การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยใช้โปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

THE ENHANCEMENT OF PSYCHOLOGICAL IMMUNITY FOR HEALTHCARE PROFESSIONALS THROUGH PSYCHOLOGICAL COUNSELING PROGRAM

สินีนาฏ วิทยพิเชฐสกุล[1*], *เพ็ญนภา กุลนภาดล*[2], *ชนัดดา แนบเกษร*[3]

Sineenart Witayapichetsakul[1*], *Pennapha Koolnaphadol*[2], *Chanudda Nabkasorn*[3]

[1]*นิสิตปริญญาเอก หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ประเทศไทย*

[2]*สาขาจิตวิทยาการปรึกษา ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ประเทศไทย*

[3]*สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ประเทศไทย*

[1]*Student (Ph.D.) Counseling Psychology, Faculty of Education, Burapha Unversity, Thailand.*

[2] *Division of Counseling Psychology, Faculty of Education, Burapha University, Thailand.*

[3]*Division of Psychiatric and Mental Health, Faculty of Nursing, Burapha University, Thailand.*

*Corresponding Author E-mail: sineenart@scphc.ac.th

Received: *October 15, 2023;* ***Revised:*** *November 06, 2023;* ***Accepted:*** *November 13, 2023*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข 2) เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตาม และ 3) เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทำงานในประเทศไทย มีค่าเฉลี่ยภูมิคุ้มกันทางใจตั้งแต่เปอร์เซ็นไทล์ที่ 35 ลงมา และมีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมการทดลอง จำนวน 20 คน ทำการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เข้าสู่กลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบวัดภูมิคุ้มกันทางใจ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .871 และโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยา วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ประเภทหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า 1) โปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ประกอบด้วย การปรึกษาแบบพบหน้า การให้การปรึกษาแบบออนไลน์ และการศึกษาด้วยตนเอง 2) กลุ่มทดลองมีคะแนนภูมิคุ้มกันทางใจในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนทดลอง และ 3) กลุ่มทดลองมีคะแนนภูมิคุ้มกันทางใจในระยะหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยา, ภูมิคุ้มกันทางใจ, บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ABSTRACT

The purpose of this research was to 1) Develop the psychological counseling innovation for healthcare professionals' psychological immunity, 2) compare the effects of the psychological counseling innovation within subject effect and pairwise comparison and 3) compare the effects of the psychological counseling innovation between subject effect. The samples were of the healthcare professionals that work in Thailand, who have the average score of psychological immunity at the 35th percentile or lower and intend to participate the experiment numbered 20 participants. The multi-stage random sampling method was adopted to assign sample into two groups equally: experimental groups and a control group with 10 healthcare professionals each. The research instruments were the measurement of psychological immunity with reliability values .871 and the psychological counseling innovation for enhancing psychological immunity. The data were analyzed using mean, standard deviation, and repeated measure analysis of variance; one between subjects variable and one within subjects variable. The finding was as follows; 1) The psychological counseling innovation comprise face-to-face counseling, online counseling, and self-study 2) The participants in the innovation obtained a higher score on psychological immunity at post-test and follow-up than pre-test and 3) The participants in the innovation obtained a higher score on psychological immunity at post-test than control group with the statistical significance level .05.

Keywords: Psychological Counseling Innovation, Psychological Immunity, Healthcare Professionals

บทนำ

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงระดับโลก (Global Megatrends) ครอบคลุมการเปลี่ยนแปลงสำคัญในวงกว้างและส่งผลในอนาคตหลากหลายมิติและหลายระดับ ตั้งแต่การดำเนินชีวิตจนถึงระดับประเทศ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สภาพภูมิอากาศ รวมถึงความเป็นอยู่ที่เน้นความสมดุลระหว่างการทำงานและการใช้ชีวิตส่วนตัวเพื่อตอบสนองความต้องการและความสนใจของตนเองมากกว่าเป้าหมายเพียงเพื่อค่าตอบแทนและความมั่นคง ผลกระทบนี้จะไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราว แต่เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน (OECD, 2015; Eckstein et al., 2020) ดังนั้นการวิเคราะห์แนวโน้มเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการสังเคราะห์ การคาดการณ์ผลที่จะเกิดขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และนำสู่การปรับทิศทางการพัฒนาของประเทศไทยดังแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 ฉบับประชาชน (พ.ศ.2560-2564) "นวัตกรรมคือหัวใจของการพัฒนา" ได้เชื่อมถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 (พ.ศ.2566-2570) ที่มุ่งเน้นให้ความสำคัญด้านเทคโนโลยี การดูแลรักษาสุขภาพทั้งเชิงป้องกันมากกว่าการรักษา เน้นการปรับตัวที่ดี มุ่งให้บุคคลนำภูมิคุ้มกันที่มีอยู่พร้อมเร่งสร้างภูมิคุ้มกันในประเทศให้เข้มแข็งมากขึ้นมาใช้ในการเตรียมความพร้อมต่อการเผชิญกับกระแสการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและซับซ้อนมากยิ่งขึ้น และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) คือประเทศไทยแข่งขันบนพื้นฐานความรู้ ความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรมที่กะทัดรัด ทันสมัย โปร่งใส และมีประสิทธิภาพสู่การปฏิบัติ และพัฒนาทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี คนเก่ง มีคุณภาพ พร้อมสำหรับวิถีชีวิตใหม่อย่างมีความฉลาดทางอารมณ์ที่ควบคู่กับสติปัญญา (สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2564)

การดูแลจิตใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นเรื่องที่สำคัญเพราะเป็นบุคคลที่ต้องปฏิบัติงานโดยตรงในการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย ลดการสูญเสียต่าง ๆ ให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ ภายใต้ความคาดหวังและความกดดันจากหลายส่วน ต้องปฏิบัติงานติดต่อกันเป็นระยะเวลายาวนาน ต้องเผชิญสภาวะความเครียด อีกทั้งต้องห่างจากสมาชิกครอบครัว และเป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากกว่าบุคคลอื่น จึงทำให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีโอกาสเกิดปฏิกิริยาทางจิตใจได้มากกว่าบุคคลทั่วไป และมาตรการต่าง ๆ หรือผลกระทบทางอารมณ์ที่เกิดภาวะฆ่าตัวตายของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งถือเป็นโรคระบาดทางจิตระดับโลก (Thakura and Jainb, 2020) ที่สอดคล้องกับรายงานในหลายประเทศเกี่ยวกับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความเสี่ยงต่อสภาพความเป็นอยู่ที่ไม่ดี จากภาวะซึมเศร้าและความเครียด หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการบริหารจัดการ การอบรมหรือสร้างกิจกรรมเพื่อลดปัจจัยเหล่านี้ (Pearman et al., 2020) ประเทศเยอรมนีพบผู้ที่มีอาการซึมเศร้าและความกังวลสูงถึงร้อยละ 2.2-14.5 ซึ่งมีการแนะนำว่าควรจัดให้มีกิจกรรมและมาตรการเพื่อจัดการแก้ไขภาวะที่เกิดขึ้น (Bohlken et al., 2020) ประเทศอิตาลีพบว่าบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความเครียดระดับสูงที่เกิด Secondary Trauma ที่นำไปสู่ปัญหาทางกายและทางจิต ซึ่งแนะนำว่าควรมีมาตรการป้องกัน (Vagni et al., 2020) ประเทศจีนได้ศึกษากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการมีภาวะสุขภาพจิตที่อ่อนแอ ที่วัดจากความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพการนอนโดยรวมอยู่ที่ร้อยละ 35.1, 20.1 และ 18.2 ตามลำดับ และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีสัดส่วนการนอนหลับไม่สนิทสูงสุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่น ๆ ซึ่งแปรผันตามจำนวนชั่วโมงในการทำงาน จึงควรมีการติดตามและกิจกรรมเพื่อบรรเทาอาการต่าง ๆ นี้ (Gao et al., 2020; Huang and Zhao, 2021) ประเทศเกาหลีใต้ได้ให้ความสำคัญในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพจิตโดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อให้รู้จักกับความวิตกกังวล การพึ่งพาข้อมูลที่น่าเชื่อถือ รวมถึงการจัดการความเครียด หรืออาการเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนใจ อาการนอนไม่หลับ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ที่เกิดจากการแยกตัว หรือประเทศอินเดียมีการให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขได้ฝึกการผ่อนคลายทุกวัน ๆ ละ 1 ชั่วโมง เช่น ฟังดนตรีที่ชื่นชอบดูภาพยนตร์ ฝึกการหายใจ ทำโยคะ และมีการปรับสิ่งแวดล้อมในการทำงาน (Suryavanshi et al., 2020) โดยประเทศไทยพบบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหมดสติหรือเสียชีวิตจากการปฏิบัติงาน ที่สอดคล้องกับการศึกษาของวิศิษฎ์ เนติโรจนกุล (2563) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความชุกปัญหาทางสุขภาพจิตของบุคลากรในโรงพยาบาล พบว่า บุคลากรมีความกังวลระดับมาก ที่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริพร บุญชาลี (2553) และงานวิจัยของชาริณี อิ่มนาง และคณะ (2564) ที่พบว่ามีความเครียดและความกังวลสูง ซึ่งมีหน่วยงานราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยที่ให้ความสำคัญกับบุคลากรนี้ แต่ประเทศไทยยังขาดหน่วยงานหลักชัดเจนในการดูแลสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหากมีความสามารถในการตระหนักถึงความเครียด ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น มีความยอมรับและเข้าใจกับสิ่งที่เกิดขึ้น ทราบแหล่งช่วยเหลือ และหน่วยงานควรทราบวิธีการดูแลบุคลากรทางด้านจิตใจเพื่อช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อสุขภาพที่ดี ซึ่งจะเกิดผลกระทบต่อหน่วยงานน้อยที่สุด ที่สอดคล้องกับงานของ Kenneth et al. (2020) ให้ความสำคัญของสุขภาพจิตอย่างเร่งด่วนโดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

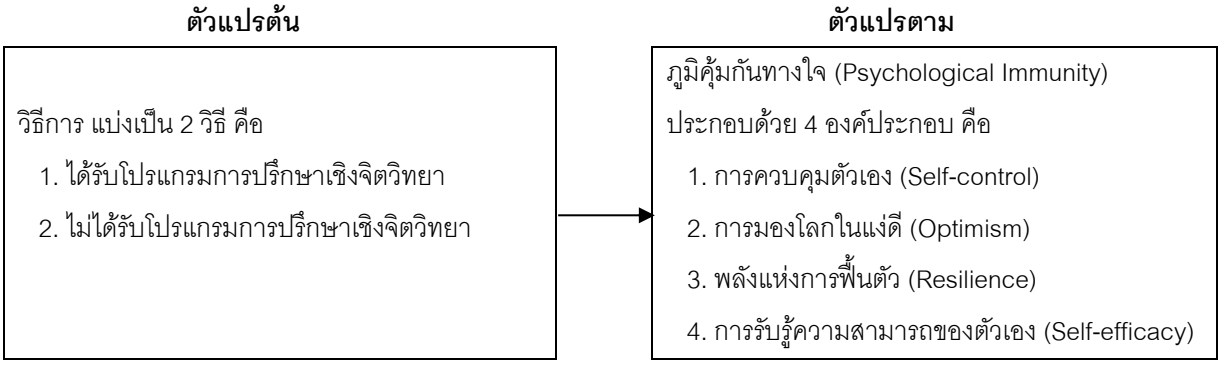
บุคคลที่มีความสามารถในการรับมือต่อผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงและก้าวผ่าน จนใช้ชีวิตได้อย่างสมดุลได้นั้น ผู้วิจัยใช้คำว่า “ภูมิคุ้มกันทางใจ” ที่หากบุคคลใดมีก็สามารถลดอารมณ์เชิงลบต่าง ๆ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรง การศึกษาภูมิคุ้มกันทางใจส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการต่างประเทศ

(มณฑิรา จารุเพ็ง, 2560; สุภัทรา ภูษิตรัตนาวลี อัสมา พิมพ์ประพันธ์ และดรุณี อิ่มด้วง, 2563; อรพินทร์ ชูชม, 2556; Albert-LOrincz.et al., 2011; Olah & Kapitany-Foveny, 2012; Zidan, 2013; Choochom, 2013) สำหรับการให้การปรึกษาในปัจจุบันมีการปรับตามสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง จากการปรึกษาแบบพบหน้า เพิ่มหรือปรับเป็นการปรึกษาทางโทรศัพท์ การปรึกษาออนไลน์ หรือการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ โดยเฉพาะช่วงการระบาดโควิด-19 ที่มีมาตรการเว้นระยะห่าง หรือสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา ผู้วิจัยจึงได้ศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์เพื่อสร้างโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์ ด้วยการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงสิ่งเดิมให้ดีและมีประสิทธิภาพขึ้นบน Line OA ที่ครอบคลุมการบูรณาการศาสตร์ทางจิตวิทยาคือการบูรณาการเทคนิคการปรึกษาเพื่อให้สอดคล้องและตอบรับกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และการผสานวิธีการ เช่น การพบหน้า การสื่อสารผ่านออนไลน์ การใช้สื่อวิดีทัศน์ การเรียนรู้ด้วยตัวเอง และการสะท้อนการเรียนรู้โดยการจดบันทึกทุกครั้งหลังจบกิจกรรมที่มีการผสานเทคนิคการปรึกษา ซึ่งโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยานี้สามารถเพิ่มภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างเฉพาะตัวบุคคล และมีความเหมาะสมต่อบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ลดการพบปะทุกครั้งของการปรึกษา โดยดึงศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สามารถศึกษาด้วยตัวเองผ่านเทคโนโลยี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และธาธารณสุข
2. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองและระยะติดตาม
3. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจมีคะแนนภูมิคุ้มกันทางใจในระยะหลังการทดลองและในระยะติดตามผลแตกต่างกัน

2. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยามีคะแนนภูมิคุ้มกันทางใจในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของงานวิจัยนี้ คือ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และนักสาธารณสุข ที่ทำงานในประเทศไทย จำนวน 371,137 คน ประกอบด้วย แพทย์ 66,592 คน ทันตแพทย์ 20,457 คน เภสัชกร 45,706 คน พยาบาลวิชาชีพ 191,059 คน และนักสาธารณสุข 45,504 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทำงานในประเทศไทยภูมิภาคตะวันออก มีอายุมากกว่า 30 ปี และมีประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพอย่างน้อย 10 ปี จำนวน 20 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

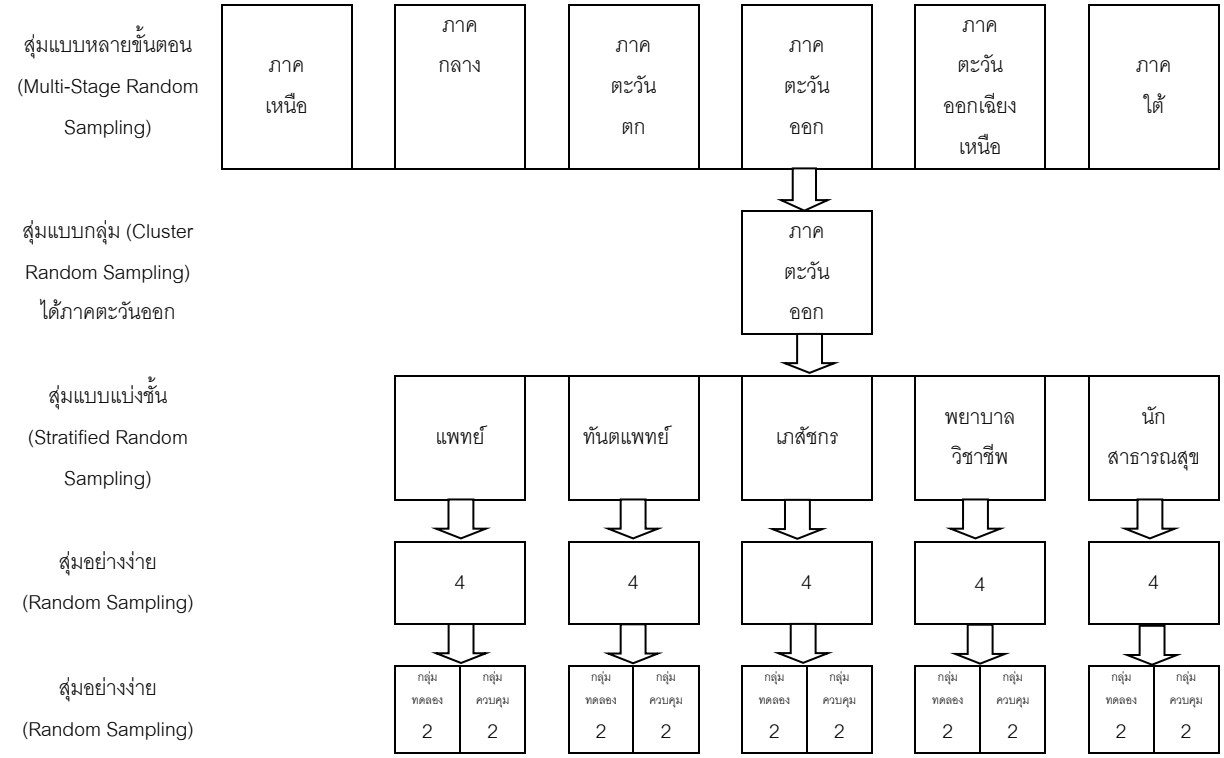
1. ตัวแปรต้น (Independent Variable) ได้แก่ การได้รับโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยา และการไม่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

2. ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่ ภูมิคุ้มกันทางใจ (Psychological Immunity)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาผลของโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขครั้งนี้ได้รับการอนุมัติดำเนินการวิจัยโดยผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ IRB4-038/2566 เมื่อวันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2566 มีรายละเอียด ดังนี้

ผู้วิจัยวิเคราะห์ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาจากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power เวอร์ชั่น 3.1.9.7 โดยกำหนดค่า Test family เป็น F-test ใช้ Statistical test เป็น ANOVA: Repeated measures, within-between interaction กำหนด Effect size f = 0.30 Power (1-β err prob) = 0.80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม 20 คน โดยผู้วิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 10 คน จำนวน 20 คน ซึ่งกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแต่เข้าร่วมกิจกรรมและวิธีตามปกติของหน่วยงานตนเอง และภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย กลุ่มควบคุมจะได้รับกิจกรรมตามนวัตกรรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามความสมัครใจ โดยมีขั้นตอนการได้มาของกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 แสดงขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทำแบบวัดภูมิคุ้มกันทางใจ และนำคะแนนที่ได้เป็นคะแนนก่อนการทดลอง (Pre-test)

2. ระยะทดลอง ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาการปรึกษา จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที โดยครั้งที่ 1 และ8 เป็นการปรึกษาแบบพบหน้า ครั้งที่ 2-5 เป็นการปรึกษาแบบออนไลน์ และครั้ง 6-7 เป็นการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Post-test)

3. ระยะหลังการติดตามผล ผู้วิจัยดำเนินการวัดภูมิคุ้มกันทางใจทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการได้รับการเรียนรู้ตามโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ผ่านไป 4 สัปดาห์ แล้วใช้คะแนนเป็นคะแนนระยะติดตามผล (Follow Up)

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างการวิจัย

1. เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทำงานในประเทศไทย

2. มีความสมัครใจในการเข้าร่วมโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

3. มีคะแนนภูมิคุ้มกันทางใจน้อยกว่าหรือเท่ากับเกณฑ์ปกติ (Norms) T35

4. มีอุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น โทรศัพท์มือ คอมพิวเตอร์ ฯลฯ ที่สามารถดาวน์โหลดแบบวัดภูมิคุ้มกันทางใจออนไลน์ได้

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือไม่มีอุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบวัดภูมิคุ้มกันทางใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของนักวิชาการทั้งในและต่างประเทศ (มณฑิรา จารุเพ็ง, 2560; สุภัทรา ภูษิตรัตนาวลี อัสมา พิมพ์ประพันธ์ และดรุณี อิ่มด้วง, 2563; อรพินทร์ ชูชม, 2556; Albert-LOrincz. et al., 2011; Olah & Kapitany-Foveny, 2012; Zidan, 2013; Choochom, 2013) แบบมาตรส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่จริงเลย ค่อนข้างไม่จริง ไม่แน่ใจ ค่อนข้างจริง และจริงที่สุด จำนวน 40 ข้อ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้ การควบคุมตัวเอง การมองโลกในแง่ดี พลังแห่งการฟื้นตัว และการรับรู้ความสามารถของตัวเอง ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ในลักษณะรายการตรวจสอบ และเป็นผู้พิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับนิยามในแต่ละด้านเป็นรายข้อ และให้คะแนนความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบวัดที่สร้างขึ้น โดยผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้จากการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ของข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ พบว่า มีค่าอยู่ระหว่าง 0.60-1.00 ทุกข้อผ่านเกณฑ์ และตรวจสอบค่าอำนาจจำแนกรายข้อ พบว่าทุกข้อคำถามมีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .300-.853 และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของแบบวัด เท่ากับ .871 ถือว่ามีความเชื่อมั่นในระดับสูงมาก และมีผลการทดสอบความสอดคล้องของโมเดลการวัดองค์ประกอบ ซึ่งประกอบด้วย 4 ตัวบ่งชี้ ผลการพิจารณาจากดัชนีความเหมาะสมพอดีของโมเดล พบว่า ค่า χ^2 = 1.633, df = 1, p = 0.201, χ^2 /df = 1.633, RMSEA = 0.036, NFI = 0.998, NNFI = 0.996, CFI = 0.999, RMR = 0.007, SRMR = 0.007, GFI = 0.998 และ AGFI = 0.983 ซึ่งมีผลบ่งชี้เหมาะสมดีตามเกณฑ์ทุกค่า สรุปว่า โมเดลการวัดองค์ประกอบภูมิคุ้มกันทางใจนี้ สามารถอธิบายคุณลักษณะการวัดหรือความเชื่อมั่นของตัวบ่งชี้ได้ทุกค่า และเหมาะสมสอดคล้องดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ค่าเกณฑ์ปกติ (Norms) ของคะแนนภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยรวม จากแบบวัดจำนวน 40 ข้อ คะแนนเต็ม 200 คะแนน มีคะแนนดิบ อยู่ระหว่าง 84 ถึง 197 คะแนน ตำแหน่งเปอร์เซ็นไทล์ (PR) อยู่ระหว่าง 0.10 ถึง 99.79 และคะแนน T-score อยู่ระหว่าง 9 ถึง 74 เมื่อแบ่งคะแนน T-score ออกเป็น 5 ช่วง ของระดับภูมิคุ้มกันทางใจ พบว่า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีระดับภูมิคุ้มกันทางใจในระดับน้อยที่สุด (ไม่เกิน T35) มีคะแนนดิบไม่เกิน 130 คะแนน ระดับน้อย (T35 – T45) มีคะแนนดิบระหว่าง 131 ถึง 147 คะแนน ระดับปานกลาง (T46 – T55) มีคะแนนดิบระหว่าง 148 ถึง 164 คะแนน ระดับมาก (T56 – T65) มีคะแนนดิบระหว่าง 165 ถึง 181 คะแนน และระดับมากที่สุด (สูงกว่า T65) มีคะแนนดิบตั้งแต่ 182 คะแนน ขึ้นไป ซึ่งงานวิจัยนี้ได้เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าคะแนนภูมิคุ้มกันทางใจน้อยกว่าหรือเท่ากับเกณฑ์ปกติ T35

2. โปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจ จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ซึ่งเป็นรูปแบบการให้การปรึกษาแบบผสมผสานการให้การปรึกษาแบบพบหน้า การให้การปรึกษาออนไลน์ และการศึกษาด้วยตนเอง โดยใช้การบูรณาการเทคนิคการปรึกษา (Technical Eclectics) เทคนิคการปรึกษาที่นำมาบูรณาการ ประกอบด้วย เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relationship) เทคนิคการตระหนักรู้หรือสติมากขึ้นต่อการดำรงอยู่ (Centered Awareness of Being) เทคนิคทางอารมณ์ (Emotive Technique) เทคนิคทางความคิด (ABC) เทคนิคการตั้งคำถาม (Questioning) เทคนิคการมองในมุมใหม่ (Reframing) เทคนิคการตั้งชื่อให้กับปัญหา (To Name the Problem) เทคนิคการเรียนรู้จากตัวแบบ (Imitative Learning) ซึ่งผ่านการพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยา และนำไปใช้ทดลองใช้ (Try out) กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 5 คน และพิจารณาถึงข้อจำกัด เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์และมีคุณภาพยิ่งขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการจัดกระทำข้อมูลโดย

1. สถิติพื้นฐานค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) การทดสอบการแจกแจงคะแนนภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยการทดสอบ Shapiro-Wilk test และผลการทดสอบการแจกแจงปกติแสดงถึงความแตกต่างจากศูนย์อย่างไม่มีนัยสำคัญ จึงกล่าวได้ว่ามีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

2. ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ ด้วยการทดสอบ Compound Symmetry โดยใช้สถิติ Mauchly's Test of Sphericity มีค่า $p = 0.154$ จึงยอมรับ H_0 สรุปได้ว่า ความแปรปรวนเป็น Compound Symmetry ซึ่งหมายถึงค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรตามแต่ละคู่ที่วัดซ้ำ (Correlation) และความแปรปรวนของตัวแปรตามในการวัดซ้ำแต่ละครั้ง (Variance) ของ Treatment แต่ละกลุ่มไม่แตกต่างกัน ซึ่งในการอ่านผลการวิเคราะห์จะเลือกใช้วิธีการคำนวณแบบ Sphericity

3. วิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและระยะเวลาในการทดลอง ต่อคะแนนภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยพิจารณาจาก ค่า F - test ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ประเภทหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (Repeated Measure Analysis of Variance; one between subjects variable and one within subjects variable) (Howell, 1997)

สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัย การศึกษาผลการใช้โปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. **โปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข** ประกอบด้วยจำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที โดยมีรายละเอียดของหัวข้อ การบูรณาการเทคนิคการปรึกษาและรูปแบบการปรึกษา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 โปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ครั้งที่	หัวข้อ	การบูรณาการเทคนิคการปรึกษา	รูปแบบการปรึกษา
1	ปฐมนิเทศ และสำรวจสภาพ ปัญหาในตัวเอง	- เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล - เทคนิคการตระหนักรู้หรือสติมากขึ้นต่อการดำรงอยู่ - เทคนิคการตระหนักรู้หรือสติมากขึ้นต่อการดำรงอยู่	- การปรึกษาแบบพบหน้า - การสะท้อนการเรียนรู้โดยการจดบันทึกหลังกิจกรรม
2	การควบคุมตนเอง ในมุมมองใหม่	- เทคนิคการตั้งคำถาม - เทคนิคการให้ข้อมูลย้อนกลับ - เทคนิคการตั้งชื่อให้กับปัญหา	- การปรึกษาแบบผ่านช่องทางออนไลน์ - การสะท้อนการเรียนรู้โดยการจดบันทึกหลังกิจกรรม
3	การมองโลกในแง่ ดีอย่างมีเหตุผล	- เทคนิคการมองมุมใหม่ - เทคนิคการสรุปและมุ่งประเด็น	- การปรึกษาแบบผ่านช่องทางออนไลน์ - การสะท้อนการเรียนรู้โดยการจดบันทึกหลังกิจกรรม

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ครั้งที่	หัวข้อ	การบูรณาการเทคนิคการปรึกษา	รูปแบบการปรึกษา
4	พลังแห่งการฟื้นตัวของตนเอง	- เทคนิคการให้ข้อมูลย้อนกลับ	- การปรึกษาแบบผ่านช่องทางออนไลน์ - การสะท้อนการเรียนรู้โดยการจดบันทึกหลังกิจกรรม
5	การรับรู้ความสามารถของตนเอง	- เทคนิคทางอารมณ์ - เทคนิคเทคนิคทางความคิด	- การปรึกษาแบบผ่านช่องทางออนไลน์ - การสะท้อนการเรียนรู้โดยการจดบันทึกหลังกิจกรรม
6	ปรับวิกฤตเป็นโอกาส	- เทคนิคการมองมุมใหม่ - เทคนิคการผ่อนคลาย	- การเรียนรู้ด้วยตัวเองผ่านสื่อออนไลน์ - การสะท้อนการเรียนรู้โดยการจดบันทึกหลังกิจกรรม
7	ยืนหยัดได้ด้วยตนเอง	- เทคนิคการมองมุมใหม่ - เทคนิคการเรียนรู้จากตัวแบบ	- การเรียนรู้ด้วยตัวเองผ่านสื่อออนไลน์ - การสะท้อนการเรียนรู้โดยการจดบันทึกหลังกิจกรรม
8	ภูมิคุ้มกันทางใจในตัวเรา และยุติการปรึกษา	- เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล - เทคนิคการให้ข้อมูลย้อนกลับ - เทคนิคการสรุปและมุ่งประเด็น	- การปรึกษาแบบพบหน้า - การสะท้อนการเรียนรู้โดยการจดบันทึกหลังกิจกรรม

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล

ผู้วิจัยนำคะแนนแบบวัดภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยรวมที่ได้จากผลการวัดในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (ANOVA Repeated Measurement) โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อทดสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการทดลอง กับกลุ่มด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

Source of Variation	*SS*	*df*	*MS*	*F*	*p*
Between Subjects	3928.994	19			
Groups (G)	1296.050	1	1296.050	8.860*	0.008
Error	2632.944	18	146.275		
Within Subjects	9498.000	40			
Time (T)	6767.433	2	3383.717	212.268*	0.000
Time x Group (TxG)	2156.700	2	1078.350	67.647*	0.000
Time x Error	573.867	36	15.941		
Total	**13426.994**	**59**			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 พบว่า มีอิทธิพลทางตรง (Direct Effect) ระหว่างวิธีการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{1, 18}$ = 8.860, p < .05) แสดงว่าคะแนนเฉลี่ยภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบการมีอิทธิพลทางตรงระหว่างระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{2,2,36}$ = 212.268, p < .05) แสดงว่าคะแนนเฉลี่ยภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตามได้พบการมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction Effect) ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{2,2,36}$ = 67.647, p < .05) แสดงว่าวิธีการทดลองในแต่ละระยะการทดลองได้ผลไม่เท่ากัน และผลของระยะการทดลองในแต่ละวิธีได้ผลไม่เท่ากัน ดังนั้นจึงเปรียบเทียบการมีปฏิสัมพันธ์และทำการทดสอบเป็นรายคู่ต่อไป

ระยะเวลาก่อนการทดลอง บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภูมิคุ้มกันทางใจใกล้เคียงกัน แต่ในระยะหลังการทดลอง พบว่า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภูมิคุ้มกันทางใจสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย และในระยะติดตามผล บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภูมิคุ้มกันทางใจเพิ่มขึ้นจากระยะหลังทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย แสดงให้เห็นว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองนั้นส่งผลต่อภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขร่วมกัน จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงแสดงว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง กล่าวคือ วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองส่งผลร่วมกันต่อคะแนนภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล

แหล่งความแปรปรวน	*SS*	*df*	*MS*	*F*	*p*
Between subjects	1438.178	9	159.798		
Time	8274.867	2	4137.433	203.221*	0.000
Error	366.467	18	20.359		
Total	**10079.51**	**29**	**4317.59**		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 3 พบว่า ในกลุ่มทดลอง ผลการทดสอบในเวลาที่ต่างกัน 3 ช่วงทำให้ภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า ต้องมีช่วงเวลาอย่างน้อย 1 คู่ที่แตกต่างกัน

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขภายในกลุ่ม (Within group) ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและติดตามผล จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจากการวัดซ้ำภายในกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ผลแยกทีละกลุ่ม ดังนี้

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยวิเคราะห์เพื่อตอบคำถามว่า เฉพาะในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจ ว่าโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาได้ผลหรือไม่ ถ้าได้ผลจะดูได้จากเวลา 3 ช่วง ที่ทำการวัดภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยพิจารณาเป็นรายคู่ว่ามีช่วงเวลาใดบ้างที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ ด้วยวิธีการ Bonferroni ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในกลุ่มทดลอง ในแต่ละระยะการทดลองเป็นรายคู่ ด้วยวิธีการทดสอบแบบ Bonferroni

กลุ่มทดลอง (ระยะ)	(ระยะ)	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ติดตามผล
	Mean	135.90	167.30	174.00
ก่อนทดลอง	135.90	-	31.40*	38.10*
หลังทดลอง	167.30		-	6.70*
ติดตามผล	174.00			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4 การทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นรายคู่ ในกลุ่มทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 3 คู่ ได้แก่ 1) ระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง 2) ระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และ 3) ระยะติดตามผลสูงกว่าระยะหลังการทดลอง สรุปได้ว่า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจมีคะแนนภูมิคุ้มกันทางใจในระยะหลังการทดลองและในระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยวิเคราะห์เพื่อตอบคำถามว่า เฉพาะในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจ จากเวลา 3 ช่วงที่ทำการวัดว่าภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขแตกต่างกันหรือไม่ ถ้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะดำเนินการทดสอบเป็นรายคู่ว่ามีช่วงเวลาใดบ้างที่แตกต่างกัน

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความแปรปรวนภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและติดตามผล

แหล่งความแปรปรวน	*SS*	*df*	*MS*	*F*	*p*
Between subjects	1194.767	9	132.752		
Time	649.267	2	324.633	28.175*	0.000
Error	207.400	18	11.522		
Total	2051.433	29	468.907		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 5 พบว่า ในกลุ่มควบคุม ผลการทดสอบในเวลาที่ต่างกัน 3 ช่วงทำให้ภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า ต้องมีช่วงเวลาอย่างน้อย 1 คู่ที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ ด้วยวิธีการ Bonferroni ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในกลุ่มควบคุม ในแต่ละระยะการทดลองเป็นรายคู่ ด้วยวิธีการทดสอบแบบ Bonferroni

กลุ่มควบคุม	**(ระยะ)**	**ก่อนทดลอง**	**หลังทดลอง**	**ติดตามผล**
(ระยะ)	Mean	136.40	145.90	146.60
ก่อนทดลอง	136.40	-	9.50*	10.20*
หลังทดลอง	145.90		-	0.70
ติดตามผล	146.60			-

* $p < .05$

จากตารางที่ 6 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทำเป็นรายคู่ในกลุ่มควบคุม พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 2 คู่ ได้แก่ ในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธาณสุขกลุ่มทดลองที่ได้รับโปแรกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยา และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขระหว่างกลุ่ม (Between group) ผลการวิจัยพบว่า ระยะก่อนการทดลอง บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภูมิคุ้มกันทางใจไม่แตกต่างกัน

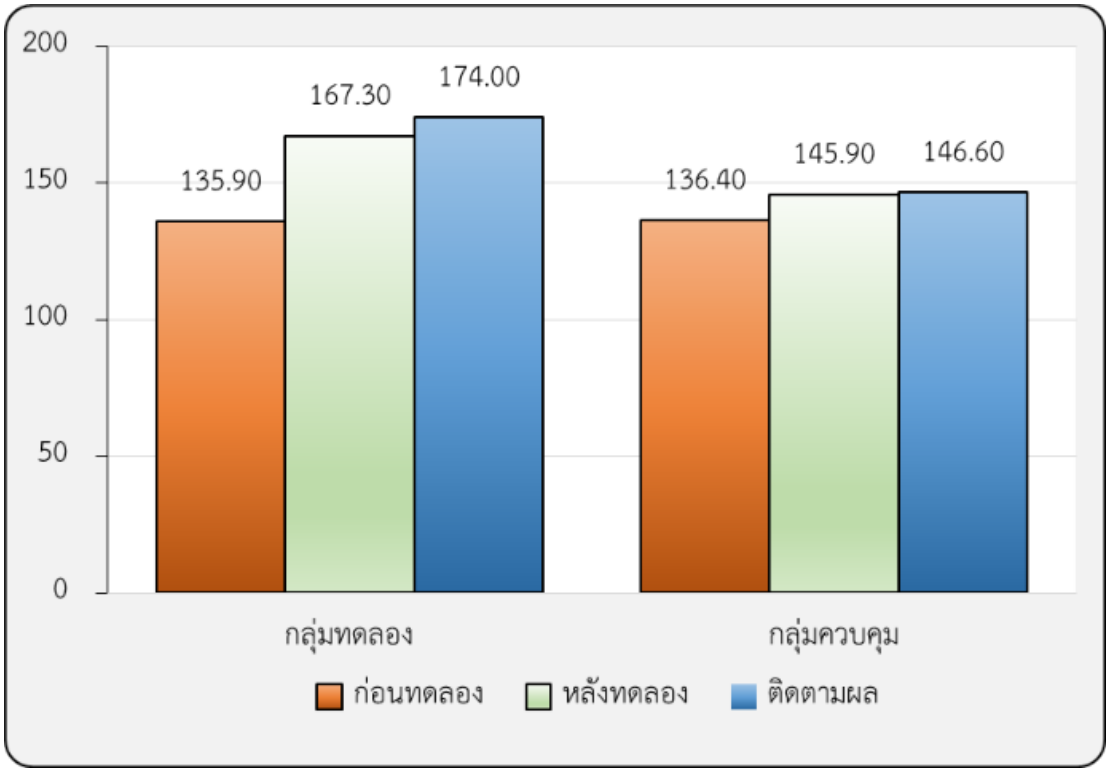
ในระยะหลังการทดลอง พบว่า โปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจทำให้ภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล และเมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยจะเห็นว่า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจ มีภูมิคุ้มกันทางใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลการทดสอบย่อยการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระยะ	Source of variation	*SS*	*df*	*MS*	*F*	*p*
ก่อนการทดลอง	Between groups	1.250	1	1.250	0.010	0.923
	Error	2319.300	18	128.850		
หลังการทดลอง	Between groups	2289.800	1	2289.800	10.965	0.004*
	Error	3759.000	18	208.833		
ติดตามผล	Between groups	3753.800	1	3753.800	28.219	0.000*
	Error	2394.400	18	133.022		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจมีคะแนนภูมิคุ้มกันทางใจในระยะหลังการทดลอง และระยะหลังการติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังแสดงภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 เปรียบเทียบคะแนนภูมิคุ้มกันทางใจระหว่างก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

อภิปรายผล

ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

ข้อ 1 ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขบนฐานแพล็ตฟอร์ม Line OA ที่ครอบคลุม ต่อยอดในศาสตร์ทางจิตวิทยาการปรึกษา คือ การบูรณาการเทคนิคการปรึกษา (Technical Eclectics) ประกอบด้วยทักษะการปรึกษา เช่น ทักษะการใช้ข้อมูล ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ เทคนิคการปรึกษาที่นำมาบูรณาการ ประกอบด้วย เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เทคนิคการตระหนักรู้หรือสติมากขึ้นต่อการดำรงอยู่ของทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบอัตถิภาว-นิยม เทคนิคการสรุปและมุ่งประเด็นของทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาความเป็นจริง เทคนิคการตั้งคำถามของทฤษฎีการปรึกษาแบบรู้คิด เทคนิคการให้ข้อมูลย้อนกลับของทฤษฎีการให้การปรึกษาเน้นทางออกระยะสั้น เทคนิคการตั้งชื่อให้กับปัญหาของทฤษฎีการปรึกษาครอบครัวทฤษฎีเล่าเรื่อง เทคนิคการมองมุมใหม่ของทฤษฎีการปรึกษาครอบครัวเชิงกลยุทธ์ เทคนิคทางความคิดของทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม เทคนิคการผ่อนคลายและเทคนิคการเรียนรู้จากตัวแบบของทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม ซึ่งสอดคล้องกับ ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2551) Miller & Hubble (2011) Norcross (2005), Norcross and Beutler (2008) และ ที่กล่าวว่า การปรึกษาที่มีการ

บูรณาการนั้นจะถือว่าเป็นกระบวนการปรึกษาที่ดี ที่มีศักยภาพและก้าวข้ามข้อจำกัดของแนวคิดหลักของทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง เนื่องจากมนุษย์นั้นมีความคิด อารมณ์ความรู้สึก หรือพฤติกรรมที่ยากต่อการอธิบายอย่างชัดเจนด้วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง อีกทั้งภูมิคุ้มกันทางใจนั้นเป็นความสามารถของแต่ละบุคคลที่ต้องฝึกฝนและปฏิบัติต่อเนื่อง ดังนั้น โปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจจึงเหมาะสมต่อการบูรณาการปรึกษาการผสานวิธี เช่น การพบหน้า การสื่อสารทางออนไลน์ การใช้สื่อวิดิทัศน์ และการสะท้อนการเรียนรู้โดยการจดบันทึก ซึ่งโปรแกรมสามารถเพิ่มภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างเฉพาะตัวบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับวรางคณา โสมะนันท์ คาลอส บุญสุภา และพลอยไพลิน กมลนาวิน (2564) กล่าวว่าการปรับรูปแบบการปรึกษาแบบออนไลน์นั้นทำให้ผู้ให้การปรึกษาเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ง่ายขึ้น เนื่องจากลดข้อจำกัดเรื่องเวลาและสถานที่เข้ารับการปรึกษาที่สามารถกำหนดได้เหมาะสมทั้งสองฝ่าย อีกทั้ง กิตติชัย สุธาสิโนบล (2562) กล่าวว่าปัจจุบันเป็นยุคดิจิทัลที่ควรมีการผสมผสานเทคโนโลยีที่ทันสมัยที่เข้ากับกระบวนการเรียนรู้ ที่มุ่งเน้นให้เกิดแนวคิดเชิงโปรแกรม ที่ประหยัดเรื่องเวลา และเปิดโอกาสในการเข้าถึงการเรียนรู้ในรูปของซอฟต์แวร์ออนไลน์เพื่อการศึกษา ซึ่งอาจเป็นรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานที่บูรณาการผสมผสานเทคโนโลยีดิจิทัลกับการเรียนรู้แบบปกติ ดังนั้น โปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้มีการปรับรูปแบบแบบผสมผสานการปรึกษาเชิงจิตวิทยารูปแบบพบหน้าการปรึกษารูปแบบออนไลน์ และการปรึกษาที่เรียนรู้ด้วยตนเองผ่านสื่อ จึงมีความเหมาะสมต่อบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีภาระงานที่มาก มีเวลาที่จำกัด ใช้ระยะเวลา จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที และหลังการเข้าร่วมในแต่ละครั้งมีการสะท้อนการเรียนรู้โดยการจดบันทึกบนแพล็ตฟอร์ม

ข้อ 2 บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภูมิคุ้มกันทางใจใกล้เคียงกัน เนื่องจากยังไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม เมื่อบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมด้วยโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ทำให้ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยภูมิคุ้มกันทางใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม เพราะผู้วิจัยให้ความสำคัญกับกระบวนการ และเทคนิคการให้การปรึกษาที่เหมาะสมกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพในครั้งแรกและรักษาสัมพันธภาพในครั้งต่อไปที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมการปรึกษาจนครบทั้ง 8 ครั้ง อีกทั้งมีรูปแบบที่หลากหลาย ทั้งการปรึกษาแบบพบหน้า การปรึกษาแบบออนไลน์ และการเรียนรู้ด้วยตัวเอง ที่เหมาะสมกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งวันและเวลาที่สามารถนัดหมายตามช่วงที่สะดวกทั้งสองฝ่าย จึงประหยัดเวลาในการเดินทางและเข้าถึงได้ทุกที่ที่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ต สอดคล้องกับ สุววุฒิ วงศ์ทางสวัสดิ์ (2559) Foody et al., (2015) ที่กล่าวว่า การให้การปรึกษาแบบออนไลน์ ทำให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกความเป็นส่วนตัว จากการที่ได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ตนสบายใจ อีกทั้งการเรียนรู้ด้วยตัวเองนั้นทำให้มีอิสระในการเข้าถึงข้อมูล ที่ไม่ได้ถูกจำกัดภายใต้กรอบ สอดคล้องกับ ปาริชาติ ปาละนันทน์ (2557) ที่พัฒนาศักยภาพผ่านการเรียนรู้ด้วยตัวเองผ่านสื่ออิเล็คทรอนิกส์ ซึ่งการปรึกษาเชิงจิตวิทยานี้สามารถเข้าถึงผู้วิจัยได้ผ่านช่องทาง Line OA หรือ E-mail เพื่อสอบถามประเด็นเพื่อความเข้าใจมที่มากขึ้น

ข้อ 3 บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาโดยภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยภูมิคุ้มกันทางใจ ในระยะหลังการทดลอง และระยะการติดตามผลสูงขึ้นกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยา แสดงให้เห็นว่า วิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลองส่งผลร่วมกันที่จะทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนภูมิคุ้มกันทางใจเพิ่มขึ้น สาเหตุที่ทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภูมิคุ้มกันทางใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมนั้นอาจเนื่องจากโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาครอบคลุม 3 ขั้น คือ ขั้นนำที่สร้างสัมพันธภาพ ขั้นดำเนินการ และขั้นสรุป (Jacobs, Masson, & Harvill, 2006) ดังนั้น โปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยา สามารถช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยภูมิคุ้มกันทางใจระยะ

ติดตามผลสูงกว่าระยะหลังทดลอง และสูงกว่าระยะก่อนทดลอง ซึ่งอาจเกิดจากเครื่องมือของผู้วิจัยคือแบบวัดภูมิคุ้มกันทางใจที่กลุ่มทดลองได้ทำซ้ำ ๆ จำนวน 3 ครั้ง กลุ่มควบคุมจึงอาจเกิดการทบทวนด้วยตัวเองในประเด็นตามข้อคำถามแต่ละข้อได้ แต่ถึงอย่างไรก็ตามค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองก็สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ผู้ที่เกี่ยวข้องและมีความสนใจเรื่องภูมิคุ้มกันทางใจ สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ทั้งในทางด้านวิชาการ การศึกษา หรือนำไปใช้ได้ แต่ควรคำนึงถึงการปรับเนื้อหากิจกรรมให้มีความเหมาะสม

2. การนำโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจไปใช้ ผู้ที่สนใจ ควรมีความรู้ทางจิตวิทยาการให้การปรึกษา มีประสบการณ์ในการให้การปรึกษา และได้รับการฝึกปฏิบัติการใช้เทคนิคการปรึกษา ทักษะการปรึกษาที่มีความเฉพาะเจาะจง ก่อนนำไปปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในกลุ่มตัวอย่างที่มีความครอบคลุมวิชาชีพอื่น ๆ

2. ควรพิจารณาการศึกษาการปรึกษาแบบกลุ่ม เนื่องจากบางองค์ประกอบของภูมิคุ้มกันใจที่เกิดขึ้นจากการแลกเปลี่ยน และทักษะการปรึกษากลุ่มที่เป็นพลังของกลุ่มปรึกษาอาจช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนมุมองของบุคคลได้

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนวิจัย จากคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บรรณานุกรม

กิตติชัย สุธาสิโนบล. (2562). หลักสูตรและการเรียนรู้แบบดิจิทัล. *วารสารวิชาการศึกษาศาสตร์ ศรีนครินทรวิโรฒ*, 20(1): 200-211.

ชาริณี อิ่มนาง สิริรัตน์ ตรีพุทธรัตน์ เทพกร สาธิตการมณี และลำไย แสบงบาล. (2564). ความเครียดของบุคลากรด้านวิสัญญีในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ในสถานการณ์ที่เกิดการระบาดของโรค Covid-19. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 36(3), 347-352.

ปาริชาติ ปาละนันทน์. (2557). อีเลิร์นนิ่งกบัการจดัการเรียนการสอนในปัจจุบัน. *วิชาการรัตนบัณฑิต*, 8(2), 84-97.

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. (2551). *แนวคิดและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษาแบบผสมผสานในประมวลสาระชุดวิชา ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษา หน่วยที่ 12*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

มณฑิรา จารุเพ็ง. (2560). การศึกษาและพัฒนาภูมิคุ้มกันทางจิตของวัยรุ่นไทย. *วารสารวิจัยทางการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มศว.ม.*, 12(1), 173-192.

วรางคณา โสมะนันท์ คาลอส บุญสุภา และพลอยไพลิน กมลนาวิน. (2564). การให้บริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบออนไลน์: มิติใหม่ของการให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา. *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 15(1): 247-260.

วิศิษฏ์ เนติโรจนกุล. (2563). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของปัญหาทางสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลนครปฐมในยุคการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19). *วารสารแพทย์เขต 4-5,* 39(4), 616-627.

ศิริพร บุญชาลี. (2553). *ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009.* จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.

สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2564) *เอกสารประกอบการระดมความเห็นกรอบแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13*. กุมภาพันธ์ 2564.

สุภัทรา ภูษิตรัตนาวลี อัสมา พิมพ์ประพันธ์ และดรุณี อิ่มด้วง. (2563). การพัฒนาภูมิคุ้มกันทางจิตในการป้องกันการเสพยาเสพติดให้โทษของเยาวชน ในจังหวัดนครศรีธรรมราชผ่านวิธีการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้,* 13(2), 43-53.

สุววุฒิ วงศ์ทางสวัสดิ์. (2553). *การบริการด้านสุขภาพจิตทางอินเตอร์เน็ต: ลักษณะปัญหาของผู้มารับบริการและประสบการณ์ของผู้ให้บริการผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็น*. ปริญญานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา,คณะจิตวิทยา,จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพินทร์ ชูชม. (2556). การพัฒนาแบบวัดภูมิคุ้มกันตน. *วารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต,* 3(1), 8-19.

Albert-LOrincz E, Albert-LOrincz M, Kadar A, Krizbai T, Lukács-Márton R. (2011). Relationship between the characteristics of the psychological immune system and the emotional tone of personality in adolescents. *New Educ Rev* ;23(1), 103-113.

Bohlken J, Schoming F, Lemke MR, Pumberger M, Riedel-Heller SG. (2020). COVID-19 Pandemic: Stress Experience of Healthcare Workers – A Short Current Review. *Psychiatrische Praxis,* 47, 190-197.

Choochom O. (2013). The development of a self-immunity scale. *Journal of Psychology Kasem Bundit University*. 3(1), 8-19.

Eckstein, D., Kunzel,V., Schafe, L. and Winges, M., (2020). *Global Climate Risk Index 2020: Who Suffers Most from Extreme Weather Events? Weather-Related Loss Events in 2018 and 1999 to 2018*. Germanwatch e.V.. Retrieved from https://www.germanwatch.org/sites/germanwatch.org/files/20-2-01e%20Global%20Climate%20Risk%20Index%202020_14.pdf.

Foody, M., Mathanna, S., & Carlbring, P. (2015). A review of cyberbullying and suggestions for online psychological therapy. *Journal of Internet Interventions,* 1, 1-8.

Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S, et al. (2020). Mental Health Problems and Social Media Exposure During COVID-19 Outbreak. *PLoS ONE.* 15(4): e0231924. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924

Howell, D. C. (1997). *Statistical methods for psychology*. (4th ed.). New York: Duxbury Press.

Huang Y. and Zhao N. (2021). Mental health burden for the public affected by the COVID-19 outbreak in China: Who will be the high-risk group? Psychology, *Health & medicine*, 26(1), 23-24. https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1754438.

Jacobs, E., Masson, R., & Harvill, R. (2006). Older Clients. *Group counseling: Strategies and skills.*

Kenneth R. Kaufman, Eva Petkova, Kamaldeep S.Bhui and Thomas G. Schulza. (2020). A global needs assessment in times of a global crisis: world psychiatry response to the COVID-19 pandemic, *BJPsych Open,* 6, e48, 1-3 doi: 10.119/bjo.2020.25.

Miller, S.D., & Hubble, M. (2011). The road to mastery. *Psychotherapy Networker,* 35(3), 22-31.

Norcross, J.C. (2005). The Psychotherapist's own psychotherapy: Educating and developing psychologist. *American Psychologist,* 60(8), 840-850.

Norcross, J.,& Beutler, L. (2008*). Integrative psychotherapies*. In R. Corsini & D. Wedding (Eds), Current.

OECD (2015). *The Economic Consequences of Climate Chan.* Retrieved from http://dx.doi.org/10.1787/9789264235410-en.

Oláh A, Kapitany-Foveny M. (2012). Ten years of positive psychology. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 67(1), 19-45. doi:10.1556/MPSzle.67.2012.1.3

Pearman A., MacKenzie L.H., Emily L.S. and Shevaun D.N. (2020). Mental Health Challenges of United States Healthcare Professionals During COVID-19. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-7. Doi:10.3389/fpsyg.2020.02065.

Suryavanshi N., Kadam A., Dhumal G., Nimkar S., Mave V., Gupta A., Samyra R.Cox and Gupte N. (2020). Mental health and quality of life among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic in India. *Brain Behav,* 10, e01837. https://doi.org/10.1002/brb3.1837.

Thakura, V and Jainb. A. (2020). *Brain Behavior and Immunity*, 88, 952-953 Retrieved from www.elsevier.com/locate/ybrbi.

Vagni M, Maiorano T, Giostra V, Pajardi D. (2020). Coping with COVID-19: Emergency Stress, Secondary Trauma and Self-Efficacy in Healthcare and Emergency Workers in Italy. *Front Psychol, 11,* 566-912.

Zidan E. (2013). The psychological immunity, its' definitions, dimensions. Journal of Faculty of Education. *Tanta University*, 8(51), 811-822.