0 หมายถึง ไม่เคย

ระดับ 1 หมายถึง แทบจะไม่

ระดับ 2 หมายถึง บางครั้ง

ระดับ 3 หมายถึง บ่อยครั้ง

ระดับ 4 หมายถึง เสมอ

4. ข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเผยแพร่เป็นรายบุคคล และจะรายงานผลเป็นภาพรวมเพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น โดยจะไม่มีผลเสียดังกล่าวต่อผู้ตอบแบบสอบถาม หรือบุคคลใดๆ

5. แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ มีทั้งหมด 40 ข้อ โปรดตอบคำถามให้ครบทุกข้อ เพื่อนำไปใช้ในการประมวลผลการวิจัยได้อย่างถูกต้อง

6. แบบประเมินประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 32 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ตอบแบบวัดที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ และให้ความช่วยเหลือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

นางสาวกัญญารัตน์ ระลึกชอบ

นิสิตระดับวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา

ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบประเมิน

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด และเติมข้อมูลที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงลงในช่องว่าง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ ปี
3. สถานภาพ () โสด () สมรส () แยกกันอยู่ () หย่า
4. อาชีพ () แพทย์ () พยาบาลวิชาชีพ
5. ระยะเวลาการทำงานในสายอาชีพปัจจุบันปี

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของท่านในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา โดยเลือกคำตอบข้อละ 1 คำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

คำตอบของข้อคำถามแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่

ระดับ 0 หมายถึง ไม่เคย

ระดับ 1 หมายถึง แทบจะไม่

ระดับ 2 หมายถึง บางครั้ง

ระดับ 3 หมายถึง บ่อยครั้ง

ระดับ 4 หมายถึง เสมอ

คำถาม	0	1	2	3	4
ด้านที่ 1 ความอ่อนล้า (Exhaustion)					
1. ฉันรู้สึกเหนื่อยล้าทางจิตใจจากงานที่ทำ					
2. ฉันรู้สึกเหนื่อยล้าทางร่างกายจากงานที่ทำ					
3. เมื่อสิ้นสุดวันทำงาน ฉันรู้สึกเหนื่อยล้า หดแรงแ และ ยากที่จะฟื้นฟูพลังงานของฉัน					
4. ทุกสิ่งทีฉันทำในที่ทำงานต้องใช้ความพยายามอย่าง มาก					
5. เมื่อตื่นนอนตอนเช้า ฉันไม่มีแรงที่จะเริ่มต้นวันใหม่ ในที่ทำงาน					
6. ฉันรู้สึกเหนื่อยง่ายขึ้น เมื่อรู้ว่าทำงาน					
ด้านที่ 2 ระยะห่างทางจิตใจ (Mental distance)					
7. ฉันต้องการที่จะกระตือรือร้นในที่ทำงาน แต่ฉันไม่ สามารถทำได้					
8. ฉัน ไม่ได้คิดอะไรมากเกี่ยวกับสิ่งที่ฉันทำ และทำงาน ไปงั้นๆ					
9. ฉันมักทำผิดพลาดในการทำงาน เพราะฉันคิดเรื่องอื่น					
10. ฉันรู้สึกเฉยๆกับงานของฉัน					
11. เดือน ไหนที่มีวันหยุดมาก ฉันรู้สึกมีความสุข เนื่องจากไม่ต้องทำงาน					
ด้านที่ 3 ความบกพร่องทางความคิด (Cognitive impairment)					
12. ฉันมีปัญหาจดจ่อ จดๆจ้องๆ ในการทำงาน					
13. ฉันมักคิดวนไปวนมา					
14. ฉันขี้ลืมบ่อยๆ					
15. ฉันมักฟุ้งซ่านในที่ทำงาน					
16. เมื่อเกิดเหตุการณ์ใดๆขึ้น ฉันมักคิดถึงเรื่องราว ร้ายแรงไปก่อนความเป็นจริง					
คำถาม	0	1	2	3	4
ด้านที่ 4 ความบกพร่องทางอารมณ์ (Emotional impairment)					

17. ฉันรู้สึกควบคุมอารมณ์ไม่ได้					
18. ระหว่างทำงานฉันจะหงุดหงิดเมื่อสิ่งต่างๆ ไม่เป็นไปตามที่ฉันคิด					
19. ฉันอารมณ์เสีย หรือบางทีก็มีอารมณ์เศร้าในที่ทำงาน โดยไม่รู้สาเหตุ					
20. ฉันอารมณ์เสียมากกว่าที่เป็น และไม่ตั้งใจทำงาน					
21. บ่อยครั้งที่ฉันรู้สึกถูกรบกวนจากเสียงรอบๆตัว					
ด้านรองที่ 1 คือ การร่ำบ่นอาการทางจิตใจ (Psychological complaints)					
22. ฉันมีปัญหาในการนอนหลับ					
23. ฉันรู้สึกกังวล					
24. ฉันรู้สึกเครียด					
25. ฉันมีอาการตื่นตระหนกบ่อยๆ					
26. ฉันมักได้ยินเสียงรบกวนจากรอบข้างเวลาทำงาน					
ด้านรองที่ 2 คือ การร่ำบ่นอาการทางกาย (Psychosomatic complaints)					
27. ฉันมีอาการใจสั่น					
28. ฉันมีอาการเจ็บหน้าอก					
29. ฉันมีอาการปวดท้องและ/หรือสำไส้ปั่นป่วน					
30. ฉันมีอาการปวดหัวบ่อยๆ					
31. ฉันมีอาการปวดกล้ามเนื้อ เช่น คอ ไหล่ หรือหลัง บ่อยครั้ง					
32. ฉันป่วยบ่อย					

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

ขอขอบคุณผู้ตอบแบบประเมินเป็นอย่างยิ่ง



ภาคผนวก ง

- ตารางโปรแกรมการปรีกษา เชงจิตวิทยา ออนไลน์ ทฤษฎีเล่าเรื่อง ต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย
- รายละเอียดโปรแกรมการปรีกษา เชงจิตวิทยา ออนไลน์ ทฤษฎีเล่าเรื่อง ต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย

**ตารางสรุปโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาออนไลน์ที่ทฤษฎีเล่าเรื่องต่อภาวะหมดไฟ
ของบุคลากรทางการแพทย์**

ครั้งที่	เรื่อง	วัตถุประสงค์	ทักษะและเทคนิค	กิจกรรม/ สื่อ/ อุปกรณ์
1	ปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพ (ระยะเวลา 45-60 นาที)	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาทราบถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับจากการปรึกษา 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาทราบถึงบทบาทหน้าที่ของผู้รับการปรึกษาและผู้วิจัย กำหนดกฎระเบียบและข้อตกลงร่วมกัน รวมถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้รับการปรึกษา 3. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้รับการปรึกษา 4. เพื่อกำหนดเป้าหมายในการรับการปรึกษา	ทักษะพื้นฐานของการปรึกษา ได้แก่ - ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ - ทักษะการสร้าง ความคุ้นเคย - ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ - ทักษะการให้ข้อมูล	1. ใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย 2. ตารางกำหนดการให้การปรึกษา
2	รักษาสัมพันธภาพและสำรวจภาวะหมดไฟในการทำงาน (ระยะเวลา 45-60 นาที)	1. เพื่อพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้รับการปรึกษา ให้เกิดการปรับตัว และวางใจต่อการรับการปรึกษา 2. เพื่อสำรวจภาวะหมดไฟในการทำงาน	1. ทักษะพื้นฐานของการปรึกษา 2. เทคนิคการช่วยให้บุคคลเล่าปัญหาของตน	
3	เรียนรู้และเข้าใจภาวะหมดไฟในการทำงาน	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเรียนรู้และเข้าใจภาวะ	1. ทักษะพื้นฐานของการปรึกษา ได้แก่	บทความเรื่อง “BURNOUT หมด

ครั้งที่	เรื่อง	วัตถุประสงค์	ทักษะและเทคนิค	กิจกรรม/ สื่อ/ อุปกรณ์
	ทำงาน (ระยะเวลา 45-60 นาที)	หมดไฟในการทำงาน 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา นำปัญหาออกสู่ภายนอก ผ่านการเล่าเรื่องราวของตนเองออกมา	2. เทคนิคการกระตุ้น ให้ผู้รับการปรึกษา เล่าเรื่องให้ครบถ้วน 3. เทคนิคการนำ ปัญหาออกสู่ ภายนอก 4. เทคนิคการเชื่อ เชิญให้ตั้งชื่อให้กับ ปัญหา 5. เทคนิคการใช้ ภาษาอุปมาอุปมัย	“ไฟในการทำงาน ภาวะคุกคาม คุณภาพชีวิตแห่ง โลกยุคใหม่”
4	เรียนรู้และนำปัญหา ด้านอารมณ์ของ ภาวะหมดไฟในการทำงานออกสู่ ภายนอก (ระยะเวลา 45-60 นาที)	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา เรียนรู้และเข้าใจด้าน อารมณ์ของภาวะหมดไฟ ในการทำงาน 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา เกิดกระบวนการนำ ปัญหาออกสู่ภายนอก ผ่านการเล่าเรื่องราวของตนเองออกมา	1. ทักษะพื้นฐานของ การปรึกษา 2. เทคนิคการกระตุ้น ให้ผู้รับการปรึกษา เล่าเรื่องให้ครบถ้วน 3. เทคนิคการนำ ปัญหาออกสู่ ภายนอก	- ข่าวบุคลากรทาง การแพทย์ที่ถูก ดำหนิ หรือ พยายามที่เด่นใน TikTok
5	เรียนรู้และนำปัญหา ด้านความคิดของ ภาวะหมดไฟในการทำงานออกสู่ ภายนอก (ระยะเวลา 45-60 นาที)	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา เรียนรู้และเข้าใจด้าน ความคิดของภาวะหมด ไฟในการทำงาน 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา เกิดกระบวนการนำ	1. ทักษะพื้นฐานของ การปรึกษา 2. เทคนิคการกระตุ้น ให้ผู้รับการปรึกษา เล่าเรื่องให้ครบถ้วน 3. เทคนิคการใช้ ภาษาอุปมาอุปมัย	อุปกรณ์ - กระดาษ A4 - ดินสอ กิจกรรม - วาดภาพ รพ ใน ฝัน

ครั้งที่	เรื่อง	วัตถุประสงค์	ทักษะและเทคนิค	กิจกรรม/ สื่อ/ อุปกรณ์
	นาที)	ปัญหาออกสู่ภายนอก ผ่านการเล่าเรื่องราวของ ตนเองออกมา		
6	เรียนรู้และนำปัญหา ด้านความอ่อนล้า ทางร่างกายและ จิตใจของภาวะหมด ไฟในการทำงาน ออกสู่ภายนอก (ระยะเวลา 45-60 นาที)	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา เรียนรู้และเข้าใจด้าน ความอ่อนล้าทางร่างกาย และจิตใจของภาวะหมด ไฟในการทำงาน 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา เกิดกระบวนการนำ ปัญหาออกสู่ภายนอก ผ่านการเล่าเรื่องราวของ ตนเองออกมา	1. ทักษะพื้นฐานของ การปรึกษา 2. เทคนิคการกระตุ้น ให้ผู้รับการปรึกษา เล่าเรื่องให้ครบถ้วน 3. เทคนิคการถอด บทสนทนาภายใน ใส่บทสนทนา ภายนอก 4. เทคนิคการใช้ ภาษาอุปมาอุปมัย	- น้ำมันหอมระเหย กลิ่นอโรมาที่ผู้รับ การปรึกษาชอบ
7	เรียนรู้และนำปัญหา ด้านระยะห่างทาง จิตใจของภาวะหมด ไฟในการทำงาน ออกสู่ภายนอก (ระยะเวลา 45-60 นาที)	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา เรียนรู้และเข้าใจด้าน ระยะห่างทางจิตใจของ ภาวะหมดไฟในการ ทำงาน 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา เกิดกระบวนการนำ ปัญหาออกสู่ภายนอก ผ่านการเล่าเรื่องราวของ ตนเองออกมา	1. ทักษะพื้นฐานของ การปรึกษา 2. เทคนิคการกระตุ้น ให้ผู้รับการปรึกษา เล่าเรื่องให้ครบถ้วน 3. เทคนิคการถอด บทสนทนาภายใน ใส่บทสนทนา ภายนอก 4. เทคนิคการใช้ ภาษาอุปมาอุปมัย	
8	ประเมินผลการ ปรึกษาและยุติการ ให้การศึกษา	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา ได้สรุปผลการเรียนรู้จาก การเข้าร่วมโปรแกรมการ	ทักษะพื้นฐานของ การปรึกษา ได้แก่ - ทักษะการฟังอย่าง	1. เพลง รัก ของ อัญชลี จงคดีกิจ (ETC. COVER คา

ครั้งที่	เรื่อง	วัตถุประสงค์	ทักษะและเทคนิค	กิจกรรม/ สื่อ/ อุปกรณ์
	(ระยะเวลา 45-60 นาที)	<p>ปรึกษา</p> <p>2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษารักษาพฤติกรรมหลังการเปลี่ยนแปลง และระวังไม่ให้กลับไปเป็นแบบเดิม</p> <p>3. เพื่อประเมินผลการให้การปรึกษาและหาข้อสรุปในการพัฒนาโปรแกรม</p> <p>4. เพื่อให้กำลังใจผู้รับการปรึกษา</p>	<p>ตั้งใจ</p> <p>- ทักษะการสะท้อนความรู้สึก</p> <p>- ทักษะการเจียบ</p> <p>- เทคนิคสรุปและมุ่งประเด็น</p>	<p>เอ็น โครฟิน)</p> <p>2. แบบวัดภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์</p>

**รายละเอียดโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาออนไลน์ทฤษฎีเล่าเรื่องต่อภาวะหมดไฟ
ของบุคลากรทางการแพทย์
ครั้งที่ 1**

เรื่อง ปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพ

เวลา 45-60 นาที

แนวคิดสำคัญ (Key Concept)

การปฐมนิเทศเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้รับการปรึกษา ในบรรยากาศที่เต็มไปด้วยความอบอุ่น เป็นมิตร จริงใจ ใจกว้างใจ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยต่อกัน เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ทราบถึง วัตถุประสงค์ ข้อตกลง กฎกติกา การรักษาความลับ ซึ่งทุกเรื่องราวของผู้รับการปรึกษานั้นจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับระหว่างผู้วิจัยและผู้รับการปรึกษา เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความสบายใจ ใจกว้างใจ กล้าที่จะเปิดเผย และพร้อมที่จะเล่าเรื่องราวของตนเองออกมา ด้วยความรู้สึกที่ผ่อนคลายและใจต่าง ๆ ในการปรึกษา รวมถึงการอธิบายกระบวนการให้การปรึกษาอย่างสั้น ๆ ที่ง่ายต่อการเข้าใจ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาทราบถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับจากการปรึกษา
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาทราบถึงบทบาทหน้าที่ของผู้รับการปรึกษาและผู้วิจัย กำหนดกฎระเบียบและข้อตกลงร่วมกัน รวมถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้รับการปรึกษา
3. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้รับการปรึกษา
4. เพื่อกำหนดเป้าหมายในการรับการศึกษา

สื่อและอุปกรณ์

1. ใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย
2. ตารางกำหนดการให้การปรึกษา

วิธีดำเนินการ

ผู้วิจัยได้ทำความสนทนาคู่กันเคยกับผู้รับการปรึกษามาระยะหนึ่งแล้ว โดยได้ทำความรู้จักรายบุคคลจากการสัมภาษณ์เบื้องต้น และการทำแบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ โดยแนะนำให้ผู้รับการปรึกษาทุกคนติดตั้งโปรแกรม Google meet ที่จะใช้ในการปรึกษาออนไลน์ทุกครั้ง รวมถึงแนะนำการใช้งานสำหรับผู้รับการปรึกษาที่ยังไม่เคยใช้

โปรแกรมก่อนเริ่มการปรึกษาเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย และการให้การปรึกษาราวร้อนและสำเร็จตามวัตถุประสงค์ในระยะเวลาที่กำหนด

1. ขั้นเริ่มต้น

1.1 ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้รับการปรึกษาพร้อมกับแนะนำตนเอง และให้ผู้รับการปรึกษาแนะนำตัวเอง พูดคุยเพื่อสร้างบรรยากาศให้ผ่อนคลาย และเป็นกันเอง

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้รับการปรึกษาได้ทราบและเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ กฎกติกา และข้อตกลงร่วมกันในการรับการปรึกษาลดจนบทบาทของผู้รับการปรึกษาและผู้วิจัย ประโยชน์ที่ผู้รับการปรึกษา รวมถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้รับการปรึกษา และแจ้งกำหนดการปรึกษาทั้ง 8 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที โดยให้การปรึกษาสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ผ่านช่องทางออนไลน์

2.2 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาสอบถามในเรื่องที่ไม่เข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดที่ได้ชี้แจงไปข้างต้น จากนั้นให้ผู้รับการปรึกษาลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้ารับการศึกษา

2.3 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้รับการปรึกษา และผู้วิจัย โดยการตั้งคำถามถึงลักษณะการทำงานในปัจจุบัน และกำหนดเป้าหมายของการให้การปรึกษา เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความคุ้นเคยเป็นกันเอง กล้าที่จะเปิดเผยและแบ่งปันตนเอง พร้อมทั้งรับฟังเรื่องราวของเพื่อนผู้รับการปรึกษา และสร้างความรู้สึกร่วมเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

3. ขั้นยุติ

3.1 ผู้วิจัยและผู้รับการปรึกษาร่วมกันสรุป และถามถึงความรู้สึกของผู้รับการปรึกษารวมถึงให้ผู้รับการปรึกษาได้สรุปสิ่งที่ได้รับจากการปรึกษาครั้งนี้

3.2 ผู้วิจัยยุติการปรึกษา และนัดหมายเพื่อพบกันครั้งต่อไป

การประเมินผล

ผู้วิจัยสังเกตจากความสนใจ ความตั้งใจ ท่าที คำพูด การแสดงออกของผู้รับการปรึกษา ในการเข้าร่วมการปรึกษาและการทำกิจกรรม

รายละเอียดโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาออนไลน์ทฤษฎีเล่าเรื่อง
ต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์
ครั้งที่ 2

เรื่อง รักษาสัมพันธภาพ สำรวจและหาสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงาน

เวลา 45-60 นาที

แนวคิดสำคัญ (Key Concept)

Wilmar B. Schaufeli , Steffie Desart and Hans De Witte (2020) กล่าวว่า ความเหนื่อยล้า ระยะเวลาทางจิต ความบกพร่องทางอารมณ์ ความบกพร่องทางสติปัญญา อารมณ์หดหู่ ความทุกข์ทางจิตใจ และการร้องเรียนทางจิต ถูกจัดเป็นอาการของการไร้ความสามารถที่เกิดจากความอ่อนล้า ความบกพร่องทางอารมณ์ และการควบคุมการรับรู้ หรือการไม่เต็มใจที่ถูกจับได้ด้วยการเว้นระยะห่างทางจิตใจ รวมไปถึงอารมณ์ซึมเศร้า ที่เป็นปฏิกิริยาทั่วไปต่อความผิดหวังหรือความสูญเสีย ซึ่งแยกจากโรคทางอารมณ์หรือภาวะซึมเศร้าที่สำคัญซึ่งเป็นโรคทางจิตเวช ความทุกข์ทางจิตใจหรือความรู้สึกไม่สบายที่เกี่ยวข้องกับความดันตัวสูงและส่งผลเสียต่อระดับการทำงานและรอบกวนกิจกรรมประจำวัน และข้อร้องเรียนทางจิต อาการทางกายที่คิดว่าจะเกิดหรือรุนแรงขึ้นโดยปัจจัยทางจิตวิทยา จากที่กล่าวมา แสดงให้เห็นว่า ภาวะหมดไฟ หมายถึง ภาวะความเหนื่อยล้าที่เกี่ยวข้องกับงานซึ่งเกิดขึ้นในหมู่พนักงาน ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือความเหนื่อยล้า ความสามารถในการควบคุมกระบวนการทางปัญญาและอารมณ์ลดลง และการเว้นระยะห่างทางจิตใจ อารมณ์หดหู่ ทั้งนี้ สภาพจิตใจที่เกี่ยวข้องกับงาน โดยการทำงานไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการได้งานที่ได้รับค่าจ้าง แต่ถูกมองจากมุมมองทางจิตวิทยาที่กว้างขึ้น “งาน” ในทางจิตวิทยาหมายถึงกิจกรรมที่มีโครงสร้างและมีเป้าหมายเป็นเป้าหมายซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในธรรมชาติและต้องใช้ความพยายามต่อต้านสิ่งแวดล้อม จากการให้เหตุผลแนวนี้อีก กิจกรรมของนักกีฬา อาสาสมัคร และนักเรียนจะถูกมองว่าเป็น "งาน" และด้วยเหตุนี้พวกเขาจึงอาจประสบกับภาวะหมดไฟได้ เมื่อเร็ว ๆ นี้มีการอ้างว่าผู้ปกครองสามารถทนทุกข์ทรมานจากภาวะหมดไฟได้เช่นกัน ภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ที่เรียกว่าอาการนี้ มีลักษณะเฉพาะโดยความอ่อนล้าอย่างท่วมท้นที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของผู้ปกครอง การเบี่ยงเบนทางอารมณ์จากลูกๆ และความรู้สึกของผู้ปกครองที่ไร้ประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้รับการปรึกษา ให้เกิดการปรับตัว และวางใจต่อการรับการปรึกษา
2. สืบรองและหาสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงาน

สื่อและอุปกรณ์

-

วิธีดำเนินการ

1. ขั้นเริ่มต้น

1.1 ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้รับการปรึกษาและทบทวนสิ่งที่ได้สนทนากันในครั้งที่แล้ว รวมถึงทบทวนเกี่ยวกับข้อตกลงของกลุ่มโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเก็บรักษาความลับ

1.2 ผู้วิจัยแสดงการเป็นตัวแบบ โดยการถามถึงเรื่องต่างๆไปที่เกิดขึ้นเมื่อสัปดาห์ที่แล้ว เช่น เรื่องสภาพอากาศ สถานการณ์โควิด 19 เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้พูดคุยกันเองต่อไป เพื่อสร้างความคุ้นเคยต่อกัน และสร้างบรรยากาศที่ดี

1.3 ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมการให้การปรึกษาในครั้งนี้

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้วิจัยให้ผู้รับการปรึกษา ได้เล่าถึงประสบการณ์ของตนเอง ในปัจจุบัน และที่ผ่านมาว่า เป็นอย่างไร โดยใช้ทักษะการตั้งคำถาม ดังนี้

- ในช่วงการทำงานที่ผ่านมาคุณมีประสบการณ์ที่ดีอย่างไร
- ประสบการณ์ที่ดีดังกล่าวนั้น ส่งผลต่อคุณอย่างไร
- ในช่วงการทำงานที่ผ่านมาคุณมีช่วงชีวิตที่ไม่ดีอย่างไร
- ประสบการณ์ที่ไม่ดีดังกล่าวนั้น ส่งผลต่อคุณอย่างไร
- ภาวะหมดไฟในการทำงาน ในความหมายของคุณเป็นอย่างไร
- อะไรคือสาเหตุที่ทำให้คุณคิดว่า นี่คือภาวะหมดไฟในการทำงาน

3. ชั้นยุติ

3.1 ผู้วิจัยให้ผู้รับการศึกษารูปข้อคิดและสาระสำคัญที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้

3.2 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้รับการศึกษได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับรายละเอียดในการให้การศึกษาเพื่อให้เกิดการรับรู้ แบ่งปันความรู้สึก และมีความเข้าใจในการศึกษา จากนั้นยุติการศึกษา และนัดหมายครั้งต่อไป

3.3 ผู้วิจัยยุติการศึกษา และนัดหมายเพื่อพบกันครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ผู้วิจัยสังเกตจากความสนใจ ความตั้งใจ ท่าที คำพูด การแสดงออกของผู้รับการศึกษในการเข้าร่วมการศึกษา
2. ผู้วิจัยสังเกตว่าผู้รับการศึกษาวางใจเปิดเผยเรื่องราวมากน้อยเพียงใด รวมถึงความร่วมมือและความตั้งใจในการร่วมกลุ่มของผู้รับการศึกษ

รายละเอียดโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาออนไลน์ทฤษฎีเล่าเรื่อง

ต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์

ครั้งที่ 3

เรื่อง เรียนรู้และเข้าใจหมดไฟในการทำงาน

เวลา 45-60 นาที

แนวคิดสำคัญ (Key Concept)

ภาวะหมดไฟในการทำงานเป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนและประกอบด้วยปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอาการ มีทั้งอาการทางด้านจิตใจ เช่น รู้สึกอ่อนเพลียเรื้อรัง อ่อนล้าอย่างต่อเนื่อง นอนหลับได้ยาก หรือตื่นนอนหลับแล้วไม่อยากจะลุกออกจากที่นอน มีปัญหาทางด้านความจำ ขาดความกระตือรือร้น และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป มีการเปลี่ยนแปลงในส่วนของความรู้สึกและทัศนคติทางลบ ความสามารถในการแก้ปัญหาและการตัดสินใจลดลง ควบคุมอารมณ์ได้ยาก อารมณ์เสียง่าย ขาดสมาธิในการทำงาน มักจะแสดงความโกรธและพฤติกรรมที่แข็งกระด้าง มองเห็นคุณค่าของความเป็นมนุษย์ลดลง สูญเสียความเห็นอกเห็นใจ วิตกกังวลและมีอาการซึมเศร้า และอาจเกิดความคิดในการฆ่าตัวตายได้ และอาการทางด้านร่างกายที่เป็นผลจากจิตใจ เช่น อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร คลื่นไส้ วิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะแบบไมเกรน ปวดหลัง ปวดตามกล้ามเนื้อ น้ำหนักเพิ่มหรือลดจากปกติ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงนิสัยในการรับประทานอาหาร ความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น หัวใจเต้นเร็ว หัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น ทั้งนี้บุคคลที่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน ก็อาจส่งผลกระทบต่อเพื่อนร่วมงานได้ ทั้งความขัดแย้งระหว่างบุคคล สัมพันธภาพระหว่างบุคคลลดลง หรือแม้กระทั่งการพึ่งพาอาศัยกัน สุรา การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าวจะขัดขวางการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลซึ่งอาจเป็นอุปสรรคในการทำงานทั้งทางด้านการงานการบริการและการรับมือกับเพื่อนร่วมงาน อาการและอาการแสดงของภาวะหมดไฟเป็นการแสดงความล้มเหลวของการปรับตัวเพื่อตอบสนองความเครียดของบุคคลนั้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเรียนรู้และเข้าใจภาวะหมดไฟในการทำงาน

สื่อและอุปกรณ์

1. บทความเรื่อง “BURNOUT หมดไฟในการทำงาน ภาวะคุกคามคุณภาพชีวิตแห่งโลกยุคใหม่”

วิธีดำเนินการ

1. ขั้นเริ่มต้น

1.1 ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้รับการปรึกษาและทบทวนสิ่งที่ได้สนทนากันในครั้งที่แล้ว

1.2 ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมการให้การศึกษาในครั้งนี้

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้วิจัยถามผู้รับการปรึกษาถึงความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหมดไฟ

2.2 ผู้วิจัยให้ผู้รับการปรึกษาทำความเข้าใจภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยผู้วิจัยให้ผู้รับการปรึกษาอ่านบทความเรื่อง “BURNOUT หมดไฟในการทำงาน ภาวะคุกคามคุณภาพชีวิตแห่งโลกยุคใหม่” เมื่อผู้รับการปรึกษาอ่านจบ ผู้วิจัยถามความรู้สึกของผู้รับการปรึกษา พร้อมทั้งให้ผู้รับการปรึกษาแสดงความคิดเห็นต่อเรื่องราวที่อ่าน ผู้รับการปรึกษาได้เรียนรู้และเข้าใจภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างไร

2.3 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้สำรวจภาวะหมดไฟในการทำงานของตนเอง โดยให้ผู้รับการปรึกษาเล่าเรื่องที่ส่งผลให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ซึ่งการเล่าเรื่องเป็นการเล่าตามที่ผู้รับการปรึกษาพึงพอใจเปิดเผย โดยผู้วิจัยทำหน้าที่คอยกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาเล่าเรื่องให้ครบถ้วน

2.3 ผู้วิจัยให้ผู้รับการปรึกษาแต่งเรื่องขึ้นมาใหม่ และถามผู้รับการปรึกษาว่า ถ้าเหตุการณ์เดิมนั้นเกิดขึ้นอีก ผู้รับการปรึกษาจะทำอย่างไร

3. ขั้นยุติ

3.1 ผู้วิจัยให้ผู้รับการปรึกษาสรุปข้อคิดและสาระสำคัญที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้

3.2 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับรายละเอียดในการให้การศึกษาเพื่อให้เกิดการรับรู้ แบ่งปันความรู้สึก และมีความเข้าใจในการปรึกษา จากนั้นยุติการปรึกษา และนัดหมายครั้งต่อไป

3.3 ผู้วิจัยยุติการปรึกษา และนัดหมายเพื่อพบกันครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ผู้วิจัยสังเกตจากความสนใจ ความตั้งใจ ท่าที คำพูด การแสดงออกของผู้รับการปรึกษา ในการเข้าร่วมการปรึกษา
2. ผู้วิจัยสังเกตว่าผู้รับการปรึกษาสนใจเปิดเผยเรื่องราวมากน้อยเพียงใด รวมถึงความร่วมมือและความตั้งใจในการร่วมกลุ่มของผู้รับการปรึกษา



รายละเอียดโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาออนไลน์ทฤษฎีเล่าเรื่อง
ต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์
ครั้งที่ 4

เรื่อง เรียนรู้และนำปัญหาด้านอารมณ์ของภาวะหมดไฟในการทำงานออกสู่ภายนอก

เวลา 45-60 นาที

แนวคิดสำคัญ (Key Concept)

โดยทั่วไปแล้ว หน้าที่ของผู้ให้การปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่อง คือ การร่วมมือกับบุคคลในการสำรวจหาทางเลือกสำหรับการดำเนินชีวิตของผู้รับการปรึกษา กระบวนการให้การปรึกษาจึงต้องมีการเคารพซึ่งกันและกัน การสนทนาแบบเล่าเรื่องจึงไม่มีการตำหนิกัน เนื่องจากผู้รับการปรึกษาคือผู้ที่รู้ดีที่สุดเกี่ยวกับชีวิตของตนเอง และมีความสามารถที่จะสร้างเรื่องราวที่เป็นทางบวกส่งผลต่อชีวิตของตนเองได้ และนำไปสู่มุมมองใหม่ ความหมายใหม่ ต่อประสบการณ์ของพวกเขา และในที่สุด ก็จะสามารถนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมใหม่ได้สำเร็จ โดยมีหลักการพื้นฐาน ดังนี้

- 4) การให้การปรึกษาทฤษฎีเล่าเรื่องมีศูนย์กลางความสนใจอยู่ที่การแสดงออกของบุคคลในประสบการณ์ชีวิตของตน
- 5) โครงสร้างของเรื่องเล่า จะช่วยสร้างกรอบแนวความคิดหลัก ๆ ให้กับบุคคลในการดำเนินชีวิตประจำวันของตน
- 6) เรื่องราวที่ท่วมท้นไปด้วยปัญหา (Problem-saturated stories) แนวคิดการปรึกษาแบบเรื่องเล่ามีความเชื่อพื้นฐานว่า อัตลักษณ์ของบุคคลเป็นผลมาจากการคัดแปลงจากเรื่องราวหรือเรื่องเล่าทั้งในเชิงเฉพาะตนของแต่ละบุคคลและในเชิงวัฒนธรรมโดยทั่วไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเรียนรู้และเข้าใจด้านอารมณ์ของภาวะหมดไฟในการทำงาน
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดกระบวนการนำปัญหาออกสู่ภายนอกผ่านการเล่าเรื่องราวของตนเองออกมา

สื่อและอุปกรณ์

- ข่าวบุคลากรทางการแพทย์ที่ถูกตำหนิ หรือพยาบาลที่เดินใน TikTok

วิธีดำเนินการ

1. ชั้นเริ่มต้น

- 1.1 ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้รับการปรึกษาและทบทวนสิ่งที่ได้สนทนากันในครั้งที่แล้ว
- 1.2 ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมการให้การศึกษาในครั้งนี้

2. ชั้นดำเนินการ

- 2.1 ผู้วิจัยถ่ายทอดข่าวบุคลากรทางการแพทย์ที่ถูกดำเนิน หรือพยาบาลที่เดินใน TikTok
- 2.2 ผู้วิจัยให้ผู้รับการปรึกษาแสดงความคิดเห็นต่อข่าวดังกล่าว และผู้วิจัยถามผู้รับการปรึกษาถึงอารมณ์ในขณะที่ได้ฟังข่าวดังกล่าว และผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น
- 2.3 ผู้วิจัยให้ผู้รับการปรึกษาถ่ายทอดเรื่องราวของตนเองว่ามีความทุกข์ใจ หรือไม่สบายใจในการทำงานอย่างไรบ้าง
- 2.4 ผู้วิจัยให้ผู้รับการปรึกษาเริ่มแต่งเรื่องขึ้นใหม่ (Re-authoring) เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ก้าวข้ามผ่านสิ่งที่ขัดขวางที่ทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยการถามถึงเหตุการณ์สภาพการณ์ ลำดับของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ระยะเวลาและเค้าโครงเรื่องของผู้รับการปรึกษาเล่า

3. ชั้นยุติ

- 3.1 ผู้วิจัยให้ผู้รับการปรึกษาสรุปข้อคิดและสาระสำคัญที่ได้จากการปรึกษาในครั้งนี้
- 3.2 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับรายละเอียดในการให้การศึกษาเพื่อให้เกิดการรับรู้ แบ่งปันความรู้สึก และมีความเข้าใจในการปรึกษา จากนั้นยุติการปรึกษา และนัดหมายครั้งต่อไป
- 3.3 ผู้วิจัยยุติการปรึกษา และนัดหมายเพื่อพบกันครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ผู้วิจัยสังเกตจากความสนใจ ความตั้งใจ ท่าที คำพูด การแสดงออกของผู้รับการปรึกษาในการเข้าร่วมการปรึกษา
2. ผู้วิจัยสังเกตว่าผู้รับการปรึกษาวางใจเปิดเผยเรื่องราวมากขึ้นเพียงใด รวมถึงความร่วมมือและความตั้งใจในการร่วมกลุ่มของผู้รับการปรึกษา

**รายละเอียดโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาออนไลน์ทฤษฎีเล่าเรื่อง
ต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์
ครั้งที่ 5**

เรื่อง เรียนรู้และนำปัญหาด้านความคิดของภาวะหมดไฟในการทำงานออกสู่ภายนอก

เวลา 45-60 นาที

แนวคิดสำคัญ (Key Concept)

Marlynn Wei (1975) ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาได้ให้คำจำกัดความของภาวะหมดไฟไว้ว่าเป็นปฏิกริยาการตอบสนองทางอารมณ์เรื้อรังต่องานที่ทำ คือ มีอารมณ์อ่อนเพลียหรือรู้สึกไม่มีอารมณ์ที่จะทำงาน ก่อให้เกิดภาวะ Cynicism คือการขาดความรู้สึกสนุกในการทำงาน ขาดแรงจูงใจในงานที่ทำ เป็นต้น ซึ่งภาวะหมดไฟในการทำงานนำไปสู่ปัญหาทางอารมณ์และร่างกายหลายอย่าง เช่น นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ เบื่อหน่าย ซึ่งปฏิกริยาดังกล่าวเป็นสาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต เช่น โรคซึมเศร้า วิตกกังวล บางรายมีพฤติกรรมคิดสุราพึ่งยาเสพติด ซึ่งภาวะเครียดเรื้อรังนี้นำไปสู่ปัญหาทางกายโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ และเบาหวาน กว่า 60-80% จะต้องเข้ารับการรักษาทางการแพทย์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเรียนรู้และเข้าใจด้านความคิดของภาวะหมดไฟในการทำงาน
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดกระบวนการนำปัญหาออกสู่ภายนอกผ่านการเล่าเรื่องราวของตนเองออกมา

สื่อและอุปกรณ์

- กระดาษ A4
- ดินสอ

วิธีดำเนินการ

1. ชั้นเริ่มต้น

- 1.1 ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้รับการปรึกษาและทบทวนสิ่งที่ได้สนทนากันในครั้งที่แล้ว
- 1.2 ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมการให้การศึกษาในครั้งนี้

2. ขั้นตอนการ

2.1 ผู้วิจัยถามผู้รับการปรึกษาถึงความทุกข์ใจ หรือไม่สบายใจในการทำงานขณะนี้ว่าเป็นอย่างไร โดยใช้คำถามว่า "ความคิดใดที่เกิดขึ้น แล้วทำให้คุณเป็นทุกข์ หรือไม่สบายใจในขณะนี้" โดยให้ผู้รับการปรึกษาเขียนความทุกข์ลงกระดาษ

2.2 ผู้วิจัยให้ผู้รับการปรึกษาจัดการกับความคิมนั้น เช่น พุด นึก

2.3 ผู้วิจัยให้ผู้รับการปรึกษาวาดภาพโรงพยาบาลในฝันลงในกระดาษที่เตรียมมา

2.4 ผู้วิจัยให้ผู้รับการปรึกษา อธิบายภาพวาด โรงพยาบาลในฝัน

2.5 ผู้วิจัยถามผู้รับคำปรึกษาว่า “ถ้ามีอำนาจในกระทรวงสาธารณสุข อย่างแรกที่จะทำคืออะไร หากทำได้ หรือไม่ได้จะรู้สึกอย่างไร”

3. ขั้นตอน

3.1 ให้ผู้รับการปรึกษาสรุปข้อคิดและสาระสำคัญที่ได้จากการปรึกษาในครั้งนี้

3.2 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับรายละเอียดในการให้ การปรึกษาเพื่อให้เกิดการรับรู้ แบ่งปันความรู้สึก และมีความเข้าใจในการปรึกษา จากนั้นยุติการ ปรึกษา และนัดหมายครั้งต่อไป

3.3 ผู้วิจัยยุติการปรึกษา และนัดหมายเพื่อพบกันครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ผู้วิจัยสังเกตจากความสนใจ ความตั้งใจ ท่าที คำพูด การแสดงออกของผู้รับการปรึกษา ในการเข้าร่วมการปรึกษา

2. ผู้วิจัยสังเกตว่าผู้รับการปรึกษาวางใจเปิดเผยเรื่องราวมากน้อยเพียงใด รวมถึงความ ร่วมมือและความตั้งใจในการร่วมกลุ่มของผู้รับการปรึกษา

รายละเอียดโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาออนไลน์ทฤษฎีเล่าเรื่อง

ต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์

ครั้งที่ 6

เรื่อง เรียนรู้และนำปัญหาด้านความอ่อนล้าทางร่างกายและจิตใจของภาวะหมดไฟในการทำงานออกสู่ภายนอก

เวลา 45-60 นาที

แนวคิดสำคัญ (Key Concept)

การนำปัญหาออกสู่ภายนอก หมายถึง การพยายามดำรงทัศนคติที่สะท้อนปัญหาออกมาในรูปของคำพูด โดยทำให้ปัญหามีคุณลักษณะเป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อบุคคล แทนที่จะเป็นคุณลักษณะภายในของบุคคล ผู้ให้การปรึกษาดำเนินการตามแนวทฤษฎีแบบเล่าเรื่องจะใช้อุปมาอุปไมย (Metaphors) ที่ใช้อธิบายปัญหาที่คุกคามบุคคลและส่งผลร้ายต่อชีวิตบุคคล การนำปัญหาออกสู่ภายนอกสามารถดำเนินการ โดยใช้เครื่องมือทางวากยสัมพันธ์ (การวิเคราะห์ โครงสร้างของคำพูด เหตุการณ์ของเรื่องราว) เพื่อสะท้อนให้เห็นว่า บุคคลไม่ได้กลายเป็นปัญหา ดังนั้น ปัญหาจึงเป็นสิ่งที่บุคคลจะเปลี่ยนแปลงแก้ไขในทิศทางที่แยกปัญหาออกจากตัวบุคคล การนำปัญหาออกสู่ภายนอกบุคคลจึงเป็นภาษาที่แฝงความหวังและการส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลกลับมามีพลังอำนาจ การทำปัญหาของบุคคลออกสู่ภายนอกบุคคล เรียกว่าเป็นการสนับสนุนส่งเสริมให้บุคคลทำปัญหาของตนให้กลายเป็นวัตถุ (Objectify) ซึ่งส่งผลดีต่อผู้รับคำปรึกษา คือ ลดความขัดแย้งที่ไม่สร้างสรรค์ระหว่างบุคคล สลายความรู้สึกล้มเหลวที่เกิดกับบุคคล ในขณะที่เขาหรือเธอพยายามแก้ไขปัญหาของตน แต่ปัญหายังคงดำรงอยู่ เสริมสร้างช่องทางที่บุคคลจะร่วมมือกับผู้อื่นในการต่อสู้กับปัญหา และหลีกเลี่ยงอิทธิพลของปัญหาไม่ให้มีอิทธิพลต่อชีวิตและสัมพันธภาพของบุคคล เปิดโอกาสความเป็นไปได้ใหม่ ๆ สำหรับบุคคลในการนำชีวิตและสัมพันธภาพของตนกลับคืนมาจากปัญหา และอิทธิพลของปัญหา ปลดปล่อยให้บุคคลลาพินจากสถานการณ์ปัญหาที่รุนแรงถึงความเป็นความตาย โดยใช้แนวคิดแนวทางที่มีความตึงเครียดกดดันน้อยกว่าและมีประสิทธิผลมากกว่า สร้างทางเลือกหลาย ๆ ทางเลือกในการพูดคุยสนทนา แทนที่จะเป็นฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นผู้นำการพูดแต่ฝ่ายเดียว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเรียนรู้และเข้าใจด้านความอ่อนล้าทางร่างกายและจิตใจของภาวะหมดไฟในการทำงาน
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดกระบวนการนำปัญหาออกสู่ภายนอกผ่านการเล่าเรื่องราวของตนเองออกมา

สื่อและอุปกรณ์

- น้ำมันหอมระเหย กลิ่นอโรมาที่ผู้รับการปรึกษาชอบ

วิธีดำเนินการ

1. ขั้นเริ่มต้น

- 1.1 ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้รับการปรึกษาและทบทวนสิ่งที่ได้สนทนากันในครั้งที่แล้ว
- 1.2 ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมการให้การปรึกษาในครั้งนี้

2. ขั้นดำเนินการ

- 2.1 ผู้วิจัยให้ผู้รับการปรึกษาเปิดน้ำมันหอมระเหย กลิ่นอโรมาที่ผู้รับการปรึกษาเตรียมมา
- 2.2 ผู้วิจัยให้ผู้รับการปรึกษาค่อยๆหลับตา และจินตนาการถึงการทำงานของตนเอง สาเหตุที่ทำให้เลือกทำงานนี้ ความรู้สึกเมื่อได้ทำงานนี้ ความอ่อนล้าทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นในการทำงาน
- 2.3 จากนั้นผู้วิจัยให้ผู้รับการปรึกษาลืมตา และเล่าเรื่องราวที่จินตนาการถึง โดยการเล่านี้ให้เล่าผ่านการสนทนาจากมือทั้ง 2 ข้างของผู้รับคำปรึกษา โดยให้มือข้างขวามีความคิดอยากทำงานที่โรงพยาบาลนี้ และมือข้างซ้ายไม่อยากทำงานที่โรงพยาบาลนี้ โดยสังเกตว่ามือข้างไหนพูดมากกว่ากัน เพื่อให้เรียนรู้กับตัวเอง

3. ขั้นยุติ

- 3.1 ให้ผู้รับการปรึกษาสรุปข้อคิดและสาระสำคัญที่ได้จากการปรึกษาในครั้งนี้ โดยปกติแล้วความคิดหรือไม่คิด อยู่ที่ตัวเรา เรารู้แล้ว ต้องก้าวข้าม ไม่ถอยหลัง
- 3.2 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับรายละเอียดในการให้การปรึกษาเพื่อให้เกิดการรับรู้ แบ่งปันความรู้สึก และมีความเข้าใจในการปรึกษา จากนั้นยุติการปรึกษา และนัดหมายครั้งต่อไป

3.3 ผู้วิจัยยุติการปรึกษา และนัดหมายเพื่อพบกันครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ผู้วิจัยสังเกตจากความสนใจ ความตั้งใจ ทำที่ คำพูด การแสดงออกของผู้รับการปรึกษา ในการเข้าร่วมการปรึกษา
2. ผู้วิจัยสังเกตว่าผู้รับการปรึกษาวางใจเปิดเผยเรื่องราวมากน้อยเพียงใด รวมถึงความร่วมมือและความตั้งใจในการร่วมกลุ่มของผู้รับการปรึกษา



1. ชั้นเริ่มต้น

- 1.1 ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้รับการปรึกษาและทบทวนสิ่งที่ได้สนทนากันในครั้งที่แล้ว
- 1.2 ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมการให้การศึกษาในครั้งนี้

2. ชั้นดำเนินการ

2.1 ผู้วิจัยผู้วิจัยให้ผู้รับการปรึกษาเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับประวัติความเป็นมาของสถานการณ์ ความยากลำบากที่ผ่านมา และวิธีการคลี่คลายปัญหานั้น และสอดรับไปกับประเด็นหรือเค้าโครงของเรื่อง เนื้อหาที่ผู้รับการปรึกษาเล่ามักจะเป็นความพ่ายแพ้ ความล้มเหลวความรู้สมรรถภาพ ไร้ความสามารถ ความสิ้นหวัง ความไร้คุณค่า และความเปล่าประโยชน์

2.2 ผู้วิจัยให้ผู้รับการปรึกษาดังชื่อเรื่องที่เล่าออกมา เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถเรียนรู้ได้ว่าอิทธิพลเหล่านั้น ส่งผลต่อชีวิตของผู้รับการปรึกษาอย่างไร ซึ่งวิธีนี้จะเป็นการนำปัญหาออกมาสู่ภายนอก (Extremizing) คือให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจว่าปัญหานั้นไม่ได้อยู่ภายในตัวของผู้รับการปรึกษาแต่ปัญหาก็คือปัญหาที่อยู่ภายนอกไม่เกี่ยวข้องกับตัวของผู้รับการปรึกษาปัญหาเป็นสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาสามารถแก้ไขและจัดการได้ เป็นการให้ผู้รับการปรึกษาได้เรียนรู้และทำความเข้าใจพื้นฐานการมองปัญหาว่า "ปัญหาก็คือปัญหา บุคคลไม่ใช่ปัญหา"

3. ชั้นยุติ

- 3.1 ให้ผู้รับการปรึกษาสรุปข้อคิดและสาระสำคัญที่ได้จากการปรึกษาในครั้งนี้
- 3.2 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับรายละเอียดในการให้การศึกษาเพื่อให้เกิดการรับรู้ แบ่งปันความรู้สึก และมีความเข้าใจในการปรึกษา จากนั้นยุติการปรึกษา และนัดหมายครั้งต่อไป
- 3.3 ผู้วิจัยยุติการปรึกษา และนัดหมายเพื่อพบกันครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ผู้วิจัยสังเกตจากความสนใจ ความตั้งใจ ท่าที คำพูด การแสดงออกของผู้รับการปรึกษาในการเข้าร่วมการปรึกษา
2. ผู้วิจัยสังเกตว่าผู้รับการปรึกษาวางใจเปิดเผยเรื่องราวมากน้อยเพียงใด รวมถึงความร่วมมือและความตั้งใจในการร่วมกลุ่มของผู้รับการปรึกษา

**รายละเอียดโปรแกรมการศึกษาเชิงจิตวิทยาออนไลน์ทฤษฎีเล่าเรื่อง
ต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์
ครั้งที่ 8**

เรื่อง ประเมินผลการปรึกษาและยุติการให้การปรึกษา

เวลา 90 นาที

แนวคิดสำคัญ (Key Concept)

การยุติการปรึกษาเป็นการพบกันครั้งสุดท้ายของการปรึกษา เมื่อผู้รับการปรึกษาได้รับการปรึกษารอบถ่วงทุกกระบวนการตามข้อตกลงที่วางไว้ ในขั้นนี้ผู้รับการปรึกษาจะเข้าใจปัญหาค้นพบทางออกของปัญหา และวิธีการปฏิบัติเพื่อนำไปใช้ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นสามารถนำแนวทางข้อสรุปที่ได้จากการปรึกษา ไปใช้ในชีวิตประจำวัน และกำหนดวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับตนเอง ผู้วิจัยจะให้ผู้รับการปรึกษาได้แสดงความรู้สึก และเล่าถึงประสบการณ์ที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการศึกษาเชิงจิตวิทยา ออนไลน์ ทฤษฎีเล่าเรื่องต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งร่วมกันสรุปและประเมินผลสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมกิจกรรม ตลอดจนให้กำลังใจและสนับสนุนให้ผู้รับการปรึกษานำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์เพื่อพัฒนาการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ทั้งยังนำไปสู่การใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข และเป็นที่ยอมรับของสังคม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้สรุปผลการเรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรมการศึกษา
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษารักษาพฤติกรรมหลังการเปลี่ยนแปลง และระวังไม่ให้เกิดกลับไปเป็นแบบเดิม
3. เพื่อประเมินผลการให้การปรึกษาและหาข้อสรุปในการพัฒนาโปรแกรม
4. เพื่อให้กำลังใจผู้รับการปรึกษา

สื่อและอุปกรณ์

- เพลง รัก ของ อัญชลี จงคดีกิจ (ETC. COVER คา เอ็น โครฟีน)

วิธีดำเนินการ

1. ขั้นเริ่มต้น

- 1.1 ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้รับการปรึกษาและทบทวนสิ่งที่ได้สนทนากันในครั้งที่แล้ว
- 1.2 ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมการให้การศึกษาในครั้งนี้

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้วิจัยให้ผู้รับการปรึกษาได้แสดงความรู้สึกและเล่าถึงประสบการณ์ที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการศึกษาเชิงจิตวิทยา ออนไลน์ ทฤษฎีเล่าเรื่องต่อภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์

3. ขั้นยุติ

3.1 ผู้วิจัยใช้เทคนิคสรุปและมุ่งประเด็น (Summarize and focus) และให้ผู้รับการปรึกษาสรุปสิ่งที่ตนเองได้รับจากการปรึกษา เช่น สิ่งที่ผู้รับการปรึกษาต้องการ พฤติกรรมเพื่อบรรเทาในสิ่งที่ต้องการ การประเมินผลพฤติกรรมของตน และการวางแผนการเรียนรู้เพื่อไม่ให้มีภาวะหมดไฟในการทำงาน.

3.2 ผู้วิจัยให้กำลังใจแก่ผู้รับการปรึกษา และสนับสนุนให้ผู้รับการปรึกษานำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์

3.3 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาซักถามถึงข้อสงสัยของตนเอง

3.4 ผู้วิจัยให้ผู้รับการปรึกษาทำแบบวัดภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์เพื่อประเมินผลหลังเข้าร่วมการปรึกษา และนัดหมายการทำแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์อีกครั้งในอีก 4 สัปดาห์เพื่อเป็นการติดตามผล

3.5 ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและให้ผู้รับการปรึกษาแสดงความขอบคุณซึ่งกันและกันและกล่าวคำอำลา

การประเมินผล

1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือ ความสนใจ การใช้น้ำเสียง การแสดงความรู้สึก และการตอบข้อซักถามต่าง ๆ
2. แบบวัดภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวกัญญารัตน์ ระลึกชอบ
วัน เดือน ปี เกิด	25 ตุลาคม 2536
สถานที่เกิด	จังหวัดตราด
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 44 หมู่ที่ 2 ตำบลห้วยแร้ง อำเภอเมืองตราด จังหวัดตราด
ตำแหน่งและประวัติการ ทำงาน	พ.ศ. 2559-2564 แพทย์แผนไทย กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี พ.ศ. 2564-2566 แพทย์แผนไทย กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด พ.ศ. 2566-ปัจจุบัน แพทย์แผนไทย กลุ่มงานการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาล เกาะช้าง จังหวัดตราด
ประวัติการศึกษา	พ.ศ.2559 การแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต (สาขาการแพทย์แผนไทย ประยุกต์) มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ.2568 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาการปรึกษา) มหาวิทยาลัยบูรพา