

เปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน ทางโทรศัพท์และแบบพบหน้า ต่อความเข้มแข็งทางใจและภาวะเหนื่อยล้า หมดไฟในผู้ที่มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต

ศรัณยพิชญ์ อักษร, พย.ม.*, เทอดศักดิ์ เดชคง, พ.บ.*, พาสณา คุณาธิวัฒน์, ศศ.ม.*, ภัทร วุฒินาร, ว.ม.*

*สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบความเข้มแข็งทางใจและภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟระหว่างการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานช่องทางโทรศัพท์ทั้งสองครั้ง (telephone counseling 2 times: TT) ช่องทางพบหน้าทั้งสองครั้ง (face-to-face counseling 2 times: FF) และช่องทางพบหน้าครั้งแรกและโทรศัพท์ติดตาม (face-to-face counseling and follow-up by telephone: FT) ในผู้ที่มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต

วัสดุและวิธีการ : ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากแบบบันทึกการให้คำปรึกษาผู้มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งเป็นการดำเนินงานในระบบบริการปกติในเขตสุขภาพที่ 2, 4, 6 และ 9 ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ความเข้มแข็งทางใจ และภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ และเปรียบเทียบคะแนนพลังใจและภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ระหว่างช่องทาง TT FF และ FT โดยใช้สถิติ ANCOVA และทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย โดยใช้ สถิติ LSD กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผล : หลังจากได้รับคำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานทั้งช่องทางโทรศัพท์ทั้งสองครั้ง ช่องทางพบหน้าทั้งสองครั้ง และช่องทางพบหน้าครั้งแรกและโทรศัพท์ติดตาม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพลังใจสูงขึ้น ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติไม่แตกต่างกันทุกช่องทาง โดยช่องทางที่เพิ่มพลังใจที่ดีที่สุดคือแบบพบหน้าครั้งแรกและโทรศัพท์ติดตาม ช่องทางที่ลดภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟที่ดีที่สุดคือพบหน้าครั้งแรกและโทรศัพท์ติดตาม หรือพบหน้าทั้งสองครั้ง

สรุป : การคำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานทางโทรศัพท์และการให้คำปรึกษาแบบพบหน้ามีแนวโน้มให้ผลลัพธ์ในการเพิ่มความเข้มแข็งทางใจและลดภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟในผู้ที่มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตไม่ต่างกัน โดยการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เป็นทางเลือกการให้บริการที่มีความยืดหยุ่น ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตได้

คำสำคัญ : การให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน, การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์, ความเข้มแข็งทางใจ, ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ, ปัญหาสุขภาพจิต

COMPARE THE EFFECTS OF SRENGTH BASED COUNSELING VIA TELEPHONE AND FAE-TO-FACE ON RESILIENCE AND BURNOUT IN INDIVIDUALS AT RISK OF MENTAL HEALTH PROBLEMS

Sarunyapich Aksorn, M.N.S.*, Terdsak Detkong, M.D. *, Passana Gunadhivadhana, M.A. *,
Phopthorn Wuttiarn, M.A.*

** Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health*

Abstract

Objectives: To compare the intensity of resilience and burnout during counseling sessions based on different modes: telephone counseling 2 times (TT), face-to-face counseling 2 times (FF), and face-to-face counseling and follow-up by telephone (FT) among individuals at risk for mental health problems.

Material and Methods: The study utilized data from counseling records of individuals at risk for mental health problems, conducted within the regular service system in the health region 2, 4, 6, and 9 from May to September 2023. General information, resilience and burnout data were collected and compared for resilience and burnout scores across TT, FF, and FT modes. Analysis was performed using ANCOVA statistics and differences in mean scores were assessed using LSD tests, with statistical significance set at $p < 0.05$.

Results: After receiving strength based counseling via face-to-face counseling twice (FF), telephone counseling twice (TT), initial face-to-face counseling followed by telephone follow-up (FT) the sample group had higher mean scores of resilience and significantly reduced burnout, with no differences across channels. The best channel for increasing resilience is initial face-to-face counseling followed by telephone follow-up (FT). The best channel for reducing burnout are face-to-face counseling followed by telephone follow-up (FT) or face-to-face counseling twice (FF).

Conclusion: Telephone and face-to-face strength based counseling are similarly effective in increasing resilience and reducing burnout among people at risk for mental health problems. Telephone counseling is a flexible delivery option that can increase access to services for those at risk for mental health problems.

Key words: strength based, counseling telephone, counseling resilience, burnout, mental health problems

บทนำ

องค์การอนามัยโลกระบุว่า 1 ใน 8 ของคนทั่วโลกมีปัญหาด้านสุขภาพจิต หรือคิดเป็นจำนวนกว่า 970 ล้านคนทั่วโลก¹ องค์การอนามัยโลกพบว่า มีการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) ในกลุ่มโรคด้านสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 13.0 ของทั้งหมด โดยในปี 2565 พบว่า เฉพาะภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของประชากรทั่วโลก ทำให้วันทำงานหายไปประมาณ 12 พันล้านวัน ซึ่งสร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจคิดเป็นมูลค่ากว่า 1 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ² ส่วนข้อมูลของวิทยาลัยการจัดการมหาวิทยาลัยมหิดลพบว่า คนกรุงเทพฯ 7 ใน 10 มีอาการหมดไฟในการทำงาน³ สอดคล้องกับผลการสำรวจข้อมูลจากการประเมินสุขภาพจิตตนเอง (Mental Health Check-In) ของกรมสุขภาพจิต⁴ พบว่าวัยทำงานมีภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟในระดับเสี่ยงมากเพิ่มขึ้นจาก 571 คน (ร้อยละ 0.3) ในช่วงปี พ.ศ. 2566 เป็น 2,038 คน (ร้อยละ 1.8) ในครึ่งปีแรกของ พ.ศ. 2567 และผู้ที่มีระดับพลังใจน้อยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.7 เป็นร้อยละ 9.0 ทั้งนี้องค์การอนามัยโลก (WHO)⁵ ได้เพิ่มภาวะหมดไฟลงในมาตรฐานการจัดกลุ่มโรคระหว่างประเทศฉบับปรับปรุงครั้งที่ 11 (11th revision of the international classification of diseases: ICD-11) โดยจัดเป็นภาวะความผิดปกติที่เกิดจากการทำงาน (occupational phenomenon) นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 เป็นต้นมา โดยภาวะหมดไฟในการทำงานนำไปสู่ปัญหาทางอารมณ์และร่างกาย เป็นสาเหตุนำไปสู่

ปัญหาสุขภาพจิต โรคซึมเศร้า วิตกกังวล และพฤติกรรมติดสุราพึ่งยาเสพติด⁶ การศึกษาของปองกานต์ ศิริโรจน์⁷ และตฤณพงษ์ ทับทิมสี⁸ ศึกษาพบสาเหตุและปัจจัยของภาวะหมดไฟในการทำงาน ได้แก่ หัวหน้างาน ภาระงาน การถูกลดความสำคัญ ด้านความรู้สึกรับค่าความเป็นบุคคล แสดงให้เห็นว่าภาวะหมดไฟในการทำงานมีความสัมพันธ์กับความเครียด และการมีสุขภาพจิตที่ดี ในบางกรณีความเครียดและปัญหาสุขภาพจิตก็ส่งผลกระทบต่อการทำงาน และคุณภาพการดำรงชีวิต ประกอบกับข้อมูลจากคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข⁹ รายงานว่าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 - 2565 ผู้ป่วยนอกจิตเวชเฉลี่ยต่อวันที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 3.96

กรมสุขภาพจิตซึ่งเป็นหน่วยงานหลักด้านสุขภาพจิตของประเทศให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเครือข่ายด้านสุขภาพจิตเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนที่มีความต้องการรับบริการด้านสุขภาพจิตมากขึ้น จึงได้จัดทำมาตรฐาน แนวทางเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ โดยในปี พ.ศ. 2566 ได้มีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพจิตแบบบูรณาการสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมีโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน¹⁰ เป็นหนึ่งในหลักสูตรอบรม รวมถึงมีการอบรมพัฒนา

ศักยภาพบุคลากรในเขตสุขภาพที่ 2, 4, 6 และ 9 ทั้งเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพจิต เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด รวมถึงเครือข่ายนอกระบบสาธารณสุข เช่น กลุ่มครูที่ปรึกษา เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในบ้านพัก ฯลฯ โดยการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานเป็นการให้คำปรึกษาที่ใช้จิตวิทยาเชิงบวกแบบชี้นำ (directive counseling) โดยกระบวนการมุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพและค้นหาความเข้มแข็งที่มีในตัวผู้รับคำปรึกษาทั้งความพยายาม ความคิด ความเชื่อ แรงสนับสนุนจากคนรอบข้าง และทักษะที่มีมาปรับใช้ในการแก้ไขปัญหา กระบวนการมีโครงสร้างชัดเจน ใช้ให้คำปรึกษาในเวลาที่กระชับ ครั้งละ 15-20 นาที จำนวน 2-4 ครั้ง ตามสภาพปัญหา มีความยืดหยุ่นในการนำไปให้บริการช่องทางต่างๆ ทั้งการให้คำปรึกษาแบบต่อหน้าและการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ประกอบกับในยุคปัจจุบัน โทรศัพท์มือถือเป็นอุปกรณ์หนึ่งที่พกติดตัวตลอดเวลา global overview report : digital stat & insights 2024¹¹ รายงานว่าทั่วโลกมีคนใช้มือถือมากกว่าร้อยละ 69.4 การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2566¹² พบว่าคนไทยกว่าร้อยละ 87.7 ใช้โทรศัพท์มือถือ และมีการศึกษาพบว่าสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงทำให้คนในสังคมเผชิญปัญหาทางสุขภาพจิตมากขึ้น จึงมีความต้องการเข้าถึงบริการด้านการปรึกษาเชิงจิตวิทยา การให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในรูปแบบออนไลน์ เป็นการให้บริการที่ทำให้ผู้รับบริการเข้าถึงง่าย สะดวก และ

มีความยืดหยุ่น ผู้รับบริการมีความสะดวกในด้านการจัดสรรเวลา การเลือกสถานที่พูดคุยได้ด้วยตนเอง โดยจุดเด่นคือความสะดวกแต่ประสิทธิภาพการให้บริการเทียบเท่าการปรึกษาแบบออฟไลน์ ทำให้มีแนวโน้มได้รับความนิยมสูงขึ้น¹³ และถึงแม้ว่าการให้คำปรึกษาแบบต่อหน้าจะได้ผลดี ผู้รับบริการได้พบกับผู้ให้คำปรึกษาโดยตรง แต่การให้คำปรึกษาช่องทางดังกล่าวมีข้อจำกัดทั้งระยะเวลา การรอคอย การนัดหมาย รวมถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทางมายังหน่วยบริการสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สะดวกเข้ารับบริการอย่างทันท่วงที อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม ผู้มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่ยังได้รับการสุขภาพจิตพื้นฐานตาม ระบบบริการรูปแบบปกติคือการนัดพบที่หน่วยบริการ เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และการให้คำปรึกษาแบบพบหน้าชัดเจนและมีความเฉพาะกับบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช อันจะนำไปสู่การเลือกช่องทางการให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ มีความคุ้มค่าเหมาะสมสถานการณ์ความต้องการของประชาชนในปัจจุบัน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานช่องทางโทรศัพท์ทั้งสองครั้ง (TT) ช่องทางพบหน้าทั้งสองครั้ง (FF) และช่องทางพบหน้าครั้งแรกและโทรศัพท์ติดตาม (FT) ต่อความเข้มแข็งทางใจ และภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟในผู้ที่มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต โดยมีสมมติฐาน

ว่าการให้คำปรึกษาทุกช่องทางให้ผลลัพธ์ไม่แตกต่างกัน

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เลขที่ DMH.IRB.CO.A 024/2566 วันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 โดยเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากแบบบันทึกการให้คำปรึกษาซึ่งเป็นการดำเนินงานในระบบบริการปกติ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยอิงการศึกษาผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของเทอดศักดิ์ เดชคง¹⁴ กำหนดขนาดอิทธิพล 0.8 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ ขั้นต่ำกลุ่มละ 33 คน เกณฑ์การคัดเข้าคือ เลือกแบบบันทึกการให้คำปรึกษาทุกแบบบันทึกที่มีข้อมูลครบถ้วนตรงกับเกณฑ์ ซึ่งเป็นแบบบันทึกการให้คำปรึกษาผู้มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตด้านความเข้มแข็งทางใจภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ อย่างใดอย่างหนึ่ง ในเขตสุขภาพที่ 2, 4, 6 และ 9 ในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2566 และยินยอมรับบริการให้คำปรึกษา จากนั้นคัดข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนได้ออกก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ นามสกุลที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ แจกแจงข้อมูล (parsing) เฉพาะชุดข้อมูลส่วนที่จะนำมาใช้ในการวิเคราะห์ เช่น อายุและครั้งที่ประเมิน แกไขข้อมูลที่ผิดพลาด (correcting) โดยแก้ไขข้อความหรือตัวเลขให้ถูกต้องตรงกับประเภทข้อมูล ทำข้อมูลให้เป็น

รูปแบบเดียวกัน (standardizing) ได้แก่ การแก้ไขข้อความที่มีความหมายเดียวกันให้อยู่ในกลุ่มเดียวกัน กำหนดชื่อตัวแปรเพื่อเตรียมชุดข้อมูลในการประมวลผล และการจัดกลุ่มข้อมูลใหม่ นำข้อมูลใส่รหัสโดยไม่ระบุชื่อ แบ่งเป็นผู้ได้รับคำปรึกษาช่องทางการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ทั้งสองครั้ง (TT) 57 คน การให้คำปรึกษาแบบพบหน้าทั้งสองครั้ง (FF) 304 คน และการให้คำปรึกษาแบบพบหน้าครั้งแรกและโทรศัพท์ติดตาม (FT) 84 คน ซึ่งเพียงพอต่อการวิเคราะห์ทางสถิติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานพัฒนาขึ้นโดยเทอดศักดิ์ เดชคง¹⁰ ในปี พ.ศ. 2566 ตามแนวคิดของ Grotberg¹⁵ เป็นหลักสูตรฝึกอบรมที่ใช้เวลา 6 ชั่วโมง ซึ่งเป็นการให้คำปรึกษาโดยใช้จิตวิทยาเชิงบวกแบบชี้นำ (directive counseling) มีโครงสร้างในการสนทนาให้คำปรึกษาชัดเจน ประกอบด้วย 3 กระบวนการคือ 1) สร้างความร่วมมือโดยใช้ทักษะการชม 2) ค้นหาความเข้มแข็งโดยใช้ทักษะการถาม และ 3) ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นทางเลือก เนื้อหาการสนทนาเป็นไปตามประเด็นความเข้มแข็งทางใจ (resilience) ซึ่งให้ความสำคัญกับความเข้มแข็ง 3 ประเภท ได้แก่ คุณสมบัติบุคคล (I am) สัมพันธภาพที่เกื้อหนุน (I have) และทักษะความสามารถ (I can) เป็นการให้คำปรึกษารายบุคคล ใช้เวลาให้บริการครั้งละ 15 - 20 นาที จำนวน 2 - 4 ครั้งตามสภาพปัญหา และครั้งแรก

อาจใช้เวลานานกว่านั้น การให้คำปรึกษาแต่ละครั้ง จะใช้ทักษะครบทั้ง 3 กระบวนการ โปรแกรม ดังกล่าวผ่านการทดสอบคุณภาพโปรแกรม ประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้อง (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาหลักสูตร ผู้เชี่ยวชาญ ในการให้คำปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต และจิตเวช 5 คน มีค่าความสอดคล้องของ โปรแกรมมากกว่า 0.8

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินพลังใจ ฉบับ 3 ข้อ (resilience inventory 3 items) มีค่าความเชื่อมั่นจาก สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.91 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อ 0.77 - 0.70¹⁶ แปลผล คะแนนแบบประเมินพลังใจ ฉบับ 3 ข้อ ในการ ประเมินความเครียด เหนื่อยล้าหมดไฟ ความเสี่ยง ซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตาย จำแนกตามอายุ ได้ว่ากลุ่มเยาวชนที่พลังใจต่ำกว่า 21 คะแนน กลุ่ม วัยทำงานที่พลังใจต่ำกว่า 18 คะแนน และกลุ่มวัย สูงอายุที่พลังใจต่ำกว่า 15 คะแนน เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง ที่ต้องได้รับความช่วยเหลือ เนื่องจากมีโอกาสเกิด ความเครียด เหนื่อยล้าหมดไฟ ความเสี่ยงซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตายอย่างใดอย่างหนึ่ง¹⁷

2.2 แบบประเมินภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ¹⁸ ซึ่งพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของ ของ Maslach และคณะ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ความอ่อนล้า ทางอารมณ์ (emotional exhaustion) 2) การเมินเฉย ต่องาน (cynicism) 3) ความสามารถในการทำงาน (professional efficacy) แบบประเมินประกอบด้วย ข้อคำถาม 3 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วน

ประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 4 คะแนน โดย 1 หมายถึง แทบไม่มีเลย 2 เป็นบางครั้ง 3 เป็นบ่อย และ 4 เป็นประจำ คะแนนรวม 3 - 12 คะแนน แปล ผลดังนี้ 3 - 6 คะแนนหมายถึงเสี่ยงระดับน้อย 7 - 8 คะแนนหมายถึงเสี่ยงระดับปานกลาง และ 9 - 12 คะแนนหมายถึงเสี่ยงระดับมาก

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบ คะแนนพลังใจและภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ โทรศัพททั้งสองครั้ง (TT) พบหน้าทั้งสองครั้ง (FF) พบหน้าครั้งแรกและโทรศัพทติดตาม (FT) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเมื่อจำแนกตามช่องทางการ ให้คำปรึกษาซึ่งมีจุดตั้งต้นที่อาจต่างกัน จึงต้อง ขจัดอิทธิพลของคะแนนก่อนการทดลอง โดยใช้ สถิติ ANCOVA (Analysis of Covariance) ควบคุม อิทธิพลของ ตัวแปรเกินอันเนื่องมาจาก Pretest ซึ่งเป็นตัวแปรแทรกซ้อน เป็นตัวควบคุม (Covariate) ซึ่งพบว่า คะแนนพลังใจ ภาวะเหนื่อย ล้าหมดไฟ ก่อนการทดลองมีอิทธิพลต่อคะแนน ภายหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อ พบความแตกต่างระหว่างช่องทางการให้การ ปรึกษา จึงใช้สถิติ LSD (Least Significant Different) ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 445 คน มีอายุเฉลี่ย

35.67 ปี โดยกลุ่มที่ได้รับการรักษาช่องทางโทรศัพท์ทั้งสองครั้ง (TT) มีอายุเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ 30.07 ปี กลุ่มที่ได้รับการรักษาช่องทางพบหน้าทั้งสองครั้ง (FF) มีอายุเฉลี่ยมากที่สุดคือ 37.13 ปี และกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบพบหน้าครั้งแรกและโทรศัพท์ติดตาม (FT) มีอายุเฉลี่ย 34.02 ปี ดังตารางที่ 1

โทรศัพท์ทั้งสองครั้ง (TT) การให้คำปรึกษาแบบพบหน้าทั้งสองครั้ง (FF) และการให้คำปรึกษาแบบพบหน้าครั้งแรกและโทรศัพท์ติดตาม (FT) ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนพลังใจสูงขึ้น ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งสามรูปแบบดีขึ้นเหมือนกัน ดังตารางที่ 2

ผลการศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษาทาง
ตารางที่ 1 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามช่องทางการให้คำปรึกษา

ช่องทางการให้คำปรึกษา	จำนวน (คน)	อายุเฉลี่ย $\pm$ SD (ปี)	อายุน้อยสุด (ปี)	อายุสูงสุด (ปี)
โทรศัพท์ทั้งสองครั้ง (TT)	57	30.07 $\pm$ 10.93	17	60
พบหน้าทั้งสองครั้ง (FF)	304	37.13 $\pm$ 20.11	11	92
พบหน้าครั้งแรกและโทรศัพท์ติดตาม (FT)	84	34.02 $\pm$ 16.24	12	68
รวม	445	35.67 $\pm$ 18.64	11	92

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนพลังใจ (RQ) และภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ (Burnout) ก่อนและหลังได้รับคำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานจำแนกตามช่องทางการให้คำปรึกษา

คะแนนภาวะสุขภาพจิต		ช่องทางการให้คำปรึกษา (n = 455 คน)		
		โทรศัพท์ทั้งสองครั้ง (n = 57)	พบหน้าทั้งสองครั้ง (n = 304)	พบหน้าครั้งแรกและ โทรศัพท์ติดตาม (n = 84)
		ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD
พลังใจ (RQ)	ก่อน	16.91 $\pm$ 5.57	17.77 $\pm$ 5.88	16.40 $\pm$ 6.83
	หลัง	19.96 $\pm$ 5.47	20.88 $\pm$ 5.28	21.54 $\pm$ 4.26
	ผลต่าง	3.05 $\pm$ 4.64	3.11 $\pm$ 5.63	5.13 $\pm$ 6.22
	p	< 0.001	< 0.001	< 0.001
ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ (burnout)	ก่อน	6.84 $\pm$ 2.99	5.87 $\pm$ 2.96	7.40 $\pm$ 3.05
	หลัง	5.86 $\pm$ 2.55	4.54 $\pm$ 2.21	5.43 $\pm$ 2.16
	ผลต่าง	-0.98 $\pm$ 2.26	-1.33 $\pm$ 2.12	-1.97 $\pm$ 1.95
	p	0.002	< 0.001	< 0.001

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพลังใจ ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ หลังการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานจำแนกตามช่องทางการให้คำปรึกษาพบว่า ช่องทางที่เพิ่มพลังใจได้ดีที่สุดคือแบบพบหน้าครั้งแรกและโทรศัพท์ติดตาม (FT) ส่วนการให้คำปรึกษาช่องทางโทรศัพท์ทั้งสองครั้ง (TT) และแบบพบหน้าทั้งสองครั้ง (FF) ให้ผลลัพธ์ที่ตรงลงมาไม่ต่างกัน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนพลังใจ และภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ระหว่างก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานจำแนกตามช่องทางการให้คำปรึกษา 3 วิธี

ผลการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ การให้คำปรึกษาก่อนและหลัง	ค่าเฉลี่ยผลต่าง $\pm$ SD	p	p
กับคะแนนเฉลี่ยพลังใจ			
โทรศัพท์ทั้งสองครั้ง (TT)	3.05 $\pm$ 4.64	0.388 ^a	0.020* ^b
พบหน้าทั้งสองครั้ง (FF)	3.11 $\pm$ 5.63		0.026* ^c
พบหน้าครั้งแรกและโทรศัพท์ติดตาม (FT)	5.13 $\pm$ 6.22		
กับคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ			
โทรศัพท์ทั้งสองครั้ง (TT)	-0.98 $\pm$ 2.26	0.001* ^a	0.008* ^b
พบหน้าทั้งสองครั้ง (FF)	-1.33 $\pm$ 2.12		0.714 ^c
พบหน้าครั้งแรกและโทรศัพท์ติดตาม (FT)	-1.97 $\pm$ 1.95		

หมายเหตุ 1. ^a เปรียบเทียบช่องทาง TT กับ FF, ^b เปรียบเทียบช่องทาง TT กับ FT, ^c เปรียบเทียบช่องทาง FF กับ FT

2. ค่าเป็นบวกแปลว่าคะแนนเพิ่มขึ้น ค่าเป็นลบแปลว่าคะแนนลดลง

อภิปราย

การเปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานทางโทรศัพท์และแบบพบหน้าต่อความเข้มแข็งทางใจและภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟในผู้ที่มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตในครั้งนี้ สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้คือการให้คำปรึกษาแบบใช้

การภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟได้ดีที่สุดคือช่องทางการให้คำปรึกษาแบบพบหน้าครั้งแรกและโทรศัพท์ติดตาม (FT) และการให้คำปรึกษาและแบบพบหน้าทั้งสองครั้ง (FF) ไม่ต่างกันทั้งสองช่องทาง ส่วนการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ทั้งสองครั้ง (TT) ให้ผลลัพธ์ด้อยที่สุดดังตารางที่ 3

ความเข้มแข็งเป็นฐาน ทั้ง 3 ช่องทางให้ผลลัพธ์ไม่ต่างกันโดยสามารถเพิ่มพลังใจและลดภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟได้ดีทุกช่องทาง อภิปรายได้ว่าทุกช่องทางการให้คำปรึกษายึดหลักการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานซึ่งที่มีโครงสร้างชัดเจน และมีรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบมีทิศทาง (directive counseling) มุ่งไปที่การค้นหาและนำเอาความเข้มแข็ง

ที่มีในตัวผู้รับคำปรึกษาไม่ว่าจะเป็นความคิด ความพยายาม การสนับสนุนจากคนรอบข้าง และทักษะมาปรับใช้ให้เหมาะกับบริบท และใช้จัดการปัญหาในปัจจุบัน สอดคล้องกับสุววุฒิ วงศ์ทางสวัสดิ์¹⁹ ได้ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลแบบออนไลน์ต่อสุขภาวะของนักศึกษาปริญญาตรีที่มีบุคลิกภาพแบบไม่มั่นคงทางอารมณ์ พบว่าการปรึกษาออนไลน์มีประสิทธิภาพต่อการพัฒนาสุขภาวะของนักศึกษาที่มีบุคลิกภาพแบบไม่มั่นคงทางอารมณ์สูงและไม่มั่นคงทางอารมณ์ต่ำได้ไม่ต่างกัน สอดคล้องกับ Zeren และคณะ²⁰ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาออนไลน์สำหรับนักศึกษามหาวิทยาลัยในตุรกี พบว่าการให้คำปรึกษาออนไลน์และแบบเห็นหน้าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของปุนชนุช คณากรณ์ และกิติกร พรมา²¹ ที่พบว่า การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจด้วยโปรแกรมออนไลน์ในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางมีผลให้ความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้นหลังการทดลองทันที และมีความเข้มแข็งทางใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการทดลองหนึ่งเดือนอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของเอกชัย ลีลาวงศ์กิจ และ ชนายนท์ เคนคำ²² ที่ศึกษาพบว่าวิดีโอบำบัดสามารถลดภาวะหมดไฟจากสถานการณ์โควิดในอสม. ได้ไม่ต่างจากทำจิตบำบัดให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยนักจิตวิทยา ซึ่งปัจจุบันระบบบริการยังคงขาดแคลนบุคลากรและด้วยภาระงานที่มาก ทำให้สื่อออนไลน์สามารถแก้ปัญหาเรื่องความสะดวกในการเข้าถึงบริการของผู้มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตได้

เมื่อเปรียบเทียบช่องทางการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับคำปรึกษาแบบพบหน้าครั้งแรกและติดตาม

ทางโทรศัพท์ (FT) มีคะแนนเฉลี่ยพลังใจเพิ่มขึ้นมากที่สุด อภิปรายได้ว่า ช่องทางการให้คำปรึกษาดังกล่าว ผู้รับคำปรึกษาได้พบหน้ากับผู้ให้คำปรึกษาในครั้งที่ 1 ได้สร้างสัมพันธภาพและรับคำปรึกษาแล้ว การใช้โทรศัพท์ติดตามในครั้งที่ 2 อาจแสดงถึงการที่ผู้ให้คำปรึกษามีความห่วงใย ใส่ใจผู้รับคำปรึกษาเป็นพิเศษจึงโทรมาติดตามประกอบกับการโทรศัพท์ติดตามนั้นมีการศึกษาพบว่าผู้รับบริการมีความสะดวกในด้านการจัดสรรเวลา การเลือกสถานที่ที่ต้องการพูดคุยได้ด้วยตนเอง¹³ ไม่ต้องรอคิว ไม่มีค่าใช้จ่าย จึงเกิดความประทับใจในบริการและผู้ให้คำปรึกษา ส่งผลให้เกิดความรู้สึกด้านบวกที่อาจมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตเมื่อตอบแบบประเมินดังนั้นผลของคะแนนจึงดีกว่า

นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับคำปรึกษาแบบพบหน้าในครั้งแรกและติดตามทางโทรศัพท์ (FT) และกลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาแบบพบหน้าทั้งสองครั้ง (FF) มีภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟลดลงดีที่สุดเหมือนกัน อภิปรายได้ว่ากระบวนการให้คำปรึกษาแบบพบหน้ามีการสื่อสารทางอวัจนภาษาร่วมด้วย อันได้แก่ สายตา สีหน้า ท่าทาง ซึ่งไม่อาจสื่อสารได้ในช่องทางโทรศัพท์ การพบหน้าจึงอาจเป็นช่องทางที่ทำให้ผู้รับคำปรึกษารับรู้ความคิดความรู้สึกของผู้ให้คำปรึกษาผ่านทางอวัจนภาษาได้มากกว่าการสื่อสารทางโทรศัพท์ จึงทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น ไว้วางใจ รู้สึกได้รับกำลังใจ และการสนับสนุนด้านความรู้สึกทางบวกมากกว่า จึงส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟลดลง

มากกว่าช่องทางโทรศัพท์เพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับวรางคณา โสมะนันท์ และคณะ¹³ ที่กล่าวถึงข้อจำกัดเรื่องการใช้เทคนิคบางอย่างในการให้คำปรึกษาในรูปแบบออนไลน์ ได้แก่ การช่วยให้ผู้รับบริการได้สำรวจตนเองเพิ่มมากขึ้น การใช้ทักษะหรือเทคนิคบางอย่างที่ต้องอาศัยการสัมผัสหรืออาศัยการมองเห็นผู้รับบริการรอบด้าน การวินิจฉัยโรค หรือการจ่ายยาในกรณีที่ได้รับคำปรึกษามีอาการทางสุขภาพจิต แต่ไม่สอดคล้องกับสภาวะจิตทางสวัสดิ์¹⁹ ที่กล่าวถึง ช่องทางการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบออนไลน์ว่าเป็นอีกหนึ่งช่องทางที่บุคคลยังรู้สึกปลอดภัยเพราะได้อยู่ในสถานที่ที่คุ้นเคย ไม่ต้องเปิดเผยตนเอง ไม่ต้องเผชิญหน้า ทำให้บุคคลที่ไม่กล้าที่จะเปิดเผยเรื่องราวของตนกับคนแปลกหน้า

ในกรณีนี้การให้คำปรึกษาแบบออนไลน์หรือการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพียงอย่างเดียวอาจไม่ได้เป็นช่องทางที่ดีที่สุด เนื่องจากภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟเกิดจากภาวะที่บุคคลได้รับแรงกดดันจากการทำงานเป็นเวลานานจนทำให้เกิดความเครียดสะสม ซึ่งจะมีพฤติกรรมและการแสดงออกที่ผิดปกติทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และวิธีการจัดการเพื่อให้เข้าสู่ระยะฟื้นตัวโดยเร็ว ได้แก่ การจัดการกับความเครียด การค้นหาเป้าหมายที่แท้จริงของชีวิต การวางแผนชีวิตตามเป้าหมายที่เลือกและวิธีการอยู่กับปัจจุบันอย่างมีความสุข แต่การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สามารถเป็นทางเลือกในการให้บริการ และให้ผลดีในการลดภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟได้ และมีข้อดีคือ

สามารถให้บริการได้แม้ในพื้นที่ห่างไกล เพิ่มความยืดหยุ่นในการให้บริการ ค่าใช้จ่ายต่ำ และสามารถที่จะบันทึกการบริการการปรึกษาด้วยเครื่องมือทางอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งผลการวิจัยสะท้อนว่ามีประสิทธิภาพเท่า ๆ กัน²² อันจะช่วยส่งผลให้การจัดการปัญหาตามผลการสำรวจข้อมูลจากการประเมินสุขภาพจิตตนเอง (Mental Health Check-In)⁴ ของกรมสุขภาพจิตที่พบว่าวัยทำงานมีภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟในระดับเสี่ยงมากเพิ่มขึ้น และผู้ที่มีระดับพลังใจน้อยเพิ่มขึ้น มีได้รับการจัดการและมีแนวโน้มที่ดีขึ้น

ข้อจำกัดของการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิย้อนหลังยังคงมีอคติที่เกิดจากการเลือกตัวอย่าง (selection bias) เนื่องจากไม่มีกระบวนการสุ่มเข้ากลุ่ม ทำให้มีข้อมูลพื้นฐานแตกต่างกันและเห็นเพียงแนวโน้มผลของการให้คำปรึกษาแต่ละช่องทาง ไม่อาจสามารถสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของคะแนนพลังใจและภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟเป็นผลมาจากการให้คำปรึกษาโดยตรง จึงควรมีการศึกษาวิจัยไปข้างหน้าหรือการวิจัยเชิงทดลองเพื่อยืนยันผลต่อไป

สรุป

การคำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานทางโทรศัพท์และการให้คำปรึกษาแบบพบหน้ามีแนวโน้มให้ผลลัพธ์ในการเพิ่มความเข้มแข็งทางใจและลดภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟในผู้ที่มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน โดยการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เป็นทางเลือกการให้บริการ

ที่มีความยืดหยุ่น ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.ดร.ดุสิต สุจิราวัฒน์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการวิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Mental disorders [online]. Geneva: World Health Organization; 2022. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> [2023 Nov 1].
2. World Health Organization. Mental health at work [online]. Geneva: World Health Organization; 2022. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work> [2023 Nov 1].
3. โพสต์ทูเดย์. Burnout in the city งานวิจัยชี้ชาวกรุงวัยทำงานเกินครึ่งเสี่ยงหมดไฟ [online]. กรุงเทพฯ: โพสต์ทูเดย์; 2563. Available from: <https://www.posttoday.com/lifestyle/613654> [2023 Nov 1].
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. Mental Health Check-In ตรวจเช็คสุขภาพใจ [online]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2562. Available from: <https://checkin.dmh.go.th/> [2023 Nov 1].
5. World Health Organization. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases [online]. Geneva: World Health Organization; 2019. Available from: https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/ [2023 Nov 9].
6. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout syndrome) [online]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2562. Available from: <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2270> [2023 Nov 9].
7. ปองกานต์ สิโรรัตน์. การศึกษาเกี่ยวกับภาวะหมดไฟในการทำงาน (Job burnout) ของพนักงานองค์กรรัฐวิสาหกิจ กลุ่มเจนเอเรชั่นเบบี้บูมเมอร์ [สารนิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยการจัดการมหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
8. ดุจดพงษ์ ทับทิมสี. ภาวะหมดไฟในการทำงานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานสถานีนับเพลิงและกู้ภัยลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต; 2562. [online]. Available from: <https://kbu.ac.th/mpa/wp-content/uploads/2021/11/บทความ-ดุจดพงษ์-ทับทิมสี.pdf> [2023 Nov 9].
9. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2565. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2566.
10. เทอดศักดิ์ เดชคง. แนวทางการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (Strength Based Counseling) สำหรับกลุ่มเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต. นนทบุรี: สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2566.
11. Kemp S. Digital 2024: Global Overview Report [online]. Singapore: DataReportal; 2024. Available from: <https://datareportal.com/reports/digital-2024-global-overview-report> [2024 May 4].
12. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. การสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2566 (ไตรมาส 1). กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2566.
13. วรางคณา ไสมะนันท์, คาลอส บุญสุภา, พลอยไพลิน กมลนาวัน. การให้บริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบออนไลน์ : มิติใหม่ของการให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา. วารสารบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ 2564; 15: 247-60.

14. เทอดศักดิ์ เดชคง. ผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสถาบันบำราศนราดูร 2563; 14: 134-45.
15. Grotberg HE. A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit - early childhood development: practice and reflections number 8. The Hague: Bernard van Leer Foundation; 1995.
16. เทอดศักดิ์ เดชคง, พาสณา คุณาธิวัฒน์, ธิดารัตน์ ทิพโชติ, ภพธร วุฒิหาร. ความตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินพลังใจฉบับ 3 ข้อ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2565; 30: 297-306.
17. เทอดศักดิ์ เดชคง, ศรีณยพัชญ์ อักษร, พาสณา คุณาธิวัฒน์, ขวัญเรือน อัครศักดิ์, ธิดารัตน์ ทิพโชติ. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินพลังใจ ฉบับ 3 ข้อ กับการคัดกรองความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2566; 31: 52-63.
18. สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. รายงานเบื้องต้นการพัฒนาแบบประเมินความเหนื่อยล้าหมดไฟ (Burnout) เพื่อนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารและขับเคลื่อน Mental Health Check-In (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: สำนักวิชาการสุขภาพจิต; 2566.
19. สุววุฒิ วงศ์ทางสวัสดิ์. ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยา รายบุคคลแบบออนไลน์แนวอัตถิภาวนิยม-มนุษยนิยม ต่อสุขภาวะของนิสิตนักศึกษาปริญญาตรีที่มีบุคลิกภาพแบบไม่มั่นคงทางอารมณ์ [วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
20. Zeren SG, Erus SM, Amanvermez Y, Buyruk-Genc A, Yilmaz MB, Duy B. The effectiveness of online counseling for university students in Turkey: a non-randomized controlled trial. Eur J Educ Res 2020; 9: 825-34.
21. ปุณยนุช คณากรณ์, กิติกร พรมา. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจด้วยโปรแกรมออนไลน์ต่อภาวะซึมเศร้าและความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา 2567; 18: 57-71.
22. เอกชัย ลีลาวงศ์กิจ, ชนันทน์ เคนคำ. ผลของการใช้วิดีโอจิตบำบัดเพื่อป้องกันภาวะหมดไฟจากการทำงาน (Burnout syndrome) จากสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 ในอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) โรงพยาบาลไชยวาน. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2565; 12: 609-23.