

รูปแบบการบำบัดในงานสังคมสงเคราะห์คลินิกและแนวทางการพัฒนา¹

Therapy Model in Clinical Social Work and Development

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ปรียานุช โชคธนาวณิช²

Assistant Professor Preeyanuch Choktanawanich³

บทคัดย่อ

รูปแบบการบำบัดในงานสังคมสงเคราะห์คลินิกและแนวทางการพัฒนา มีวัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อศึกษารูปแบบการบำบัดในงานสังคมสงเคราะห์คลินิกในองค์กรด้านสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคม และแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบำบัดในงานสังคมสงเคราะห์ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ ด้วยวิธีการวิจัยเชิงสำรวจ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามกับนักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ปฏิบัติหน้าที่สังคมสงเคราะห์ จำนวน 156 คน และได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน 98 ชุด คิดเป็นร้อยละ 62.82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson Chi-Square ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ 1) รูปแบบการบำบัดในระดับบุคคล/จิตบำบัดด้วยแนวบำบัดความคิดและพฤติกรรมมากที่สุด 2) รูปแบบการบำบัดในระดับครอบครัว/ครอบครัวบำบัดที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุดคือ การบำบัดด้วยรูปแบบซาเทียร์ 3) รูปแบบการบำบัดในระดับกลุ่ม/กลุ่มบำบัด ที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด คือ การบำบัดด้วยรูปแบบ

¹ งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนวิจัยคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และผลการศึกษาบางส่วนได้ถูกนำเสนอรูปแบบโปสเตอร์ในงานประชุมวิชาการ The Graduate Student Research Symposium, Widener University ณ วันที่ 12 พ.ค. 2563

² อาจารย์ประจำ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

³ Lecturer, Faculty of Social Administration, Thammasat University

E-mail : cpreeyan@staff.tu.ac.th, apreeyanuch@gmail.com

ชาเทียร์ และ 4) รูปแบบการบำบัดในระดับชุมชน/ชุมชนบำบัดที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด คือ เครือข่ายบำบัด แนวทางในการพัฒนาความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างต้องการมากที่สุด คือ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับฐานแนวคิด/ทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัด เพื่อนำไปเชื่อมโยงกับการปฏิบัติงาน ความต้องการมีผู้เชี่ยวชาญเป็น “พี่เลี้ยง” หรือ มีบทบาทในการให้การปรึกษาในการทำงาน ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยสถาบัน การศึกษาสังคมสงเคราะห์และองค์การวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ควรบรรจุหลักสูตรด้านการบำบัดในเชิงจิตสังคมสำหรับนักสังคมสงเคราะห์ ควรมีการจัดอบรมหลักสูตรต่อเนื่อง ในรูปแบบทางเลือกที่เอื้อให้นักสังคมสงเคราะห์ได้พัฒนาความรู้และศักยภาพได้ด้วยตนเอง ควรส่งเสริมให้นักสังคมสงเคราะห์พัฒนารูปแบบหรือเทคนิคการบำบัด โดยให้ความสำคัญแก่รูปแบบบำบัดแบบพื้นถิ่น

คำสำคัญ: รูปแบบการบำบัด, งานสังคมสงเคราะห์คลินิก, แนวทางการพัฒนา

Abstract

The study on the therapy model in clinical social work and development aims to study the therapeutic models in clinical social work in social work and social welfare organizations and find directions to improve the models. The study used quantitative methodology through the survey method to gather data. The questionnaire was used as an instrument of data collection from social workers. One hundred fifty-six individuals met the research criteria, but the samples who responded were 98, which the response rate of the study was 62.82%. Descriptive statistics (i.e., frequency, percent, mean, standard deviation, and Pearson Chi-Square) were used to analyze data.

The findings found that most respondents used 1) Cognitive Behavioral Therapy as a significant model for working with individual level/ psychotherapy, 2) Satir Model as a significant model for working with family- level/ family therapy, 3) Satir Model as a significant model for working with group therapy, and 4) Social Network Therapy as a significant model for working with community- level/ therapeutic community. The respondents addressed that they needed deeper knowledge and understanding of fundamental/ theory of therapy that they can use for working; needed advisors as mentors for giving advices when they had any problems during treatment processes.

The recommendations of this research were: The social work and social welfare academic institutions and professional associations should provide psycho- social therapy programs and knowledge for social workers and students using as tools for working in the future, training programs for social workers should be provided by various channels which can support social workers to effectively improve their capacity, should arrange social workers who have rich experiences in the therapy to be mentors or supervisors to support social workers, should develop models or techniques of therapy, which are concerned with the indigenous approach.

Keywords: Therapy model, Clinical social work, and Development of therapy

บทนำ

ปัจจุบันนักสังคมสงเคราะห์คลินิกในประเทศไทยได้มีการใช้รูปแบบการบำบัดต่างๆ เป็นหนึ่งในเครื่องมือในการปฏิบัติงานเพื่อให้บริการช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาด้านอารมณ์ สังคม จิตใจแก่ผู้ใช้บริการและครอบครัว จากการศึกษาจากตำราในต่างประเทศ พบว่า องค์ความรู้ด้านการบำบัดในงานสังคมสงเคราะห์คลินิกได้มีการพัฒนาไปอย่างกว้างขวาง อาทิ จากตำราการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ เรื่อง Practice of Social Work ของ Charles H. Zastrow (1992) พบว่า ในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์นั้น นักสังคมสงเคราะห์สามารถใช้รูปแบบการบำบัดได้หลากหลายรูปแบบ ได้แก่ Client-Centered Therapy, Transactional Analysis, Behavior Therapy, Reality Therapy, Rational Therapy, A Feminist Perspective on Therapy, Sex Counseling and Therapy รวมถึงตำราเกี่ยวกับด้านทฤษฎีและการปฏิบัติงานด้านสังคมสงเคราะห์คลินิกเรื่อง Theory and Practice in Clinical Social Work ของ Brandell J. R. (2011) ที่ได้มีการพยายามรวบรวมองค์ความรู้ด้านการทฤษฎีและการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์คลินิกของนักการศึกษาด้านสังคมสงเคราะห์ พบว่า นักสังคมสงเคราะห์คลินิกสามารถใช้รูปแบบการบำบัดได้หลายรูปแบบ อาทิ การครอบครัวบำบัด คู่สมรสบำบัด กลุ่มบำบัด ฯลฯ เช่นเดียวกับจากการศึกษาข้อมูลจากแหล่งตำราอื่น ๆ พบว่า นักสังคมสงเคราะห์คลินิกในต่างประเทศ สามารถทำการบำบัดได้ตั้งแต่ จิตบำบัดแบบรายบุคคล กลุ่มบำบัด และครอบครัวบำบัด โดยมีการใช้เทคนิคที่แตกต่างกันไป เช่น การใช้ศิลปะบำบัด ทายบำบัด ละครบำบัด ละครจิตบำบัด เป็นต้น

สำหรับในประเทศไทยได้มีการใช้รูปแบบการบำบัดที่สามารถเห็นได้อย่างชัดเจน คือ ในสายงานของสถาบันทางการแพทย์และโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต เช่น สถาบันจิตเวชสมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันราชานุกูล ฯลฯ ต่อมาได้มีการขยายองค์ความรู้ด้านการบำบัดในประเภทและ

ชนิดต่าง ๆ แก่หน่วยงานที่นอกเหนือโรงพยาบาลทางด้านจิตเวช อาทิ โรงพยาบาลทางฝ่ายกาย องค์การพัฒนาเอกชน (สหทัยมูลนิธิ, มูลนิธิศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก) ฯลฯ นอกจากนี้พบว่า ในประเทศไทยได้มีความพยายามจัดการอบรมงานด้านบำบัดอย่างต่อเนื่อง เช่น การอบรมครอบครัวบำบัดที่จัดอบรมโดยโรงพยาบาลศรีธัญญา และสถาบันราชานุกูล ที่จัดอบรมให้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่างานด้านบำบัดได้มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์คลินิกอย่างสำคัญยิ่ง

พิจารณาจากพัฒนาการเกี่ยวกับการขยายองค์ความรู้เรื่องการบำบัดในงานสังคมสงเคราะห์คลินิกข้างต้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจเกี่ยวกับการศึกษารูปแบบการบำบัดในงานสังคมสงเคราะห์คลินิกในประเทศไทย เนื่องจากพบว่าการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่มีการสำรวจเพื่อรวบรวมองค์ความรู้ว่า นักสังคมสงเคราะห์คลินิกหรือผู้ปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์คลินิกในหน่วยงานหรือกระทรวงต่าง ๆ ที่มีนักสังคมสงเคราะห์ ได้มีการใช้รูปแบบการบำบัดในรูปแบบใดบ้าง และนักสังคมสงเคราะห์ยังมีความต้องการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการบำบัดในรูปแบบใดเพิ่มเติมเพื่อนำไปสู่การเพิ่มพูนทักษะทางวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษารูปแบบการบำบัดในงานสังคมสงเคราะห์คลินิกในองค์กรด้านสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคม
2. เพื่อศึกษาแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบำบัดในงานสังคมสงเคราะห์ที่เหมาะสมกับบริบทไทย

ขอบเขตในการศึกษา

ขอบเขตด้านเนื้อหา ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษารูปแบบการบำบัดที่ใช้ในงานสังคมสงเคราะห์คลินิกในองค์กรด้านสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคมในประเทศไทย และศึกษาความเป็นไปได้เกี่ยวกับแนวทางการพัฒนารูปแบบการบำบัดประเภทต่าง ๆ ทั้งในเชิงเอกสารและการเก็บข้อมูลภาคสนาม

ขอบเขตประชากรในการศึกษา ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มเป้าหมายจาก 3 สังกัด ที่มีนักสังคมสงเคราะห์คลินิกหรือผู้ปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์คลินิกในลักษณะการปฏิบัติงานให้บริการบำบัดแก่ผู้ใช้บริการ ได้แก่

1) นักสังคมสงเคราะห์จากกระทรวงสาธารณสุข (กรมการแพทย์, กรมสุขภาพจิต, โรงพยาบาลสังกัดอื่นๆ ได้แก่ สภากาชาดไทย, กรุงเทพมหานคร) จำนวน 156 คน

2) นักสังคมสงเคราะห์จากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (บ้านพักเด็กและครอบครัว, สถานแรกรับ/สถานสงเคราะห์/สถานคุ้มครองสวัสดิภาพ/สถานพัฒนาฟื้นฟู) จำนวน 115 คน

3) องค์กรพัฒนาเอกชน จำนวน 17 คน

รวมจำนวนทั้งสิ้น 255 หน่วยงานและได้ทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้ตาราง Taro Yamane ได้จำนวน 156 หน่วยงาน โดยจะมีการเก็บแบบสอบถามกับนักสังคมสงเคราะห์จำนวน 1 คนต่อ 1 หน่วยงาน

นิยามศัพท์

รูปแบบการบำบัดในงานสังคมสงเคราะห์คลินิก หมายถึง การบำบัดโดยใช้รูปแบบการบำบัดตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มและชุมชน โดยนักสังคมสงเคราะห์คลินิกผู้ปฏิบัติงานด้านสังคมสงเคราะห์คลินิกในองค์กรรัฐบาลและองค์กรพัฒนา/เอกชน

แนวทางการพัฒนา หมายถึง แนวทางการพัฒนารูปแบบการบำบัด
ในงานสังคมสงเคราะห์คลินิกโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานความต้องการ/ความจำเป็นของ
นักสังคมสงเคราะห์คลินิก/ผู้ปฏิบัติงานด้านสังคมสงเคราะห์คลินิกว่าเห็นควรให้มี
การพัฒนารูปแบบ วิธีการ เทคนิคการทำบำบัดอย่างไรเพื่อเอื้อต่อการพัฒนาการ
ปฏิบัติงานในเชิงวิชาชีพให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

- 1) ทำให้ทราบถึงสถานะองค์ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดในงานสังคมสงเคราะห์
ในประเทศไทยเพื่อนำไปสู่การพัฒนาเทคนิค/ทักษะในการทำงานแก่ผู้ใช้บริการต่อไป
- 2) สามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาการเรียนการสอนในวิชาจิตสังคมบำบัด
(ระดับปริญญาตรี) วิชาการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์คลินิกขั้นสูงกับครอบครัวและ
กลุ่ม (ระดับปริญญาโท) ของคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการบำบัดในงานสังคมสงเคราะห์คลินิกและ
แนวทางการพัฒนา มีวัตถุประสงค์การศึกษา เพื่อศึกษารูปแบบการบำบัดในงาน
สังคมสงเคราะห์คลินิกในองค์กรด้านสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคม และ
แนวทางในการพัฒนารูปแบบการบำบัดในงานสังคมสงเคราะห์ที่เหมาะสมกับ
บริบทไทย โดยมีระเบียบวิธีการศึกษา ดังนี้

วิธีการศึกษา การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ ด้วย
วิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ผู้ศึกษาได้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
ด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire) จำนวน 156 ชุด กับกลุ่มเป้าหมาย คือ
นักสังคมสงเคราะห์คลินิก/ผู้ปฏิบัติงานด้านสังคมสงเคราะห์คลินิกในองค์กร
ภาครัฐบาลและองค์กรพัฒนาเอกชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ประชากรในการศึกษาคั้งนี้ คือนักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ปฏิบัติหน้าที่สังคมสงเคราะห์ที่มีประสบการณ์ทำงาน/เกี่ยวกับการบำบัดในงานสังคมสงเคราะห์ในหน่วยงานสังคมสงเคราะห์และประชากรในการศึกษาได้นำมาจากฐานข้อมูลรายชื่อหน่วยงานของแต่ละกระทรวง ดังนี้

1. นักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ปฏิบัติหน้าที่สังคมสงเคราะห์ที่มีประสบการณ์/ทำงานเกี่ยวกับการบำบัดในสายงานโรงพยาบาลจากฝ่ายกาย และฝ่ายจิตในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ เนื่องจากการทำงานสังคมสงเคราะห์ในเชิงลึกกับผู้ใช้บริการ จำนวน 131 คน

2. นักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ปฏิบัติหน้าที่สังคมสงเคราะห์ที่มีประสบการณ์/ทำงานเกี่ยวกับการบำบัดในสายงานกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จากบ้านพักเด็กและครอบครัว, สถานแรกรับเด็ก/สถานสงเคราะห์เด็ก/สถานพัฒนาและฟื้นฟูเด็ก จำนวน 107 คน

3. นักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ปฏิบัติหน้าที่สังคมสงเคราะห์ที่มีประสบการณ์/ทำงานเกี่ยวกับการบำบัดในงานสายองค์กรพัฒนาเอกชน จำนวน 17 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ศึกษาใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic sampling) โดยได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ดังนี้

1. ได้สำรวจจำนวนประชากรจากฐานข้อมูลหน่วยงานจาก 3 สังกัด/หน่วยงานหลัก ได้แก่ หน่วยงานในสายโรงพยาบาล¹ หน่วยงานจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, องค์กรพัฒนาเอกชน โดยเป็นนักสังคมสงเคราะห์ที่ให้บริการด้านการบำบัด จำนวน 156 คน

¹ ผู้ศึกษาใช้คำว่า “หน่วยงานในสายโรงพยาบาล” เนื่องจากมีโรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดหน่วยงานอื่นๆ อาทิ สภากาชาดไทย, สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร, โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย เป็นต้น

2. ดำเนินการสุ่มตัวอย่างจากแต่ละสังกัดโดยเฉลี่ย ร้อยละ 62 จากจำนวนประชากรแต่ละสังกัด โดยได้กลุ่มตัวอย่างจากสังกัดโรงพยาบาล จำนวน 80 คน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จำนวน 66 คน องค์กรพัฒนาเอกชน จำนวน 10 คน

3. เลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่าง นักสังคมสงเคราะห์ที่มีประสบการณ์การให้บริการด้านการบำบัดอย่างน้อย 6 เดือนจำนวน 1 คนต่อ 1 หน่วยงาน

4. ส่งแบบสอบถามถึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 156 คน (156 หน่วยงาน) คิดเป็นแบบสอบถามทั้งหมด 156 ชุด และได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน 98 ชุด คิดเป็นร้อยละ 62.82 จากแบบสอบถามทั้งหมด

ตารางที่ 1

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ที่	สังกัด	จำนวน ประชากร (Population)	จำนวน กลุ่มตัวอย่าง (Sample)	จำนวน แบบฯ ที่ได้รับคืน
1	โรงพยาบาล - ฝ่ายกาย - ฝ่ายจิต	131 112 19	80 67 13	56 47 9
2	กระทรวงการพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์ - บ้านพักเด็กและครอบครัว - สถานแรกรับเด็ก/สถาน สงเคราะห์/สถานพัฒนาและ ฟื้นฟูเด็กฯ	107 77 30	66 41 25	32 13 19
3	องค์กรพัฒนาเอกชน	17	10	10
	รวม	255	156	98

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ในการศึกษครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมด้วยแบบสอบถามจำนวน 156 ชุด กับนักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ปฏิบัติงานที่สังคมสงเคราะห์ที่มีประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับการบำบัด/ โดยได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน 98 ชุด คิดเป็นร้อยละ 62.82

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณ ผู้ศึกษาใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยสร้างแบบสอบถามจากวรรณกรรมและกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 รูปแบบการบำบัดในงานสังคมสงเคราะห์คลินิก

ในองค์กรด้านสังคมสงเคราะห์/สวัสดิการสังคมตามลักษณะกลุ่มเป้าหมาย

2.1 การบำบัดในระดับบุคคล/จิตบำบัด จำนวน 13 ข้อ

2.2 การบำบัดในระดับครอบครัวครอบครัวบำบัด/ จำนวน 10 ข้อ

2.3 การบำบัดในระดับกลุ่ม/กลุ่มบำบัด จำนวน 12 ข้อ

2.4 การบำบัดในระดับชุมชน/ชุมชนบำบัด จำนวน 6 ข้อ

2.5 จุดเด่นในรูปแบบการบำบัดของหน่วยงานผู้ตอบแบบสอบถาม
จำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 3 แนวทางในการพัฒนารูปแบบการบำบัดในงานสังคมสงเคราะห์
จำนวน 5 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. ผู้ศึกษานำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นนักสังคมสงเคราะห์วิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการบำบัดจำนวน 3 คน และเป็นนักวิชาการด้านสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคม จำนวน 2 คน รวมจำนวน 5 คน เพื่อพิจารณาความถูกต้องและความสมบูรณ์ข้อคำถามในแบบสอบถามก่อนนำไปทดลองใช้

2. ผู้ศึกษานำข้อเสนอแนะต่อแบบสอบถามมาปรับปรุงให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้นและนำไปทดลองใช้ (Try out) เพื่อหาค่าความเที่ยงตรง (Validity) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดสอบกับนักสังคมสงเคราะห์ที่มีใช้ผู้ตอบแบบสอบถามจริง จำนวน 30 ชุด จากนั้นทำการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .8640 ซึ่งถือว่ามีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้ศึกษาทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ผ่านหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และใช้วิธีการเก็บแบบสอบถามผ่านทางไปรษณีย์กับนักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ปฏิบัติหน้าที่สังคมสงเคราะห์ที่มีประสบการณ์/ทำงานเกี่ยวกับการบำบัดในงานสังคมสงเคราะห์ จำนวน 156 หน่วยงานทั่วประเทศดังนี้

1. หน่วยงานสังกัดโรงพยาบาล ทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล/หัวหน้าในแต่ละหน่วยงาน
2. หน่วยงานสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ทำหนังสือผ่านปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
3. หน่วยงานสังกัดองค์กรพัฒนาเอกชน ทำหนังสือผ่านหัวหน้างานแต่ละหน่วยงาน
4. ในกรณีที่ต้องยื่นเอกสารผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ในบางหน่วยงานเพื่อขอเก็บแบบสอบถาม เช่น โรงพยาบาล ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตามกระบวนการ/ขั้นตอนของแต่ละหน่วยงานนั้นๆ
5. กรณีที่หน่วยงานใดมีนักสังคมสงเคราะห์มากกว่า 1 คน ขอให้ทางหน่วยงานพิจารณานักสังคมสงเคราะห์ที่ตรงกับคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล ในการศึกษาค้นครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ดำเนินการวิเคราะห์เชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ โดยมีรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson Chi-Square กับการได้รับการฝึกอบรมกับการใช้รูปแบบการบำบัดต่าง ๆ ของนักสังคมสงเคราะห์

การนำเสนอผลการศึกษา การศึกษาค้นครั้งนี้ ผู้ศึกษานำเสนอผลข้อมูลเชิงปริมาณในลักษณะตารางแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบกับการบรรยายเชิงพรรณนา

ข้อจำกัดการศึกษา ข้อจำกัดในการศึกษาค้นครั้งนี้ คือ แม้ว่าการศึกษาค้นครั้งนี้ได้ดำเนินการ 3 กลุ่ม ได้แก่ โรงพยาบาล กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และองค์กรพัฒนาเอกชน แต่อาจจะยังไม่ครอบคลุมกลุ่มนักสังคมสงเคราะห์ทั้งหมดที่ให้บริการด้านการบำบัด เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในศึกษานี้มีการเก็บข้อมูลเฉพาะในหน่วยงานบ้านพักเด็กและครอบครัว สถานแรกรับเด็กและสถานฟื้นฟูเด็กเท่านั้น ข้อจำกัดอีกประการหนึ่ง คือ ผู้ศึกษาไม่สามารถสืบค้นต้นฉบับการวิจัยเกี่ยวกับด้านการบำบัดจากผู้ปฏิบัติงานในบางงานวิจัยได้ เนื่องจากไม่มีการเผยแพร่ต่อสาธารณะ

การสรุปผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ในด้านเพศ พบว่า เพศหญิงมีสัดส่วนมากกว่าเพศชาย ในสัดส่วนร้อยละ 87.8 และร้อยละ 12.2 ด้านอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุน้อยกว่า 30 ปี มากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 31.6 กลุ่มอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 23.2 และน้อยที่สุด คือ 51 -60 ปี ร้อยละ 4.2 ด้าน

คุณวุฒิทางการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนจบการศึกษาในระดับปริญญาตรี โดยร้อยละ 62.5 จบการศึกษาด้านวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ และร้อยละ 39.8 จบการศึกษาในสาขาอื่น ๆ เช่น จิตวิทยา สังคมวิทยา พัฒนาชุมชน รัฐศาสตร์ นิติศาสตร์ เป็นต้น ในระดับปริญญาโท พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 31.6 มีคุณวุฒิการศึกษาในระดับปริญญาโท โดยร้อยละ 64.5 ศึกษาในสาขาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ และร้อยละ 35.4 ศึกษาในสาขาอื่น ๆ และไม่มีผู้ใดศึกษาต่อในระดับปริญญาเอก ด้านหน่วยงานที่สังกัด พบว่า ร้อยละ 57.1 อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยแบ่งเป็นนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ฝ่ายกาย ร้อยละ 80.4 และนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ฝ่ายจิต ร้อยละ 19.6 รองลงมาสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร้อยละ 32.7 และสังกัดองค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) น้อยที่สุด ร้อยละ 10.2 ด้านตำแหน่งงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 92.9 มีตำแหน่งเป็นนักสังคมสงเคราะห์โดยเฉพาะในหน่วยงานรัฐบาล และบางส่วนเป็นนักจิตวิทยา ส่วนหน่วยงานเอกชน ผู้ที่ทำงานด้านสังคมสงเคราะห์อาจมีชื่อเรียกตำแหน่งต่าง ๆ เช่น ผู้อำนวยการหน่วยงาน ผู้อำนวยการแผนงาน Advocacy Specialist เป็นต้น

รูปแบบการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ของกลุ่มตัวอย่าง

ด้านขอบเขตหน้าที่ในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง โดยภาพรวมส่วนใหญ่เป็นงานให้บริการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า/เบื้องต้น ร้อยละ 30.3 รองลงมา เป็นงานป้องกันปัญหาสังคมร้อยละ 25.1 งานบำบัดรักษา ร้อยละ 23.9 และการฟื้นฟูสภาพทางสังคมน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20.7 เมื่อจำแนกตามประเภทหน่วยงาน พบว่า หน่วยงานส่วนใหญ่ มีหน้าที่ด้านการให้บริการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า/เบื้องต้นมากที่สุด ยกเว้นกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเวช กระทรวงสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ดำเนินการด้านการบำบัดรักษามากที่สุด

วิธีทางสังคมสงเคราะห์ที่ใช้ปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง โดยภาพรวม ส่วนใหญ่ใช้วิธีการสังคมสงเคราะห์เฉพาะราย ร้อยละ 36.5 รองลงมาเป็นวิธีการสังคมสงเคราะห์กลุ่มชน ร้อยละ 23.9 วิธีการสังคมสงเคราะห์ชุมชน ร้อยละ 18.4 และการวิจัยทางสังคมศาสตร์ พบน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 10.2 เมื่อจำแนกตามประเภทหน่วยงาน พบว่า หน่วยงานส่วนใหญ่ ใช้วิธีการสังคมสงเคราะห์เฉพาะราย มากที่สุด ยกเว้นกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเวช กระทรวงสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ใช้วิธีการสังคมสงเคราะห์ชุมชนมากที่สุด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการใช้รูปแบบการบำบัดของผู้ตอบแบบสอบถาม

ประสบการณ์การให้บริการการบำบัดของกลุ่มตัวอย่าง โดยเฉลี่ยแล้วมีประสบการณ์ในการบำบัดประมาณ 8 ปี โดยประสบการณ์ในการทำงานด้านการบำบัด บางท่านมีประสบการณ์ดังกล่าวน้อยกว่า 1 ปี และประสบการณ์ที่มากที่สุด ได้แก่ 25 ปี เมื่อจำแนกรายหน่วยงานพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกหน่วยงานมีประสบการณ์บำบัดในช่วงระหว่าง 0-5 ปี จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ในหน่วยงานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีนักสังคมสงเคราะห์เฉลี่ยหน่วยงานละ 6 คน โดยโรงพยาบาล (ฝ่ายกาย) มีมากที่สุด จำนวน 8 คน และบางหน่วยงานมีจำนวนนักสังคมสงเคราะห์มากที่สุด คือ 36 คน ทั้งนี้ โรงพยาบาล (ฝ่ายจิต) และองค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) มีจำนวนนักสังคมสงเคราะห์โดยเฉลี่ย 5 คนเท่ากัน ในขณะที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์มีนักสังคมสงเคราะห์จำนวนน้อยที่สุด คือ 3 คน

สำหรับบุคลากรที่สามารถให้บริการด้านการบำบัด โดยภาพรวม พบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่สังคมสงเคราะห์ในหน่วยงานบางท่านที่สามารถทำงานด้านการบำบัด มากกว่าที่ทุกคนในฝ่ายสามารถให้บริการด้านการบำบัดได้ ร้อยละ 55.2 และร้อยละ 44.8 เมื่อจำแนกตามหน่วยงาน พบว่า โรงพยาบาล (ฝ่ายจิต) มีสัดส่วนของนักสังคมสงเคราะห์ที่ทุกคนสามารถทำการบำบัดได้มากที่สุด ถึงร้อยละ

72.7 การอบรมเกี่ยวกับการบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาในภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการอบรมโดยเฉลี่ย ร้อยละ 53.7 โดยโรงพยาบาล (ฝ่ายจิต) มีสัดส่วนของนักสังคมสงเคราะห์ที่ได้รับการอบรมด้านการบำบัดมากที่สุด ถึงร้อยละ 90.9 รองลงมาคือ โรงพยาบาล (ฝ่ายกาย) ร้อยละ 62.8 และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ น้อยที่สุด คือ กลุ่มตัวอย่างจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ คิดเป็น ร้อยละ 67.7

โดยหัวข้อที่นักสังคมสงเคราะห์เคยได้รับการอบรมมีหลากหลาย เช่น หลักสูตรสังคมสงเคราะห์จิตเวช การทำจิตบำบัดแบบ Satir การให้การปรึกษาแนว CBT การให้การปรึกษาตามทฤษฎี Solution Focused การให้การปรึกษาแนวสตรีนิยมเพื่อฟื้นฟูอำนาจและศักยภาพ, ครอบครัwbำบัดสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านเด็กและครอบครัว การใช้ศิลปะบำบัดในงานสังคมสงเคราะห์ การให้การปรึกษาด้านจิตสังคมในระบบศาล การให้คำปรึกษาในภาวะวิกฤติ การบำบัดฟื้นฟูเด็กที่ถูกทารุณกรรมและทอดทิ้ง ฯลฯ

รูปแบบการบำบัดที่ให้บริการผู้ใช้บริการเป็นส่วนใหญ่ คือ การบำบัดในระดับบุคคล/จิตบำบัด คิดเป็นร้อยละ 60.2 รองลงมาคือ การบำบัดในระดับครอบครัว/ครอบครัวบำบัด และการบำบัดในระดับกลุ่ม/กลุ่มบำบัด ในสัดส่วนที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 39.8 และรูปแบบที่น้อยที่สุด คือ ชุมชนบำบัด คิดเป็นร้อยละ 27.6 เมื่อพิจารณาตามหน่วยงาน พบว่า การบำบัดในทุกรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (ฝ่ายจิต) ให้บริการด้านการบำบัด ร้อยละ 54.5-81.00 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ให้บริการการบำบัด ในแต่ละรูปแบบน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่น ๆ ร้อยละ 18.8-50.00

การบำบัดในระดับบุคคล/จิตบำบัด

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 60.2 มีการให้บริการการบำบัดในระดับบุคคล/จิตบำบัดมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบระหว่างหน่วยงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานด้านโรงพยาบาล (ฝ่ายจิต) ให้บริการด้านการบำบัดในระดับบุคคล/จิตบำบัดมากที่สุด ร้อยละ 81.8 รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานด้านโรงพยาบาล (ฝ่ายกาย) ให้บริการด้านการบำบัดระดับบุคคล/จิตบำบัด คิดเป็นร้อยละ 64.5 กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และองค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) ให้บริการด้านการบำบัดในระดับบุคคล/จิตบำบัด ร้อยละ 50.0 กลุ่มเป้าหมายที่ใช้บริการการบำบัดในระดับบุคคล/จิตบำบัด พบว่า กลุ่มเยาวชนเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ใช้การบำบัดในระดับบุคคลมากที่สุด ร้อยละ 20.8 รองลงมาคือ กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด กลุ่มสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง ร้อยละ 15.8 กลุ่มเด็ก ร้อยละ 14.9 โดยกลุ่มผู้กระทำความผิด/ผู้ต้องขัง และกลุ่มผู้สูงอายุ ที่ใช้บริการด้านการบำบัดในระดับบุคคลน้อยที่สุด ร้อยละ 4.00-5.00

เมื่อจำแนกกลุ่มเป้าหมายที่ให้บริการการบำบัดตามหน่วยงาน พบว่า นักสังคมสงเคราะห์กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานด้านโรงพยาบาล (ฝ่ายกาย) และโรงพยาบาล (ฝ่ายจิต) ได้ให้บริการบำบัดในระดับบุคคล/จิตบำบัดรายบุคคลในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดมากที่สุด ร้อยละ 22.4 และร้อยละ 31.6 กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ให้บริการบำบัดในระดับบุคคล/จิตบำบัดรายบุคคลในกลุ่มเด็กและเยาวชนมากที่สุด ร้อยละ 42.9 กลุ่มที่ปฏิบัติงานในองค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) ได้ให้บริการบำบัดในระดับบุคคล/จิตบำบัดรายบุคคลในกลุ่มเด็กเยาวชน และสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.3

รูปแบบการบำบัดในระดับบุคคล/จิตบำบัด ที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด คือ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) ร้อยละ 62.3 รองลงมาคือ การบำบัดด้วยซาเทียน์ (Satir Model) ร้อยละ 54.1 การบำบัดแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Therapy) ร้อยละ 41.7 และน้อยที่สุด คือ การบำบัดแนวพลวัตแนวแอดเลอร์ (Adlerian Therapy) ร้อยละ 6.7 เมื่อพิจารณาตามหน่วยงาน พบว่า องค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) มีสัดส่วนของการใช้ ศิลปะบำบัดมากกว่าหน่วยงานประเภทอื่น ๆ

การบำบัดในระดับครอบครัว/ครอบครัวบำบัด

นักสังคมสงเคราะห์ในกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 39.8 มีการให้บริการการบำบัดในระดับครอบครัว/ครอบครัวบำบัด

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างหน่วยงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานด้านโรงพยาบาล (ฝ่ายจิต) ให้บริการด้านการบำบัดในระดับครอบครัว/ครอบครัวบำบัดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 81.8 รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานด้านโรงพยาบาล (ฝ่ายกาย) ให้บริการด้านการบำบัดในระดับครอบครัว/ครอบครัวบำบัด ร้อยละ 42.2 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน องค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) ให้บริการด้านการบำบัดในระดับครอบครัว/ครอบครัวบำบัด ร้อยละ 50.0 และกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ให้บริการด้านการบำบัดในระดับครอบครัว/ครอบครัวบำบัด น้อยที่สุด ร้อยละ 18.8 กลุ่มเป้าหมายที่ใช้บริการการบำบัดระดับครอบครัว/ครอบครัวบำบัด พบว่า ครอบครัวที่ใช้ความรุนแรงเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ใช้การบำบัดระดับครอบครัว/ครอบครัวบำบัด มากที่สุด ร้อยละ 23.5 รองลงมาคือ ครอบครัวที่มีปัญหาการเลี้ยงดูบุตร ร้อยละ 18.5 ครอบครัวที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร ร้อยละ 17.6 และครอบครัวที่มีบุตร/สมาชิกพิการในครอบครัวใช้การบำบัดในระดับครอบครัว/ครอบครัวบำบัด น้อยที่สุด ร้อยละ 10.9

เมื่อจำแนกกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการบำบัดครอบครัวตามหน่วยงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (ฝ่ายกาย) ได้ให้บริการบำบัดในระดับ ครอบครัว/ครอบครัวบำบัดในกลุ่มครอบครัวที่ใช้ความรุนแรงมากที่สุด ร้อยละ 28.6 กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (ฝ่ายจิต) ได้ให้บริการบำบัดในระดับ ครอบครัว/ครอบครัวบำบัดในกลุ่มครอบครัวที่มีปัญหาด้านการสื่อสารมากที่สุด ร้อยละ 20.5

กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ให้บริการบำบัดในระดับครอบครัว/ครอบครัวบำบัดในกลุ่มครอบครัวที่มีปัญหาการเลี้ยงดูบุตรมากที่สุด ร้อยละ 33.3 และกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในองค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) ให้บริการบำบัดในระดับครอบครัว/ครอบครัวบำบัดในกลุ่มครอบครัวที่มีบุตร/สมาชิกพิการในครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ 27.3

รูปแบบการบำบัดในระดับครอบครัว/ครอบครัวบำบัดที่นักสังคมสงเคราะห์ กลุ่มตัวอย่างให้บริการมากที่สุด คือ รูปแบบการบำบัดแนวซาเทียร์ (Satir Model) ร้อยละ 67.5 รองลงมา ได้แก่ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) ร้อยละ 56.4 ครอบครัวบำบัดตามแนวคิดพลวัตทางจิต (Psychodynamic Family Therapy) ร้อยละ 27.5 และน้อยที่สุด คือ ครอบครัวบำบัดตามแนวคิดระบบครอบครัวของโบเวน (Bowen Family System Therapy) และครอบครัวบำบัดแบบแนวโครงสร้าง (Structural Family Therapy) ร้อยละ 7.7 เมื่อพิจารณาตามหน่วยงาน พบว่า โรงพยาบาล (ฝ่ายจิต) ได้ใช้ครอบครัวบำบัดแนวพุทธ (Buddhist Family Therapy) มากกว่าหน่วยงานประเภทอื่น ๆ

การบำบัดในระดับกลุ่ม/กลุ่มบำบัด

นักสังคมสงเคราะห์กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 39.8 มีการให้บริการการบำบัดในระดับกลุ่ม เมื่อเปรียบเทียบระหว่างหน่วยงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานด้านโรงพยาบาล (ฝ่ายจิต) ให้บริการการบำบัดในระดับกลุ่ม/กลุ่มบำบัด

มากที่สุด ร้อยละ 63.6 รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานด้านโรงพยาบาล (ฝ่ายกาย) ให้บริการการบำบัดในระดับกลุ่ม/กลุ่มบำบัด ร้อยละ 42.2 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในองค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) ให้บริการการบำบัดในระดับกลุ่ม/กลุ่มบำบัด ร้อยละ 40.0 และกลุ่มที่ปฏิบัติงานในกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ให้บริการการบำบัดในระดับกลุ่ม/กลุ่มบำบัด น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.1

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้บริการการบำบัดในระดับกลุ่ม/กลุ่มบำบัด พบว่ากลุ่มผู้ใช้สารเสพติดเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ใช้การบำบัดในระดับกลุ่มมากที่สุดร้อยละ 21.8 รองลงมาคือ กลุ่มผู้ถูกกระทำความรุนแรง ร้อยละ 17.9 โดยกลุ่มคนพิการใช้การบำบัดในระดับกลุ่มน้อยที่สุด ร้อยละ 7.7

เมื่อจำแนกกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการบำบัดตามหน่วยงาน พบว่านักสังคมสงเคราะห์กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (ฝ่ายกาย) ให้บริการการบำบัดในระดับกลุ่ม/กลุ่มบำบัดในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดมากที่สุด ร้อยละ 35.3 และกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (ฝ่ายจิต) ให้บริการการบำบัดในระดับกลุ่ม/กลุ่มบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.3 เช่นกัน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในองค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) ให้บริการในระดับกลุ่ม/กลุ่มบำบัดในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงมากที่สุด ร้อยละ 41.7 และ ร้อยละ 50 ตามลำดับ

รูปแบบการบำบัดในระดับกลุ่ม/กลุ่มบำบัด ที่นักสังคมสงเคราะห์กลุ่มตัวอย่างให้บริการมากที่สุด คือ การบำบัดแนวซาเทียร์ (Satir Model) คิดเป็นร้อยละ 46.2 รองลงมาคือ การบำบัดแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Therapy) ร้อยละ 42.1 การบำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) ร้อยละ 30.8 และที่น้อยที่สุด คือ การบำบัดแนวแอตเลอร์

(Adlerian Therapy) และการบำบัดแบบเกสทอลต์ (Gestalt Therapy) ร้อยละ 10.5 เมื่อพิจารณาตามหน่วยงาน พบว่า โรงพยาบาล (ฝ่ายจิต) ได้ใช้รูปแบบกลุ่มการบำบัดทุกรูปแบบมากกว่าหน่วยงานประเภทอื่น ๆ

การบำบัดในระดับชุมชน/ชุมชนบำบัด

นักสังคมสงเคราะห์กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 39.8 มีการให้บริการการบำบัดในระดับชุมชน/ชุมชนบำบัด เมื่อเปรียบเทียบระหว่างหน่วยงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (ฝ่ายจิต) ให้บริการด้านการบำบัดในระดับชุมชน/ชุมชนบำบัดมากที่สุด ร้อยละ 81.8 รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในองค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) ให้บริการการบำบัดในระดับชุมชน/ชุมชนบำบัด ร้อยละ 50.0 กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (ฝ่ายกาย) ให้บริการการบำบัดในระดับชุมชน/ชุมชนบำบัด ร้อยละ 42.2 และกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์มีการให้บริการการบำบัดในระดับชุมชน/ชุมชนบำบัดน้อยที่สุด ร้อยละ 18.8

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการบำบัด พบว่า กลุ่มผู้ถูกกระทำความรุนแรงและกลุ่มผู้พิการเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ใช้การบำบัดในระดับชุมชน/ชุมชนบำบัดมากที่สุด ร้อยละ 17.4 รองลงมาคือ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 15.9 โดยกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้การบำบัดในระดับชุมชน/ชุมชนบำบัด น้อยที่สุดร้อยละ 4.3

เมื่อจำแนกกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการบำบัดตามหน่วยงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (ฝ่ายกาย) ให้การบริการการบำบัดในระดับชุมชน/ชุมชนบำบัดในกลุ่มผู้พิการ และกลุ่มใช้สารเสพติดมากที่สุด ร้อยละ 29.6 กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (ฝ่ายจิต) ให้บริการการบำบัดในระดับชุมชน/ชุมชนบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากที่สุด ร้อยละ 25.0 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ให้บริการการบำบัดในระดับชุมชน/ชุมชนบำบัดในกลุ่มผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงมากที่สุด ร้อยละ 75.0 และ

กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในองค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) ให้บริการการบำบัดในระดับชุมชน/ชุมชนบำบัดในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์มากที่สุด ร้อยละ 40.0

รูปแบบการบำบัดในระดับชุมชน/ชุมชนบำบัด ที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการให้บริการมากที่สุด คือ เครือข่ายบำบัด ร้อยละ 55.6 รองลงมาคือ อาชีวะบำบัด ร้อยละ 42.3 เกษตรบำบัด ร้อยละ 29.6 และศิลปะบำบัดน้อยที่สุด ร้อยละ 22.2 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างหน่วยงาน พบว่า นักสังคมสงเคราะห์กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (ฝ่ายกาย) มีการให้บริการอาชีวะบำบัดและเครือข่ายบำบัด ในสัดส่วนที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 60.0 กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (ฝ่ายจิต) มีการให้บริการเครือข่ายบำบัดมากที่สุด ร้อยละ 83.3 กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีการให้บริการอาชีวะบำบัดมากที่สุด ร้อยละ 50.0 และนักสังคมสงเคราะห์กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในองค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) มีการให้บริการเครือข่ายบำบัดสูงสุด ร้อยละ 75.0

จุดเด่นของรูปแบบการบำบัดในหน่วยงานของกลุ่มตัวอย่าง

ด้านจุดเด่นของรูปแบบการบำบัดที่กลุ่มตัวอย่างได้ใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้บริการแก่ผู้ใช้บริการ มีรายละเอียดดังนี้

ด้านจิตบำบัดรายบุคคล (n=15 คน)

ด้านจิตบำบัดรายบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรูปแบบการบำบัดที่เป็นจุดเด่นของหน่วยงานของตนเอง ได้แก่ รูปแบบการบำบัดแนวซาเทียร์ (Satir Model), การบำบัดผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) การบำบัดด้วยแนว Solution-Focused Therapy การใช้ MI, MET, BA, BI, CBT กับผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติด บำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรม การปรับเปลี่ยนความคิดในเชิงบวกการให้

การศึกษา การดัดแปลงสภาพของผู้ป่วยโดยใช้ Motivational Enhancement Therapy, การศึกษาและศิลปะบำบัดแก่เด็กสถานรองรับ

ด้านครอบครัวบำบัด (n=23 คน)

ด้านครอบครัวบำบัด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรูปแบบการบำบัดที่เป็นจุดเด่นของหน่วยงานของตนเอง ได้แก่ การใช้ครอบครัวบำบัดแนวซาเทียร์ (Satir Model), การบำบัดแบบ FAST MODEL ครอบครัวบำบัดแนว CBT (Cognitive Behavioral Therapy) การบำบัดแนว Matrix Program การบำบัดด้วยแนว Solution- Focused Therapy ครอบครัวบำบัดแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy) การใช้ศิลปะบำบัด การใช้ละครบำบัด นอกจากนี้ได้มีการใช้ครอบครัวบำบัดในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย และกลุ่มผู้บกพร่องทางสติปัญญาและครอบครัว

ด้านกลุ่มบำบัด (n=10 คน)

ด้านกลุ่มบำบัด พบว่า นักสังคมสงเคราะห์กลุ่มตัวอย่างมีรูปแบบการบำบัดที่เป็นจุดเด่นของหน่วยงานของตนเอง ได้แก่ การบำบัดแบบกลุ่มโดยใช้ละครจิตบำบัด (Psycho Drama) เพื่อพัฒนาทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มบำบัดแนว CBT (Cognitive Behavioral Therapy) กลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้จิตบำบัดแนวพุทธ กลุ่มญาติโดยใช้การบำบัดแบบเผชิญความเป็นจริง กลุ่มศิลปะบำบัด นอกจากนี้ได้มีการใช้กลุ่มบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยประเภทต่างๆ เช่น ผู้ป่วยจิตเภท ยาเสพติด โรคอารมณ์สองขั้ว ผู้ติดเชื่อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคไต กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ด้านชุมชนบำบัด (n=14 คน)

ด้านชุมชนบำบัด พบว่า นักสังคมสงเคราะห์กลุ่มตัวอย่างมีรูปแบบการบำบัดที่เป็นจุดเด่นของหน่วยงานของตนเอง ได้แก่ การใช้ชุมชนมีส่วนร่วมใน

การบำบัดโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การใช้ชุมชนบำบัดกับกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด
การใช้ชุมชนบำบัดผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ด้านเครือข่ายบำบัด (n=16 คน)

ด้านเครือข่ายบำบัด พบว่า นักสังคมสงเคราะห์กลุ่มตัวอย่างมีรูปแบบการบำบัดที่เป็นจุดเด่นของหน่วยงานของตนเอง ได้แก่การใช้เครือข่ายชมรมญาติผู้ป่วยและชมรมผู้ป่วยจิตเวชในการรวมตัวเพื่อบำบัดและฟื้นฟูทักษะทางสังคม นอกจากนี้เป็นในลักษณะของการสร้างเครือข่ายในการให้ความช่วยเหลือผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ในรูปแบบสหวิชาชีพ การสร้างกลุ่มเครือข่ายผู้พิการที่เข้มแข็งและนำผู้พิการออกสู่สังคม

นอกเหนือจากรูปแบบการบำบัดข้างต้น กลุ่มตัวอย่างได้มีการนำเสนอรูปแบบการบำบัดอื่น ๆ อาทิ อาชีวะบำบัด เกษตรบำบัด และการเล่นบำบัด เป็นต้น

แนวทางในการพัฒนาความรู้ที่ต้องการ

แนวทางในการพัฒนาความรู้ที่นักสังคมสงเคราะห์กลุ่มตัวอย่างต้องการมากที่สุด คือ การอบรมที่จัดขึ้นโดยมหาวิทยาลัย ร้อยละ 42.2 รองลงมาคือ การเรียนรู้ออนไลน์ ร้อยละ 33.5 และน้อยที่สุด คือ การจัดอบรมที่จัดขึ้นโดยหน่วยงานของตนเอง ร้อยละ 24.2 เมื่อพิจารณาตามหน่วยงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในองค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) ต้องการการจัดอบรมที่จัดขึ้นโดยหน่วยงานของตนเองน้อยกว่าหน่วยงานในองค์กรอื่น ๆ

สำหรับความรู้ ทักษะที่กลุ่มตัวอย่างต้องการ พบว่า โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจะมีทักษะและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานอยู่แล้ว แต่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับฐานแนวคิด/ทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างต้องการให้มีที่ปรึกษาที่เชี่ยวชาญ/อาจารย์ จากสถาบันการศึกษาเป็นพี่เลี้ยง” หรือมีบทบาทในการให้การปรึกษาในกรณีที่เกิดข้อติดขัดหรือปัญหาใน “การใช้รูปแบบบำบัดแก่ผู้ใช้บริการ และต้องการให้เกิดการแลกเปลี่ยนกับภาคี

เครือข่าย เช่น หน่วยงานหรือองค์กรที่มีการนำรูปแบบการบำบัดมาใช้แล้ว ประสบความสำเร็จเพื่อเป็นต้นแบบในการบำบัดแก่หน่วยงานอื่น ๆ ต่อไป

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

การได้รับการอบรมและการใช้การบำบัดในระดับต่าง ๆ การทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson Chi-Square พบว่า การได้รับการอบรมมีความสัมพันธ์กับการใช้การบำบัดในระดับบุคคล อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0. 01

การได้รับการอบรมและการใช้การบำบัดในระดับครอบครัว การทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson Chi-Square พบว่า การได้รับการอบรมมีความสัมพันธ์กับการใช้การบำบัดในระดับครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0. 01

การได้รับการอบรมและการใช้การบำบัดในระดับกลุ่ม การทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson Chi-Square พบว่า การได้รับการอบรมมีความสัมพันธ์กับการใช้การบำบัดในระดับกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

การได้รับการอบรมและการใช้การบำบัดในระดับชุมชน การทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson Chi-Square พบว่า การได้รับการอบรมมีความสัมพันธ์กับการใช้การบำบัดระดับชุมชน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

การอภิปรายผล

การศึกษารูปแบบการบำบัดในงานสังคมสงเคราะห์คลินิกและแนวทางการพัฒนา มีวัตถุประสงค์การศึกษา เพื่อศึกษารูปแบบการบำบัดในงานสังคมสงเคราะห์คลินิกในองค์กรด้านสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคม และแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบำบัดในงานสังคมสงเคราะห์ที่เหมาะสมกับบริบทไทย สามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

ภาพรวมของรูปแบบการบำบัดในงานสังคมสงเคราะห์คลินิกในองค์กร ด้านสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคม

การศึกษารูปแบบการบำบัดในงานสังคมสงเคราะห์คลินิกในองค์กรด้านสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคม ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการบำบัดในงานสังคมสงเคราะห์คลินิกในองค์กรด้านสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคมในภาพรวมส่วนใหญ่เป็นการให้บริการการบำบัดในระดับบุคคล/จิตบำบัดมากที่สุด โดยส่วนใหญ่เป็นนักสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาล (ฝ่ายจิต) ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจในการศึกษาเรื่องเดียวกัน ที่สะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เคยได้รับการอบรมด้านการบำบัดมากที่สุด คือ นักสังคมสงเคราะห์จิตเวชที่ทำงานในโรงพยาบาล (ฝ่ายจิต) อย่างไรก็ตาม พบว่า นอกเหนือจากรูปแบบการบำบัดในระดับบุคคล/จิตบำบัดแล้ว นักสังคมสงเคราะห์ได้มีการใช้รูปแบบการบำบัดในทุกระดับ เช่นเดียวกัน โดยมีทั้งการบำบัดระดับครอบครัว ระดับกลุ่ม และระดับชุมชน ตามลำดับ

อย่างไรก็ตามเมื่อได้สืบค้นงานวิจัยในประเทศไทย พบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดที่ให้บริการโดยนักสังคมสงเคราะห์โดยตรงที่มีการเผยแพร่ไม่มากนัก หากมีใกล้เคียงจะเป็นงานของวิชาชีพอื่นที่ศึกษาเกี่ยวกับผลการรักษาโดยการใช้จิตบำบัดกับผู้ใช้บริการ โดยพบว่าภายหลังการเข้าร่วมการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิด พฤติกรรม ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมอบรมอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (พรพิมล เพ็ชรกุล, 2554) ในขณะที่ความสัมพันธ์ระหว่างการให้บริการจิตบำบัดกับนักสังคมสงเคราะห์ของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างงานสังคมสงเคราะห์และงานจิตบำบัดมีความสำคัญอย่างมีนัยยะต่อกัน โดยนักสังคมสงเคราะห์ได้เริ่มต้นใช้การจิตบำบัดกับผู้ใช้บริการตั้งแต่ต้นคริสต์ทศวรรษที่ 19 โดยในปัจจุบันสัดส่วนของนักวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ของสหรัฐอเมริกาได้ให้บริการบำบัดแบบสถานบริการเอกชน

(Private Practice) มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ภายในระยะเวลา 20 ปี (Specht, 1990, p. 345)

สำหรับด้านแนวคิด ทฤษฎีที่พบในงานวิจัย พบว่า นักสังคมสงเคราะห์มีการใช้รูปแบบการบำบัดในระดับบุคคล/จิตบำบัด ด้วยการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) มากที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า รูปแบบที่นักสังคมสงเคราะห์และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง ใช้บำบัดรักษากับผู้ไข้ยาเสพติดมากที่สุด คือ การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) (ปริยานุช โชคชนวนิชย์ และ ชานนท์ โกมลมาลย์, 2552) รองลงมาคือรูปแบบการบำบัดแนวชาเทียร์ ซึ่งสอดคล้องกับการมีหน่วยงานที่ฝึกอบรมในประเทศไทยปัจจุบัน เช่น การอบรม CBT มีการฝึกอบรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ของศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จ.อุบลราชธานี คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สำหรับการให้บริการบำบัดในระดับครอบครัวหรือครอบครัวบำบัด พบว่า นักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทในการให้บริการครอบครัวบำบัดจำนวนมาก สาเหตุส่วนหนึ่งเนื่องจากบทบาทของงานสังคมสงเคราะห์ คือ การทำงานกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยสอดคล้องกับงานวิจัยของ สรรกมล กรนุ้ม และ พรทิพย์ วชิรติลก (2559) โดยให้บริการครอบครัวบำบัดแนวชาเทียร์ต่อผู้ใช้บริการที่เป็นวัยรุ่นและครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า เมื่อผู้ใช้บริการเข้ารับการบำบัดครอบครัว พ่อแม่/ผู้ปกครอง/วัยรุ่น เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระหว่างรับการบำบัดที่คล้ายคลึงกัน 4 ลักษณะ คือ 1) มีสมาธิในการทำงาน มีเวลาดูแลลูกมากขึ้น 2) เริ่มเปิดใจรับฟังและเข้าใจกันมากขึ้น เลี่ยงลูกไปในแนวทางเดียวกัน ยอมรับ เริ่มมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน 3) เริ่มตระหนักว่าตนเองมีความสำคัญในการช่วยเหลือและลดการควบคุมพฤติกรรมลูก และ 4) วัยรุ่นเริ่มมีความมั่นใจในตนเองและควบคุมพฤติกรรมตนเองได้มากขึ้น

ภายหลังสิ้นสุดการรับบริการครอบครัวบำบัด พ่อแม่/ผู้ปกครอง/วัยรุ่นเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกัน 3 ลักษณะ คือ 1) มีการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ต่อกันในทางที่ดี 2) มีความภูมิใจในตนเองมากขึ้น และ 3) วัยรุ่นมีความมั่นใจในตนเอง จากการศึกษาครั้งนี้ค้นพบว่าหากพ่อแม่/ผู้ปกครองที่ผ่านการบำบัดครอบครัวตามแนวคิดซาเทียร์มีการทบทวน สิ่งที่ได้พูด และมีการปฏิบัติตามการบ้านที่ได้รับทุกครั้งหลังการบำบัด และมีพฤติกรรมการบ้านต่อเนื่องสม่ำเสมอหลังสิ้นสุดการบำบัด ย่อมส่งผลให้เกิดประสบการณ์การเปลี่ยนแปลงทางบวกอย่างชัดเจน โดยเมื่อพิจารณาภาพรวมของการใช้รูปแบบ/ทฤษฎีในการปฏิบัติงาน พบว่ารูปแบบครอบครัวบำบัดของ เวอร์จิเนีย ซาเทียร์ (Virginia Satir, 1916-1988) ได้รับการยอมรับและถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในประเทศไทยมากกว่าการบำบัดรูปแบบอื่น ๆ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะผู้คิดค้นทฤษฎีเป็นนักสังคมสงเคราะห์และนักครอบครัวบำบัด ได้รับการยกย่องว่าเป็นมารดาของงานครอบครัวบำบัด (<https://www.goodtherapy.org/famous-psychologists/virginia-satir.html>)

นอกจากนี้ยังมีนักสังคมสงเคราะห์ชาวไทยได้เข้ารับการอบรมโดยตรงและนอกจากนี้ยังมีการอบรมให้แก่ นักสังคมสงเคราะห์อย่างต่อเนื่อง เช่น การอบรมหลักสูตรครอบครัวบำบัดสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านครอบครัวและเด็ก (<https://th.ajanukul.go.th>) โดยทีมนักสังคมสงเคราะห์ ณ สถาบันราชานุกูล เป็นต้น

นอกจากนี้จากผลการศึกษาพบว่า มีรูปแบบการบำบัดที่น่าสนใจและได้ถูกนำมาใช้ในงานสังคมสงเคราะห์ ได้แก่ รูปแบบเครือข่ายบำบัดและศิลปะบำบัด โดยรูปแบบเครือข่ายบำบัด พบว่า นักสังคมสงเคราะห์ได้มีการใช้รูปแบบดังกล่าวกับกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด โดย วันทนีย์ วาสิกะสิน (2550) ได้เสนอรูปแบบการใช้กลุ่มเครือข่ายทางสังคมเป็นรูปแบบหนึ่งของกลุ่มบำบัดในงานสังคมสงเคราะห์ โดยสมาชิกที่เข้ามาเข้ากลุ่มเครือข่ายทางสังคมเป็นบุคคลในเครือข่ายทางสังคมของผู้ใช้บริการ เช่น กลุ่มครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน บุคคลในชุมชน บุคคลเหล่านี้ล้วนเป็นเครือข่ายที่ใกล้ชิดกับผู้ใช้บริการและสามารถให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์โดยตรงต่อผู้ใช้บริการ

อย่างไรก็ตามจากการศึกษา พบว่า รูปแบบการบำบัดโดยใช้ศิลปะได้ถูกนำมาใช้ในงานสังคมสงเคราะห์เพิ่มขึ้น โดยเมื่อพิจารณาตามหน่วยงาน พบว่า องค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) มีสัดส่วนของการใช้ศิลปะบำบัดมากกว่าหน่วยงานประเภทอื่น ๆ อย่างไรก็ตาม พบว่า จากการศึกษาของ อัจฉราภรณ์ ทองแฉล้ม (2557) ที่ทำการศึกษาเรื่อง การใช้ศิลปะบำบัดในการปฏิบัติงานให้ความช่วยเหลือเด็กที่ถูกกระทำความรุนแรงของทีมสหวิชาชีพ มีข้อเสนอแนะที่น่าสนใจว่า ควรให้สถานศึกษาในระดับอุดมศึกษาบรรจุวิชาศิลปะบำบัดไว้ในหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการทำงานให้ความช่วยเหลือเด็ก และทีมสหวิชาชีพควรมีโอกาสได้อบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับศิลปะบำบัดเพื่อให้มีประสบการณ์ตรง และในทางปฏิบัติควรมีการประยุกต์ใช้วัสดุอุปกรณ์ที่มีตามบริบทของผู้ปฏิบัติงาน ส่วนในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ ควรนำศิลปะบำบัดไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ เช่น ผู้สูงอายุ คนพิการ และครอบครัว เป็นต้น

นอกจากนี้ในงานของ ทวีศักดิ์ สิริรัตนเลขา (2550) ได้มีการนำโปรแกรมศิลปะบำบัดไปใช้ในกลุ่มวัยรุ่นที่ก่อคดีหรือก่อความรุนแรง พบว่า ผลการใช้โปรแกรมศิลปะบำบัดเป็นที่น่าพอใจ โดยโปรแกรมเน้นการเตรียมความพร้อมทักษะทางสังคม (Pro-social behavior) ให้วัยรุ่นรู้จักทำงานร่วมกัน แก้ไขปัญหาร่วมกัน ผ่านกิจกรรมทางศิลปะ เสริมสร้างทักษะการสื่อสาร การแสดงความคิด ระบายความรู้สึกผ่านงานศิลปะ เสริมสร้างมนุษยสัมพันธ์ทำให้เกิดการเชื่อมสัมพันธ์ภาพซึ่งกันและกัน เรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกัน สร้างเครื่องมือใหม่ในการแก้ไขปัญหาตลอดจนส่งเสริมความภาคภูมิใจแก่กลุ่มวัยรุ่น

ในด้านการอบรมเกี่ยวกับการบำบัดในรูปแบบต่างๆ ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา ในภาพรวมจากการผลการศึกษา พบว่า นักสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาล (ฝ่ายจิต) มีสัดส่วนที่ได้รับการอบรมในระดับบุคคล/จิตบำบัดมากที่สุด รองลงมาคือ การบำบัดในระดับครอบครัว/ ครอบครัวบำบัด การบำบัดในระดับกลุ่ม/กลุ่มบำบัด ในสัดส่วน

ที่เท่ากัน และน้อยที่สุด คือ ชุมชนบำบัด เมื่อพิจารณาตามหน่วยงาน พบว่า องค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) ได้ให้การบำบัดในระดับชุมชน/ชุมชนบำบัดมากกว่าหน่วยงานอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร พบว่า การที่นักสังคมสงเคราะห์ได้รับการอบรมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานหรือให้บริการการบำบัดในระดับบุคคล, ครอบครัว, กลุ่มบำบัด และชุมชนบำบัดแก่ผู้ใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

แนวทางในการพัฒนาความรู้ที่ต้องการ

จากผลการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการการพัฒนาความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างต้องการมากที่สุด พบว่า โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจะมีทักษะและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในระดับหนึ่ง แต่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับฐานแนวคิด/ทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ เนื่องจากหากพิจารณาจากหลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ของมหาวิทยาลัยบางแห่งที่ผ่านมาได้ระบุวิชาการให้การปรึกษาหรือการบำบัดทางด้านจิตสังคมเป็นเพียงวิชาเลือกของนักศึกษาสังคมสงเคราะห์เท่านั้น โดยนักสังคมสงเคราะห์ส่วนใหญ่ได้รับการอบรมเพิ่มเติมภายหลังจากสำเร็จการศึกษา โดยกลุ่มตัวอย่างต้องการให้สถาบันการศึกษาเป็นผู้จัดการอบรม ทั้งนี้ทางผู้ศึกษามีมุมมองว่า ในการจัดอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการบำบัดให้นักสังคมสงเคราะห์ ควรมีการอบรมโดยพิจารณาจากประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน เนื่องจากว่าในกลุ่มผู้เริ่มต้นปฏิบัติงานกับกลุ่มผู้มีประสบการณ์ย่อมมีความรู้และความต้องการการอบรมที่แตกต่างกันซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปริญญา สุขโคตรนวนิชย์ และ ชานนท์ โกมลมาลย์ (2552) ที่ได้มีข้อเสนอแนะต่อหลักสูตรความต้องการการฝึกอบรมแก่นักสังคมสงเคราะห์ที่ให้บริการแก่ผู้ยาเสพติดว่า ควรมีการแบ่งการอบรมออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้เริ่มปฏิบัติงาน (มีระยะเวลาการปฏิบัติงานน้อยกว่า 6 ปี) กับกลุ่มผู้มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน (มีระยะเวลาการปฏิบัติงานนานมากกว่า 6 ปีขึ้นไป) โดยในกลุ่มผู้เริ่มปฏิบัติงานควรเริ่ม

ปูพื้นฐานเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และเทคนิคพื้นฐานในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการปฏิบัติงาน ควรเน้นในด้านความรู้และเทคนิคในการปฏิบัติงานรูปแบบใหม่ ๆ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถนำไปใช้ในการเสริมสร้าง การปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตาม ผู้ศึกษามีมุมมองว่า นักสังคมสงเคราะห์ในประเทศไทยยังมีการใช้รูปแบบการบำบัดที่ยังไม่หลากหลายที่ควร ส่วนหนึ่งมาจากการไม่มีหลักสูตรอบรมเฉพาะด้าน นอกจากนี้เมื่อสำรวจสถานภาพองค์ความรู้เกี่ยวกับเอกสารทางวิชาการในประเทศไทย พบว่า มีหนังสือ งานวิจัย และเอกสารวิชาการที่น่าสนใจของ นักวิชาการหลายท่านที่พยายามศึกษาในประเด็นดังกล่าว อาทิ ครอบครวับำบัดใน ผู้ป่วยเด็กที่มีบุคลิกภาพผิดปกติ (กิตติยา นรามาศ, 2529) ครอบครวับำบัดในงาน สังคมสงเคราะห์ (สุพิศ ศาสตรระสิงห์, 2538) ครอบครวับำบัดสำหรับผู้ปฏิบัติงาน ด้านครอบครวัและเด็ก (สดใส คัมทรัพย์อนันต์, 2554) การบำบัดตามแนวการบำบัด แนวหลังสมัยใหม่ในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ (ชานนท์ โกมลมาลย์, 2557) หนังสือกลุ่มครอบครวับำบัดแนวแซทเทียร์ (สดใส คัมทรัพย์อนันต์, 2561) และ งานของ กิติพัฒน์ นนทปัทมเดช (2561ก) เกี่ยวกับรูปแบบการปฏิบัติงาน สังคมสงเคราะห์แนวเรื่องเล่า: การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์บนฐานแนวคิดหลัง ทันสมัย รูปแบบการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ที่ใช้การบำบัดระยะสั้นแบบรวมศูนย์ เพื่อทางออกของปัญหา (Solution-Focused Brief Therapy for Social Work Practice (2561) การบำบัดด้วยระบบภาษาความร่วมมือร่วมใจ (Collaborative Language Systems Therapy) (2561) โดยหนังสือและบทความเหล่านี้ได้มี ความก้าวหน้าในเชิงการบำบัดที่นักสังคมสงเคราะห์ส่วนใหญ่สามารถนำมา ประยุกต์ใช้ในการเปิดมุมมององค์ความรู้ใหม่เพื่อนำไปสู่แนวทางการปฏิบัติงาน และการมีเครื่องมือในการบำบัดที่หลากหลาย ทั้งนี้สอดคล้องกับบริบทปัญหาและ ความต้องการของผู้ใช้บริการเป็นสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. สถาบันการศึกษาสังคมสงเคราะห์และองค์กรวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ควรบรรจุหลักสูตร องค์ความรู้ด้านการบำบัดในเชิงจิตสังคมสำหรับนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้ให้นักศึกษาสังคมสงเคราะห์มีแนวทางและเครื่องมือในการปฏิบัติงานในอนาคต
2. สถาบันการศึกษาสังคมสงเคราะห์และองค์กรวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ควรจัดอบรมหลักสูตรต่อเนื่อง ด้านการบำบัดที่หลากหลาย อาทิ การบำบัดแนวเรื่องเล่า การเล่นบำบัด ทายบำบัด ฯลฯ เพื่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพนักสังคมสงเคราะห์
3. สถาบันการศึกษาสังคมสงเคราะห์และองค์กรวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ควรมีการจัดอบรมหลักสูตรรูปแบบการบำบัดต่างๆ แก่นักสังคมสงเคราะห์ ในรูปแบบทางเลือกที่เอื้อให้นักสังคมสงเคราะห์ได้พัฒนาความรู้และศักยภาพได้ด้วยตนเอง เช่น การอบรมทางไกล การอบรมออนไลน์ในลักษณะการเรียนรู้ด้วยตนเอง ในลักษณะที่สามารถเก็บหน่วยกิตในการต่อใบประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ได้
4. สถาบันการศึกษาสังคมสงเคราะห์และองค์กรวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ควรจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการประยุกต์ใช้รูปแบบการบำบัดระหว่างนักสังคมสงเคราะห์ของหน่วยงานที่มีความโดดเด่นด้านรูปแบบการบำบัดเฉพาะด้าน แก่หน่วยงานที่มีความสนใจหรือมีกลุ่มเป้าหมายในการให้บริการที่คล้ายคลึงกัน เช่น เวทีนำเสนองาน บทความ หรือเผยแพร่ในสื่อ/เทคโนโลยีต่าง ๆ เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน
5. องค์กรวิชาชีพสังคมสงเคราะห์และหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ควรพัฒนานักสังคมสงเคราะห์ที่มีประสบการณ์การบำบัดมาสู่การเป็น “พี่เลี้ยง” หรือ “ที่ปรึกษา” ระหว่างหน่วยงานให้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานเพียงคนเดียวในหน่วยงานหรือนักสังคมสงเคราะห์ที่เริ่มต้นปฏิบัติงานหรือเป็นนักสังคมสงเคราะห์
6. สถาบันการศึกษาสังคมสงเคราะห์และองค์กรวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ควรส่งเสริมให้นักสังคมสงเคราะห์พัฒนารูปแบบหรือเทคนิคการบำบัดในระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่ม ชุมชน ฯลฯ โดยให้ความสำคัญแก่รูปแบบบำบัดแบบพื้นถิ่น (indigenous approach) ที่สอดคล้องกับลักษณะของผู้ใช้บริการชาวไทย

ข้อเสนอต่องานวิจัยในอนาคต

ควรมีการทํารว้จยในลักษณะการพัฒนางานประจำส่่งงานวิจัย (R2R) งานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ในหลากหลายกลุ่มเป้าหมายเพื่อทดสอบประสิทธิภาพและประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดในแต่ละรูปแบบว่ารูปแบบใดสอดคล้องกับบริบทสังคมไทย

เอกสารอ้างอิง

- กฤษฎา แก้วเกลี้ยง. (2558). โครงสร้างของสถาบันที่มีการจัดการแบบเบ็ดเสร็จ (Total Institution) ที่นำหลักการชุมชนบำบัด (Therapeutic Community) มาประยุกต์ใช้กรณีศึกษาศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดลาดหลุมแก้ว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา.
- กิตติยา นรามาศ. (2529). ครอบครัวบำบัดในผู้ป่วยเด็กที่มีบุคลิกภาพผิดปกติ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์.
- กิตติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์. (2561ก). รูปแบบการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์แนวเรื่องเล่า: การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์บนฐานแนวคิดหลังทันทสมัยารปฏิบัติงานสังคม. เอกสารคำสอนวิชา สค.222 หลักและวิธีการสังคมสงเคราะห์ 1 ภาค 1/2561. (อัสสำเนา).
- กิตติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์. (2561ข). รูปแบบการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ที่ใช้การบำบัดระยะสั้นแบบรวมศูนย์เพื่อทางออกของปัญหา. เอกสารคำสอนวิชา สค.222 หลักและวิธีการสังคมสงเคราะห์ 1 ภาค 1/2561. (อัสสำเนา).
- กิตติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์. (2561ค). การบำบัดด้วยระบบภาษาความร่วมมือร่วมใจ. เอกสารคำสอนวิชา สค.222 หลักและวิธีการสังคมสงเคราะห์ 1 ภาค 1/2561. (อัสสำเนา).
- จันทิมา องค์โฆษิต. (2547). จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป. กรุงเทพฯ: ยูเนียนครีเอชั่น.
- จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์. (2558). จิตบำบัดในชีวิตประจำวัน. สืบค้นจาก [http://medinfo.psu.ac.th/smj2/33_6_2015/6_jarurin%20\(58014\).pdf](http://medinfo.psu.ac.th/smj2/33_6_2015/6_jarurin%20(58014).pdf).

- ชานนท์ โกมลมาลย์. (2557). การบำบัดตามแนวการบำบัดแนวหลังสมัยใหม่ในการปฏิบัติงาน
สังคมสงเคราะห์, วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,
22 (2), 26-53.
- ชฎาภา ประเสริฐทรง. (2558). การประยุกต์ใช้การบำบัดแบบย้อมที่มุ่งเน้นคำตอบใน
การพยาบาลครอบครัว. สืบค้นจาก [http://medinfo.psu.ac.th/smj2/33_6_2015/6_jarurin%20\(58014\).pdf](http://medinfo.psu.ac.th/smj2/33_6_2015/6_jarurin%20(58014).pdf)
- ดวงมณี จงรักษ์. (2549). ทฤษฎีการให้การปรึกษาและจิตบำบัดเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: สมาคม
ส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น).
- ทวีศักดิ์ สิริรัตนเรขา. (2560). ศิลปะบำบัด. สืบค้นจาก http://www.happyhomeclinic.com/alt02-arttherapy_artandscience.htm.
- ทวีศักดิ์ สิริรัตนเรขา. (2550). ศิลปะบำบัด ศาสตร์และศิลป์แห่งการบำบัด. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์คุรุสภา ลาดพร้าว.
- ทัศนีย์ ดันทวิวงศ์, เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, และ ชีรพร สติธังกูร. (2542). การให้คำปรึกษา
แบบกลุ่ม. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา.
- ทินกร วงศ์ปลารันย์. (2555). จิตบำบัด: ทฤษฎีและเทคนิค. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่, คณะแพทยศาสตร์, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์.
- นัยนันต์ จิตประพันธ์. (2555). กลุ่มกิจกรรมบำบัด (Group Activity Therapy). สืบค้นจาก
<http://www.bcnsk.ac.th/main/file/psy/Group%20Activity%20therapy.pdf>
- เบญจพร ปัญญา. (2537). ผลที่ได้รับการทำกลุ่มจิตบำบัดในวัยรุ่นหญิงที่ถูกทารุณกรรม
ทางเพศ. กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพจิต.
- ปริญญช ไขคอนวณิช และ ชานนท์ โกมลมาลย์. (2552). ความต้องการการฝึกอบรม
การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ด้านยาเสพติด (ภายใต้โครงการปฏิบัติการเพื่อ
ขับเคลื่อนกระบวนการการพัฒนาศักยภาพการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์
ด้านยาเสพติด). สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และ สมาคมนักสังคมสงเคราะห์
แห่งประเทศไทย.
- พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา และ วิไลลักษณ์ พงษ์โสภา. (2556). ทฤษฎีและเทคนิคการให้บริการ
ปรึกษา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พรพิมล เพ็ชรกุล. (2554). การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลและการใช้
ละครจิตบำบัดที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย. ปริญญานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, คณะศึกษาศาสตร์.
- ลัดดาวรรณ ณ ระนอง. (2560). การให้การปรึกษารอบครัวสำหรับครูที่ปรึกษา.
สืบค้นจาก [https://www.tci-thaijo.org/index.php/Veridian-
Journal/article/download/97618/76026](https://www.tci-thaijo.org/index.php/Veridian-Journal/article/download/97618/76026).
- เลิศศิริ บวรกิตติ. (2553). ศิลปกรรมบำบัดสังเขป. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- วันทนี วาสิกะสิน. (2550). การใช้เครือข่ายทางสังคมเพื่อการบำบัดในงานสังคมสงเคราะห์.
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์.
- วันทนี วาสิกะสิน. (2552). การพัฒนาทักษะการบำบัดในกลุ่มในการปฏิบัติงานสังคม-
สงเคราะห์จิตเวช. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์.
- วันทนี วาสิกะสิน. (2555). จิตสังคมบำบัดในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์. กรุงเทพฯ:
สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2558). จิตวิทยาบุคลิกภาพร่วมสมัยและจิตบำบัด. กรุงเทพฯ:
หมอชาวบ้าน.
- ศุภลักษณ์ เข็มทอง. (2551). กิจกรรมบำบัดพัฒนาชีวิต. กรุงเทพฯ: แสงดาว.
- ศูนย์ฟื้นฟูและพัฒนาจิตใจผู้ติดยาเสพติด บ้านพึงสุข. (2557). TC หรือ ชุมชนบำบัด คืออะไร.
<https://www.banphuengsuk.com/14611807/tc%E0%B8%84%E0%B7%E0%B8%AD%E0%B8%AD%E0%B8%B0%E0%B9%84%E0%B8%A3>.
- สไตส์ คัมทรัพย์อนันต์. (2554). ครอบครัวบำบัดสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านครอบครัวและ
เด็ก. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สไตส์ คัมทรัพย์อนันต์. (2561). กลุ่มครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สถาบันธัญญารักษ์. (2547). คู่มือนักบำบัดครอบครัวในคลินิก. สืบค้นจาก
<http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/clinic%20.pdf>

สุพิศ ศาสตรระสิงห์. (2538). *ครอบครัวบำบัดในงานสังคมสงเคราะห์*. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.

อรพรรณ วิญญวรณ. (2530). กิจกรรมบำบัด. กรุงเทพฯ: โอ.เอส. พรินติ้ง เฮาส์.

อินทิตรา พัวสกล. (2539). *คู่มือกลุ่มจิตบำบัดสำหรับนักสหภาพจิต*. นนทบุรี: กรมสหภาพจิต.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2554). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว.

American Psychological Association. (2017). *Psychoanalysis VS. Psychodynamic therapy*. Retrieved from <http://www.apa.org/monitor/2017/12/psychoanalysis-psychodynamic.aspx>.

Art Therapy Blog. (2008). *What is Art Therapy?*. Retrieved from <http://www.arttherapyblog.com/what-is-art-therapy/>.

Brandell, J.R. (2011). *Theory and practice in clinical social work*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Caroline, C. & Tessa, D. (1993). *The handbook of art therapy*. London: Routledge.
- Medical dictionary. (2017). *Art Therapy*. Retrieved from <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/art+therapy>.
- Moon, B. L. (2016). *Art-based Group Therapy: Theory and Practice: Vol. Second edition*. Charles C Thomas.
- Loue, S. (2012). *Expressive therapies for sexual issues: a social work perspective*. Springer.
- Psychology Today. (2007). *Art Therapy*. Retrieved from <https://www.Psychologytoday.com/us/therapy-types/art-therapy>.
- Satir, V. (1991). *The Satir model: family therapy and beyond*. Science and Behavior Books.
- Satir, V. (2018). *Virginia Satir Biography*. Retrieved from <https://www.goodtherapy.org/famous-psychologists/virginia-satir.html>.
- Simmons, J., & Griffiths, R. (2010). *CBT for beginners*. SAGE.
- Specht, H. (1990). Social work and the popular psychotherapies. *Social Service Review*, 64, (3), 345-357. doi:10.1086/603775.
- The British association of art therapists. (2014). *What is art therapy?*. Retrieved from <http://www.baat.org/About-Art-Therapy>.
- The New Medicine. (2006). *THERAPIES: Common IM Treatments*. Retrieved from http://www.thenewmedicine.org/about_integrative_medicine/treatments.html.
- Timberlake, E. M., & Cutler, M. M. (2001). *Developmental play therapy in clinical social work*. Allyn and Bacon.
- Wikipedia. (2016). *Art Therapy*. Retrieved from https://en.wikipedia.org/wiki/Art_therapy.
- Wikipedia. (2017). *Person-centered systems theory*. Retrieved from https://en.wikipedia.org/wiki/Person-centered_therapy.
- Zastrow, C. (1992). *The practice of social work*. CA: Brooks/Cole.