

การพัฒนากระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดต่อการลดความบกพร่อง
ในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด

อารีย์ ชันติธรรมกุล

คู่มือฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา

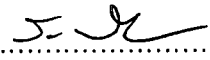
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

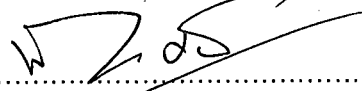
สิงหาคม 2559

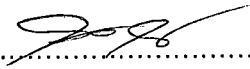
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมคุณวุฒินิพนธ์และคณะกรรมการสอบคุณวุฒินิพนธ์ ได้พิจารณา
คุณวุฒินิพนธ์ของ อารีย์ ขันดิธรรมกุล ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

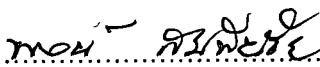
คณะกรรมการควบคุมคุณวุฒินิพนธ์



.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ระพีพันธ์ ฉายวิมล)

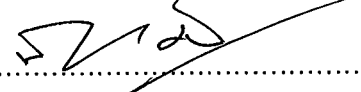

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(รองศาสตราจารย์ ดร.นัยพินิจ คชภักดี)

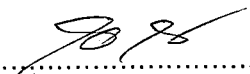

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ สุทธิชาติพิพย์)


คณะกรรมการสอบคุณวุฒินิพนธ์


.....ประธาน
(ศาสตราจารย์ ดร.พจน์ สะเพียรชัย)

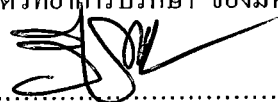

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ระพีพันธ์ ฉายวิมล)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.นัยพินิจ คชภักดี)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ สุทธิชาติพิพย์)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ไพรัตน์ วงษ์นาม)

คณะศึกษาศาสตร์อนุมัติให้รับคุณวุฒินิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา ของมหาวิทยาลัยบูรพา


..... คณบดีคณะศึกษาศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วิจิต สุรัตน์เรืองชัย)

วันที่...11...เดือน...สิงหาคม...พ.ศ. 2559

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ประจำภาคเรียนปลาย ปีการศึกษา 2557

กิตติกรรมประกาศ

คุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความรู้ที่ได้รับการประสิทธิ์ประสาทจากจากคณาจารย์ทั้งหลาย ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน และได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ระพีพันธ์ ฉายวิมล ประธานกรรมการที่ปรึกษาคุษฎีนิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.นัยพินิจ คชภักดี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ สุทธิชาติพิทย กรรมการที่ปรึกษาคุษฎีนิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน เอาใจใส่ให้กำลังใจ และอยู่เคียงข้างอย่างมั่นคงเสมอมา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.พจน์ สะเพียรชัย ประธานกรรมการสอบคุษฎีนิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.ไพรัตน์ วงษ์นาม กรรมการสอบคุษฎีนิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำเพื่อให้คุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉลอง ทับศรี รองศาสตราจารย์ ดร.อนงค์ วิเศษสุวรรณ นายแพทย์ทรงสิทธิ์ อุดมสิน ดร.ชมพูนุท ศรีจันทร์นิล ดร.มฤฎ์ แก้วจินดา ที่กรุณาใช้เวลาในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ และขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์แพทย์หญิงนิตยา คชภักดี รองศาสตราจารย์ วิณี ชิดเชิดวงศ์ ดร.ชลดาว ปุราณานนท์ ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัย รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณนักวิชาการทั้งในและต่างประเทศ ที่ปรากฏนามในคุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้ที่ผู้วิจัยได้รับความรู้จากผลงานวิชาการของท่าน

ขอขอบคุณผู้อำนวยการ นางพยาบาล เจ้าหน้าที่ และเด็ก ๆ ในมูลนิธิ และโรงพยาบาลที่เอื้ออำนวยให้การเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ผู้เป็นแรงบันดาลใจ และให้การสนับสนุนในทุกรูปแบบในการศึกษาของผู้วิจัยตลอดมา ขอขอบคุณกำลังใจอันมั่นคงและการสนับสนุนอย่างสุดกำลังจากพี่ ๆ สมาชิกทุกคนในครอบครัว และกัลยาณมิตรทุกท่าน คุณค่าและประโยชน์ของคุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตาแด่บุพการี บูรพคณาจารย์ทั้งทางโลกและทางธรรม รวมถึงผู้มีพระคุณทุกท่านตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

อารีย์ ขันดิธรรมกุล

53810224: สาขาวิชา: จิตวิทยาการปรึกษา; ปร.ด. (จิตวิทยาการปรึกษา)

คำสำคัญ: กระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด/ การลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง/ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด

อารีย์ ชันดิธรรมกุล: การพัฒนากระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดต่อการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด (THE DEVELOPMENT OF THOUGHT FIELD THERAPY ON REDUCTION OF BEHAVIOR DYSFUNCTION OF EXECUTIVE FUNCTIONS OF HIV ADOLESCENTS SINCE BIRTH) คณะกรรมการควบคุมคุกกี้พิมพ์: ระพีพันธ์ ฉายวิมล, ก.ด., นัยพินิจ คชภักดี, Ph.D., สุรินทร์ สุทธิชาติพิชัย, Ed.D. 261 หน้า. ปี พ.ศ. 2559.

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ต่อการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่มีคะแนนความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ที่ 75 ขึ้นไป จำนวน 16 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 8 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย แบบทดสอบการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง-ฉบับรายงานตนเอง แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบวัดความเครียดสวนปรง มาตรฐานวัดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล และโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด ดำเนินการวิจัยโดยการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด จำนวน 10 ครั้ง และดำเนินการเก็บข้อมูล 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม

ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ลงอยู่ในระดับต่ำกว่าวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่องในการบริการจัดการศักยภาพของสมองในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ลงอยู่ในระดับต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

53810224: MAJOR: COUNSELING PSYCHOLOGY; Ph.D.

(COUNSELING PSYCHOLOGY)

KEY WORDS: THOUGHT FIELD THERAPY/ REDUCTION OF BEHAVIOR

DYSFUNCTION EXECUTIVE FUNCTIONS/ HIV

AREE KANTITAMMAKOOL: THE DEVELOPMENT OF THOUGHT FIELD THERAPY ON REDUCTION OF BEHAVIOR DYSFUNCTION OF EXECUTIVE FUNCTIONS OF HIV ADOLESCENTS SINCE BIRTH. ADVISORY COMMITTEE: RAPIN CHAYVIMOL, Ph.D., NAIPHINICH KOTCHABHAKDI, Ph.D., SURIN SUTHITHSTIP, Ed.D. 261 P. 2016.

This experimental research aimed at studying the effects of Thought Field Therapy Program on HIV adolescents. The sample consisted of 16 HIV adolescents since birth whose executive functions raw score was higher than 75 percentile. The sample were divided into two groups by simple random sampling which were assigned into the experimental group and the control group, with eight members in each. The instruments were Behavior Rating Inventory of Executive Function-Self Report Version; Mini – Mental State Examination Thai version; Suanprung Stress Test; Subjective Units of Distress Scale and Thought Field Therapy Program. The data collecting procedure was divided into three phases: The pre- experimental, post-experimental and the follow-up phase. The data were analyzed by repeated measure analysis of variance, one between-subjects and one within-subject.

The results indicated that there was statistically significant interaction at .05 level between the methodology and the duration of experiment. The HIV adolescents since birth in the experimental group had lower mean scores of behavior dysfunction of executive functions than those of control group in the post-experimental and follow-up phases with statistically significant at .05 level. The HIV adolescents in the experimental group had lower mean scores of behavior dysfunction of executive functions in the post- experimental and follow-up phases with statistically significant at .05 level.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	จ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์ในการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	12
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพ ของสมองของวัยรุ่น.....	14
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดตามกระบวนการบำบัด ด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Fiele Therapy: TFT).....	19
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	41
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	43
การดำเนินการวิจัย.....	50
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	56

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอข้อมูล.....	57
การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	58
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	58
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	165
สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	166
อภิปรายผล.....	167
ข้อเสนอแนะ.....	189
บรรณานุกรม.....	190
ภาคผนวก.....	195
ภาคผนวก ก.....	196
ภาคผนวก ข.....	202
ภาคผนวก ค.....	232
ภาคผนวก ง.....	239
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	261

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	แบบแผนการทดลองแบบ Randomized Pretest-Posttest Control Group Design..... 51
2	จำนวนและร้อยละของข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง..... 59
3	ค่าสถิติพื้นฐานของความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด จำแนกรายด้าน 8 ด้าน..... 60
4	ค่าสถิติพื้นฐานของความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด รวมทุกด้าน..... 64
5	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยรวม..... 66
6	ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง โดยรวม ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 68
7	ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะหลังการทดลอง โดยรวม ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 69
8	ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะติดตามผล โดยรวม ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 70
9	ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) โดยรวม..... 71
10	ผลการเปรียบเทียบผลต่างของทดสอบผลย่อยของค่าเฉลี่ยความบกพร่อง ในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง โดยรวม ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎี สนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผลด้วยวิธีทดสอบแบบนิวแมน-คูล (Newman-Keuls Method)..... 72
11	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพ ของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามด้านที่ 1 การยับยั้งชั่งใจ (Inhibit)..... 73

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
12 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง จำแนกตามด้านที่ 1 การยับยั้งชั่งใจ (Inhibit) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิดในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วย ทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT).....	74
13 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะหลังการทดลอง จำแนกตาม ด้านที่ 1 การยับยั้งชั่งใจ (Inhibit) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในกลุ่มที่ได้รับการ บำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT).....	75
14 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะติดตามผล จำแนกตามด้านที่ 1 การยับยั้งชั่งใจ (Inhibit) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในกลุ่มที่ได้รับ การบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT).....	76
15 ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) จำแนกตามด้านที่ 1 การยับยั้งชั่งใจ (Inhibit).....	77
16 ผลการเปรียบเทียบผลต่างของทดสอบผลย่อยของค่าเฉลี่ยความบกพร่อง ในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ด้านที่ 1 การยับยั้งชั่งใจ (Inhibit) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการ บำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผลด้วยวิธีทดสอบ แบบนิวแมน-คูล (Newman-Keuls Method).....	78
17 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามด้านที่ 2 การปรับพฤติกรรมและความคิด (Shift).....	79
18 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง จำแนกตาม ด้านที่ 2 การปรับพฤติกรรมและความคิด (Shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	80

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า	
19	ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะหลังการทดลอง จำแนกตาม ด้านที่ 2 การปรับพฤติกรรมและความคิด (Shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	81
20	ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะติดตามผล จำแนกตามด้านที่ 2 การปรับพฤติกรรมและความคิด (Shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	82
21	ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) จำแนกตามด้านที่ 2 การปรับพฤติกรรมและความคิด (Shift).....	83
22	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของ สมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามด้านที่ 2b การปรับพฤติกรรม (Behavioral shift).....	84
23	ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง จำแนกตาม ด้านที่ 2b การปรับพฤติกรรม (Behavioral Shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	85
24	ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะหลังการทดลอง จำแนกตาม ด้านที่ 2b การปรับพฤติกรรม (Behavioral Shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	86
25	ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะติดตามผล จำแนกตาม ด้านที่ 2b การปรับพฤติกรรม (Behavioral Shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	87
26	ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) จำแนกตามด้านที่ 2b การปรับพฤติกรรม (Behavioral Shift).....	88

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า	
27	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของ สมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในระยะก่อนการทดลอง หลังการ ทดลองและระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามด้านที่ 2c การปรับความคิด (Cognitive shift).....	89
28	ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง จำแนกตาม ด้านที่ 2c การปรับความคิด (Cognitive Shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	90
29	ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะหลังการทดลอง จำแนกตาม ด้านที่ 2c การปรับความคิด (Cognitive shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	91
30	ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะติดตามผล จำแนกตามด้านที่ 2c การปรับความคิด (Cognitive shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	92
31	ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) จำแนกตามด้านที่ 2c การปรับความคิด (Cognitive shift).....	93
32	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของ สมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามด้านที่ 3 การควบคุมอารมณ์ (Emotional control)	94
33	ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง จำแนกตาม ด้านที่ 3 การควบคุมอารมณ์ (Emotional Control) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	96
34	ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะหลังการทดลอง จำแนกตาม ด้านที่ 3 การควบคุมอารมณ์ (Emotional Control) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	97

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า	
35	ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะติดตามผล จำแนกตามด้านที่ 3 การควบคุมอารมณ์ (Emotional Control) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	98
36	ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) จำแนกตามด้านที่ 3 การควบคุมอารมณ์ (Emotional control).....	99
37	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามด้านที่ 4 การติดตามตรวจสอบ (Monitor).....	100
38	ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง จำแนกตามด้านที่ 4 การติดตามตรวจสอบ (Monitor) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	101
39	ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะหลังการทดลอง จำแนกตามด้านที่ 4 การติดตามตรวจสอบ (Monitor) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	102
40	ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะติดตามผล จำแนกตามด้านที่ 4 การติดตามตรวจสอบ (Monitor) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	103
41	ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) จำแนกตามด้านที่ 4 การติดตามตรวจสอบ (Monitor).....	104
42	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามด้านที่ 5 ความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working Memory).....	105

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
43 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง จำแนกตามด้านที่ 5 ความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working Memory) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	107
44 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะหลังการทดลอง จำแนกตามด้านที่ 5 ความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working Memory) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	108
45 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะติดตามผล จำแนกตามด้านที่ 5 ความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working Memory) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	109
46 ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) จำแนกตามด้านที่ 5 ความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working Memory).....	110
47 ผลการเปรียบเทียบผลต่างของทดสอบผลย่อยของค่าเฉลี่ยความบกพร่อง ในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working Memory) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับการบำบัด ตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยวิธีทดสอบ แบบนิวแมน-คูล (Newman-Keuls Method).....	111
48 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามด้านที่ 6 ด้านการวางแผน/ การจัดระเบียบ (Plan/ Organization).....	112
49 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง จำแนกตาม ด้านที่ 6 ด้านการวางแผน/ การจัดระเบียบ (Plan/ Organization) ของวัยรุ่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	114

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า	
50	ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะหลังการทดลอง จำแนกตาม ด้านที่ 6 ด้านการวางแผน/ การจัดระเบียบ (Plan/ Organization) ของวัยรุ่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	115
51	ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะติดตามผล จำแนกตามด้านที่ 6 การวางแผน/การจัดระเบียบ (Plan/Organization) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	116
52	ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) จำแนกตาม ด้านที่ 6 การวางแผน/การจัดระเบียบ (Plan/Organization).....	117
53	ผลการเปรียบเทียบผลต่างของทดสอบผลย่อยของค่าเฉลี่ยความบกพร่อง ในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการวางแผน/ การจัดระเบียบ (Plan/ Organization) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับการบำบัด ตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยวิธีทดสอบ แบบนิวแมน-คูล (Newman-Keuls Method).....	118
54	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของ สมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ แรกเกิดในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามด้านที่ 7 การจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of materials).....	119
55	ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง จำแนกตามด้านที่ 7 การจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of Materials) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	121
56	ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะหลังการทดลอง จำแนกตามด้านที่ 7 การจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of materials) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	122

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า	
57	ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะติดตามผล จำแนกตามด้านที่ 7 การจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of materials) ของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	123
58	ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) จำแนกตามด้านที่ 7 การจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of Materials).....	124
59	ผลการเปรียบเทียบผลต่างของทดสอบผลย่อยของค่าเฉลี่ยความบกพร่อง ในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of materials) ของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับการบำบัด ตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยวิธีทดสอบ แบบนิวแมน-คูล (Newman-Keuls Method).....	125
60	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของ สมองของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามด้านที่ 8 การทำงานให้เสร็จสิ้น (Task completion).....	126
61	ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง จำแนกตาม ด้านที่ 8 การทำงานให้เสร็จสิ้น (Task Completion) ของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	128
62	ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะหลังการทดลอง จำแนกตาม ด้านที่ 8 การทำงานให้เสร็จสิ้น (Task Completion) ของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	129
63	ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะติดตามผล จำแนกตามด้านที่ 8 การทำงานให้เสร็จสิ้น (Task Completion) ของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	130

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
64 ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) จำแนกตามด้านที่ 8 การทำงานให้เสร็จสิ้น (Task Completion).....	131
65 ผลการเปรียบเทียบผลต่างของทดสอบผลย่อยของค่าเฉลี่ยความบกพร่อง ในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการทำงานให้เสร็จสิ้น (Task completion) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับการบำบัด ตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยวิธีทดสอบ แบบนิวแมน-คูล (Newman-Keuls Method).....	132
66 ค่าคะแนนดิบและคะแนน T score ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพ ของสมองรวมทุกด้าน ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล.....	133
67 ค่าคะแนนดิบ Behavioral Regulation Index (BRI) และคะแนน T score ของความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล.....	138
68 ค่าคะแนนดิบ Metacognition Index (MI) และคะแนน T score ความบกพร่อง ในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะ หลังการทดลอง และระยะติดตามผล.....	137
69 คะแนนดิบเฉลี่ย และ ค่า T score เฉลี่ย ของความบกพร่องในการบริหารจัดการ ศักยภาพของสมองจำแนกรายด้าน ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล.....	159
70 คะแนนดิบและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด คนที่ 1 ในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล.....	141
71 คะแนนดิบและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด คนที่ 2 ในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล.....	144

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า	
72	คะแนนดิบและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด คนที่ 3 ในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล.....	147
73	คะแนนดิบและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด คนที่ 4 ในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล....	150
74	คะแนนดิบและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด คนที่ 5 ในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล....	
75	คะแนนดิบและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด คนที่ 6 ในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล...	156
76	คะแนนดิบและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด คนที่ 7 ในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อน การทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล.....	159
77	คะแนนดิบและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด คนที่ 8 ในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล	162
78	ค่า Reliability ของแบบทดสอบการบริหารจัดการศึกษาของสมอง ฉบับรายงานตนเอง (Behavior Rating Inventory of Executive Function-Self Report Version (BRIEF-SR)).....	233
79	ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในที่ได้รับการบำบัดแบบปกติโดยรวม.....	240
80	ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ จำแนกตามด้านที่ 1 การยับยั้งชั่งใจ (Inhibit).....	240
81	ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ จำแนกตามด้านที่ 2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และความคิด (Shift)	240
82	ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ จำแนกตามด้านที่ 2b การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral shift).....	241

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า	
83	ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ จำแนกตามด้านที่ 2c การปรับความคิด (Cognitive shift)...	241
84	ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ จำแนกตามด้านที่ 3 การควบคุมอารมณ์ (Emotional control).....	241
85	ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ จำแนกตามด้านที่ 4 การติดตามตรวจสอบ (Monitor).....	242
86	ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ จำแนกตามด้านที่ 5 ความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working Memory).....	242
87	ผลการเปรียบเทียบผลต่างของทดสอบผลย่อยของค่าเฉลี่ยความบกพร่อง ในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working memory) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัด แบบปกติ ในระยะก่อนทดลองระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยวิธีทดสอบแบบนิวแมน-คูล (Newman-Keuls Method).....	243
88	ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ จำแนกตามด้านที่ 6 การวางแผน/ การจัดระเบียบ (Plan/ Organization).....	243
89	ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ จำแนกตามด้านที่ 7 การจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of Materials).....	244
90	ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ จำแนกตามด้านที่ 8 การทำงานให้เสร็จสิ้น (Task completion).....	244
91	คะแนนดิบและค่าคะแนน T score ของคนที่ 1 ในกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล.....	245

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า	
92	คะแนนดิบและค่าคะแนน T score ของคนที่ 2 ในกลุ่มควบคุม ในระะยะก่อนการทดลอง ระะยะหลังการทดลอง และระะยะติดตามผล.....	247
93	คะแนนดิบและค่าคะแนน T score ของคนที่ 3 ในกลุ่มควบคุม ในระะยะก่อนการทดลอง ระะยะหลังการทดลอง และระะยะติดตามผล.....	249
94	คะแนนดิบและค่าคะแนน T score ของคนที่ 4 ในกลุ่มควบคุม ในระะยะก่อนการทดลอง ระะยะหลังการทดลอง และระะยะติดตามผล.....	251
95	คะแนนดิบและค่าคะแนน T score ของคนที่ 5 ในกลุ่มควบคุม ในระะยะก่อนการทดลอง ระะยะหลังการทดลอง และระะยะติดตามผล.....	253
96	คะแนนดิบและค่าคะแนน T score ของคนที่ 6 ในกลุ่มควบคุม ในระะยะก่อนการทดลอง ระะยะหลังการทดลอง และระะยะติดตามผล.....	255
97	คะแนนดิบและค่าคะแนน T score ของคนที่ 7 ในกลุ่มควบคุม ในระะยะก่อนการทดลอง ระะยะหลังการทดลอง และระะยะติดตามผล.....	257
98	คะแนนดิบและค่าคะแนน T score ของคนที่ 8 ในกลุ่มควบคุม ในระะยะก่อนการทดลอง ระะยะหลังการทดลอง และระะยะติดตามผล.....	259

สารบัญญภาพ (ต่อ)

ภาพที่	หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย..... 13
2	สัญลักษณ์แทนลำดับขั้นตอนการแตะจุดตามกระบวนการบำบัดด้วย ทฤษฎีสนามแห่งความคิด..... 21
3	จุดต่าง ๆ ในการแตะจุดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด..... 22
4	จุดไพลาร้า..... 24
5	จุด gamut spot, PR spot, little finger spot, index finger spot..... 26
6	จุดต่าง ๆ ที่ต้องแตะตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด..... 26
7	ลำดับขั้นตอนการบำบัดผู้ที่มีบาดแผลในใจ (Truma)..... 28
8	ลำดับขั้นตอนการบำบัดความกลัว ความเครียด และความวิตกกังวล กับลำดับขั้นตอนการบำบัดความโกรธ ความแค้น และความรู้สึกลึกซึ้ง..... 29
9	ลำดับขั้นตอนการบำบัดด้วยทฤษฎีพลังสนามแห่งความคิดเพื่อลดความบกพร่อง ในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด..... 33
10	ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง (ก และ ข เป็นชื่อสมมุติขององค์กรเอกชน) 43
11	กรอบแนวคิดในการการสร้าโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการด้วย ทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ต่อการลดความบกพร่อง ในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด..... 50
12	ลำดับขั้นตอนการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด เพื่อลดความบกพร่อง ในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่น ผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด..... 53
13	กราฟเปรียบเทียบ Subjective Units of Distress Scale ของวัยรุ่น ผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด หลังการการบำบัดด้วยทฤษฎีสนาม แห่งความคิด ของกลุ่มทดลอง..... 65
14	กราฟเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง โดยรวม ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 67

สารบัญญภาพ (ต่อ)

ภาพที่	หน้า
15	95
16	106
17	113
18	120
19	127
20	134
21	136

สารบัญญภาพ (ต่อ)

ภาพที่	หน้า
22 กราฟเปรียบเทียบค่าคะแนน T score ของ Metacognition Index (MI) ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	138
23 กราฟเปรียบเทียบค่า T score เฉลี่ย ของความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลอง.....	140
24 กราฟเปรียบเทียบคะแนนดัชนีความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของคนที่ 1 ในกลุ่มทดลอง.....	142
25 กราฟเปรียบเทียบคะแนนดัชนีความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของคนที่ 2 ในกลุ่มทดลอง.....	145
26 กราฟเปรียบเทียบคะแนนดัชนีความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของคนที่ 3 ในกลุ่มทดลอง.....	148
27 กราฟเปรียบเทียบคะแนนดัชนีความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของคนที่ 4 ในกลุ่มทดลอง.....	151
28 กราฟเปรียบเทียบคะแนนดัชนีความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของคนที่ 5 ในกลุ่มทดลอง.....	154

สารบัญญภาพ (ต่อ)

ภาพที่	หน้า
29 กราฟเปรียบเทียบคะแนนดิบความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพ ของสมองและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของคน ในกลุ่มทดลอง.....	157
30 กราฟเปรียบเทียบคะแนนดิบความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพ ของสมองและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของคน ในกลุ่มทดลอง.....	160
31 กราฟเปรียบเทียบคะแนนดิบความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพ ของสมองและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของคน ในกลุ่มทดลอง.....	163
32 กราฟเปรียบเทียบค่า T score เฉลี่ย ของความบกพร่องในการบริหารจัดการ ศักยภาพของสมองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของกลุ่มควบคุม.....	244
33 กราฟเปรียบเทียบคะแนนดิบความบกพร่องทางสมองในการบริหารจัดการศักยภาพ ของสมองและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของคน ในกลุ่มควบคุม....	246
34 กราฟเปรียบเทียบคะแนนดิบความบกพร่องทางสมองในการบริหารจัดการศักยภาพ ของสมองและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของคน ในกลุ่มควบคุม.....	248
35 กราฟเปรียบเทียบคะแนนดิบความบกพร่องทางสมองในการบริหารจัดการศักยภาพ ของสมองและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของคน ในกลุ่มควบคุม.....	250

สารบัญญภาพ

ภาพที่	หน้า
36 กราฟเปรียบเทียบคะแนนดิบความบกพร่องทางสมองในการบริหารจัดการศักยภาพ ของสมองและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของคนที่ 4 ในกลุ่มควบคุม.....	252
37 กราฟเปรียบเทียบคะแนนดิบความบกพร่องทางสมองในการบริหารจัดการศักยภาพ ของสมองและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของคนที่ 5 ในกลุ่มควบคุม.....	254
38 กราฟเปรียบเทียบคะแนนดิบความบกพร่องทางสมองในการบริหารจัดการศักยภาพ ของสมองและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของคนที่ 6 ในกลุ่มควบคุม.....	256
39 กราฟเปรียบเทียบคะแนนดิบความบกพร่องทางสมองในการบริหารจัดการศักยภาพ ของสมองและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของคนที่ 7 ในกลุ่มควบคุม.....	258
40 กราฟเปรียบเทียบคะแนนดิบความบกพร่องทางสมองในการบริหารจัดการศักยภาพ ของสมองและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของคนที่ 8 ในกลุ่มควบคุม.....	260

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่สำคัญของชีวิตมนุษย์ เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และบุคคลเริ่มแยกตัวออกจากครอบครัวเดิมต้องเรียนรู้และเผชิญปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเอง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2016) ได้กำหนดช่วงอายุของวัยรุ่นสอดคล้องกับ สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์ (2551) โดยแบ่งช่วงวัยรุ่นออกเป็น 3 ช่วงวัย คือ ช่วงวัยรุ่นตอนต้นจะอยู่ในช่วงอายุ 10-13 ปี เป็นวัยที่บุคคลต้องการความเป็นอิสระ ต้องการเรียนรู้โลกภายนอกบ้าน มีลักษณะอารมณ์รุนแรงและเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ ช่วงวัยรุ่นตอนกลางจะมีอายุระหว่าง 14-16 ปี เป็นช่วงวัยที่บุคคล มีพฤติกรรมก้าวร้าวก้าวระหว่างความเป็นเด็กกับความผู้ใหญ่ โดยมีลักษณะพฤติกรรมสำคัญคือต้องการค้นหาความต้องการของตนเอง สัมพันธภาพระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่เริ่มห่างเหินกันมากขึ้น เป็นช่วงวัยที่บุคคลมีโอกาสสูงในการเกิดความขัดแย้งกับพ่อแม่ และช่วงวัยรุ่นตอนปลาย มีอายุระหว่าง 17-19 ปี เป็นช่วงวัยที่บุคคลมีลักษณะพฤติกรรมเป็นไปในรูปแบบของพฤติกรรมผู้ใหญ่ มีพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ระบบพัฒนาการทางเพศเจริญเติบโตสมบูรณ์เต็มที่ ต้องการมีอิสระในการตัดสินใจเรื่องเกี่ยวกับตนเอง และเป็นช่วงวัยที่บุคคลให้ความสำคัญกับการสร้างความรัก ต้องการความรัก และมีความสนใจในสัมพันธภาพแบบหนุ่มสาว ดังนั้นชีวิตช่วงวัยรุ่นจึงเป็นช่วงสำคัญของการตัดสินใจ ซึ่งจากการศึกษาของ สุนิสา ประวิชัย (2548) พบว่า การตัดสินใจของวัยรุ่นส่วนใหญ่มีลักษณะการตัดสินใจแบบเน้นการลองผิดลองถูก ซึ่งอาจทำให้บุคคลมีการตัดสินใจผิดพลาดได้ง่าย

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ของวัยรุ่น จึงเป็นช่วงวัยที่บุคคลต้องมีการพึ่งพาตนเองมากขึ้น มีความต้องการให้ตนเองเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน และสังคม (Santrock, 2001) แต่เนื่องจากสถานการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตนด้านต่าง ๆ มีความซับซ้อนจึงทำให้บุคคลในช่วงวัยดังกล่าวบางคนประสบปัญหายุ่งยากไม่สามารถรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับ วินัดดา ปิยะศิลป์ (2546) ได้ศึกษาวิจัย พบว่า วัยรุ่นบางคนมีการแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาด้วยการกระทำที่ไม่สมเหตุผลและนำความเดือดร้อนมาสู่ตนเอง ผู้เกี่ยวข้อง ครอบครัว และสังคม ซึ่งจากการศึกษาพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงของวัยรุ่น

ซึ่ง ธีนวรุจน์ บูรณสุขสกุล (2554) ได้ศึกษา พบว่า พฤติกรรมหุ่นหันปล้นเล่น ขาดการควบคุมเกิดจากกระบวนการทำงานของสมองส่วนหน้าที่เป็นส่วนของการควบคุมพฤติกรรมยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ และพบว่าหากวัยรุ่นได้รับการพัฒนาด้วยการกระตุ้นให้สมองส่วนนี้มีกระบวนการทำงานที่เหมาะสมจะทำให้วัยรุ่นสามารถควบคุมตนเองและมีพฤติกรรมสมเหตุสมผลมากขึ้น นอกจากนี้ สุวรรณา เรื่องกาญจนเศรษฐ์ (2547) ได้ศึกษา พบว่า ช่วงวัยรุ่นมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ 3 ประการ คือ ปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากตัววัยรุ่นเอง โดยพบว่า วัยรุ่นชายเป็นเพศวัยที่มีความเสี่ยงเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การติดเกมคอมพิวเตอร์ ปัจจัยเสี่ยงทางด้านครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง วัยรุ่นที่ครอบครัวแตกแยก ฐานะยากจน ความสัมพันธ์กับพ่อแม่ไม่ดี พ่อแม่มีประวัติติดสารเสพติด และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะแวดล้อมและสังคม การคบเพื่อนที่มีปัญหา การไม่มีที่ปรึกษาเมื่อมีความรู้สึกเป็นทุกข์

ปัจจุบันพบว่า ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นไทยนับเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องได้รับการดูแลแก้ไขและป้องกันอย่างจริงจังและมีประสิทธิภาพ โดยสถิติของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน พบว่า จำนวนเด็กและเยาวชนที่ถูกดำเนินคดีระหว่างปี พ.ศ. 2551 มีจำนวน 46,981 ราย พ.ศ. 2552 มีจำนวน 46,371 ราย พ.ศ. 2553 มีจำนวน 44,057 ราย พ.ศ. 2554 มีจำนวน 35,049 ราย และ พ.ศ. 2555 มีจำนวน 34,276 ราย ตามลำดับ ถึงแม้จำนวนเด็กและเยาวชนที่กระทำความผิดมีแนวโน้มที่จะลดลงในบางปี แต่พบว่า ในสถิติดังกล่าวมีจำนวนคดีที่วัยรุ่นกระทำความผิดซ้ำเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าจำนวนเด็กและเยาวชนที่กระทำความผิดซ้ำระหว่างปี พ.ศ. 2551 มีจำนวน 6,606 ราย พ.ศ. 2552 มีจำนวน 6,294 ราย พ.ศ. 2553 มีจำนวน 5,559 ราย พ.ศ. 2554 มีจำนวน 4,125 ราย และ พ.ศ. 2555 มีจำนวน 5,849 ราย ตามลำดับ ซึ่งลักษณะของการกระทำความผิดซ้ำแตกต่างกันไป เช่น ความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน ความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย ความผิดเกี่ยวกับเพศ ความผิดเกี่ยวกับความสงบสุข สิทธิและเสรีภาพ ชื่อเสียงและการปกครอง ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ ความผิดเกี่ยวกับอาวุธและวัตถุระเบิด เป็นต้น (กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน, 2555)

การที่วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงจะมีลักษณะถูกชักจูงได้ง่าย ซึ่งสัมพันธ์กับระบบของกระบวนการทางสมอง ซึ่ง ประภาพรรณ จูเจริญ (2551) ศึกษาถึง สมองส่วนหน้าที่เรียกว่า “Cerebral cortex” ทำหน้าที่เกี่ยวกับการคิดเป็นเหตุเป็นผล ความสามารถในการวิเคราะห์ เพื่อพัฒนาปัญญาและจินตนาการของวัยรุ่นยังพัฒนาไม่เต็มที่ และจากการศึกษาสมองส่วน “Executive function” ซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมและการประสานงานระหว่างความคิดและพฤติกรรม (Luria, 1966 & Shallice, 1982) ซึ่งรวมถึงทักษะการเลือกสนใจ (Selective attention) การตัดสินใจ (Decision making) การยับยั้งชั่งใจ (Voluntary response inhibition)

และความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working memory) โดยพบว่า กระบวนการทางสมองของ “Executive functions” ทำหน้าที่ในการควบคุมความคิด จัดข้อมูลที่ไม่จำเป็น การวางแผน ลู่อขนาดและยับยั้งการกระตุ้นที่ไม่ดี และรวมถึงการใช้เหตุผลเชิงนามธรรม ความสามารถในการเปลี่ยนความคิดเมื่อเงื่อนไขเปลี่ยนไป ซึ่งกระบวนการทำงานของสมองส่วนนี้มีความสำคัญต่อพฤติกรรมพึงประสงค์ของวัยรุ่นในการบริหารจัดการกับปัญหาที่ต้องเผชิญ และฮาวเวิร์ด (Howard, 2008) ได้ศึกษาถึง การพัฒนามนุษย์ไปสู่การเป็นสุดยอดผู้นำหรือยอดคนที่เต็มเปี่ยมไปด้วยศักยภาพในโลกที่ถูกครอบงำด้วยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ซึ่งเกี่ยวข้องกับข้อมูล จำนวนมหาศาลของคอมพิวเตอร์ และการสื่อสารในกลุ่มประชากร พบว่า การเป็นบุคคลที่มีจิต 5 ประการ คือ จิตชำนาญการ (Disciplined mind) จิตสังเคราะห์ (Synthesizing mind) จิตสร้างสรรค์ (Creating mind) จิตเคารพ (Respectful mind) จิตจริยธรรม (Ethical mind) และเพื่อการดำเนินชีวิตอยู่รอดได้ในสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วดังกล่าวได้ แต่ทั้งนี้ ถ้าสมองส่วน “Executive Function” ไม่สามารถใช้ศักยภาพได้อย่างเต็มที่ซึ่งอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น อุบัติเหตุซึ่งเป็น ภัยร้ายแรงที่มีผลต่อการทำงานของสมองจากอุบัติเหตุ โรคเนื้องอกในสมอง การติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น ก็จะทำให้บุคคลขาดความสามารถในการบริหารจัดการและการเผชิญปัญหาต่าง ๆ จากการศึกษาของ Gamino, Chapman, & Cook (2009) พบว่า การบาดเจ็บที่สมอง (Traumatic brain injury) ส่งผลให้เกิดการสกัดกั้นการรู้คิด สมาธิ การรับรู้ต่าง ๆ โดยปรากฏชัดในหนึ่งปีหลังจากการบาดเจ็บหรือมากกว่านั้น โดยเมื่อระยะเวลาผ่านไปเป็นปีจึงจะปรากฏผลจากการบาดเจ็บที่สมอง (Lash, 1996)

โรคเอดส์ (AIDS) เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี และโครงการเอดส์ แห่งสหประชาชาติ (2554) พบว่า สถานการณ์ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี 34.2 ล้านคน เพิ่มขึ้นจาก 10 ปีก่อน 5 ล้านคน สำหรับประเทศไทยสำนักกระบาดวิทยา (2555) รายงานว่า มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้นจำนวน 376,274 ราย จำแนกเป็นเพศชาย จำนวน 255,923 ราย และเพศหญิง จำนวน 120,351 ราย เสียชีวิตแล้ว จำนวน 97,344 ราย พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงาน และวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-59 ปี ซึ่งสำหรับวัยผู้ใหญ่เมื่อเสียชีวิตย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะลูกที่พ่อแม่เสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวีมักถูกทอดทิ้งจากเครือญาติและนำไปสู่การอยู่ในอุปการะของมูลนิธิต่าง ๆ ซึ่งองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติประเทศไทย (2553) ระบุถึงผลกระทบด้านอื่น ๆ ที่เด็กเหล่านี้ได้รับ โดยเฉพาะการที่พวกเขาได้รับความทุกข์จากการถูกเลือกปฏิบัติและถูกละเมิดสิทธิ ด้านสุขอนามัยและการศึกษา เด็กเหล่านี้จึงเติบโตเข้าสู่วัยรุ่น และเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจในมิติที่สลับซับซ้อนมากกว่าเด็กวัยรุ่นทั่วไป เนื่องจากมีมิติจากปัญหาทางด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจและผลกระทบทางด้านสังคม เช่น

สภาพครอบครัวที่พ่อแม่เสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวี การถูกทอดทิ้งจากเครือญาติ การถูกเลือกปฏิบัติและถูกละเมิดสิทธิ ด้านสุขอนามัยและการศึกษา เป็นต้น จากการศึกษาพบว่า ในปัจจุบันวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการติดเชื้อเอชไอวีสูง โดยมีสถิติการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่น คือ จากรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทยล่าสุด สำนักระบาดวิทยา (2555) รายงานสถิติในกลุ่มวัยรุ่น อายุ 10-19 ปี มีแนวโน้มพบว่าเพศหญิงมีสัดส่วนของอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่าเพศชาย ซึ่งการติดเชื้อเอชไอวีดังกล่าว เป็นโรคร้ายที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายได้และมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในระดับสูงมาก จากการศึกษาของ บดินทร์ ขวัญมิตร และพรรณทิพย์ ฉายากุล (2547) พบว่า การติดเชื้อ HIV เป็นปัจจัยชักนำที่สำคัญปัจจัยหนึ่งของโรคเชื้อหุ้มสมองอักเสบเฉียบพลันจากเชื้อแบคทีเรีย นอกจากนี้ อาจก่อให้เกิดความผิดปกติทางระบบประสาทการรับรู้และจดจำ (HAND: HIV-Associated Neurocognitive Disorder) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kallianpur and Levine (2014) การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสหลายชนิดร่วมกัน มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่ออาการความผิดปกติทางระบบประสาท การรับรู้และจดจำ ย่อมส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นดังกล่าวส่งผลกระทบต่อกระบวนการทำงานของสมองที่สำคัญลดลง เช่น ความจำ การมีสมาธิลดลง การคิดแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม การวางแผนเมื่อต้องเจอกับงานหรือสถานการณ์ใหม่ กระบวนการในการคาดการณ์ถึงผลที่จะเกิดขึ้น และความสามารถในการสร้างแนวคิดเชิงนามธรรม (Yudofsky, 2004, p. 56) โดยการประเมินถึงการบริหารจัดการศักยภาพของสมองในวัยรุ่น สามารถประเมินได้จากแบบทดสอบการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ฉบับรายงานตนเอง Behavior Rating Inventory of Executive Function-Self Report Version (BRIEF-SR) แบ่งออกเป็น 8 ด้าน คือ ด้านความยับยั้งชั่งใจ (Inhibit) ด้านการปรับพฤติกรรมและความคิด (Shift) ด้านการควบคุมอารมณ์ (Emotional control) ด้านการติดตามตรวจสอบ (Monitor) ด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working memory) ด้านการวางแผน/ การจัดระเบียบ (Plan/ Organization) ด้านการจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of materials) และด้านการทำงานให้เสร็จสิ้น (Task completion) (Guy, Isquith, and Gioia, 2004)

ดังนั้นการเสริมสร้างให้วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด สามารถเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่อย่างมีคุณภาพและกลับมาเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่สำคัญในการพัฒนาประเทศ จึงต้องมีกระบวนการในการเสริมสร้างให้วัยรุ่นกลุ่มนี้สามารถควบคุมพฤติกรรมตนเอง มีการแสดงพฤติกรรมที่สมเหตุสมผล มีความยับยั้งชั่งใจ มีวิธีให้เหตุผลกับการเลือก หรือไม่เลือกกระทำสิ่งต่าง ๆ ที่ทำให้ตนเองได้รับอย่างเหมาะสมเพื่อบรรเทาผลกระทบซ้ำซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับประภาพรรณ จูเจริญ (2551) ที่ศึกษาพบว่า กระบวนการของสมองส่วนหน้าทำหน้าที่เกี่ยวกับการคิดเป็นเหตุเป็นผลช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการวิเคราะห์ เกิดปัญญา มีจินตนาการ

และสมองบริเวณ Cerebral cortex สามารถพัฒนาได้จนถึงอายุ 20-25 ปี การลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของวัยรุ่นจึงเป็นกระบวนการที่ช่วยให้วัยรุ่นดังกล่าวสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม และประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิตได้

การลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองเป็นกระบวนการที่สามารถดำเนินการได้หลายวิธีการ Callahan (2014) ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาคลินิกได้เสนอกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด “Thought Field Therapy (TFT)” เพื่อใช้บำบัดความบอบช้ำทางจิตใจ ความเครียด ความกลัว ความรู้สึกผิด เพื่อการบำบัดให้บุคคลควบคุมตนเอง โดยการฝึกการควบคุมการหายใจ การกดจุดลมปราณจึงเป็นการกระตุ้นช่วยให้บุคคลมีการดำรงสติ และมีการควบคุมพฤติกรรมของตนเองอย่างสมเหตุสมผล โดยกระบวนการของการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด “Thought Field Therapy (TFT)” มุ่งการบำบัดด้วย “การแตะจุดลมปราณพลังงาน” ซึ่งเป็นการบำบัดในหลักการของการสัมผัสพลังงานทางจิตวิทยา “Energy psychology” โดยกระบวนการบำบัดของ TFT เป็นระบบวิธีการที่มุ่งให้ความสนใจระบบความคิด และระบบลมปราณภายในร่างกาย เพื่อหาสาเหตุของปัญหานั้น ๆ ว่า เกิดจากสภาพทางอารมณ์ หรือสภาพร่างกายเพื่อทำการรักษาต่อไป โดยหลักการของการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด พบว่า อารมณ์ทางด้านลบ ความกลัว ความโกรธ ความรู้สึกผิด ความเสียใจ ความบอบช้ำทางใจ การเสพติด ความเศร้าโศก และความเจ็บป่วยทางกายเหล่านี้มีการรวมกันอยู่ในรูปของพลังงาน และ อยู่ในกระบวนการของความคิดเป็นสนามของความคิด “Thought field” โดยที่อารมณ์และความเจ็บป่วยที่รวมกันอยู่ในสนามความคิดเป็นปัจจัยก่อให้เกิดความกังวลใจและนำมาซึ่งอารมณ์ความรู้สึกในแง่ลบ และแสดงออกมาทางพฤติกรรมที่ไม่สมเหตุสมผลต่าง ๆ ดังนั้นการบำบัดตามกระบวนการของการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (TFT) จึงมีหลักการสำคัญในการกระตุ้นพลังงานธรรมชาติภายในร่างกาย โดยการใช้นิ้วแตะที่จุดลมปราณที่อยู่บนตัวบุคคล เพื่อให้บุคคลเข้าถึงสถานะของ “พลังงานความคิด” (Thought field) ของตนเพื่อให้บุคคลมีความสามารถในการบริหารจัดการตนเอง เพื่อบำบัดความเครียด การคลายอารมณ์โกรธ การลดความวิตกกังวล หายุดอารมณ์ และพฤติกรรมทางด้านลบ และกำจัดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บไข้ที่เกิดขึ้น (Callahan, 2014)

ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการดำเนินชีวิตของบุคคล ดังนั้นการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด จึงต้องมีกระบวนการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการใช้กระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT; Callahan, 2012) ในการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด เนื่องจาก TFT เป็นกระบวนการที่ใช้การแตะจุดพลังที่มีกระบวนการที่บุคคลอาศัยการฝึกฝนอย่างตั้งใจก็สามารถเสริมสร้างให้ผู้รับการบำบัดมีการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง มีการใช้เหตุผลเชิงนามธรรม มีความสามารถในการเปลี่ยนความคิดเมื่อเงื่อนไขเปลี่ยนไป สามารถดำเนินชีวิตและใช้ศักยภาพแห่งตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำถามการวิจัย

การบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought field Therapy: TFT) สามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิดได้หรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อสร้างโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ต่อการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด
2. เพื่อศึกษาผลของกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดต่อการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด
3. เพื่อลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ให้ต่ำกว่าระดับคะแนนมาตรฐาน T 64 (T score 64)

สมมติฐานการวิจัย

1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาของการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด
2. วัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองลงในระดับต่ำกว่าวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติในระยะหลังการทดลอง

3. วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัด ตามกระบวนการบำบัด

ด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองในระดับต่ำกว่าวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติในระยะติดตามผล

4. วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัด

ด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองในระยะหลังการทดลองในระดับต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

5. วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วย

ทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองในระยะติดตามผลในระดับต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทำให้ได้องค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ต่อการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด
2. เป็นแนวทางวิธีการปฏิบัติในการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ต่อการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด สำหรับเจ้าหน้าที่ และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
3. เป็นองค์ความรู้เพื่อการวิจัยต่อไป

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนากระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด ต่อการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรในการพัฒนากระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดต่อการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่น คือ วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด เป็นผู้ได้รับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง และอยู่ในอุปการะขององค์กรทางสังคม

ในจังหวัดภาคตะวันออก 9 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดจันทบุรี จังหวัดชลบุรี จังหวัดระยอง

จังหวัดตราด จังหวัดฉะเชิงเทรา จังหวัดปราจีนบุรี จังหวัดสระแก้ว จังหวัดนครนายก
จังหวัดสมุทรปราการ

2. กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนากระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสถานะแห่งความคิดต่อการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่น เป็นวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด เป็นผู้ได้รับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง และอยู่ในอุปการะขององค์กรทางสังคม ในจังหวัดภาคตะวันออก 9 จังหวัด ซึ่งได้มาโดยการสุ่มโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน Multi-stage sampling ดังนี้

2.1 ดำเนินการสุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสุ่มได้จังหวัดชลบุรี เป็นกลุ่มทดลอง และจังหวัดจันทบุรีเป็นกลุ่มควบคุม

2.2 ดำเนินการสุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ได้หน่วยงานองค์กรทางสังคมที่รับอุปการะวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในกลุ่มทดลองจังหวัดชลบุรีสุ่มได้หนึ่งองค์กร และในกลุ่มควบคุมจังหวัดจันทบุรีสุ่มได้อีกหนึ่งองค์กร

2.3 หลังจากนั้นได้ทำการทดสอบวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่มีอายุเกิน 14 ปีบริบูรณ์ แต่ยังไม่เกิน 19 ปีบริบูรณ์ โดยทดสอบด้วยแบบทดสอบ 3 แบบทดสอบ คือ Behavior Rating Inventory of Executive Function-Self Report Version (BRIEF-SR) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย Mini-Mental State Examination: Thai version (MMSE-Thai 2002) และแบบวัดความเครียดสวนปรุงชุด 20 ข้อ (Suanprung Stress Test-20, SPST-20) ผลปรากฏว่า กลุ่มทดลองมีผู้ที่มีคะแนนความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ขึ้นไป มีสภาพสมองปกติและมีความเครียดในระดับต่ำถึงความเครียดในระดับสูง ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง จำนวน 10 คน ส่วนในกลุ่มควบคุมมีผู้ที่มีคะแนนความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ขึ้นไป มีสภาพสมองปกติ และมีความเครียดในระดับต่ำถึงความเครียดในระดับสูง ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง จำนวน 15 คน ขั้นตอนต่อมาทำการสุ่มอย่างง่ายเพื่อคัดเลือกให้เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 8 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 8 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสถานะแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดตามวิธีปกติตามกระบวนการที่องค์กรของสังคมนั้น ๆ กำหนด

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การบริหารจัดการศักยภาพของสมอง (Executive functions) หมายถึง ชุดกระบวนการของการควบคุม การสั่งการ การจัดการความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมที่แก้ไขปัญหาเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดซึ่งมีความสัมพันธ์กับกระบวนการคิดขั้นสูง เช่น การคาดการณ์ การตระหนักรู้ในตนเอง การตัดสินใจ ความตั้งใจจดจ่อ การติดตามตรวจสอบ ซึ่งสามารถวัดได้ด้วยแบบทดสอบ Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF) โดยแบ่งออกเป็น 8 ด้าน คือ

- 1.1 ด้านความยับยั้งชั่งใจ (Inhibit) หมายถึง การควบคุมกระแสประสาท และพฤติกรรม การหยุดพฤติกรรมต่าง ๆ ให้เหมาะสม การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมกับเวลา และสถานการณ์แวดล้อม
- 1.2 ด้านการปรับพฤติกรรมและความคิด (Shift) หมายถึง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และความคิดเพื่อแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป
- 1.3 ด้านการควบคุมอารมณ์ (Emotional control) หมายถึง การปรับเปลี่ยนอารมณ์ ให้เหมาะสมตามสถานการณ์และสภาพแวดล้อม
- 1.4 ด้านการติดตามตรวจสอบ (Monitor) หมายถึง การตระหนักถึงจุดแข็ง และจุดอ่อนในตนเอง และการประเมินผลกระทบจากพฤติกรรมของคนที่ติดต่อผู้อื่น
- 1.5 ด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working memory) หมายถึง การคงไว้ซึ่งข้อมูลในการทำงานให้สำเร็จตามเป้าหมายด้วยความรับผิดชอบอย่างเหมาะสม
- 1.6 ด้านการวางแผน/การจัดระเบียบ (Plan/ Organization) หมายถึง การคาดการณ์ถึงเหตุการณ์หรือผลลัพธ์ในอนาคต โดยใช้เป้าหมายเป็นตัวนำพฤติกรรม จัดเตรียมขั้นตอนในการทำงานเชื่อมโยงระหว่างเวลาและงานหรือสิ่งที่จะต้องกระทำอย่างเหมาะสม
- 1.7 ด้านการจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of materials) หมายถึง การเก็บงาน หรือการจัดการสิ่งของที่ใช้ สามารถบริหารจัดการสิ่งของของตนให้เป็นระเบียบ การจัดการสิ่งของในกระเป๋า การจัดการสิ่งของในห้องนอน
- 1.8 ด้านการทำงานให้เสร็จสิ้น (Task completion) หมายถึง การทำงานให้เสร็จสิ้นอย่างสมบูรณ์ เช่น การทำงานบ้านให้เสร็จตามเวลา การทำข้อสอบให้เสร็จตามเวลาที่กำหนด การทำงานอย่างมีความสุข

2. แบบทดสอบการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง-ฉบับรายงานตนเอง Behavior Rating Inventory of Executive Function-Self Report Version (BRIEF-SR) หมายถึง แบบทดสอบ

ทางประสาทจิตวิทยาเพื่อศึกษาศักยภาพของสมองส่วน Executive function โดยสังเกตจากพฤติกรรมที่บกพร่องในขณะที่อยู่บ้านและที่โรงเรียน โดยมีข้อความ 80 ข้อ แต่ละข้อเป็นข้อความที่เกี่ยวกับพฤติกรรมทางลบ ซึ่งหมายถึงความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง (Executive dysfunction) ใช้เวลาในการทำแบบทดสอบประมาณ 10-15 นาที

แบบทดสอบ BRIEF-SR ใช้คะแนนมาตรฐาน T (T score) เพื่อแสดงความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพทางสมองของบุคคล โดยแปลความหมาย ดังนี้

T 50 หมายถึง ค่าเฉลี่ยปกติ โดยกำหนดค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.5 (เท่ากับ 15) ที่แสดงถึงระดับความแตกต่างของความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง

T 60-64 หมายถึง มีความบกพร่องระดับไม่รุนแรง แต่ต้องได้รับการบำบัดทางจิตวิทยา

T 65 หมายถึง มีความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองที่ต้องได้รับการบำบัดทางคลินิก (Clinical range)

การวิจัยครั้งนี้มุ่งลดระดับความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่า T score 64

3. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย Mini -Mental State Examination: Thai version (MMSE-Thai 2002) หมายถึง แบบทดสอบที่ใช้คัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะความพิการทางสมอง แบบทดสอบวัดการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ จัดทำขึ้นโดยแปลจาก MMSE ต้นฉบับ โดยคงแก่นและความหมายไว้เพื่อใช้ในการรายงานผลการวิจัยในระดับนานาชาติ โดยไม่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องในการแปลผลคะแนน โดยมีข้อคำถาม 11 ข้อคำถาม ทดสอบ 6 ด้าน คือ Orientation, Registration, Attention, Calculation, Recall, Language ใช้เวลาในการทำแบบทดสอบประมาณ 10 นาที

4. แบบวัดความเครียดสวนปรุงชุด 20 ข้อ (Suanprung Stress Test-20, SPST-20) หมายถึง แบบวัดความเครียดสวนปรุงเป็นแบบวัดความเครียดที่สร้างขึ้นมาเพื่อวัดความเครียดที่เหมาะสมสำหรับคนไทย จากกรอบแนวคิดทางด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคมของความเครียด ซึ่งมีข้อคำถาม 20 ข้อ โดยในแต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก

5. มาตรวัดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล (Subjective Units of Distress Scale: SUDS) หมายถึง การวัดระดับความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับความทุกข์หรือสิ่งที่มารบกวนจิตใจ เป็นระดับ 0 ถึง 10 โดยในระดับ 0 หมายถึง ความรู้สึกผ่อนคลาย และไล่ระดับความทุกข์

มีความเข้มข้นตามลำดับจนถึงระดับ 10 หมายถึง ความทุกข์ในระดับสูงสุด

6. กระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) หมายถึง วิธีการช่วยเสริมสร้างเพื่อการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นซึ่งคิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด มีการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติซึ่งทั้งผู้วิจัยและวัยรุ่นกลุ่มนี้จะมีการแลกเปลี่ยนทัศนะเกี่ยวกับเป้าหมายของการปรึกษาและจุดประสงค์เฉพาะด้านเกี่ยวกับทักษะต่าง ๆ โดยกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดเพื่อการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่น (Thought Field Therapy: TFT) มีกระบวนการมุ่งให้ความสนใจความคิด และระบบลมปราณภายในร่างกาย เพื่อที่จะให้บุคคลเข้าใจสาเหตุของปัญหาว่าเกิดจากสภาพทางอารมณ์ หรือสภาพร่างกายผสมผสานกับกระบวนการปรึกษา ลำดับขั้นตอนการแตะจุดพลังที่สมบูรณ์ ขั้นตอนการแตะจุดพลังมีรูปแบบที่แน่นอน การปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างสมบูรณ์จะทำให้การแตะจุดพลังมีประสิทธิภาพมากขึ้น โครงสร้างของขั้นตอนการแตะจุดพลังมีเพียงแบบเดียวเป็นมาตรฐาน

ตัวย่อ สำหรับ การแตะจุดแบบพลัง TFT

1. e (under eye) หมายถึง ใต้ตา
2. a (under arm) หมายถึง ท้องแขน
3. c (collarbone) หมายถึง กระดูกไหปลาร้า
4. eb (eyebrow) หมายถึง หวีคิ้ว
5. if (index finger) หมายถึง นิ้วชี้
6. oe (outside of eye) หมายถึง หางตา (0.5 นิ้ว จากหางตา)
7. tf (tiny finger) หมายถึง นิ้วก้อย
8. un (under nose) หมายถึง ใต้จมูก
9. g (gamut spot) หมายถึง จุดด้านหลังมือช่องว่างระหว่างระหว่างกระดูก

ตรงโคนนิ้วก้อย กับนิ้วนาง

10. 9g (9 gamut sequence) หมายถึง การปฏิบัติ 9 ขั้นตอน ในขณะที่ทำการแตะจุดพลังมีขั้นตอน ดังนี้

- 10.1 กลับตา
- 10.2 ลืมตา
- 10.3 มองลงและเคลื่อนลูกตาไปด้านข้าง
- 10.4 มองลงและเคลื่อนลูกตาไปอีกด้านหนึ่ง
- 10.5 กลอกตาเป็นวงกลมไปทางเดียวกัน

10.6 กลอกตาเป็นวงกลมไปในทิศทางตรงข้ามกับข้อ 5

10.7 อัมเสียงเพลงตามตัวโน้ตเสียงอย่างน้อย 5 ระดับ เช่น โด เร มี ฟา ซอล
เสียงดัง ๆ โดยไม่เปิดริมฝีปาก

10.8 นับ 1-5 ดัง ๆ

10.9 อัมเสียงเพลงตามตัวโน้ตเสียงอย่างน้อย 5 ระดับ อีกครั้ง เสียงดัง ๆ โดยไม่
เปิดริมฝีปาก

11. er (floor-to-ceiling eye roll) หมายถึง การมองที่ระดับพื้น พร้อมแตะจุด gamut spot
นับ 1-10 กลอกตาจากพื้นขึ้นตรงเป็นแนวดิ่งไปยังเพดาน

กระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดเป็นการปรึกษาแบบทางเลือก
(Alternative integrated counseling) โดยใช้การปรึกษารายบุคคลในแต่ละครั้งของการบำบัดด้วย
ทฤษฎีสนามแห่งความคิด

12. กระบวนการบำบัดแบบปกติ หมายถึง วิธีการช่วยเหลือตามแนวปฏิบัติที่องค์กร
มิให้แก่วัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่อยู่ในอุปการะ

13. วัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด หมายถึง บุคคลเพศชายและหญิง
ซึ่งคิดเชื่อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิดที่มีอายุเกิน 14 ปี บริบูรณ์ แต่ยังไม่เกิน 19 ปีบริบูรณ์ เป็นผู้ได้รับ
ยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง โดยอยู่ในอุปการะขององค์กรทางสังคมภาคตะวันออก 9 จังหวัด คือ
จังหวัดฉะเชิงเทรา จังหวัดชลบุรี จังหวัดระยอง จังหวัดตราด จังหวัดฉะเชิงเทรา จังหวัดปราจีนบุรี
จังหวัดสระแก้ว จังหวัดนครนายก และจังหวัดสมุทรปราการ

กรอบแนวคิดที่ในการวิจัย

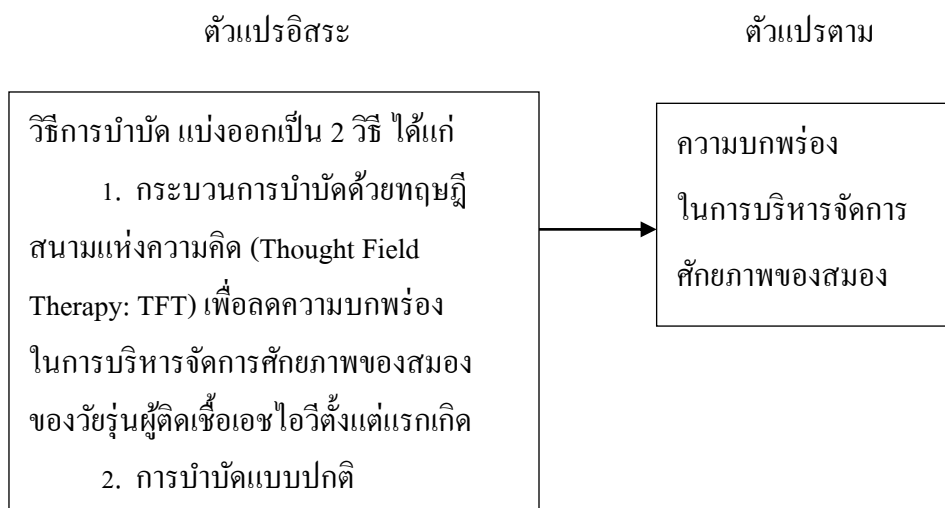
ตัวแปรที่ใช้ในการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่น
ผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด

1. ตัวแปรอิสระ คือ วิธีการบำบัด ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 วิธี

1.1 กระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT)
ต่อการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวี
ตั้งแต่แรกเกิด

1.2 การบำบัดแบบปกติ

2. ตัวแปรตาม คือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัยซึ่งประกอบด้วยตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เพื่อพัฒนาการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด โดยการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ผู้วิจัยจึงศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่น
 - 1.1 ความหมายของวัยรุ่น
 - 1.2 แนวคิดเกี่ยวกับความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่น
 - 1.3 ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT)
 - 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT)
 - 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการปรึกษารายบุคคล

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่น

1.1 ความหมายของวัยรุ่น

WHO (2011) ให้ความหมายว่า วัยรุ่นเป็นผู้มีลักษณะ 3 ประการ คือ มีพัฒนาการด้านร่างกายโดยมีวุฒิภาวะทางเพศ มีพัฒนาการทางด้านจิตใจ โดยมีการเปลี่ยนแปลงจากเด็กไปเป็นผู้ใหญ่ และมีการเปลี่ยนสถานะทางด้านเศรษฐกิจจากการที่ต้องพึ่งพาทางเศรษฐกิจเป็นบุคคลที่สามารถประกอบอาชีพ มีรายได้ สามารถรับผิดชอบและพึ่งพาตนเอง และได้กำหนดอายุของวัยรุ่นอยู่ระหว่าง 10-19 ปี

อัมพร เบญจพลพิทักษ์ (2556) กล่าวว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว มีการเปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กสู่ผู้ใหญ่ ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมทั้งมีการพัฒนาทางเพศที่สมบูรณ์

สุวรรณา เรื่องกาญจนเศรษฐ์ (2551) ได้อธิบายเกี่ยวกับวัยรุ่นว่า เป็นช่วงวัยที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสติปัญญา

อาภรณ์ ดีนาน (2551) กล่าวถึงวัยรุ่นว่า เป็นช่วงเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กเข้าสู่ผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วต่อเนื่อง และมองเห็น ได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่สามารถมองเห็น ได้อย่างชัดเจนแล้ว ช่วงวัยรุ่นยังเป็นช่วงที่ต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทของตนเองจากเด็กสู่บทบาทของผู้ใหญ่ที่จะต้องมีความรับผิดชอบมากขึ้น

สรุปว่า วัยรุ่น หมายถึง บุคคลที่มีอายุระหว่าง 11-19 ปี เป็นวัยที่มีความเปลี่ยนแปลง จาก วัยเด็กไปสู่วัยผู้ใหญ่แต่ไม่สามารถจะกำหนดแน่นอนได้ว่าเริ่มต้นและสิ้นสุดลงเมื่อใด คำจำกัดความ คำว่า “วัยรุ่น” มีความหลากหลาย เนื่องจากขึ้นกับความแตกต่างของขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรม ตลอดจนความแตกต่างทางสังคม

1.2 แนวคิดเกี่ยวกับความบกพร่องทางสมองในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่น

ปัจจุบันสถิติการกระทำความผิดของวัยรุ่นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง Lisak and Beszterczey (2007) ได้ทำการศึกษาถึง ปัจจัยเสี่ยงต่อการกระทำผิดจากประวัติชีวิตของเด็กวัยรุ่น พบว่า มีปัจจัยเสี่ยงต่อการกระทำผิดมีดังนี้ ประวัติการมีปัญหาสุขภาพจิตในครอบครัว การถูกล่วงละเมิดทางเพศ การถูกทำร้ายร่างกาย การถูกทอดทิ้งขาดการเอาใจใส่ ประวัติใช้สารเสพติดในครอบครัว การใช้สารเสพติด และการซึมซับความรุนแรงจากการที่ได้เห็นการใช้ความรุนแรง ซึ่งถ้าในวัยเด็กมีประวัติได้รับ Trauma เมื่อเติบโตเป็นวัยรุ่นหลายรายพัฒนาไปมีปัญหาคาความผิดปกติทางจิต ที่เกิดจากการถูกกระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรง (Posttraumatic Disorder: PTSD) ทั้งกรณีที่โดนกระทำกับตัวเองหรือการพบเห็นผู้อื่นถูกกระทำในครอบครัวหรือในสังคม และชุมชน

แวดล้อม เด็กวัยรุ่นที่มีอาการ PTSD จะมีความเสี่ยงสูงต่อการมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เนื่องจากการ PTSD ส่งผลให้เขามีความไวต่อการรับรู้สิ่งเร้ารอบตัวที่อาจถูกตีความว่าเป็นอันตรายต่อเขา และมีความหงุดหงิดและโมโหง่าย ถูกกระตุ้นได้ง่ายกว่าเด็กปกติทั่วไป นอกจากนี้พบว่า เด็กวัยรุ่นที่มีประวัติได้รับความกระทบกระเทือนจิตใจยังมีความเสี่ยงต่อการใช้สุรา และยาเสพติดสูงกว่าเด็กวัยรุ่นที่ไม่มีประวัติการได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจอย่างรุนแรง และยังพบอีกว่า เด็กวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดที่มีประวัติการได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจนี้ มีความเสี่ยงสูงในการมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมากกว่าเด็กวัยรุ่นกลุ่มที่ไม่มีประวัติดังกล่าว

จากการศึกษาทางประสาทวิทยา พบว่า การเกิด Trauma ตั้งแต่ในวัยเด็กมีผลเปลี่ยนแปลง พัฒนาการของระบบสมองของเด็ก โดยส่งผลไปลดความสามารถของสมองส่วนที่จะยับยั้ง พฤติกรรมหุนหันพลันแล่น และพฤติกรรมการโต้ตอบต่อสิ่งเร้าโดยขาดความยั้งคิด ส่งผลให้เด็ก

เสี่ยงต่อการมีปัญหาพฤติกรรมที่เกิดจากการขาดความยืดหยุ่นและพฤติกรรมก้าวร้าวได้มาก (Perry, 1997 cited in Lisak & Beszterczey, 2007) นอกจากนี้ การที่สารเคมีในสมองที่มีเพิ่มสูงขึ้นจากการเกิด Trauma ได้แก่ แคะทีคอลเอมีน และคอร์ติซอล (Catecholamine and Cortisol) ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาของสมองโดยการทำให้เซลล์ประสาทเสื่อมเร็วขึ้น เกิดการตัดแต่ง (Pruning) เซลล์สมองที่ผิดปกติ เกิดการหุ้มไขมันไมอีลิน (Myelination) ที่ช้าลงและทำให้การเกิดใหม่ของเซลล์ประสาทหยุดชะงัก (DeBellis, 2002 cited in Lisak & Beszterczey, 2007) ทั้งนี้จากปัญหาพฤติกรรมดังกล่าว สมองเป็นอวัยวะสำคัญที่กระบวนการทำงานของสมองมีผลเกี่ยวเนื่องกับพฤติกรรมของวัยรุ่นที่มีประวัติ Trauma ในวัยเด็ก

กระบวนการทางสมองของ “Executive Functions: EFs” ซึ่งทำหน้าที่ในการควบคุมความคิด ขจัดข้อมูลที่ไม่จำเป็น การวางแผนล่วงหน้า และยับยั้งการกระตุ้นที่ไม่ดี และรวมถึงการใช้เหตุผลเชิงนามธรรม ความสามารถในการเปลี่ยนความคิดเมื่อเงื่อนไขเปลี่ยนไป อาจเรียกได้ว่าเป็นสมองในการบริหารจัดการ หรือ เรียกว่า “การบริหารจัดการศักยภาพของสมอง” โดยการแบ่งองค์ประกอบของสมองส่วนนี้ยังคงเป็นที่ถกเถียงและมีความคิดเห็นแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามก็ต้องประกอบหลักศักยภาพของสมองในการบริหารจัดการประกอบไปด้วย ความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working memory) ความตั้งใจจดจ่อ (Attention) การยับยั้งชั่งใจ (Inhibitory control) การติดตามตรวจสอบตนเอง (Self monitoring) ความยืดหยุ่นในกระบวนการทางสติปัญญา และความคิด (Cognitive flexibility) ซึ่งในกระบวนการทำงานของสมองส่วนการบริหารจัดการนี้ มีการพัฒนาแตกต่างกันแต่ละช่วงอายุ การพัฒนาจนเสร็จสมบูรณ์ของแต่ละกระบวนการของสมองส่วนนี้เกิดขึ้นตั้งแต่ช่วงวัยเรียนถึงวัยรุ่นตอนต้น

โดยองค์ประกอบของการบริหารจัดการศักยภาพของสมองประกอบไปด้วย กระบวนการหลักสามประการ คือ กระบวนการจดจ่อ กระบวนการยับยั้ง และกระบวนการยืดหยุ่นในกระบวนการคิด ทั้งนี้การลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองในวัยเด็กเริ่มต้นที่ผู้ปกครองและบุคคลที่เกี่ยวข้องต้องจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงต่อปัญหาที่จะเข้ามาขัดขวางหรือเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของสมองในการบริหารจัดการ ปรับมุมมองและปฏิสัมพันธ์ของคนรอบ ๆ ตัวเด็กให้ตระหนักถึงศักยภาพของสมองในการบริหารจัดการว่ามีความสำคัญต่อการประสบความสำเร็จในชีวิตของเด็ก นอกจากนี้การปรับรูปแบบการฝึกกิจกรรมต่าง ๆ ให้เด็กได้มีการพัฒนาศักยภาพของสมองในการบริหารจัดการ เช่น การเล่นเกม การออกกำลังกาย การให้เด็กทำตรงกันข้ามกับคำสั่ง การอ่านนิทานให้เด็กฟัง และหลีกเลี่ยงของเล่นสำเร็จรูปต่าง ๆ (Zuk, Benjamin, Kenyon and Gaab, 2014) ศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบเด็กที่เรียนดนตรี และเด็กที่ไม่ได้เรียนดนตรี เด็กที่เรียนดนตรีสามารถทำการทดสอบด้านการทำงานประสานกันระหว่างมือและสายตาในการลอกเลียนแบบ

สัญลักษณ์ (Coding) ความคล่องทางภาษา (Verbal fluency) และ Trail making เช่น การลากเส้นเชื่อมต่อระหว่างวงกลมกับตัวเลขสลับกัน ได้ดีกว่าเด็กกลุ่มที่ไม่ได้เรียนดนตรี นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ใช้การสแกนสมองแบบ fMRI พบว่า สมองส่วน Prefrontal cortex ในเด็กที่เรียนดนตรีมีการทำงาน (Activation) มากกว่าเด็กที่ไม่ได้เรียนดนตรี

การพัฒนาการบริหารจัดการศึกษาของสมองเกิดขึ้นอย่างสลับซับซ้อนในช่วงวัยรุ่น (Powell & Voeller, 2004) ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมพึงประสงค์ของวัยรุ่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Shiller (2010) พบว่า ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงช่วงวัยรุ่นการพัฒนาของสมองยังคงดำเนินอย่างต่อเนื่อง และจะพัฒนาอย่างเพิ่มพูนตั้งแต่อายุ 4 ปี จนถึงช่วงวัยรุ่น การลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศึกษาของสมองควรทำให้เหมาะสมกับอายุ และระดับพัฒนาการของวัยรุ่น Guy, Isquith and Gioia (2004) ได้แบ่งองค์ประกอบของการบริหารจัดการศึกษาของสมองของวัยรุ่นออกเป็น 8 ด้าน คือ

ด้านความยับยั้งชั่งใจ (Inhibit) หมายถึง การควบคุมกระแสประสาทและพฤติกรรม การหยุดพฤติกรรมต่าง ๆ ให้เหมาะสม การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมกับเวลาและสถานการณ์ แวดล้อม

ด้านการปรับพฤติกรรมและความคิด (Shift) หมายถึง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และความคิดเพื่อแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

ด้านการควบคุมอารมณ์ (Emotional control) หมายถึง การปรับเปลี่ยนอารมณ์ ให้เหมาะสมตามสถานการณ์และสภาพแวดล้อม

ด้านการติดตามตรวจสอบ (Monitor) หมายถึง การตระหนักถึงจุดแข็งและจุดอ่อน ในตนเอง และการประเมินผลกระทบจากพฤติกรรมของตนที่มีต่อผู้อื่น

ด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working memory) หมายถึง การคงไว้ซึ่งข้อมูลในการทำงานให้สำเร็จตามเป้าหมายด้วยความรับผิดชอบอย่างเหมาะสม

ด้านการวางแผน/การจัดระเบียบ (Plan/ Organization) หมายถึง การคาดการณ์ถึง เหตุการณ์หรือผลลัพธ์ในอนาคต โดยใช้เป้าหมายเป็นตัวนำพฤติกรรม จัดเตรียมขั้นตอนในการทำงานเชื่อมโยงระหว่างเวลาและงานหรือสิ่งที่จะต้องกระทำอย่างเหมาะสม

ด้านการจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of Materials) หมายถึง การเก็บงาน หรือการจัดการสิ่งของที่ใช้ สามารถบริหารจัดการสิ่งของของตนให้เป็นระเบียบ การจัดการสิ่งของในกระเป๋า การจัดการสิ่งของในห้องนอน

ด้านการทำงานให้เสร็จสิ้น (Task completion) หมายถึง การทำงานให้เสร็จสิ้นอย่างสมบูรณ์ เช่น การทำงานบ้านให้เสร็จตามเวลา การทำข้อสอบให้เสร็จตามเวลาที่กำหนด การทำงานอย่างมีความสุข

Gioia, Isquith, and Kenworthy (2000) ได้เริ่มต้นออกแบบแบบทดสอบสำหรับ ผู้ปกครองและครูและพัฒนามาสู่แบบทดสอบ BRIEF-SR ซึ่งถูกออกแบบสำหรับวัยเด็กตอนปลาย และวัยรุ่นอายุระหว่าง 11-18 ปี หรือผู้ที่สามารถอ่านหนังสือได้ดี รวมถึงผู้มีความผิดปกติ ด้านการตั้งใจ (Attentional disorders) ผิดปกติด้านภาษา ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการบาดเจ็บ ทางสมอง การเจ็บป่วยเนื่องจากได้รับสารตะกั่ว ความผิดปกติด้านการเรียนรู้ กลุ่มออทิสติก ที่มีศักยภาพสูง (High functioning autism) รวมถึงความผิดปกติด้านการพัฒนา ด้านประสาทวิทยา ด้านจิตเวช และสภาพที่อยู่ในเงื่อนไขทางการแพทย์

1.3 ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด

การได้รับเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องที่สร้างความเจ็บปวดมากอย่างมาก เนื่องจากผู้ติดเชื้อ เอชไอวีได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายที่จะมีภูมิคุ้มกันลดน้อยลง และเกิดโรคติดเชื้อ ฉวยโอกาส ด้านจิตสังคมผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจอย่างมาก ทั้งความรู้สึก ตกใจ ตื่นตระหนก หวาดกลัว สับสน ปฏิเสธไม่ยอมรับความจริง วิดกกังวล ผลกระทบ ทางด้านเศรษฐกิจที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับ คือ การถูกแบ่งแยกในที่ทำงาน การออกจากงาน เพื่อหางานใหม่ หรือการออกจากงานถาวรส่งผลกระทบต่อหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว และส่งผลกระทบต่อสมาชิกภายในครอบครัวในที่สุด เปรมจิต ตันบุญยืน, ยุติ ลีลัคนาวิระ และ พรนภา หอมสินธุ์ (2558) ได้ศึกษาถึง ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยภาพรวมมีคุณภาพชีวิตในระดับ ปานกลาง โดยที่ปัจจัยภาวะซึมเศร้า ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซต์ต่อ 100 เซลล์ และสถานภาพสมรสสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้

ทารกกลุ่มที่ได้รับเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดอาจเกิดขึ้นตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์มารดา ในระหว่างการคลอดเกิดจากการที่ทารกได้สัมผัสกับเลือดและสารคัดหลั่งอวัยวะเพศของมารดา ช่วงระยะหลังคลอดการให้กินนมจากอกแม่ (Breast-feeding) น้ันมมารดาเป็นแหล่งที่มาของ เชื้อเอชไอวีที่ถ่ายทอดไปยังทารก ซึ่งมีผลให้ทารกได้รับเชื้อเอชไอวีไปด้วย นอกจากนี้จะได้รับ ผลกระทบทางสุขภาพดังกล่าวแล้วยังได้รับผลกระทบในมิติอื่น ๆ อีกด้วย องค์การทุนเพื่อเด็ก แห่งสหประชาชาติ หรือ UNICEF (2557) ได้เปิดเผยถึงสถิติในประเทศไทยมีเด็กจำนวนประมาณ 300,000 คน ในประเทศไทยได้รับผลกระทบจากเอชไอวี ตัวเลขนี้รวมถึงเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี เด็กยากจน และไม่ค่อยมีโอกาสเข้าถึงบริการที่จำเป็นทางสังคม เช่น บริการทางสุขภาพ โภชนาการและการศึกษาภาวะที่เด็ก ๆ ได้รับการถูกรังเกียจจากสังคมเพียงเพราะใกล้ชิดกับ คนที่มีเชื้อเอชไอวี เช่น พ่อแม่ เด็กจำนวนมากต้องอยู่ในสถานรับเลี้ยงต่าง ๆ ที่ห่างไกลจาก ครอบครัวและญาติเพราะการเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีของตน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด

ความเจ็บปวดนี้กลับยิ่งเลวร้ายลงไปอีกด้วยการถูกรังเกียจจากครอบครัวและชุมชนของตน การถูกกีดกันจากโรงเรียน และการถูกตัดขาดจากเพื่อน จากการศึกษาถึงพฤติกรรมของวัยรุ่น ผู้ติดเชื่อเอชไอวี สุชาติ หาญมนตรี (2555) พบว่า วัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีเมื่อมีความรัก สร้างความสัมพันธ์กับคู่ของตน พวกเขาจะอำพรางอัตลักษณ์ของผู้ติดเชื่อเอชไอวีในระยะแรก โดยในเด็กวัยรุ่นหญิงบอกผลเลือดของตนในระยะ เวลาที่สั้นกว่าวัยรุ่นชาย นอกจากนี้การศึกษา ของ จิตตะวัน จิตระกุล (2555) พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวี และผู้ป่วยในทุกด้านโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าความสามารถ ในการดูแลตนเองด้านสุขภาพทั่วไป สูงที่สุด รองลงมา คือ ด้านการใช้ยาต้านไวรัส ด้านโภชนาการ ด้านสุขภาพทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์ ด้านสังคมและจิตวิทยา ตามลำดับ ซึ่งความสามารถ ในการดูแลตนเอง ด้านสังคมและจิตวิทยา เป็นด้านที่ควรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่ม คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื่อเอชไอวี สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนกพร ศรีประสาน (2555) พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื่อเอชไอวี ซึ่งเด็กกลุ่มนี้ซึ่ง是孩子ที่ต้องการความรักและความช่วยเหลือ มากที่สุดกลับกลายเป็นคนที่ถูกกีดกันและขาดแคลนความช่วยเหลือจากสังคม

ทั้งนี้ ทัศนคติที่สังคมมีต่อผู้ติดเชื่อเอชไอวีย่อมส่งผลกระทบต่อในการสร้าง Trauma ให้เกิดแก่ เด็กกลุ่มนี้ ประกอบกับผลกระทบทางด้านสุขภาพของผู้ติดเชื่อเอชไอวีจะส่งผลให้ร่างกาย ที่จะมีภูมิคุ้มกันลดน้อยลง และเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งโรคดังกล่าวอาจสร้างความเสียหาย ให้แก่สมองของผู้ติดเชื่อได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ บดินทร์ ขวัญมิตร และพรรณทิพย์ ฉายากุล (2547) พบว่า การติดเชื่อเอชไอวีเป็นปัจจัยชักนำในการก่อให้เกิดโรคเชื้อหุ้มสมองอักเสบ จากปัจจัยทั้งสอง ผู้วิจัยจึงสนใจการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ของในวัยรุ่นกลุ่มนี้ เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ และสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเอง ให้เกิดผลทางบวกได้ในระดับสูงสุดของเด็กวัยรุ่นกลุ่มนี้

2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษากลุ่มตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT)

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT)

การบำบัดตามกระบวนการด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) พยายามค้นพบวิธีการที่จะหาสาเหตุและกำจัดความรู้สึกไม่ดีที่บุคคลมีต่อตนเอง และสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการมีชีวิตที่เป็นสุข เรียกปรากฏการณ์นี้ว่าปฏิกริยาย้อนกลับทางจิตวิทยา

“Psychological reversal” จากนั้นการค้นพบวิธีการที่จะรักษาความกลัวและโรคความกลัวอย่างรุนแรง (Phobia) เรียกทฤษฎีนี้ว่า “Thought Field Therapy: TFT” และพัฒนาจนเป็นทฤษฎีการบำบัดด้วยพลังงาน (Power therapy) โดย TFT มีพัฒนาการมาเป็นเวลา 34 ปี และปัจจุบันได้กลายเป็นทฤษฎีต้นแบบของการบำบัดด้วยการแตะจุดพลังลมปราณ (Callahan, 2014)

ในปี 2010 Callahan ได้รับรางวัล Lifetime Achievement Award จาก The Association For Comprehensive Energy Psychology (ACEP) จากการค้นพบและนำมาซึ่งการพัฒนาของการบำบัดที่ปัจจุบันรู้จักกันในชื่อว่า “Energy psychology” Callahan ได้พัฒนาเรื่อง การแตะจุดและ TFT อย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มจากการกำจัดอารมณ์ร้ายจนถึงการใช้วิธีการรักษาอาการเจ็บป่วยทางกาย รวมทั้งการกระตุ้นให้เกิดสติสัมปชัญญะ และจิตวิญญาณ และนำมาซึ่งความสุขในชีวิต พบว่า ในปัจจุบันความวุ่นวายและความน่าสะพรึงกลัวที่เกิดขึ้นในโลกใบนี้ ทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวลต่าง ๆ เช่น เรื่องงาน การเงิน ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งความวิตกกังวลของบุคคลและความวุ่นวายในโลกใบนี้ทำให้ชีวิตถูกปกคลุมไปด้วยความรู้สึกกลัว และมีความบอบช้ำ TFT สามารถช่วยให้บุคคลควบคุมชีวิตตนเองได้อีกครั้ง ช่วยขจัดความเจ็บปวด ความกลัว ช่วยเพิ่มและกระตุ้นให้เกิดพลังในการนำมาซึ่งความสุขในชีวิต

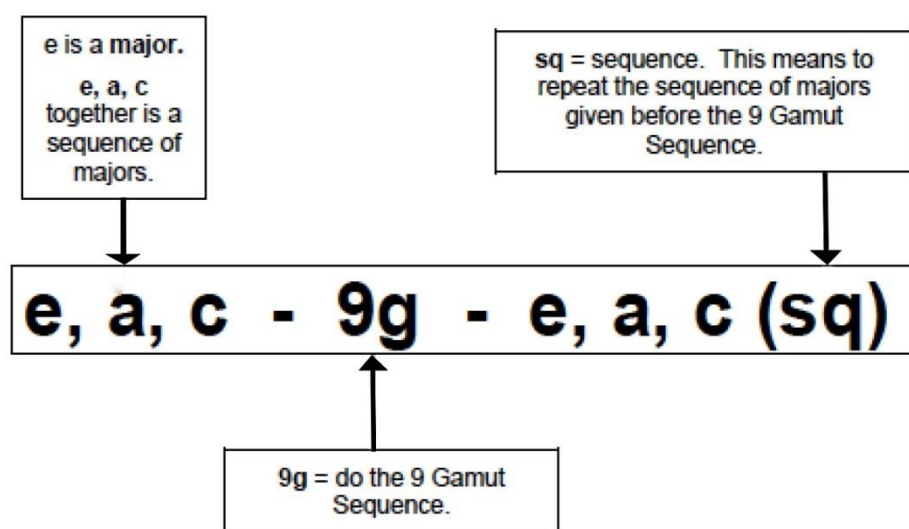
Callahan (2014) พบว่า TFT เป็นระบบที่ช่วยในเรื่องการบำบัด โดยใช้วิธีการที่มุ่งเน้นไปที่ความคิด และระบบลมปราณภายในร่างกาย เพื่อที่จะหาสาเหตุของปัญหาว่าเกิดจากสภาพทางอารมณ์ หรือสภาพร่างกาย เพื่อทำการรักษาต่อไป โดย Callahan ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาคลินิกได้เริ่มศึกษา อารมณ์ทางด้านลบ ความกลัว ความโกรธ ความรู้สึกผิด ความเสียใจ ความบอบช้ำทางใจ การเสพติด ความเศร้าโศก เป็นต้น และพบว่า อารมณ์ทางด้านลบ และความเจ็บป่วยทางกายเหล่านี้ รวมกันอยู่ในรูปของพลังงาน และอยู่ในกระบวนการของความคิด ที่เรียกว่า “Thought field” เมื่อทั้งอารมณ์และความเจ็บป่วยที่รวมกันอยู่ในระบบความคิด (Thought field) ซึ่งก่อให้เกิด ความกังวลใจ ก็จะนำมาซึ่งอารมณ์ความรู้สึกในแง่ลบ และแสดงออกมาทางพฤติกรรม ดังนั้นหลักสำคัญที่ TFT จะมีประสิทธิภาพ คือ การกระตุ้นพลังงานธรรมชาติภายในร่างกาย โดยการใช้นิ้วแตะที่จุดพลังลมปราณที่อยู่บนตัวตนเอง เพื่อเข้าสู่สภาวะกระบวนการของความคิด (Thought field)

ระดับขั้นตอนของการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด TFT

ลำดับขั้นตอนของการแตะจุดพลังมีระดับที่แตกต่างกันไป และนำมาซึ่งผลที่แตกต่างกันด้วย ซึ่ง TFT เสนอลำดับขั้นตอนโมเดลการแตะจุดพลังในทฤษฎีอื่น ๆ เช่น EFT, Voice Technology Level of TFT

โครงสร้างของลำดับขั้นตอนการแตะจุดพลังแบบ TFT

ลำดับขั้นตอนการแตะจุดที่สมบูรณ์ (Holon) ขั้นตอนการแตะจุดมีรูปแบบที่แน่นอน การปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างสมบูรณ์จะทำให้การแตะจุดมีประสิทธิภาพมากขึ้น โครงสร้างของขั้นตอนการแตะจุดมีเพียงแบบเดียวเป็นมาตรฐาน ยกตัวอย่างเช่น ขั้นตอน TFT เพื่อรักษาอาการกลัว มีลักษณะดังนี้



In an abbreviated form, it can be written: **e, a, c, 9g, sq.**

ภาพที่ 2 สัญลักษณ์แทนลำดับขั้นตอนการแตะจุดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด

e เป็นพลังหลัก

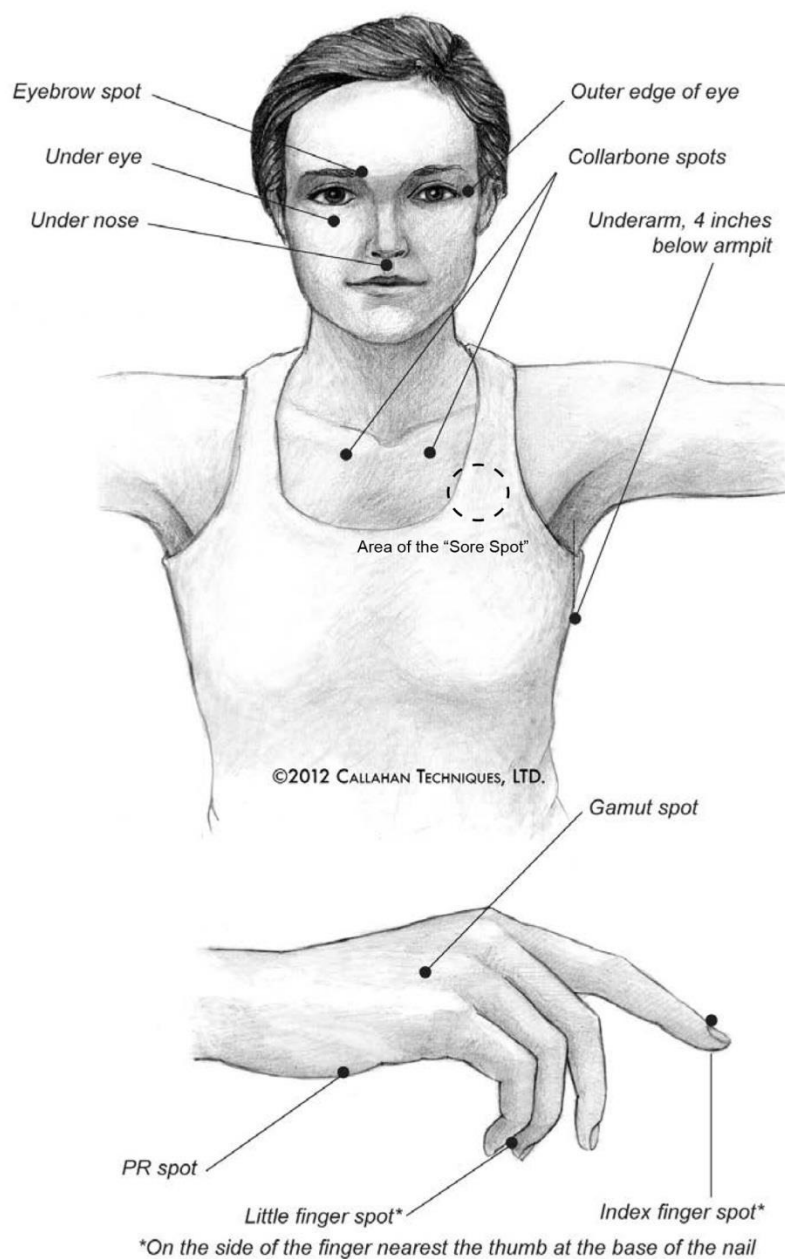
e,a,c รวมกัน เป็นการรวมพลัง

sq การทำซ้ำตามลำดับการแตะจุดพลังหลัก ตามด้วยขั้นตอนของ 9 Gamut

ลำดับการแตะจุดพลังที่สมบูรณ์ (Holon) ซึ่งแบ่งเป็น TFT Algorithms คือ ขั้นตอนที่ต้องปฏิบัติถูกกำหนดมาเป็นลำดับที่แน่นอนเพื่อค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหา

TFT Casual Diagnosis เป็นกระบวนการที่เฉพาะเจาะจงไปถึงขั้นการวิเคราะห์หาสาเหตุ ผู้ฝึกจะได้รับการสอนให้วิเคราะห์หาสาเหตุ บอกได้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และวิธีการตัดสินใจในการเลือกใช้ขั้นตอนการแตะจุดที่เหมาะสมกับปัญหาของแต่ละคน

Advance TFT and Voice Technology เป็นระดับที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ผู้ฝึกจะต้องมีพื้นฐานในสองระดับข้างต้นเป็นอย่างดี ในระดับนี้จะมีการใช้เทคโนโลยีทางเสียง มาช่วยในการตัดสินใจว่าจะแตะจุดพลังบริเวณใด สามารถใช้ในการวิเคราะห์ทางโทรศัพท์ได้ด้วย ในแต่ละลำดับการแตะจุดพลังที่สมบูรณ์ (Holon) จะเป็นลักษณะที่ 9 gamut ถูกเอาไว้ตรงกลาง และถูกประกอบด้วยพลังหลัก (Major) ทั้งบนและล่าง



ภาพที่ 3 จุดต่าง ๆ ในการแตะจุดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด

ลำดับของ 9 g ให้ทำแต่ละขั้นเป็นจำนวน 5 ครั้ง

1. หลับตา
2. ถืมตา
3. มองลงและเคลื่อนลูกตาไปด้านข้าง
4. มองลงและเคลื่อนลูกตาไปอีกด้านหนึ่ง
5. กลอกตาเป็นวงกลมไปทางเดียวกัน
6. กลอกตาเป็นวงกลมไปในทิศทางตรงข้ามกับข้อ 5
7. การเปล่งเสียงตามโน้ตดนตรีโดยปิดริมฝีปากพร้อมการแตะจุดพลังอย่างน้อย 5 ระดับ

เช่น โด เร มี ฟา ซอล เปล่งเสียงดัง ๆ โดยไม่เปิดริมฝีปาก

8. นับ 1-5 ดัง ๆ
9. การเปล่งเสียงตามโน้ตดนตรีโดยปิดริมฝีปากพร้อมการแตะจุดพลังอย่างน้อย 5 ระดับ

เช่น โด เร มี ฟา ซอล เปล่งเสียงดัง ๆ โดยไม่เปิดริมฝีปาก

ขั้น 1-6 ทำขั้นตอนไหนก่อนก็ได้

ในแต่ละขั้นตอนมีผลต่อกระบวนการการวิเคราะห์และจะเป็นผลดีถ้าทำต่อเนื่องกัน
ระยะเวลาหนึ่ง

Collarbone Breathing exercises (CB2)

Callahan & Trubo (2001) ได้พัฒนากระบวนการที่เรียกว่า CB2 เพื่อช่วยให้ปัญหา
ที่แก้ไขยากมีการตอบสนองต่อ TFT เร็วขึ้น Walther (1988) ได้พัฒนาวิธีการบำบัดที่เรียกว่า
Cross-K27 เพื่อแก้ไขสิ่งที่เขาเรียกว่าระบบประสาทไม่สั่งการ และวิธีการของเขาก็ใช้ได้ผลกับ
ผู้ป่วยรุนแรง เช่น โรคจิตเภท วิธีการของเขาจะต้องทำการเข้าไปแก้ไขสิ่งที่อยู่ภายในกะโหลก
ของมนุษย์ซึ่งอันตรายมากถ้าเทียบกับวิธีการของ Callahan ที่ได้มีการศึกษาแล้วว่าการแตะจุด
รักษาโรคที่มีความรุนแรงเช่นนี้ได้เหมือนกัน เมื่อทำ CB2 เพื่อแก้ปัญหาใดปัญหาหนึ่ง
ห้วงความคิดของบุคคลนั้นจะต้องนึกถึงปัญหาที่เราได้ค้นเจอ

ผู้ที่กำลังจะจัดการกับปัญหาความต้องการเสพสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือความกังวล
หรือความวิตกกังวลให้ทำ CB2 อย่างน้อย 3 ครั้งต่อวัน เพิ่มเติมจากการทำ PR จำนวน 15-20 ครั้ง
ต่อวัน (ด้านข้างมือ จุดที่คอ และใต้จมูก) CB2 ยังสามารถใช้รักษา ผู้ที่เป็นโรคสมาธิสั้น
โรคที่มีความบกพร่องในการเรียนรู้ โรคความบกพร่องในการอ่านการสะกดคำ อาการกระตุก
ของกล้ามเนื้อ โดยไม่รู้ตัว จิตเภท พุดคิดอ้อ

CB2 อาจมีความจำเป็นต้องใช้ในกรณีต่อไปนี้

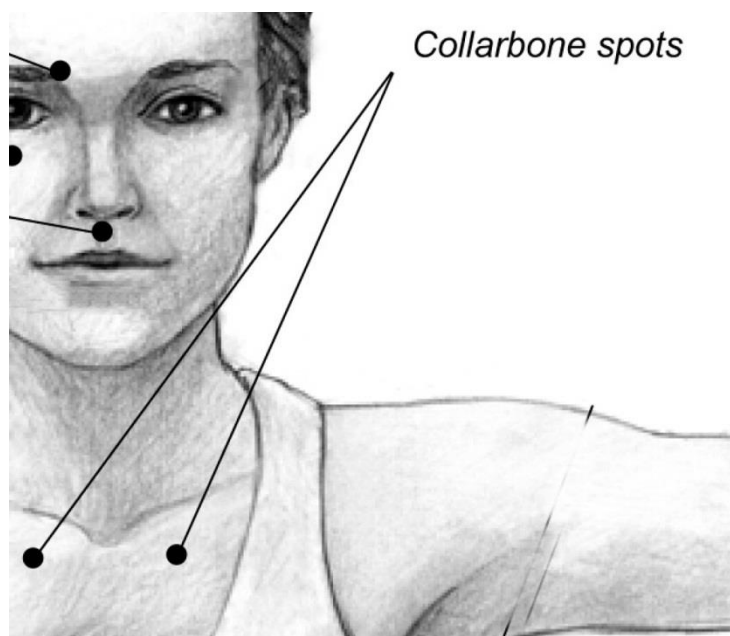
1. TFT หรือ PR Corrections ไม่สามารถแก้ไขได้

2. SUD (ความผิดหวัง) ตกลงเรื่อยๆ อย่างช้า ๆ เช่น 8, 7, 6, 5, 4 เป็นต้น
3. ไม่ได้ได้รับความรู้มือจากผู้ปฏิบัติ หรือเขาเกิดผิดปกติ
4. บุคคลเกิดปฏิกิริยาไม่สมควร เช่น แขนไม้แกว่งสลับข้าง เดินไม่ปกติ เช่น แขนไม้แกว่งเวลาเดิน

5. กริยา และความคิดของบุคคลไม่เรียงตามลำดับของอาการที่ควรจะเป็น
6. บุคคลไม่มีปฏิกิริยาใด ๆ หรือความสามารถในการทำสิ่งใดเลย
7. เกิดความสับสน
8. ง่วง หรือหาวนอน ขณะอ่านหนังสือ
9. ความบกพร่องในการอ่านการสะกดคำ
10. บุคคลที่ไม่อยู่นิ่ง (Hyperactive)

The Collarbone Breathing Exercise

การฝึกหายใจด้วยกระดูกไหปลาร้า กระดูกไหปลาร้า เป็นกระดูกที่อยู่บริเวณฐานคอ และระหว่างกระดูกไหปลาร้าซ้ายขวาจะมีรอยนูนอยู่ตรงกลาง จากจุดกึ่งกลางนี้ขยับลงมา 1 นิ้ว และเคลื่อนไปทางซ้ายและขวา ข้างละ 1 นิ้ว คือ จุดที่จะแตะ



ภาพที่ 4 จุดไหปลาร้า

วิธีการหายใจ 5 ขั้นตอน

1. หายใจเข้าจนเต็มปอด และกลั้นไว้
2. หายใจออกเพียงครึ่งหนึ่ง และกลั้นหายใจไว้
3. หายใจออกจนหมด และกลั้นหายใจไว้
4. หายใจเข้าเพียงครึ่งปอด และกลั้นไว้
5. หายใจตามปกติ

การแตะจุด

1. ใช้ 2 นิ้ว แตะที่จุดใดจุดหนึ่งของจุดลมปราณบริเวณไหปลาร้า มืออีกข้างแตะที่ gamut spot (ปุ่มกระดูกตรงโคนนิ้วนาง) พร้อมกับหายใจ 5 ขั้นตอน หายใจ 1 ขั้นตอน แตะ 1 ครั้ง
2. ทำแบบเดียวกันกับจุดลมปราณบริเวณไหปลาร้าอีกด้าน
3. ใ้ข้อ 2 นิ้ว ที่แตะอยู่ที่จุดเข้าหาฝ่ามือ และใช้ข้อนิ้วแตะที่จุดลมปราณ พร้อมกับหายใจ 5 ขั้นตอน อาจสอดนิ้วโป้งเข้าไปหน้ามือ หรือจะปล่อยให้นิ้วโป้งอยู่ข้างนอก โดยที่ข้อศอกจะต้องลอยอยู่ในอากาศ เพียงแค่ข้อนิ้วเท่านั้นที่จะสัมผัสกับร่างกายบริเวณจุดที่กำหนด ทั้งนี้เนื่องจากด้านหลังมือมีปฏิกิริยาขั้วลบ ในขณะที่นิ้วโป้ง หรือข้อศอกจะเป็นขั้วบวก และจะทำให้การแตะจุดไม่ประสพผลสำเร็จถ้าทั้งสองขั้วสัมผัสกับร่างกายพร้อมกัน

1. ทำแบบเดียวกันกับอีกด้าน
2. ทำขั้นตอนที่ 1 และ 2 โดยใช้นิ้วมืออีกข้างหนึ่ง
3. ทำขั้นตอนที่ 3 และ 4 โดยใช้มืออีกข้างหนึ่ง

Psychological Reversal-Blocks to Healing and Success

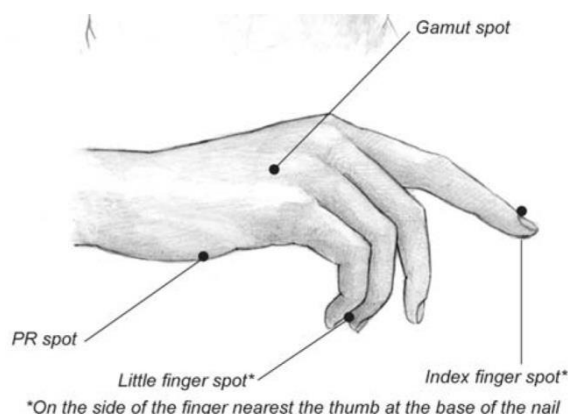
การค้นพบของ Callahan เป็นปรากฏการณ์ของปฏิกิริยาย้อนกลับของจิตใจ แก่ไขสิ่งที่ขัดขวางการบำบัด มันเป็นการกลับกันของปฏิกิริยาทางไฟฟ้าในร่างกาย เราสามารถที่จะทำให้ประจุวกลบในร่างกายเดินทางได้สะดวกขึ้น ซึ่งสามารถวัดได้ด้วยเครื่องวัดประจุไฟฟ้าทั่วไป เขาารู้สึกว่ามันเป็นการค้นพบที่สำคัญมาก เมื่อสิ่งที่กีดขวางความกดดันของสภาพจิตใจ หรือปฏิกิริยาย้อนกลับทางจิตใจ สามารถจัดออกไปได้ นั่นคือเราได้เปิดทางให้กับการรักษาบำบัด และนำมาซึ่งความเป็นปกติสุข เขาพบว่าโรคที่รักษาไม่หาย ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ หรือด้านร่างกาย เกิดจากปฏิกิริยาย้อนกลับนี้ ซึ่งเป็นตัวขัดขวางการปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติของร่างกายตามธรรมชาติ

รูปแบบของ ปฏิกริยาย้อนกลับ (Psychological Reversal: PR) และการแก้ไข

Massive PR มักจะพบในกระบวนการคิด (Thought fields) เป็นการแก้ไขที่เหมาะสมกับบุคคลที่มักจะคิดไม่ดีกับตัวเอง มองตัวเองในแง่ลบ ได้ในบุคคลที่มีอาการเสพติดบางอย่าง และพวกที่หมกมุ่นกับสิ่งใดจนติดปกติ

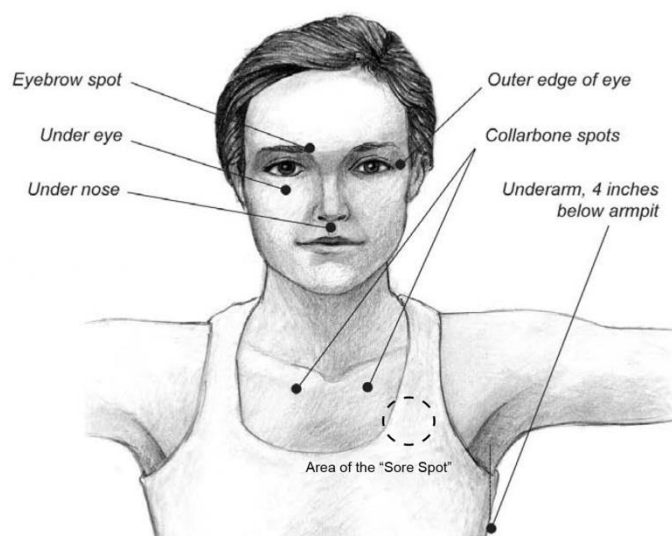
Specific PR จะจางไปที่ปัญหาที่เกิด หรือกระบวนการคิด (Thought field)

Correction สำหรับทั้ง Massive และ Specific PR การแก้ไขทำได้โดยแตะจุดลมปราณบริเวณด้านข้างฝ่ามือ 15 ครั้ง



ภาพที่ 5 จุด gamut spot, PR spot, little finger spot, index finger spot

Recurring PR เมื่อ PR ไม่สามารถแก้ไขการติดปกติ หรืออาการนั้นกลับมาเกิดอีก ให้ดูบริเวณที่เรียกว่า sore spot (ด้านซ้ายของหน้าอก ดังภาพที่ 6) นอกจากนี้ให้ลองหาว่ามีสารเคมีที่เป็นอันตรายอยู่ในตัวผู้ฝึกด้วยหรือไม่ ที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดปฏิกริยาย้อนกลับ



ภาพที่ 6 จุดต่าง ๆ ที่ต้องแตะตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด

Mini PR ใช้วิธีการแตะจุดด้านข้างฝ่ามือเช่นเดียวกัน และมุ่งความคิดไปยังปัญหาที่ยังคงเหลืออยู่

Level II PR แตะจุดบริเวณใต้จมูก และมุ่งความคิดไปที่ปัญหาที่เหลืออยู่

การแก้ไขปฏิกิริยาย้อนกลับ

เมื่อ PR ได้รับการแก้ไข ให้เริ่มแตะไปที่จุดต่างๆตามขั้นตอนอีกครั้ง ถ้ายังไม่แน่ใจให้ทำการแก้ไข PR จนแน่ใจว่าปฏิกิริยา PR หายไปแล้ว

Mini PR

ใช้ Mini PR เมื่อค่าความพิศหวัง (SUDS) ตกลงเรื่อย ๆ ประมาณ 2 คะแนน และยังไม่เท่ากับหรือต่ำกว่า 2 โดยทำตามกระบวนการใหม่ทั้งหมด (Majors, 9 gamut, Majors)

การแก้ไขเมื่อเกิด Mini specific PR

ตัวบ่งชี้: SUDS ยังมากกว่า 2

ให้ทำการแตะจุดด้านข้างฝ่ามือ 15 ครั้ง และมุ่งความคิดไปยังปัญหาที่เหลืออยู่ทำการแตะจุดตามกระบวนการทั้งหมดอีกครั้ง (Majors, 9 gamut, Majors)

การแก้ไขเมื่อเกิด Mini-Recurring PR

ตัวบ่งชี้ SUDS ยังคงมากกว่า 2 หลังจากทำการแก้ไข Mini Specific PR และทำการแตะจุดตามกระบวนการ

ให้ถูบริเวณ sore spot (บริเวณหน้าอก) และมุ่งความคิดไปยังปัญหาที่เหลืออยู่ทำการตรวจสอบค่า SUDS อีกครั้ง ถ้ายังไม่เท่าหรือต่ำกว่า 2 ให้ทำตาม Mini PR2

การแก้ไขเมื่อเกิด Mini PR2

ตัวบ่งชี้: SUDS ยังคงมากกว่า 2 หลังจากที่ผ่านมากระบวนการ Mini PR

ให้แตะจุดหลักที่อยู่ใต้จมูก 15 ครั้ง และมุ่งความคิดไปยังปัญหาที่เหลืออยู่ พร้อมทั้งทำการแตะจุดตามกระบวนการทั้งหมดอีกครั้ง (Majors, 9 gamut, Majors)

กลอกตาจากพื้นสู่เพดาน (The floor to ceiling eye roll) วิธีการผ่อนคลายที่รวดเร็ว

การกลอกตาขึ้นจากพื้นสู่เพดาน ควรจะนำมาใช้เมื่อทำการแตะตามจุดต่างๆครบตามขั้นตอนในกรณี SUDS เท่ากับหรือต่ำกว่า 2 เพราะวิธีการนี้จะช่วยให้ SUDS ที่เท่ากับ 2 ลดลงมาที่ 1 (ลดลงมา 10 จุด) หรือ SUDS ลงมาเท่ากับ 0 (ลดลงมา 11 จุด) ถ้ายังไม่สามารถทำให้ค่า SUDS ลงมาได้ ให้กลับไปทำตามขั้นตอนต่าง ๆ

1. ในขณะที่กลับไปแตะจุด gamut อย่างต่อเนื่อง และเริ่มที่จะมองลงต่ำ
 2. ใช้เวลา 7 วินาที ขณะที่แตะจุด gamut และเริ่มเคลื่อนลูกตาขึ้นมาในแนวตั้งอย่างช้า ๆ
 วิธีการนี้สามารถทำเพื่อลดภาวะความเครียดในเวลาปกติ หรือเมื่อต้องการผ่อนคลาย
 อย่างรวดเร็ว ความเจ็บป่วยที่เกิดจากหลาย ๆ สาเหตุในชีวิตของเรา ไม่ใช่แค่จากการเจ็บป่วย
 หรืออุบัติเหตุ แต่อาจมาจากสิ่งต่าง ๆ รอบตัวเรา เช่นการตกงาน ปัญหาการหย่าร้าง ความรุนแรง
 ในที่ทำงาน เป็นต้น

สิ่งทั้งหลายเหล่านี้นำมาซึ่งความรู้สึกในแง่ลบ ความกลัว และความเศร้าโศก
 จากเหตุการณ์ การแตะจุดแห่งความกลัวเหล่านี้ทุกวัน จะช่วยขจัดความกลัวและปลดปล่อย
 ความเศร้าโศก

ตัวอย่างชุดขั้นตอนการบำบัดบาดแผลในใจ

Trauma Algorithms

Simple Trauma

Eyebrow, Collarbone (using the protocol)

(eb, c)

Complex Trauma

Eyebrow, Under Eye, Under Arm, Collarbone (using the protocol)

(eb, e, a, c)

Complex Trauma with Anger

Add Tiny Finger, Collarbone (using the protocol)
 to the end of sequence above for complex trauma:

(eb, e, a, c, tf, c)

Complex Trauma with Guilt

Add Index Finger, Collarbone (using the protocol)
 to the end of the sequence above for complex trauma:

(eb, e, a, c, if, c)

Complex Trauma with Anger and Guilt

Add Tiny Finger, Collarbone, Index Finger, Collarbone (using the protocol)
 to the end of the sequence for complex trauma:

(eb, e, a, c, tf, c, if, c)

ภาพที่ 7 ลำดับขั้นตอนการบำบัดผู้ที่มีบาดแผลในใจ (Trauma)

Trauma Algorithms

1. Simple Trauma → คิ้ว, กระดูกไหปลาร้า (eb, c)
2. Complex Trauma → คิ้ว, ใต้ตา, ท้องแขน, กระดูกไหปลาร้า (eb, e, a, c)
3. Complex Trauma with Anger → เพิ่มการแตะจุดที่ นิ้วก้อย, กระดูกไหปลาร้า และทำตามกระบวนการของ Complex Trauma (eb, e, a, c, tf, c)
4. Complex Trauma with Guilt → เพิ่มการแตะจุดที่ นิ้วชี้, กระดูกไหปลาร้า และทำตามกระบวนการของ Complex Trauma (eb, e, a, c, if, c)
5. Complex Trauma with Anger and Guilt → เพิ่มแตะจุดที่ นิ้วก้อย, กระดูกไหปลาร้า, นิ้วชี้, กระดูกไหปลาร้า และทำตามกระบวนการของ Complex Trauma (eb, e, a, c, tf, c, if, c)

ชุดขั้นตอนในการขจัด ความกลัว ความเครียด และความกังวล Most fears, Stress and Worry-algorithms

เมื่อความกลัวมีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องกำจัดความเจ็บป่วยได้ป่วยด้วยชุดขั้นตอนในการขจัดความเจ็บป่วยก่อนการกำจัดความกลัว จะต้องแยกให้ออกระหว่างความกลัวตามธรรมชาติ กับความผิดปกติที่เกิดจากวิตกกังวลที่ซับซ้อน เมื่อเราแตะเพื่อจะหาความกลัว และความวิตกกังวล บุคคลจะมีความกลัวเพียงอย่างเดียว และไม่มีปัญหาในการทำงานส่วนอื่นของร่างกาย ตัวอย่างเช่น ถ้าใครกลัวสุนัข คน ๆ นั้น จะมีชีวิตเป็นปกติในสถานการณ์อื่น ๆ ยกเว้นเมื่อพบเจอสุนัข อาการกลัวธรรมชาติสามารถที่จะแก้ไขได้เพียงแค่แตะจุดตามขั้นตอนง่าย ๆ ขั้นตอนเดียว แต่ถ้าเป็นความผิดปกติที่เกิดจากความวิตกกังวลที่ซับซ้อน จะต้องใช้ขั้นตอนการแตะจุดแบบเฉพาะบุคคล โดยการวินิจฉัยด้วย TFT และ Individual energy toxins (ความเป็นพิษของพลังงานในร่างกาย)

Fears, Stress and Worry Algorithm

<p>Most Simple Fears, Phobias, Stress and Worry</p> <p>Under Eye, Under Arm, Collarbone (using the protocol) (e, a, c)</p>
<p>Claustrophobia & Feeling Trapped</p> <p>Under Arm, Under Eye, Collarbone (using the protocol) (a, e, c)</p>

Algorithms for Anger, Rage, and Guilt

<p>Anger</p> <p>Tiny Finger, Collarbone (using the protocol) (tf, c)</p>
<p>Rage</p> <p>Outside Edge of Eye, Collarbone (using the protocol) (oe, c)</p>
<p>Guilt</p> <p>Index Finger, Collarbone (using the protocol) (if, c)</p>

ภาพที่ 8 ลำดับขั้นตอนการบำบัดความกลัว ความเครียด และความวิตกกังวลกับลำดับขั้นตอนการบำบัดความโกรธ, ความแค้น และความรู้สึกผิด

ขั้นตอนการปฏิบัติที่ระบุไว้ด้านล่างสามารถปฏิบัติได้ภายในเวลา 5 นาที เมื่อทำอีกบ่อย ๆ คุณจะทำได้เร็วขึ้น ขั้นตอนเหล่านี้จะช่วยให้คุณสมารถที่จะสร้างสมดุลในร่างกายได้ด้วยตัวเอง

ภาคเช้า

1. แก้ไขปฏิกิริยาย้อนกลับทางจิตวิทยา (Psychological reversal) โดยการแตะจุดด้านข้างฝ่ามือ 10 ครั้ง

2. การขจัดความกังวล และความเครียด ให้แตะจุดต่อไปนี้

2.1 ใต้ตา

2.2 ท้องแขน

2.3 กระจุกไหปลาร้า

2.4 9 gamut

2.5 ใต้ตา

2.6 ท้องแขน

2.7 กระจุกไหปลาร้า

3. การกลอกตาขึ้นจากพื้นสู่เพดาน

ตอนเที่ยง

1. การขจัดความกังวล และความเครียดให้แตะจุดต่อไปนี้

1.1 ใต้ตา

1.2 ท้องแขน

1.3 กระจุกไหปลาร้า

1.4 9 gamut

1.5 ใต้ตา

1.6 ท้องแขน

1.7 กระจุกไหปลาร้า

2. การกลอกตาขึ้นจากพื้นสู่เพดาน

ก่อนนอน

1. แก้ไขปฏิกิริยาย้อนกลับทางจิตวิทยา (Psychological reversal) โดยการแตะจุดด้านข้างฝ่ามือ 10 ครั้ง

2. การขจัดความกังวล และความเครียด ให้แตะจุดต่อไปนี้

2.1 ใต้ตา

2.2 ท้องแขน

2.3 กระจกใหลปลาร้า

2.4 9 gamut

2.5 ใต้ตา

2.6 ท้องแขน

2.7 กระจกใหลปลาร้า

3. การกลอกตาขึ้นจากพื้นสู่เพดาน

ถ้าพบว่าความวิตกกังวลและความเครียดลดลง อาจจะปฏิบัติเช่นนี้ได้บ่อยขึ้น
ในบางวันการแตะจุดอาจจำเป็นต้องปฏิบัติมากกว่าที่ปฏิบัติอยู่ในแต่ละวัน

การแตะจุดกระจกใหลปลาร้าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพอย่างมาก โดยเฉพาะ
จะช่วยแก้ไขภาวะเครียดอย่างแรงเรื้อรังเมื่อทำเป็นเวลา 3 นาที ถ้าทำรายการความวิตกกังวล
หรือความกลัวต่าง ๆ ของคุณไว้ และทำการแตะจุดเป็นชุดในตอนเช้า โดยหนึ่งปัญหาต่อหนึ่งชุด
ของการแตะจุด ถ้าทำเป็นประจำ คุณจะสามรถรักษาและเสริมสร้างสมดุลของระบบประสาท
อัตโนมัติ และเพิ่มความสามารถในการจัดการความเครียดในชีวิตประจำวันได้

ตัวย่อ สำหรับ การแตะจุดแบบ TFT

1. SUDS (Subjective Units of Distress Scale: SUDS) หมายถึง มาตรวัดความเครียด
ตามการรับรู้ของบุคคล

2. e (under eye) หมายถึง ใต้ตา

3. a (under arm) หมายถึง ท้องแขน

4. c (collarbone) หมายถึง กระจกใหลปลาร้า

5. eb (eyebrow) หมายถึง หักิ้ว

6. if (index finger) หมายถึง นิ้วชี้

7. oe (outside of eye) หมายถึง หางตา (0.5 นิ้ว จากหางตา)

8. tf (tiny finger) หมายถึง นิ้วก้อย

9. un (under nose) หมายถึง ใต้จมูก

10. g (gamut spot) หมายถึง จุดด้านหลังมือช่องว่างระหว่างระหว่างกระจก

ตรงโคนนิ้วก้อย กับนิ้วนาง

11. 9g (9 gamut sequence) หมายถึง การปฏิบัติ 9 ขั้นตอน ในขณะที่ทำการ
แตะจุด พลัง มีขั้นตอนดังนี้

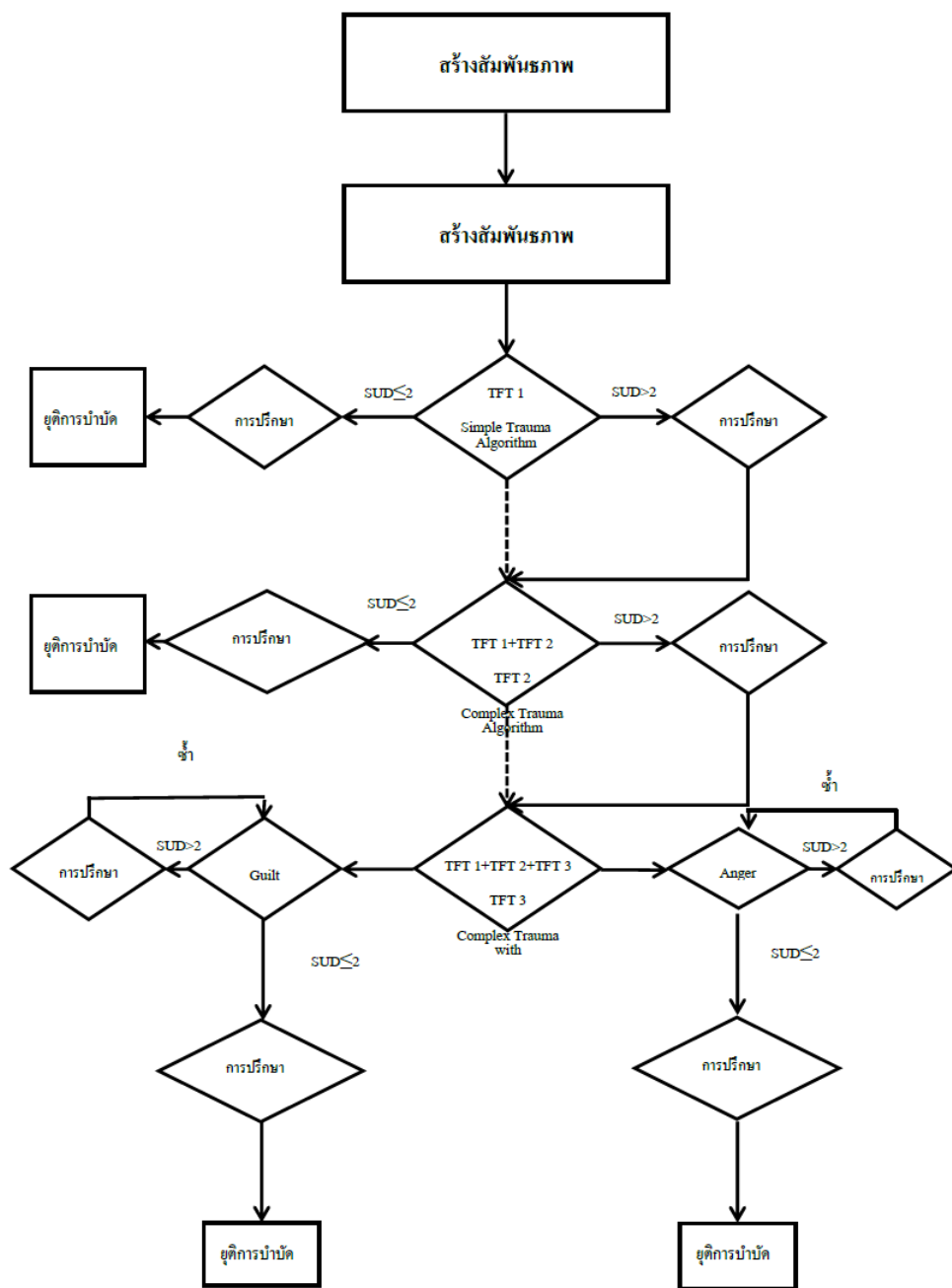
11.1 กลับตา

11.2 ลืมตา

- 11.3 มองลงและเคลื่อนลูกตาไปด้านข้าง
- 11.4 มองลงและเคลื่อนลูกตาไปอีกด้านหนึ่ง
- 11.5 กลอกตาเป็นวงกลมไปทางเดียวกัน
- 11.6 กลอกตาเป็นวงกลมไปในทิศทางตรงข้ามกับข้อ 5
- 11.7 การเปล่งเสียงตามโน้ตดนตรีโดยปิดริมฝีปากพร้อมการแตะจุดพลังอย่างน้อย 5 ระดับ เช่น โด เร มี ฟา ซอล เสียงดัง ๆ โดยไม่เปิดริมฝีปาก
- 11.8 นับ 1-5 ดัง ๆ
- 11.9 การเปล่งเสียงตามโน้ตดนตรีโดยปิดริมฝีปากพร้อมการแตะจุดพลัง อย่างน้อย 5 ระดับเสียงดัง ๆ โดยไม่เปิดริมฝีปาก

12. er (floor-to-ceiling eye roll) หมายถึงการมองที่ระดับพื้น พร้อมแตะจุด gamut spot นับ 1-10 กลอกตาจากพื้นขึ้นตรงเป็นแนวโค้งไปยังเพดาน

เมื่อผสานกระบวนการบำบัดตามทฤษฎีสนามแห่งความคิดร่วมกับกระบวนการรักษาย่อมส่งผลต่อผู้ถูกบำบัดที่จะได้พูดระบายความรู้สึก บรรยากาศแห่งความอบอุ่นในกระบวนการรักษาย่อมส่งผลทางบวกต่อการแตะจุดพลังที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทั้งผู้บำบัดและผู้เข้ารับการบำบัดทั้งสองฝ่าย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเจาะลึกลงไปในช่วงขั้นตอนการบำบัด ผู้ที่มีบาดแผลทางใจ (Trauma) ผสานเข้ากับกระบวนการรักษาเพื่อพัฒนาศักยภาพของสมองในการบริหารจัดการของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเฮชไอวีตั้งแต่แรกเกิด โดยเริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นเริ่มผสานเข้าสู่การบำบัดตามทฤษฎีสนามแห่งความคิดโดยการฝึกแตะจุดพลังในขั้น TFT1 คือ การฝึกแตะจุดพลังในขั้น Simple Trauma TFT2 คือ การฝึกแตะจุดพลังในขั้น Complex Trauma และ TFT3 คือการฝึกแตะจุดพลังในขั้น Complex Trauma ที่มีความโกรธ (Anger) และความรู้สึกผิด (Guilt) ร่วมอยู่ด้วย โดยใช้มาตรวัดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล (Subjective Units of Distress Scale: SUDS) ในกระบวนการบำบัดและมีการประเมินตนเองของผู้รับการปรึกษาในการปรึกษาทุกครั้งทั้งก่อนและหลังการปรึกษา ดังภาพที่ 9



ภาพที่ 9 ลำดับขั้นตอนการบำบัดด้วยทฤษฎีพลังสนามแห่งความคิดเพื่อลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด

Pignotti (2005) ได้ศึกษาถึง ผลของการบำบัดด้วยทฤษฎีสถานแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) เพื่อรักษาอาการป่วยทางจิตใจจากผู้เข้าร่วมการวิจัย 66 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง จำนวน 33 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 33 คน พบว่า ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับการบำบัดด้วยทฤษฎีสถานแห่งความคิด 97 เปอร์เซ็นต์ รายงานตนเองว่าสามารถจัดการอารมณ์เครียดได้อย่างสิ้นเชิง และมีคะแนนแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Connolly & Sakai (2011) ได้ศึกษาถึง ผลของการบำบัดตามทฤษฎีสถานแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ในสาธารณรัฐรวันดากับผู้รอดชีวิตในเหตุการณ์ฆ่าตาย ชนชาติ (Genocide) ในปี 1994 พบว่า อาสาสมัคร จำนวน 145 คน ที่ได้รับกระบวนการบำบัดตามทฤษฎีสถานแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) มีความสามารถในการลดความเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Posttraumatic stress disorder) ได้นอกจากนี้การบำบัดด้วย TFT ยังสามารถช่วยลดความวิตกกังวลใจในระยะหลังการทดลอง และยังคงผลถึงในระยะติดตามผลด้วย (Irgens, Dammen, Nysxter, & Hoffart, 2012)

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการปรึกษารายบุคคล (Individual Counseling)

2.2.1 ความหมายการปรึกษารายบุคคล

การปรึกษารายบุคคลเป็นกระบวนการที่ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้คนที่มีความทุกข์หรือปัญหาทางกายอันเนื่องมาจากสภาพจิตใจ ที่เรียกว่า ผู้รับการปรึกษา กระบวนการนี้ทำให้ผู้รับการปรึกษาได้เรียนรู้เกี่ยวกับตัวของตนเอง วิธีที่การที่จะแสดงออกอย่างเหมาะสม ภายใต้อารมณ์ที่ดี เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถตั้งเป้าหมายเพื่อตัดสินใจและแก้ปัญหาของตนได้ โดยกระบวนการปรึกษาเป็นกระบวนการในการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อทำให้ทักษะและความรู้ของผู้ให้การปรึกษาเป็นกรอบในการปฏิบัติ และนำไปสู่ทิศทางที่เหมาะสม ซึ่งทำให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถนำศักยภาพของตนเองมาใช้ให้เกิดผลทางบวกได้ในระดับสูงสุด (Gibson & Mitchell, 1995, p. 121) นอกจากนี้ในการปฏิบัติของการปรึกษาเชิงวิชาชีพ มีความหมายรวมถึงการประยุกต์ใช้หลักการด้านสุขภาพจิต ด้านจิตวิทยา หรือด้านพัฒนาการของมนุษย์ โดยการให้ความช่วยเหลือด้านความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ

2.2.2 ขั้นตอนของการปรึกษา

ประดิดันท์ อุปรมัย และสมร ทองดี (2545) กล่าวถึง ขั้นตอนการปรึกษา ประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ 3 ขั้นตอน ได้แก่

2.2.2.1 ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับการปรึกษา เป็นขั้นตอนแรกสุดที่มีความสำคัญ เมื่อเริ่มกระบวนการของการให้คำปรึกษาแต่ละกรณี

ซึ่งอาจต้องใช้เวลามากกว่าการปรึกษาครั้งอื่น ๆ เพื่อสร้างความรู้สึกรอบอุ่ม ไว้วางใจ

ในผู้ให้การศึกษา และทำให้ผู้รับการปรึกษาสามารถพูดระบายถึงปัญหาของตนอย่างเต็มที่

2.2.2.2 ขั้นการนำวิธีการและเทคนิคของทฤษฎีการปรึกษามาใช้ เป็นขั้นที่ผู้ให้ การปรึกษานำแนวคิด วิธีการและเทคนิคของการปรึกษาแต่ละทฤษฎีมาใช้ให้เหมาะกับลักษณะ และปัญหาของผู้รับการปรึกษา

2.2.2.3 ขั้นยุติการให้คำปรึกษาขั้นตอนนี้แยกเป็น 2 กรณี คือ การยุติการ ให้การปรึกษาแต่ละกรณีเมื่อการให้คำปรึกษาลิ้นสุดลง กับการยุติการให้คำปรึกษาในแต่ละครั้ง หลังจาก ที่ผู้ให้การศึกษาได้ให้การปรึกษาในขั้นที่ 2 แล้ว การยุติการปรึกษาในแต่ละกรณี เมื่อผู้รับการปรึกษาคิดหรือรู้สึกว่ปัญหาของผู้รับการปรึกษาได้รับการแก้ไขแล้วและไม่จำเป็นต้องมารับการปรึกษาอีก ส่วนการยุติการปรึกษาในแต่ละครั้งของการปรึกษา ผู้ให้การศึกษา ต้องให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักก่อนการยุติการให้การศึกษาว่า ผู้รับการปรึกษาได้อะไร จากการรับการศึกษา และควรปฏิบัติตนอย่างไรก่อนการมารับการศึกษาในครั้งต่อไป

2.2.3 ทักษะพื้นฐานที่ใช้ในการปรึกษาเป็นรายบุคคล

ในการศึกษาคครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทักษะพื้นฐานของการปรึกษา ดังต่อไปนี้

2.2.3.1 ทักษะการใส่ใจ (Attending skills) ถือเป็นทักษะที่มีความสำคัญ เป็นอันดับแรกของการฟัง ที่ผู้ให้การศึกษาแสดงให้เห็นถึงการรับฟัง หรือให้การใส่ใจ ผู้รับการปรึกษาอย่างแท้จริง โดยการใช้ปฏิบัติ 4 ประการ ต่อไปนี้คือ

1) การมอง/ ประสานสายตา (Visual/ Eye contact) เมื่อผู้ให้การศึกษา พุดกับผู้รับการปรึกษาให้มองสบตาที่ผู้รับการปรึกษา

2) คุณภาพของน้ำเสียง (Vocal qualities) ผู้ให้การศึกษาจะสามารถ พุดออกมาได้ด้วยการปรับเปลี่ยนน้ำเสียงและความเร็วในการพุดที่มีความเหมาะสมกับ ผู้รับการปรึกษาและสถานการณ์นั้น ๆ

3) การตามคำพุด (Verbal tracking) เป็นการที่ผู้ให้การศึกษาติดตาม เรื่องราวของผู้รับการปรึกษา และยึดประเด็นของผู้รับการปรึกษาเป็นหลัก

4) ภาษากาย (Body language) เป็นการแสดงความเป็นตัวของตัวเอง อย่างแท้จริง เป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการสร้างความไว้วางใจ นอกจากนั้นยังเป็นการแสดงถึง ความสนใจ เช่น โนม้ตัวไปข้างหน้าพอสมควร การจัดที่นั่งเป็นมุมฉาก การละสายตา จากผู้รับคำปรึกษาเป็นบางครั้งบางคราว การใช้น้ำเสียงที่อ่อนนุ่ม และใช้ท่าทางที่เป็น การให้กำลังใจแก่ผู้รับการปรึกษา

การใช้ทักษะการใส่ใจส่งผลให้ ผู้รับการปรึกษาจะสามารถพูดได้อย่างอิสระ และตอบสนองอย่างเปิดเผยมากขึ้น ทำให้ทราบเรื่องราวที่สำคัญอย่างครบถ้วนโดยคำนึงถึงเรื่องที่สำคัญเท่านั้น และจะทำให้มีการใช้ภาษาที่ก่อให้เกิดความรู้สึกสะดวกสบายใจมากยิ่งขึ้น (Ivey & Ivey, 2007, p. 121)

2.2.3.2 ทักษะการสังเกต (Observation skills) การปรึกษาเป็นการติดต่อสื่อสารเป็นการติดต่อสื่อสารโดยใช้ภาษาท่าทาง การสังเกตทางคำพูดซึ่งภาษาท่าทางมีความสำคัญต่อการให้การปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ การตระหนักรู้ในตนเองและการตระหนักรู้เกี่ยวกับการกระทำและน้ำเสียงที่มีอารมณ์แฝงเร้นของผู้รับการปรึกษาที่เกิดขึ้นพร้อม ๆ กันมักจะถ่ายทอดผ่านทางภาษา ท่าทางบางสิ่งบางอย่างที่พูดออกมา สามารถสะท้อนคำพูดที่แท้จริงของผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาได้ในบางครั้ง (Ivey & Ivey, 2008, p. 52)

2.2.3.3 การฟังที่มีประสิทธิภาพ (Active listening) มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ให้การปรึกษาได้มีปฏิสัมพันธ์อย่างเต็มที่ในการให้การปรึกษา มีการใส่ใจอย่างแท้จริง การเอาใจเขามาใส่ใจเรา และฟังความเปลี่ยนแปลงในความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม (Ivey & Ivey, 2008, p. 75) เพื่อการเข้าใจผู้รับการปรึกษาอย่างแท้จริง การฟังที่มีประสิทธิภาพใช้ทักษะพื้นฐาน 3 ทักษะ ได้แก่

2.2.3.4 ทักษะการกระตุ้น (Encouraging skills) เป็นการแสดงออกด้วยภาษาพูดและภาษาท่าทางจำนวนมากที่ผู้ให้การปรึกษาใช้เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาพูดได้อย่างต่อเนื่อง โดยการตอบรับด้วยคำพูด การแสดงออกทางสีหน้าในทางบวก การเงิบที่กระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาพูดต่อไป รวมทั้งการสื่อสารด้วยภาษาท่าทางที่เหมาะสม การพูดซ้ำคำที่สำคัญก็สามารถกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาพูด (Ivey & Ivey, 2008, p. 83)

2.2.3.5 ทักษะการทวนซ้ำ (Paraphrasing skills) การทวนซ้ำเป็นการสะท้อนกลับคำพูดและตอนที่สำคัญ แต่จับและกลั่นกรองส่วนที่สำคัญของสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาเพิ่งพูด การทวนซ้ำทำให้เรื่องราวที่สับสนของผู้รับการปรึกษาชัดเจนขึ้น การสำรวจประเด็นลึกซึ้งมากขึ้นซึ่งเป้าหมายของทักษะการทวนซ้ำคือ การสนับสนุน การสำรวจ และการทำความเข้าใจในความกระจ่างในประเด็นต่าง ๆ ของผู้รับการปรึกษา (Ivey & Ivey, 2008, p. 84)

2.2.3.6 ทักษะการสรุปความ (Summarizing skills) การสรุปความจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ให้การปรึกษาให้ความสนใจต่อคำอธิบายทั้งภาษาพูดและภาษาท่าทางของผู้รับการปรึกษาตลอดระยะเวลา และให้ความสนใจในการเลือกแนวคิด และพูดสิ่งที่ได้จากการใส่ใจกลับไปยังผู้รับการปรึกษาให้ถูกต้องเท่าที่จะเป็นไปได้ การตรวจสอบความถูกต้องแม่นยำ โดยเฉพาะเมื่อถึงขั้นตอนการยุติการปรึกษา

2.2.3.7 การถาม (Questions) คำถามเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในทฤษฎี และรูปแบบของการช่วยเหลือจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการปฏิบัติแนวพฤติกรรมความรู้คิด การถามช่วยเริ่มต้นหัวข้อใหม่ ๆ เพื่อการอภิปราย ช่วยในการเน้นย้ำ และทำให้ประเด็นต่าง ๆ ชัดเจนขึ้น และช่วยในการสำรวจตนเองของผู้รับการปรึกษา การถามแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1) คำถามเปิด (Open questions) เป็นคำถามที่มีแนวโน้มที่จะสนับสนุนให้เกิด การสำรวจประเด็นของผู้รับการปรึกษาในระดับลึกมากขึ้น คำถามเปิดสนับสนุนให้บุคคลอื่น ๆ พุด ทำให้ได้ข้อมูลมากที่สุด และทำให้การพูดเรื่อยเปื่อยน้อยลง คำถามเปิดอาจเริ่มต้นด้วยคำว่า “อะไร” “อย่างไร” “ใคร” “เมื่อไหร่” เป็นต้น (Ivey & Ivey, 2008, p. 60)

2) คำถามปิด (Closed questions) คำถามปิดทำให้ผู้ให้การปรึกษาได้รับ เรื่องราวเฉพาะที่มีความสำคัญ และเป็นคำถามที่มีแนวโน้มได้รับคำตอบที่น้อยมาก คำถามปิด อาจช่วยให้ผู้ให้การปรึกษาได้รับข้อมูลที่มีความสำคัญ (Ivey & Ivey, 2008, p. 61)

2.2.3.8 ทักษะการสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling skills) มีลักษณะ ใกล้เคียงกับการทวนความเป็นการตอบสนองด้วยภาษาพูด เป็นการระบุความรู้สึกที่สำคัญ ของผู้รับการปรึกษา และป้อนความรู้สึกที่ระบุได้กลับไปยังผู้รับการปรึกษาเพื่อทำความเข้าใจกับ ประสบการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลที่คาดว่าจะได้รับคือผู้รับการปรึกษาได้เข้าใจสภาวะ ความรู้สึกของตนเองได้อย่างเต็มที่มากขึ้น และพูดเกี่ยวกับความรู้สึกในระดับลึกขึ้น ผู้รับการปรึกษาอาจแก้ไขการสะท้อนความรู้สึกของผู้ให้การปรึกษาให้ถูกต้องด้วยการเป็น ผู้บรรยายได้ อย่างถูกต้องยิ่งขึ้น (Ivey & Ivey, 2008, p. 90) ประกอบด้วยมิติต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1) ประโยคหลัก (Sentence stem) เป็นการเลือกประโยคหลัก เช่น “ฉันได้ยิน ว่าคุณกำลังรู้สึก...” “ฟังดูเหมือนว่าคุณกำลังรู้สึก...” “ฉันสัมผัสได้ว่าคุณกำลังรู้สึก...” อย่างไรก็ตาม ประโยคเหล่านี้หากนำมาใช้บ่อยมากเกินไปจะฟังเป็นเรื่องตลก ผู้ให้การปรึกษาอาจต้องการ ประโยคหลักที่มีความหลากหลาย และบางครั้งอาจจะละประโยคเหล่านี้ไว้ การเรียกชื่อผู้รับ การปรึกษาและการใช้สรรพนามว่า “คุณ” จะช่วยทำให้ประโยคหลักมีความนุ่มนวลและเข้าถึงตัว ผู้รับการปรึกษาได้มากขึ้น

2) การใช้คำเรียกแทนความรู้สึก (Feeling label) ให้เติมคำที่แสดงให้เห็น ถึงอารมณ์หรือความรู้สึกลงในประโยคหลัก เช่น “ก้องเกียรติ ดูเหมือนว่าคุณจะรู้สึกสมหวัง เกี่ยวกับ...” “ดูเหมือนว่าคุณจะมีความสุข” “ฟังดูคล้ายกับว่าคุณมั่นใจมากในวันนี้” “ดูเหมือนว่า คุณรู้สึกแย่มาก ๆ นั่นแหละ” ในกรณีที่เป็นการรวมกันหลาย ๆ อย่าง อาจจะใช้คำที่แสดงถึง อารมณ์หลาย ๆ คำ ก็ได้ เช่น “ธนาพร ดูเธอทั้งตั้งใจและเสียใจในเวลาเดียวกัน”

3) บริบทหรือการทวนความแบบย่อ (Context or brief paraphrase)

ผู้ให้การปรึกษาอาจจะเพิ่มเติมด้วยการใช้การทวนความอย่างย่อเพื่อขยายการสะท้อนความรู้สึก คำต่าง ๆ เช่น เกี่ยวกับ เมื่อ และ เพราะว่า เป็นตัวอย่างของคำที่สามารถนำมาใช้เพิ่มเติมในบริบท สำหรับการสะท้อนความรู้สึก เช่น “ก้องเกียรติ คุณเหมือนว่าคุณจะรู้สึกดีเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นช่วงนี้” “ธนาพร คุณเซอทั้งใจและเสียใจ เพราะว่าคุณกำลังจะจากบ้านเพื่อเริ่มต้นงานใหม่”

4) กิริยาที่แสดงถึงเวลา และสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน (Tense and immediacy)

เป็นการสะท้อนถึงกิริยาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน เช่น “ขณะนี้คุณรู้สึกโกรธ” จะเป็นประโยชน์มากกว่าการใช้คำแสดงความรู้สึกในอดีต ผู้รับการปรึกษาบางคนอาจมีความยุ่งยากเกี่ยวกับการแสดงเวลาในปัจจุบัน และพูดเกี่ยวกับปัจจุบันขณะ

5) การตรวจสอบความถูกต้อง (Check-out) เป็นการตรวจสอบเพื่อจะทำให้รู้ว่า การสะท้อนความรู้สึกของผู้ให้การปรึกษาถูกต้องหรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะมีประโยชน์ ถ้าความรู้สึกดังกล่าวไม่ได้พูดออกมา เช่น “วันนี้คุณรู้สึกโกรธ ฉันพูดถูกต้องไหม” (Ivey & Ivey, 2008, pp. 99-100)

2.2.4 ข้อดีของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

ข้อดีของการปรึกษาเป็นรายบุคคล (เจียรนัย ทรงชัยกุล, 2542) ได้แก่

2.2.4.1 ผู้รับการปรึกษาได้รับความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาเฉพาะของผู้รับการปรึกษาโดยตรง ด้วยความละเอียด ครอบคลุม และรอบคอบอย่างเพียงพอ

2.2.4.2 ผู้รับการปรึกษาเป็นจุดสนใจของผู้ให้การปรึกษาแต่เพียงผู้เดียว ในการให้คำปรึกษาแต่ละครั้ง ผู้รับการปรึกษาจึงเป็นผู้ที่จะได้รับประโยชน์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่

2.2.4.3 ผู้รับการปรึกษากล้าที่จะเปิดเผยตนเองและปัญหาของตนอย่างอิสระกับผู้ให้การปรึกษา ซึ่งจะช่วยให้การวินิจฉัยปัญหาและการหาทางแก้ไขปัญหามุ่งตรงเร็วขึ้น

2.2.4.4 ผู้รับการปรึกษาไม่ต้องกังวลถึงความคิดและความรู้สึก หรือข้อเสนอแนะของผู้อื่น นอกจากผู้ให้การปรึกษาแต่เพียงผู้เดียวในระหว่างการให้คำปรึกษา

2.2.4.5 ผู้รับการปรึกษาไม่ต้องกังวลถึงความไม่พร้อมด้านทักษะการสื่อสารหรือบุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสมในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เพราะผู้รับการปรึกษาจะมีปฏิสัมพันธ์เฉพาะกับผู้ให้การปรึกษาแต่เพียงผู้เดียวในระหว่างการปรึกษา

2.2.5 ทฤษฎีการปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person centered therapy)

โรเจอร์ส (Rogers, 2014) มีความเชื่อว่าบุคคลมีความสามารถอยู่ในตนเอง เป็นผู้กำหนดวิถีชีวิตและการแก้ปัญหาด้วยตนเองหากบุคคลนั้นได้มีโอกาสรับรู้ความจริง

เกี่ยวกับตนเอง บุคคลสามารถเข้าใจถึงองค์ประกอบของชีวิตอันทำให้ตนไม่มีความสุข อีกทั้งยังสามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพของตนเอง (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภณ, 2543, pp. 83-84) ซึ่งเงื่อนไข ที่จำเป็นและเพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ มีดังนี้

1. บุคคลสองคนติดต่อกันทางด้านจิตใจ
2. บุคคลคนแรกที่เรียกว่าผู้รับบริการปรึกษา (Client) คือ ผู้ที่ประสบกับความไม่สอดคล้อง (Incongruency) หรือวิตกกังวล (Anxious)
3. บุคคลที่สองที่เรียกว่า ผู้บำบัดหรือผู้ให้การปรึกษา มีความสอดคล้อง (Congruent) หรือมีบุรณาการในสัมพันธภาพ
4. ผู้บำบัดต้องมีการยอมรับทางบวกแบบไม่มีเงื่อนไข (Unconditional positive regard) และการยอมรับผู้รับบริการปรึกษา
5. ผู้บำบัดต้องมีการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Empathic understanding) ต่อกรอบการอ้างอิงภายใน (The internal frame of reference) ของผู้รับบริการปรึกษา และเพียรพยายามที่จะสื่อสารประสบการณ์กับผู้รับบริการปรึกษา
6. การสื่อสารกับผู้รับบริการปรึกษาคด้วยความเข้าใจอย่างลึกซึ้งและการยอมรับของผู้บำบัด คือ การบรรลุผลในขั้นต้น

การปรึกษาแบบยี่ดบุคคลเป็นศูนย์กลางนั้น สัมพันธภาพของการบำบัดมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งซึ่งการที่จะเกิดสัมพันธภาพของการบำบัดที่ดีได้ ผู้ให้การปรึกษาจำเป็นต้องมีเจตคติที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

1. ความสอดคล้อง หรือ ความจริงแท้ (Congruence or genuineness) เป็นเจตคติที่สำคัญ นั่นคือ ผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้ที่จริงแท้ และเชื่อถือได้อย่างแท้จริงปราศจากฉากบังหน้าที่หลอกลวง ประสบการณ์ที่อยู่ภายในและการแสดงออกภายนอกต้องสอดคล้องกัน และผู้ให้การปรึกษาสามารถแสดงออกทางด้านอารมณ์ ความคิด ปฏิกริยา และเจตคติอย่างเปิดเผย ซึ่งการปรึกษาจะชะงักงันได้ ถ้าผู้ให้การปรึกษาไม่ชอบหรือไม่เห็นด้วยกับผู้รับบริการปรึกษา แต่แกล้งทำเป็นว่ายอมรับ และจะส่งผลให้การปรึกษาไม่ประสบความสำเร็จ
2. การมองและการยอมรับทางบวกอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditional positive regard and acceptance) เป็นการเอาใจดูแลอย่างไร้เงื่อนไข ปราศจากผลทางลบของการประเมินหรือตัดสินเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมของผู้รับบริการปรึกษาว่าดีหรือเลว สิ่งที่สำคัญ คือ การดูแลเอาใจใส่ของผู้ให้คำปรึกษานั้น ไม่ใช่การแสดงความเป็นเจ้าของ ผู้ให้การปรึกษาควรเห็นคุณค่าและยอมรับผู้รับบริการปรึกษาอย่างอบอุ่น โดยปราศจากการกำหนด

เจือใจในการยอมรับผู้รับการปรึกษา ไม่ใช่ทัศนคติที่ว่า “ฉันจะยอมรับคุณเมื่อ...” แต่ควรเป็นเจตคติที่ว่า “ฉันจะยอมรับคุณในสิ่งที่คุณเป็น”

3. การเข้าใจอย่างลึกซึ้งและถูกต้อง (Accurate empathic understanding) เป็นหน้าที่ของผู้ให้การปรึกษาที่จะต้องทำความเข้าใจประสบการณ์และความรู้สึกของผู้รับการปรึกษาอย่างไวต่อความรู้สึกและถูกต้อง การเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Empathic understanding) คือ ความสามารถของผู้ให้การปรึกษาที่จะสะท้อนประสบการณ์ของผู้รับการปรึกษา หน้าที่ประการหนึ่งในการสะท้อนของผู้ให้การปรึกษา คือ กระตุ้นและทำให้ผู้รับการปรึกษาสามารถที่จะสะท้อนตนเอง ได้ดีขึ้น ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งของผู้ให้การปรึกษานั้นทำให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความเข้าใจตนเอง (Self-understanding) และการสร้างความชัดเจนต่อความเชื่อและมุมมองต่อโลกของตน (Corey, 2001, pp. 176-179)

เป้าหมายของการปรึกษาแบบยี่บุคคลเป็นศูนย์กลางเพื่อเพิ่มระดับของการพึ่งตนเอง และการบูรณาการของบุคคล ไม่ใช่เป็นเพียงแค่การแก้ไขปัญหาเท่านั้น แต่เป็นการช่วยผู้รับการปรึกษาเกี่ยวกับกระบวนการของความเจริญงอกงามของเขา ดังนั้นผู้รับการปรึกษาสามารถแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ในปัจจุบันและปัญหาในอนาคตได้ดีขึ้น (Corey, 2001, p. 174)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research design) เพื่อศึกษาการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) มีรายละเอียดดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การดำเนินการวิจัย
4. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรในการวิจัย

1.1.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาและพัฒนากระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดต่อการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่น เป็นวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด และได้รับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องโดยอยู่ในอุปการะขององค์กรเอกชนในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงในปี 2558 ได้แก่ จังหวัดจันทบุรี จังหวัดชลบุรี จังหวัดระยอง จังหวัดตราด จังหวัดฉะเชิงเทรา จังหวัดปราจีนบุรี จังหวัดสระแก้ว จังหวัดนครนายก จังหวัดสมุทรปราการ รวม 9 จังหวัด

1.2 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

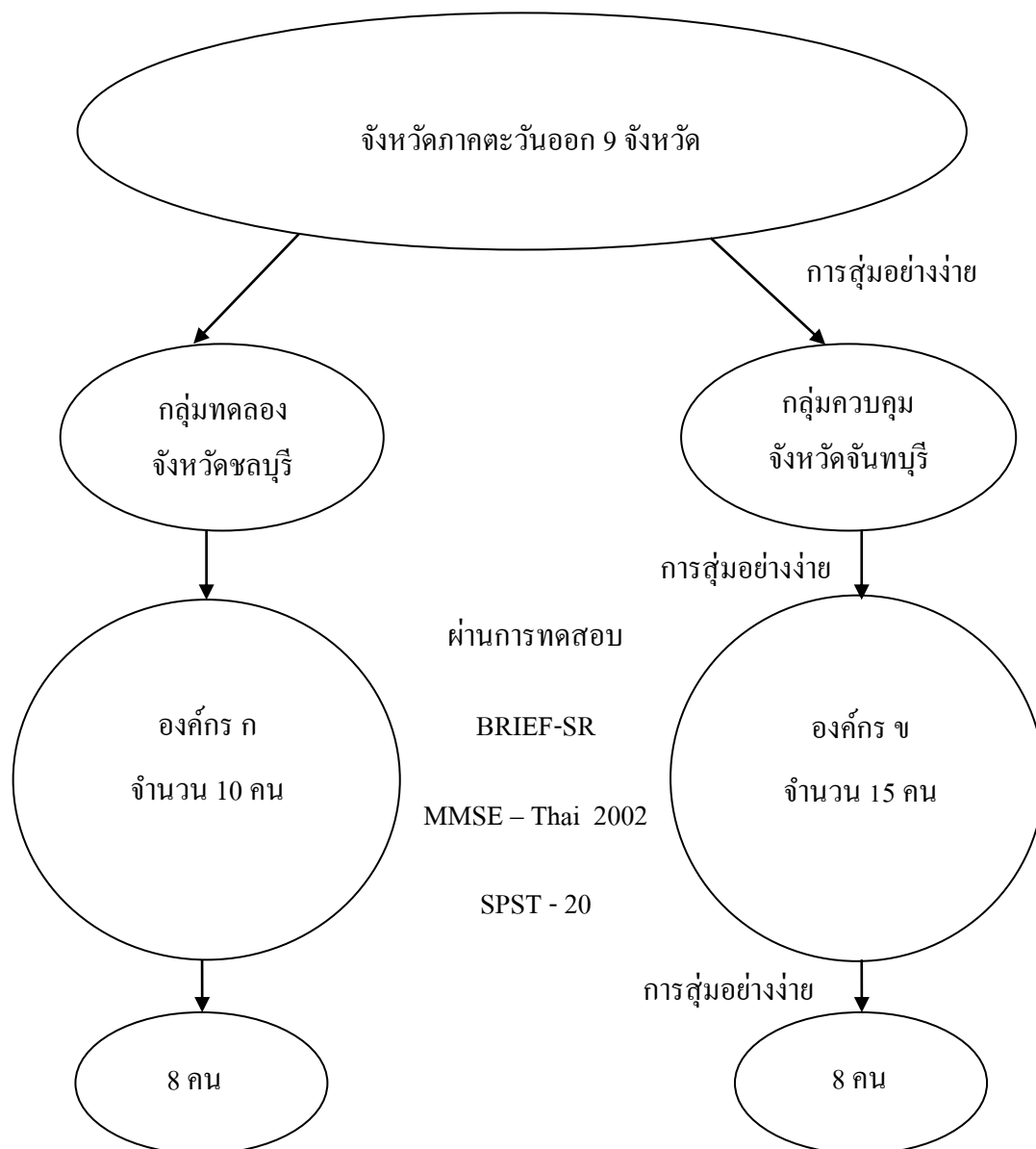
1.2.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาและพัฒนากระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดต่อการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่น เป็นวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด และได้รับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องโดยอยู่ในอุปการะขององค์กรเอกชนในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียง โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบ Multi-stage sampling

1.2.1.1 ชั้นแรกทำการสุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ได้จังหวัดที่เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นตัวแทนของพื้นที่เขตจังหวัดภาคตะวันออกเฉียง โดยกลุ่มทดลองสุ่มได้จังหวัดชลบุรี และกลุ่มควบคุมสุ่มได้จังหวัดจันทบุรี

1.2.1.2 ทำการสุ่มเพื่อให้ได้องค์กรเอกชนที่จะพัฒนาการกระบวนการบำบัดด้วย
ทฤษฎีสนามแห่งความคิดต่อการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของ
วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดมาจังหวัดละ 1 องค์กร รวมเป็น 2 องค์กร

1.2.1.3 หลังจากนั้นได้ทำการทดสอบวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่มีอายุ
เกิน 14 ปีบริบูรณ์ แต่ยังไม่เกิน 19 ปีบริบูรณ์ โดยทดสอบด้วยแบบทดสอบ Behavior Rating
Inventory of Executive Function-Self Report Version (BRIEF-SR) แบบทดสอบสภาพสมอง
เบื้องต้น ฉบับภาษาไทย Mini-Mental State Examination: Thai version (MMSE-Thai, 2002)
แบบวัดความเครียดสวนปรง ชุด 20 ชื่อ Suanprung Stress Test-20 (SPST-20) ผลปรากฏว่า
กลุ่มทดลองมีผู้ที่มีคะแนนความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ตั้งแต่
เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ขึ้นไป มีสภาพสมองปกติ และมีความเครียดในระดับต่ำถึงความเครียด
ในระดับสูงที่มีความสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง จำนวน 10 คน ส่วนในกลุ่มควบคุม มีผู้ที่มีคะแนน
ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ขึ้นไป มีสภาพ
สมองปกติ และมีความเครียด ในระดับต่ำถึงความเครียดในระดับสูง ที่มีความสมัครใจเข้าร่วม
การทดลอง จำนวน 15 คน

1.2.1.4 ขั้นตอนต่อมาทำการสุ่มอย่างง่ายเพื่อคัดเลือกให้เป็นกลุ่มทดลอง
จำนวน 8 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 8 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดกระบวนการบำบัด
ด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัด
ตามวิธีปกติตามกระบวนการที่องค์กรของสังคมนั้น ๆ กำหนด ดังภาพที่ 10



ภาพที่ 10 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง (ก และ ข เป็นชื่อสมมุติขององค์กรเอกชน)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

2.1.1 แบบทดสอบการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง-ฉบับรายงานตนเอง

Behavior Rating Inventory of Executive Function-Self Report Version (BRIEF-SR)

2.1.2 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State

Examination: Thai version (MMSE-Thai 2002)

2.1.3 แบบวัดความเครียดสวนปรงชุด 20 ชื่อ Suanprung Stress Test-20 (SPST-20)

2.1.4 มาตรฐานวัดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล (Subjective Units of Distress Scale: SUDS)

2.1.5 โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสถานแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT)

2.2 การหาประสิทธิภาพเครื่องมือ

2.2.1 แบบทดสอบการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง-ฉบับรายงานตนเอง Behavior Rating Inventory of Executive Function-Self Report Version (BRIEF-SR)

Behavior Rating Inventory of Executive Function-Self Report Version (BRIEF-SR) ฉบับภาษาไทย เป็นแบบทดสอบที่ผู้วิจัยแปลมาจาก Behavior Rating Inventory of Executive Function-Self Report Version (BRIEF-SR) สร้างโดย Guy, Isquith and Gioia (2004) ซึ่งศึกษาถึงพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของ (Executive Functions: EFs) ทั้งนี้เครื่องมือสำหรับการวิจัยครั้งนี้ซื้อมาจากบริษัท Australian Council for Educational Research อย่างถูกต้องตามกฎหมาย BRIEF-SR ฉบับนี้มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับ ค่าความสอดคล้องภายในเนื้อหา (Internal consistency) อยู่ในระดับสูง ($\alpha = .96$) และมีความเสถียรอยู่ในระดับสูง ($r = .89$) ผู้วิจัยแปลแบบทดสอบ BRIEF-SR เป็นภาษาไทย ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ภาคผนวก ก) ผ่านการหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยมีข้อที่ต้องปรับปรุงข้อความจำนวน 14 ข้อ (ภาคผนวก ค) และผ่านขั้นตอน Back-translation ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (ภาคผนวก ข) จากนั้นผู้วิจัยได้นำมาทดลองใช้กับวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาล 5 โรงพยาบาล ในภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 84 คน เพื่อหาคุณภาพเครื่องมือ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบรายด้านมีค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ (ภาคผนวก ค) ด้านการยับยั้งชั่งใจ (Inhibit) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71 ด้านการปรับพฤติกรรมและความคิด (Shift) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .72 ด้านการปรับพฤติกรรมและความคิด (Shift) แยกเป็นด้านย่อย ได้แก่ ด้านการปรับพฤติกรรม (Behavioral shift) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .61 และด้านการปรับความคิด (Cognitive shift) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .55 ด้านการควบคุมอารมณ์ (Emotional control) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .72 ด้านการติดตามตรวจสอบ (Monitor) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .22 ด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working memory) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 ด้านการวางแผน/การจัดระเบียบ (Plan/ Organization) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 ด้านการจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of materials) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .66 และด้านการทำงานให้เสร็จสิ้น (Task Completion) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

ลักษณะแบบทดสอบ BRIEF-SR ประกอบด้วยข้อความจำนวน 80 ข้อ จำแนกเป็น 8 ด้าน โดยแต่ละด้านไม่มีความสัมพันธ์กัน และวัดพฤติกรรมที่บกพร่องของการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง (Executive Functions: EFs) ในแง่มุมที่แตกต่างกัน 8 ด้าน คือ ด้านการยับยั้งชั่งใจ (Inhibit) ด้านการปรับพฤติกรรมและความคิด (Shift) ด้านการควบคุมอารมณ์ (Emotional control) ด้านการติดตามตรวจสอบ (Monitor) ด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working memory) ด้านการวางแผน/ การจัดระเบียบ (Plan/ Organization) ด้านการจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of materials) และด้านการทำงานให้เสร็จสิ้น (Task completion)

ผู้วิจัยได้ทดลองใช้แบบทดสอบ BRIEF-SR โดยนำไปใช้กับวัยรุ่นปกติจำนวน 30 คน และวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .89 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการสำรวจโดยใช้แบบทดสอบกับวัยรุ่นปกติจำนวน 30 คน และวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์ โดยใช้การทดสอบค่า t (t -test for Independent samples) พบว่า กลุ่มวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มวัยรุ่นปกติมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ากลุ่มวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มวัยรุ่นปกติ มีค่าเฉลี่ยด้านการปรับพฤติกรรมหรือความคิด การควบคุมอารมณ์ ความจำที่นำกลับมาใช้ได้ และการจัดระเบียบสิ่งของ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เกณฑ์การให้คะแนนแบบทดสอบ BRIEF-SR ให้คะแนนตามคู่มือของแบบทดสอบ BRIEF-SR (Guy, Isquith, & Gioia, 2004, pp. 10-11) โดยแบบทดสอบ BRIEF-SR ใช้คะแนนมาตรฐาน T (T score) เพื่อแสดงความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพทางสมองของบุคคล โดยแปลความหมาย ดังนี้

T 50 หมายถึง ค่าเฉลี่ยปกติ โดยกำหนดค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.5 (เท่ากับ 15) ที่แสดงถึงระดับความแตกต่างของความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง

T 60-64 หมายถึง มีความบกพร่องระดับไม่รุนแรง แต่ต้องได้รับการบำบัดทางจิตวิทยา

T 65 ขึ้นไป หมายถึง มีความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ที่ต้องได้รับการบำบัดทางคลินิก (Clinical range)

2.2.2 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย Mini-Mental State Examination : Thai version (MMSE-Thai 2002) หมายถึง แบบทดสอบที่กรมสุขภาพจิต ใช้คัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะความพิการทางสมองของคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข (2543) จาก MMSE ต้นฉบับ ที่สร้างโดย Folstein, Folstein and McHugh (1975)

เป็นการทดสอบความสามารถของผู้ถูกทดสอบ ประกอบด้วย 11 กิจกรรม ได้แก่ การตอบคำถามเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ การจดจำข้อความ การคิดคำนวณ การเขียน และการปฏิบัติตามคำสั่ง การให้คะแนนในแต่ละกิจกรรมจะแตกต่างกันออกไปตามความยากง่าย คะแนนความสามารถในการทำแบบทดสอบนี้สัมพันธ์กับพื้นฐานความรู้ คะแนนเต็มของแบบทดสอบจึงมีค่าไม่เท่ากัน เมื่อใช้ทดสอบบุคคลที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

เกณฑ์การให้คะแนน

ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนนเต็มเท่ากับ 23 คะแนน หากได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน แสดงว่า มีภาวะความพิการทางสมอง

ผู้ที่เรียนระดับประถมศึกษา คะแนนเต็มเท่ากับ 30 คะแนน หากได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน แสดงว่า มีภาวะความพิการทางสมอง

ผู้ที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา คะแนนเต็มเท่ากับ 30 คะแนน หากได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน แสดงว่า มีภาวะความพิการทางสมอง

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ได้ถูกนำมาใช้เพื่อคัดกรองบุคคลว่ามีสภาพสมองปกติหรือไม่ รัชณี นามจันทรา (2553) ศึกษาถึง การบำบัดเพื่อฟื้นฟูความสามารถทางการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้การประเมินภาวะสมองเสื่อมจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย เป็นแบบทดสอบที่สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับแบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (สำหรับญาติ หรือผู้ดูแล) และแบบประเมินสมรรถภาพในชีวิตปฏิบัติ Activity of Daily Living (ADL) Index เช่นเดียวกับการศึกษาของ รังสิมา รัตนศิลา, ขวัญใจ อำนางสัตว์ชัย, สิรินทร จันศิริกาญจน, สิทธิประภา กลั่นกลิ่น และพัชรพร เกิดมงคล (2558) ศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีความจำอยู่ในระดับปกติ ในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย Mini-Mental State Examination: Thai version (MMSE - Thai 2002) ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีสภาพสมองปกติ

2.2.3 แบบวัดความเครียดสวนปรงชุด 20 ข้อ (Suanprung Stress Test-20: SPST-20) หมายถึง แบบวัดความเครียดสวนปรงเป็นแบบวัดความเครียดที่สร้างขึ้นมาเพื่อวัดความเครียดที่เหมาะสมสำหรับคนไทย จากกรอบแนวคิดทางด้านชีวภาพจิตใจ และสังคมของความเครียดที่สร้างขึ้น โดยนายแพทย์สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ โรงพยาบาลสวนปรง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย และ

พิมพ์มาศ ตาปัญญา, 2540) ทำการหาคุณภาพเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้วปรับปรุงแบบวัดความเครียด จำนวน 102 ข้อ การหาความตรงตามสภาพ (Concurrent validity) ในกลุ่มตัวอย่าง 523 คน เครื่องมือมาตรฐานที่ใช้คือ ค่าความเครียดของกล้ามเนื้อ (Electromyography: EMG) ซึ่งมีความแม่นยำ ตรงตามสภาพมากกว่า .27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่ออิงค่า EMG ที่ช่วงความเชื่อมั่น 95% หลังจากนั้นได้ปรับเครื่องมือให้มีขนาดเล็กลงเหลือ 20 ข้อ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ปัจจัยเพื่อสกัดตัวปัจจัยให้เหลือข้อคำถามน้อยลง ทั้งนี้ข้อคำถามที่เหลือจะต้องมีค่าความเชื่อมั่นครอนบาค (Cronbach's Alpha Reliability Coefficient) มากกว่า .70 และยังคงสัมพันธ์กับค่า EMG อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งมีข้อคำถาม 20 ข้อ โดยในแต่ละข้อ มี 5 ตัวเลือก

คะแนนจากการประเมินทั้ง 20 ข้อ เมื่อรวมกันมีคะแนนไม่เกิน 100 คะแนน โดยผลรวมที่ได้สามารถแปลผลได้ ดังนี้

คะแนน 0-24 ความเครียดในระดับต่ำ

ความเครียดอยู่ในระดับน้อยและหายไปได้ในระยะสั้น ๆ เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันและสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม ความเครียดในระดับนี้ ถือว่ามีประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นแรงจูงใจที่นำไปสู่ความสำเร็จในชีวิตได้

คะแนน 25-42 ความเครียดในระดับปานกลาง

ความเครียดในระดับปานกลาง เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันเนื่องจากมีสิ่งที่คุณความหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เครียดอาจรู้สึกวิตกกังวลหรือ กลัว ถือว่าอยู่ในเหตุการณ์ปกติ ความเครียดระดับนี้ไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือเป็นผลเสียต่อการดำเนินชีวิต สามารถผ่อนคลายความตึงเครียดด้วยการทำกิจกรรมที่เพิ่มพลัง เช่น ฟังเพลง อ่านหนังสือ ทำงานอดิเรก หรือพูดคุยระบายความไม่สบายใจกับผู้ที่ไว้วางใจ

คะแนน 43-62 ความเครียดในระดับสูง

ความเครียดในระดับสูง เป็นระดับที่ได้รับความสะดวกหรือจากสิ่งต่าง ๆ หรือเหตุการณ์รอบตัวทำให้วิตกกังวล กลัว รู้สึกขัดแย้งหรืออยู่ในสถานการณ์ที่แก้ไขจัดการปัญหานั้น ไม่ได้ปรับความรู้สึกด้วยความลำบาก จะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และการเจ็บป่วย เช่น ความดันโลหิตสูงเป็นผลในกระเพาะอาหาร ฯลฯ สิ่งที่ต้องรีบทำเมื่อมีความเครียดในระดับนี้ คือ คลายเครียดด้วยวิธีที่ทำได้ง่ายแต่ได้ผลดี คือการฝึกหายใจคลายเครียด ฟูกระบายความเครียดกับผู้ที่ไว้วางใจ หาสาเหตุหรือปัญหาที่ทำให้เครียดและหาวิธีแก้ไข หากไม่สามารถจัดการคลายเครียดด้วยตนเอง ควรปรึกษากับผู้ให้การศึกษาในหน่วยงานต่าง ๆ

คะแนน 63 ขึ้นไป ความเครียดในระดับรุนแรง

ความเครียดในระดับรุนแรง เป็นความเครียดระดับสูงที่เกิดต่อเนื่อง หรือกำลังเผชิญกับวิกฤตของชีวิต เช่น เจ็บป่วยรุนแรง เรือร้าง มีความพิการ สูญเสียคนรัก ทรัพย์สิน หรือสิ่งที่รัก ความเครียดระดับนี้ส่งผลทำให้เจ็บป่วยทางกายและสุขภาพจิต ชีวิตไม่มีความสุข ความคิดฟุ้งซ่าน การตัดสินใจไม่ได้ ยับยั้งอารมณ์ไม่ได้ ความเครียดระดับนี้ถ้าปล่อยไว้จะเกิดผลเสียทั้งต่อตนเองและคนใกล้ชิด ควรได้รับการช่วยเหลือจากผู้ให้การรักษาอย่างรวดเร็ว เช่น ทางโทรศัพท์ หรือผู้ให้บริการรักษาในหน่วยงานต่าง ๆ หมายเลขโทรศัพท์ที่ให้การรักษาของหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตทุกแห่ง

2.2.4 กระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT)

โปรแกรมกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาโปรแกรมดังต่อไปนี้

2.2.4.1 ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศเกี่ยวกับทฤษฎีสนามแห่งความคิด

2.2.4.2 ดำเนินการจัดทำโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด

2.2.4.3 นำโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ

2.2.4.4 นำโปรแกรมที่ได้รับการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้เพื่อหาข้อบกพร่องและปรับปรุงแก้ไข

2.2.4.5 โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด เพื่อลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติด เชื้อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิด

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมที่สร้างขึ้น นำเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและขอคำแนะนำเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น จำนวน 3 ท่าน (ภาคผนวก ก) ผู้วิจัยได้ปรับปรุงโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดและให้ประธานกรรมการและกรรมการควบคุมคุณภาพนิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้ง จึงนำไปทดลองใช้กับเด็กวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด จำนวน 3 คน และดำเนินการตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด จำนวน 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 7 เพื่อหาข้อบกพร่องและนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อใช้ในการทดลองต่อไป จากการทดลองใช้โปรแกรมดังกล่าว พบว่าระยะเวลา

ในการปรึกษาที่โปรแกรมกำหนดไว้เดิม 90 นาทีนั้น เป็นช่วงเวลาที่ยาวนานมากเกินไป นอกจากนี้สภาพแวดล้อมในการปรึกษาแต่ละครั้งมีผลต่อการเรียนรู้ถึงขั้นตอนตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด ผู้วิจัยต้องจัดสถานที่ให้อยู่ในที่ที่สงบและไร้เสียงรบกวนและสิ่งจูงใจอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ได้รับการบำบัดมีสมาธิ และมุ่งมั่นในการฝึกตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด

2.2.5 มาตรวัดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล (Subjective Units of Distress Scale: SUDS) หมายถึง การวัดระดับความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับความทุกข์หรือสิ่งที่มารบกวนจิตใจเป็นระดับ 0 ถึง 10 โดยในระดับ 0 หมายถึง ความรู้สึกผ่อนคลาย และไต่ระดับความทุกข์มีความเข้มข้นตามลำดับจนถึง ระดับ 10 หมายถึง ความทุกข์ในระดับสูงสุด มาตรวัดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคลถูกพัฒนาขึ้นมาโดย Wolpe (1969) ซึ่งจะใช้กันแพร่หลายในการบำบัดผู้ที่มีความวิตกกังวลผิดปกติ โดยมาตรวัดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคลมีความหมายในแต่ละระดับ ดังนี้

10 หมายถึง ความทุกข์ ความกังวลใจในระดับสูงสุด มีอาการทางประสาท ไม่มีคนอื่นที่จะเข้าใจความรู้สึกได้

9 หมายถึง ความทุกข์ ความกังวลใจในระดับสูญเสียการควบคุมอารมณ์

8 หมายถึง ความทุกข์ ความกังวลใจในระดับที่ต้องแยกตัวออกจากสังคม

7 หมายถึง ความทุกข์ ความกังวลใจในระดับที่รู้สึกว่าควบคุมความรู้สึกได้ยากลำบาก

6 หมายถึง ความทุกข์ ความกังวลใจในระดับที่รู้สึกว่าต้องดำเนินการบางอย่างเพื่อให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น

5 หมายถึง ความทุกข์ ความกังวลใจในระดับปานกลาง

4 หมายถึง ความทุกข์ ความกังวลใจในระดับที่รบกวนจิตใจไม่สามารถปฏิเสธได้ว่าไม่พอใจ ถึงแม้จะรู้สึกว่าสามารถรับมือได้ แต่ก็ไม่ได้มีความรู้สึกดี

3 หมายถึง ความทุกข์ ความกังวลใจในระดับที่รู้สึกถึงสิ่งที่มารบกวน

2 หมายถึง ความทุกข์ ความกังวลใจในระดับน้อย ถ้าไม่ได้ไตร่ตรองหรือทบทวนในความรู้สึกนี้อาจจริงจังจะไม่รู้ถึงความทุกข์ ความกังวลใจ

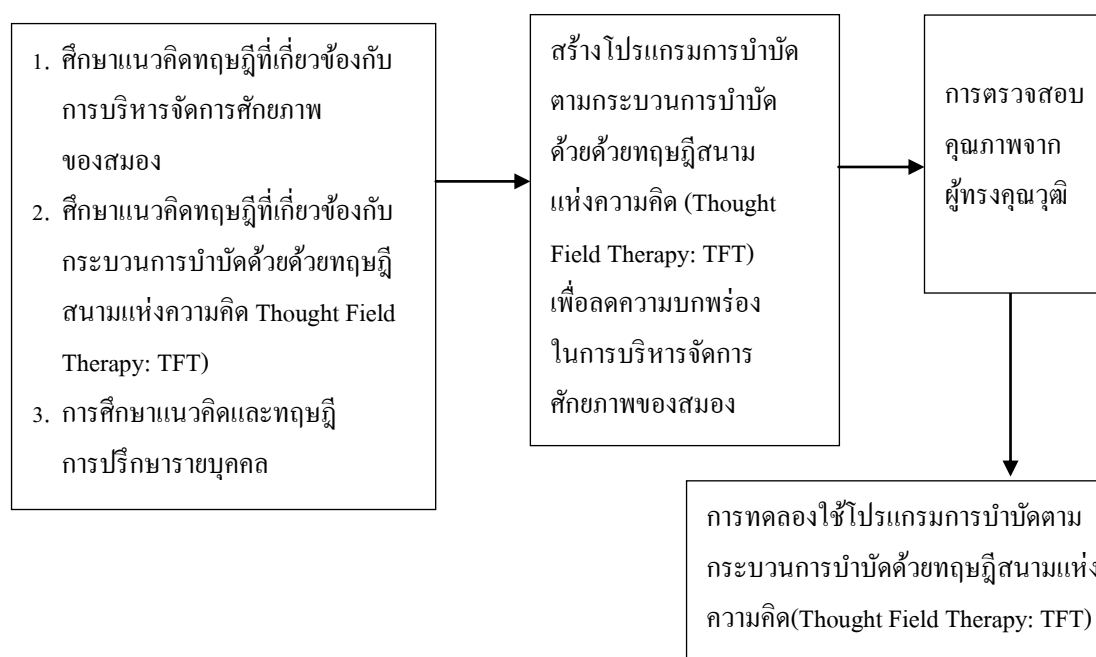
1 หมายถึง ความรู้สึกดีโดยทั่วไป อาจจะมีบางสิ่งรบกวนจิตใจแต่ไม่มาก

0 หมายถึง ความรู้สึกผ่อนคลาย

มาตรวัดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล ใช้ก่อนและหลังการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดในแต่ละครั้ง เพื่อเป็นมาตรที่ใช้ระบุ

ผู้เข้ารับการบำบัดมีความเครียด ความทุกข์ที่รบกวนจิตใจในระดับที่ลดลงจนอยู่ในระดับที่จะยุติการปรึกษา โดยมาตรวัดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล ต้องลดลงอยู่ในระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2

ลำดับขั้นตอนในการสร้างโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT)



ภาพที่ 11 กรอบแนวคิดในการสร้างโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ต่อการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด

3. การดำเนินการวิจัย

3.1 การลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด “Thought Field Therapy: TFT” เพื่อลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่น โดยใช้แบบแผนการทดลองแบบ Randomized pretest-posttest control group design (องอาจ นัยพัฒน์, 2548, หน้า 275-276)

ตารางที่ 1 แบบแผนการทดลองแบบ Randomized Pretest-Posttest Control Group Design

กลุ่ม	ระยะ ก่อน ทดลอง	ระยะ ทดลอง	ระยะ หลัง ทดลอง	ระยะ ติดตาม ผล
<i>ER</i>	<i>O1</i>	<i>X</i>	<i>O2</i>	<i>O3</i>
<i>CR</i>	<i>O1</i>	-	<i>O2</i>	<i>O3</i>

ความหมายของสัญลักษณ์ มีดังนี้

E หมายถึง กลุ่มทดลอง (Experimental group)

C หมายถึง กลุ่มควบคุม (Control group)

R หมายถึง การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม (Random assignment)

O1 หมายถึง การทดสอบก่อนการทดลอง (Pretest)

X หมายถึง การให้สิ่งทดลอง (Treatment) โดยใช้โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด “Thought Field Therapy” (TFT)

O2 หมายถึง การทดสอบหลังการทดลอง (Posttest)

O3 หมายถึง การทดสอบในระยะติดตามผล (Follow up)

3.2 วิธีการดำเนินการทดลอง โดยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังต่อไปนี้

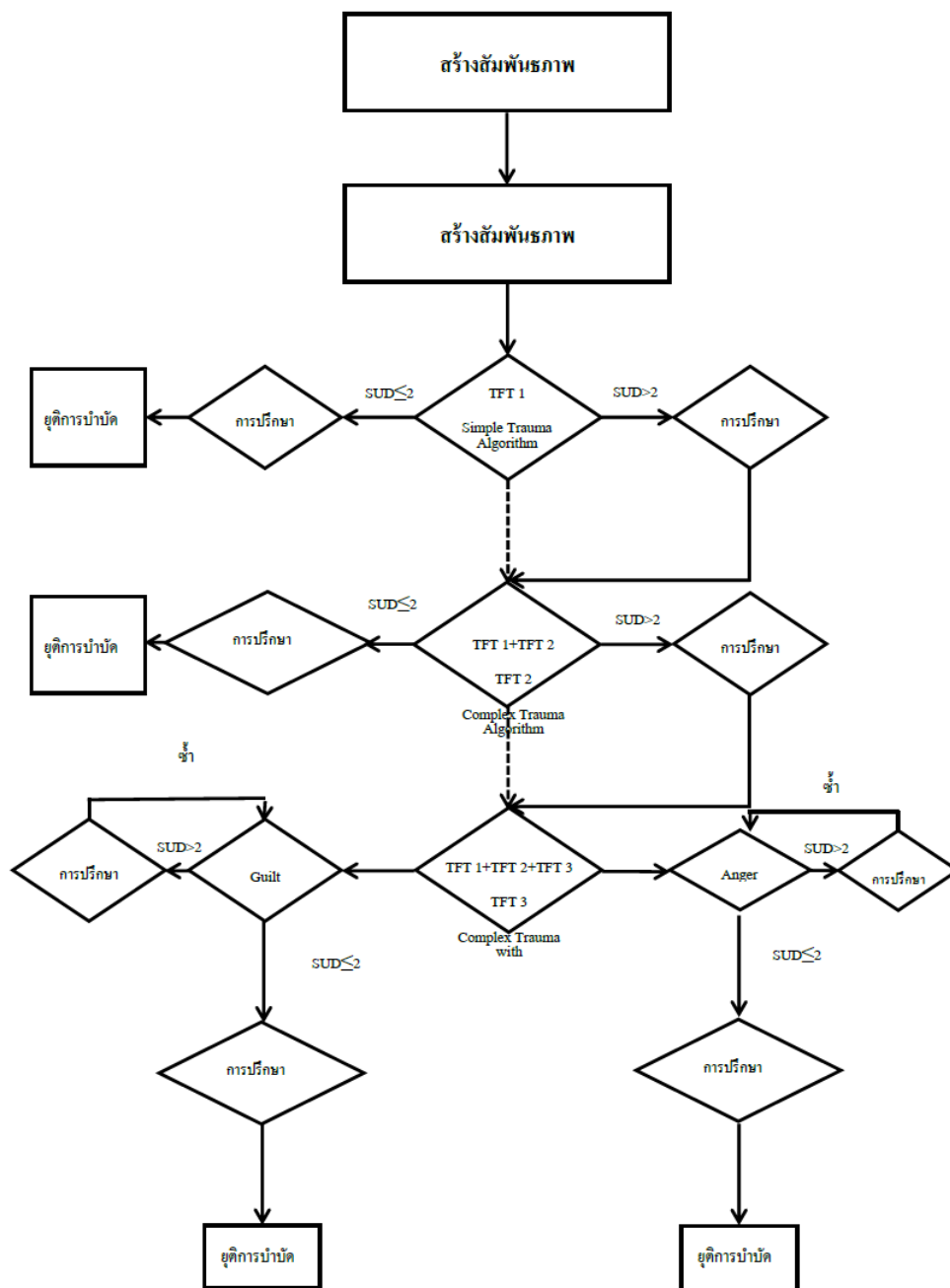
3.2.1 ระยะก่อนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด และอยู่ในอุปการะขององค์กรเอกชน จำนวน 16 คน ใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย Mini-Mental State Examination: Thai version (MMSE-Thai 2002) โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้ผลคะแนนผ่านเกณฑ์เบื้องต้นของผู้ที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา ได้คะแนนมากกว่า 22 คะแนน แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีภาวะความพิการทางสมอง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการวัดความเครียด โดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรง ชูด 20 ข้อ (Suanprung Stress Test-20, SPST-20) โดยกลุ่มตัวอย่างได้ผลคะแนนความเครียดอยู่ในระดับความเครียดปานกลาง 13 คน และกลุ่มตัวอย่าง 3 คน มีความเครียดอยู่ในระดับสูง จึงทำการทดสอบโดยแบบทดสอบการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง-ฉบับรายงานตนเอง Behavior Rating Inventory of Executive Function-Self Report Version (BRIEF-SR) ซึ่งเป็นคะแนนสำหรับระยะก่อนการทดลอง (Pretest)

โดยใช้เกณฑ์คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ที่ 75 ขึ้นไป หลังจากนั้นจึงทำการนัดหมายสมาชิกกลุ่มทดลองเข้าร่วมประชุมเพื่อชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับการเข้าร่วมรับการบำบัดตามเพื่อลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้คิดเชิงเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด โดยการให้การบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT)

3.2.2 ระยะเวลาทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด “Thought Field Therapy” (TFT) โดยการบำบัดนี้เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเข้าถึงกระบวนการในการแตะจุดสัมผัสพลังธรรมชาติในตน เพื่อลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง โดยการบำบัดที่สร้างขึ้นกับกลุ่มทดลองจำนวน 8 คน เป็นจำนวนทั้งสิ้น 16 ครั้ง เป็นระยะเวลาอย่างต่ำ 7 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดแบบปกติ การบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด “Thought Field Therapy: TFT” ในแต่ละครั้งใช้การปรึกษารายบุคคลประกอบการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด เพื่อให้กลุ่มทดลองได้รับการบำบัด ดังภาพที่ 12



ภาพที่ 12 ลำดับขั้นตอนการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด เพื่อลดความบกพร่อง ในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเซ่อไอวี ตั้งแต่แรกเกิด (Callahan & Trubo, 2001, pp. 98-108)

การดำเนินการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดครั้งที่ 1-2 ดำเนินการ
สร้างสัมพันธภาพ และการปฐมนิเทศ

การบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดครั้งที่ 3-7 เป็นกระบวนการบำบัดมุ่งบำบัด
แบบบูรณาการ โดยเทคนิค TFT เบื้องต้น (Simple Trauma Algorithm) โดยชุดขั้นตอนนี้ฝึกเทคนิค
การแตะจุดสัมผัสบริเวณคิ้ว (eye brow) เทคนิคการแตะจุดบริเวณกระดูกไหปลาร้า (collarbone
spot) เทคนิค PR (psychological reversal) และเทคนิคการแตะจุด 9 จุด (9 g) และใช้มาตรวัด
ความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล (Subjective Units of Distress Scale: SUDS) เพื่อให้ผู้รับ
การบำบัดได้วัดความเครียดตามการรับรู้ของตนเองก่อนและหลังการบำบัดทุกครั้ง และ
ในการดำเนินการบำบัดครั้งที่ 7 หลังการบำบัดเมื่อประเมินค่า SUDS ≤ 2 จึงยุติการบำบัด

การบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดในครั้งที่ 8-10 เป็นกระบวนการบำบัด
ที่มุ่งบำบัดแบบบูรณาการ เพื่อแก้ไขปัญหาของผู้รับการบำบัด โดยเทคนิค TFT ขั้นสูง (Complex
Trauma Algorithm) ประกอบไปด้วยเทคนิคการแตะจุดบริเวณคิ้ว (eye brow) เทคนิคการแตะจุด
ใต้ตา (under the eye) เทคนิคการแตะจุดใต้แขน (under the arm) เทคนิคการแตะจุดบริเวณกระดูก
ไหปลาร้า (collarbone spot) เทคนิค PR (psychological reversal) เทคนิคการแตะจุด 9 จุด
(9 gamut) และเทคนิค mini PR เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาและการแก้ไขปัญหาของตน
นอกจากนี้ยังคงใช้มาตรวัดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล (Subjective Units of Distress Scale:
SUDS) เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้วัดความเครียดตามการรับรู้ของตนเองก่อนและหลังการบำบัด
ทุกครั้ง และในการดำเนินการปรึกษารายบุคคลครั้งที่ 10 หลังการปรึกษาเมื่อประเมินค่า
SUDS ≤ 2 จึงยุติการบำบัด

การบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดครั้งที่ 11-13 เป็นกระบวนการบำบัดที่มุ่งบำบัด
แบบบูรณาการเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้รับการบำบัด โดยเทคนิค TFT ขั้นสูงกับความโกรธ
(Complex trauma with anger algorithm) ประกอบไปด้วย เทคนิคการแตะจุดบริเวณคิ้ว (eye brow)
เทคนิคการแตะจุดใต้ตา (under the eye) เทคนิคการแตะจุดใต้แขน (under the arm) เทคนิค
การแตะจุดบริเวณกระดูกไหปลาร้า (collarbone spot) เทคนิคแตะจุดที่นิ้วก้อย (little finger spot)
เทคนิค PR (Psychological Reversal) เทคนิคการแตะจุด 9 จุด (9g) และเทคนิค mini PR
นอกจากนี้ยังคงใช้มาตรวัดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล (Subjective Units of Distress Scale:
SUDS) เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้วัดความเครียดตามการรับรู้ของตนเองก่อนและหลังการให้
การบำบัดทุกครั้ง และในการดำเนินการบำบัดครั้งที่ 13 หลังการบำบัดเมื่อประเมินค่า SUDS ≤ 2
จึงยุติการบำบัด

การบำบัดด้วยทฤษฎีสถานแห่งความคิดครั้งที่ 14-15 เป็นกระบวนการบำบัดที่มุ่งบำบัดแบบบูรณาการเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้รับการบำบัด โดยเทคนิค TFT ขึ้นสูงกับความละเอียดใจ (Complex trauma with guilt algorithm) ประกอบไปด้วยเทคนิคการแตะจุดบริเวณคิ้ว (eye brow) เทคนิคการแตะจุดใต้ตา (under the eye) เทคนิคการแตะจุดใต้แขน (under the arm) เทคนิคการแตะจุดบริเวณกระดูกไหปลาร้า (collarbone spot) เทคนิคแตะจุดนิ้วชี้ (index finger) เทคนิค PR (Psychological Reversal) เทคนิคการแตะจุด 9 จุด (9g) และเทคนิค Mini PR นอกจากนี้ยังคงใช้มาตรวัดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล (Subjective Units of Distress Scale: SUDS) เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้วัดความเครียดตามการรับรู้ของตนเองก่อนและหลังการให้การบำบัดทุกครั้ง และในการดำเนินการบำบัดครั้งที่ 15 หลังการบำบัด เมื่อประเมินค่า SUDS ≤ 2 จึงยุติการบำบัด และการบำบัดครั้งที่ 16 คือ การยุติการบำบัด

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสถานแห่งความคิดเพื่อลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ได้กำหนดไว้ทั้งหมด 16 ครั้ง กลุ่มทดลองเมื่อได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสถานแห่งความคิดเพื่อลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง จากการทดลอง พบว่าสมาชิก 3 คน สามารถยุติการบำบัดบำบัดได้ในครั้งที่ 7 โดยมีค่า SUDS ≤ 2 นอกจากนี้ พบว่า สมาชิก 5 คน สามารถยุติการบำบัดได้ในครั้งที่ 10 โดยมีค่า SUDS ≤ 2 ดังนั้นกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสถานแห่งความคิดที่กำหนดไว้ 16 ครั้ง จึงยุติเพียงการบำบัดในครั้งที่ 7 และครั้งที่ 10 ซึ่งกลุ่มทดลองที่ยุติการบำบัดในครั้งที่ 7 แสดงว่าผู้รับการบำบัดมี Trauma ในระดับ Simple Trauma เท่านั้น ทั้งนี้เป็นไปตามแผนการบำบัดด้วยทฤษฎีสถานแห่งความคิด (Callahan & Trubo, 2001, pp. 98-100) และกลุ่มทดลองที่ยุติการบำบัดในครั้งที่ 10 แสดงว่าผู้รับการบำบัดมี Trauma ในระดับ Complex Trauma ซึ่งเป็นไปตามแผนการบำบัดด้วยทฤษฎีสถานแห่งความคิด (Callahan & Trubo, 2001, pp. 100-103)

3.2.3 ระยะเวลาหลังการทดลอง

ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำแบบทดสอบการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง-ฉบับรายงานตนเอง Behavior Rating Inventory of Executive Function-Self Report Version (BRIEF-SR) ซึ่งเป็นคะแนนสำหรับระยะหลังการทดลอง (Posttest)

3.2.4 ระยะติดตามผล

หลังจากการทดลองผ่านไปเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อทำแบบทดสอบการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง-ฉบับรายงานตนเอง

Behavior Rating Inventory of Executive Function-Self Report Version (BRIEF-SR) อีกครั้งหนึ่ง เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับระยะหลังการติดตามผล (Follow up)

4. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการจัดกระทำข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยผู้วิจัยทำการวิเคราะห์สถิติพื้นฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

1. วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบผลของการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎี

สนามแห่งความคิดเพื่อลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองดังนี้

2.1 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ F -test โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำชนิดสองทาง (Two-way ANOVA Repeated measurement) วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบแบบวัดซ้ำชนิดทางเดียว (One-way ANOVA repeated measurement) และวิเคราะห์เปรียบเทียบโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำชนิดสองทาง (Two-way ANOVA Repeated measurement) แบบ One between and two within design (Stevens, 2002)

2.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ และการทดสอบภายหลัง (Post Hoc Test) ของค่าเฉลี่ยโดยรวม และรายองค์ประกอบก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล ด้วยวิธี นิวแมนคูลส์ (Newman-Keuls)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบการบำบัดด้วยทฤษฎีสนาม
แห่งความคิดต่อการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อ
เอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอข้อมูล

เพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลจากผลการทดลองและการแปลความหมายของผลการทดลอง
เป็นที่เข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยจึงกำหนดสัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

\bar{X}	แทน	ค่าเฉลี่ยเลขคณิต
SD	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
df	แทน	ระดับชั้นของความเป็นอิสระ
SS	แทน	ผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนแต่ละตัวยกกำลังสอง
MS	แทน	ค่าความแปรปรวน
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณาแจกแจงค่าเอฟ
I	แทน	ระยะเวลาการทดลอง
G	แทน	กลุ่ม
$I \times G$	แทน	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง
q	แทน	ค่าวิกฤตของตารางที่พิสัยสตีเวนส์
r	แทน	ความห่างของกลุ่ม
p	แทน	ค่าความน่าจะเป็น
*	แทน	ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งออกเป็น 4 ตอน ตามลำดับขั้นตอนดังนี้
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความบกพร่อง
ในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และ
ระยะติดตามผลของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพ
ของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง
และระยะติดตามผล

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองที่มีต่อค่าเฉลี่ยความบกพร่อง
ในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะ
ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นรายด้าน 8 ด้าน โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย
ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด
ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล และการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธี
การทดลองที่มีต่อค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อ
เอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ตอนที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนดิบของความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพ
ของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด และค่าคะแนน T score ในระยะก่อนการทดลอง
หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และคะแนนเฉลี่ยของแบบทดสอบความบกพร่อง
ในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง (n)	ร้อยละ
1. เพศ		
1.1 ชาย	8	50.00
1.2 หญิง	8	50.00
2. ระดับการศึกษา		
2.1 มัธยมศึกษาตอนต้น	3	18.75
2.2 มัธยมศึกษาตอนปลาย	13	81.25
รวม	16	100.00

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ พบว่า เป็นชาย 8 คน และหญิง 8 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 เท่ากัน และเมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างกำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มีจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 81.25 และกำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 18.75

ตารางที่ 3 ค่าสถิติพื้นฐานของความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่น

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด จำแนกรายด้าน 8 ด้าน

ด้าน	กลุ่มทดลอง ($n = 8$)			ด้าน	กลุ่มควบคุม ($n = 8$)				
	ระยะ ก่อน	ระยะ หลัง	ระยะ ติดตาม		ระยะ ก่อน	ระยะ หลัง	ระยะ ติดตาม		
	ทดลอง	ทดลอง	ผล		ทดลอง	ทดลอง	ผล		
1	\bar{X}	26.13	24.13	24.63	1	\bar{X}	27.00	26.63	26.50
	SD	1.73	1.73	1.60		SD	0.93	1.85	1.63
2	\bar{X}	20.25	19.75	19.13	2	\bar{X}	20.00	19.88	19.88
	SD	2.71	1.83	1.36		SD	1.07	0.99	0.99
2b	\bar{X}	9.75	9.63	9.50	2b	\bar{X}	9.75	10.13	10.13
	SD	0.89	0.52	0.76		SD	0.89	0.64	0.64
2c	\bar{X}	10.50	10.13	9.63	2c	\bar{X}	10.25	9.75	9.75
	SD	2.20	0.64	1.06		SD	1.28	0.46	0.46
3	\bar{X}	20.38	18.88	18.50	3	\bar{X}	19.88	20.25	20.25
	SD	2.13	1.36	1.41		SD	1.55	1.39	1.39
4	\bar{X}	10.13	9.88	9.75	4	\bar{X}	10.38	10.25	10.25
	SD	0.99	0.64	0.71		SD	1.41	1.04	1.04
5	\bar{X}	23.88	21.63	21.63	5	\bar{X}	24.00	24.50	24.63
	SD	3.04	2.67	2.07		SD	1.69	1.60	1.85
6	\bar{X}	27.25	22.25	22.25	6	\bar{X}	27.00	26.63	26.50
	SD	3.41	2.82	3.15		SD	2.14	0.92	1.07
7	\bar{X}	14.00	11.63	11.63	7	\bar{X}	14.75	14.50	14.50
	SD	1.85	1.69	1.85		SD	1.49	0.53	0.53
8	\bar{X}	21.13	16.88	18.13	8	\bar{X}	20.38	20.50	20.38
	SD	2.42	1.55	2.23		SD	1.41	0.93	1.06

ตารางที่ 3 พบว่า ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง จำแนกเป็น 8 ด้าน คือ ด้านการยับยั้งชั่งใจ (Inhibit) ด้านการปรับพฤติกรรมหรือความคิด (Shift) ด้านการควบคุมอารมณ์ (Emotional control) ด้านการติดตามตรวจสอบ (Monitor) ด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working memory) ด้านการวางแผน/การจัดระเบียบ (Plan/ Organization) ด้านการจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of materials) และด้านการทำงานให้เสร็จสิ้น (Task completion)

ด้านที่ 1 การยับยั้งชั่งใจ (Inhibit) คะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดด้านการยับยั้งชั่งใจ (Inhibit) ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.13, 24.13 และ 24.63 ตามลำดับ โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 1.73, 1.73 และ 1.60 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 27.00, 26.63 และ 26.50 ตามลำดับ โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 0.93, 1.85 และ 1.63 ตามลำดับ

ด้านที่ 2 การปรับพฤติกรรมและความคิด (Shift) คะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ด้านการปรับพฤติกรรมและความคิด (Shift) ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.25, 19.75 และ 19.13 ตามลำดับ โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 2.71, 1.83 และ 1.36 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.00, 19.88 และ 19.88 ตามลำดับ โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 1.07, 0.99 และ 0.99 ตามลำดับ

นอกจากนี้ ด้านการปรับความคิดหรือพฤติกรรม (Shift) แบ่งออกเป็น 2 ส่วนย่อย คือ การปรับพฤติกรรม (Behavioral Shift: 2b) และ การปรับความคิด (Cognitive Shift: 2c) โดยแสดงค่าสถิติพื้นฐาน พบว่า ด้านที่ 2b คะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ด้านการปรับพฤติกรรม (Behavioral shift) ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.75, 9.63 และ 9.50 ตามลำดับ โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 0.89, 0.52 และ 0.76 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุม

มีคะแนนเฉลี่ยในระยะก่อนการ ทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.75, 10.13 และ 10.13 ตามลำดับ โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 0.89, 0.64 และ 0.64 ตามลำดับ ส่วนด้านที่ 2c คะแนนเฉลี่ย ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ด้านการปรับความคิด (Cognitive shift) ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.50, 10.13 และ 9.63 ตามลำดับ โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 2.20, 0.64 และ 1.06 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และ ระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.25, 9.75 และ 9.75 ตามลำดับ โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 1.28, 0.46 และ 0.46 ตามลำดับ

ด้านที่ 3 การควบคุมอารมณ์ (Emotional control) คะแนนเฉลี่ยความบกพร่อง ในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ด้านการควบคุม อารมณ์ (Emotional control) ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และ ระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.38, 18.88 และ 18.50 ตามลำดับ โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 2.13, 1.36 และ 1.41 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะ ติดตามผล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.88, 20.25 และ 20.25 ตามลำดับ โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 1.55, 1.39 และ 1.39 ตามลำดับ

ด้านที่ 4 การติดตามตรวจสอบ (Monitor) คะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหาร จัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดด้านการติดตามตรวจสอบ (Monitor) ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.13, 9.88 และ 9.75 ตามลำดับ โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในระยะ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 0.99, 0.64 และ 0.71 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.38, 10.25 และ 10.25 ตามลำดับ โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในระยะ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 1.41, 1.04 และ 1.04 ตามลำดับ

ด้านที่ 5 ความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working Memory) คะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดด้านความจำขณะทำงาน (Working memory) ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.88, 21.63 และ 21.63 ตามลำดับ โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 3.04, 2.67 และ 2.07 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.00, 24.50 และ 24.63 ตามลำดับ โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 1.69, 1.60 และ 1.85 ตามลำดับ

ด้านที่ 6 การวางแผน/การจัดระเบียบ (Plan/ Organization) คะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดด้านการวางแผน/การจัดระเบียบ (Plan/ Organization) ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 27.25, 22.25 และ 22.25 ตามลำดับ โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 3.41, 2.82 และ

3.15 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 27.00, 26.63 และ 26.50 ตามลำดับ โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 2.14, 0.92 และ 1.07 ตามลำดับ

ด้านที่ 7 การจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of materials) คะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดด้านการจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of materials) ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.00, 11.63 และ 11.63 ตามลำดับ โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 1.85, 1.69 และ 1.85 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.75, 14.50 และ 14.50 ตามลำดับ โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 1.49, 0.53 และ 0.53 ตามลำดับ

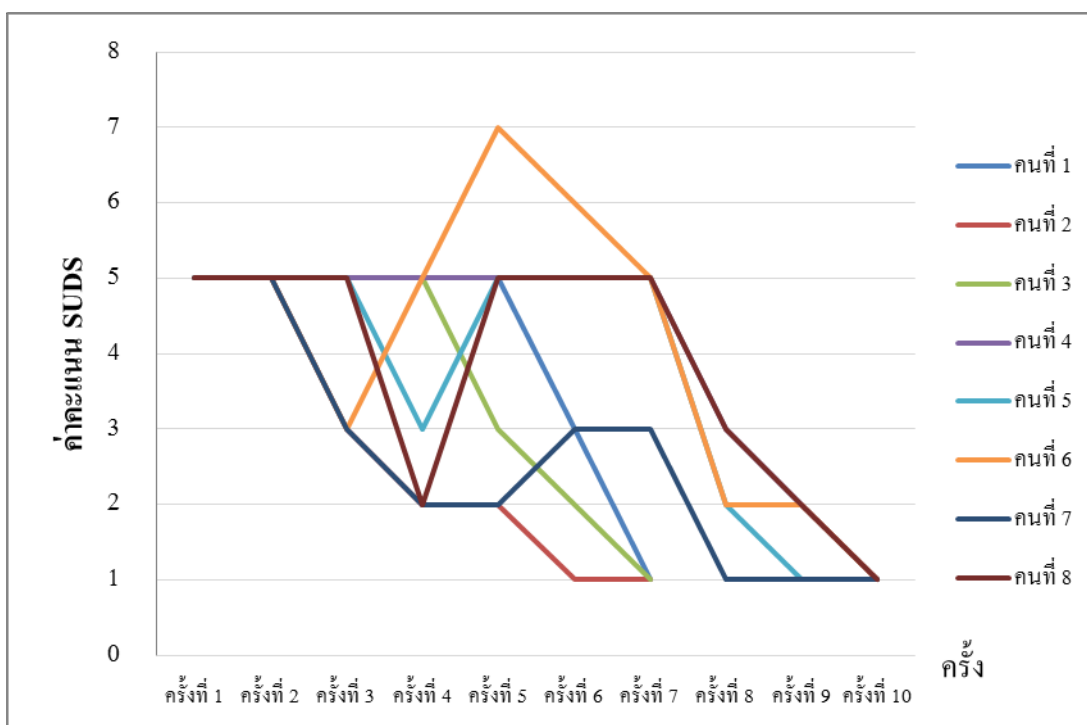
ด้านที่ 8 การทำงานให้เสร็จสิ้น (Task completion) คะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดด้านการทำงานให้เสร็จสิ้น (Task Completion) ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.13, 16.88 และ 18.13 ตามลำดับ โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 2.42, 1.55 และ 2.23 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.38, 20.50 และ 20.38 ตามลำดับ โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 1.41, 0.93 และ 1.06 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ค่าสถิติพื้นฐานของความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด รวมทุกด้าน

คนที่	กลุ่มทดลอง ($n = 8$)			คนที่	กลุ่มควบคุม ($n = 8$)		
	ระยะ	ระยะ	ระยะ		ระยะ	ระยะ	ระยะ
	ก่อน	หลัง	ติดตามผล		ก่อน	หลัง	ติดตามผล
	ทดลอง	ทดลอง		ทดลอง	ทดลอง		
1	138	127	122	1	155	156	156
2	174	158	156	2	167	164	164
3	157	135	140	3	162	160	160
4	161	150	150	4	157	158	157
5	179	152	154	5	164	167	167
6	166	141	144	6	176	174	173
7	156	147	149	7	160	161	161
8	174	150	150	8	166	165	165
รวม	1,305	1,160	1,165	รวม	1,307	1,305	1,303
\bar{X}	163.13	145.00	145.63	\bar{X}	163.38	163.13	162.88
SD	13.21	10.09	10.82	SD	6.59	5.72	5.59

ตารางที่ 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดรวมทุกด้านของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง

หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 163.13, 145.00 และ 145.63 ตามลำดับ โดยมีคะแนนต่ำสุดในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล คือ 138, 127 และ 122 และคะแนนสูงสุดในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล คือ 179, 158 และ 156 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 163.38, 162.13 และ 162.88 ตามลำดับ โดยมีคะแนนต่ำสุดในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล คือ 155, 156 และ 156 ตามลำดับ และคะแนนสูงสุดในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล คือ 176, 174 และ 167 ตามลำดับ



ภาพที่ 13 กราฟเปรียบเทียบ Subjective Units of Distress Scale ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด หลังการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด ของกลุ่มทดลอง

ภาพที่ 13 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนมาตรวัดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล (Subjective Units of Distress Scale: SUDS) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด มีค่า SUDS ลดต่ำลง ซึ่งผู้วิจัยได้เก็บคะแนน SUDS หลังการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำชนิดสองทาง (Two-way ANOVA Repeated measurement) ในตารางที่ 5

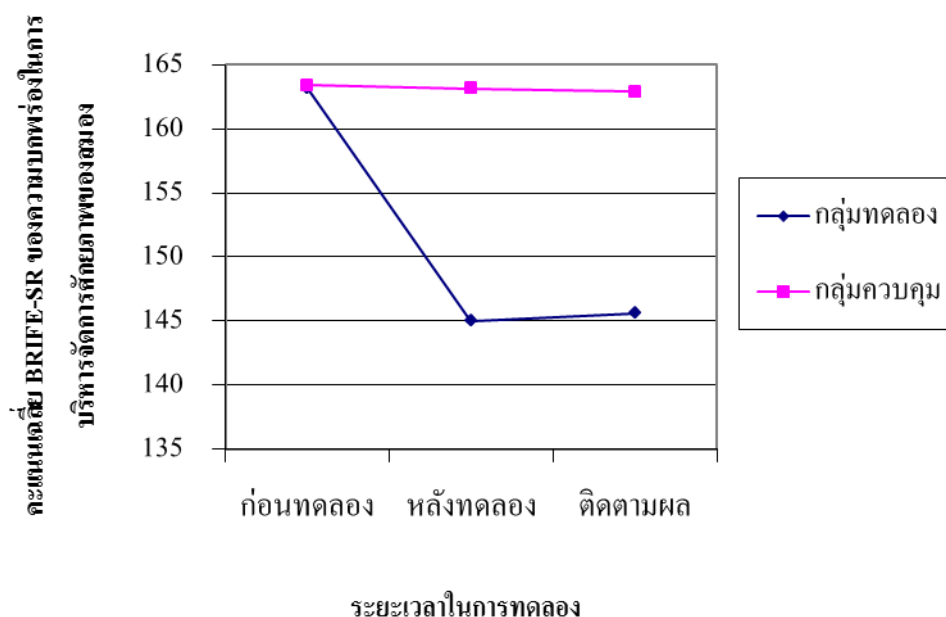
ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยรวม

Source of Variation	SS	df	MS	F	p
Between subjects					
Group (G)	564.062	1	564.062	7.294	.017*
SS w/ in group	1,082.597	14	77.328		
Within subjects					
Interval (I)	882.375	2	441.88	48.145	.000*
I x G	812.375	2	406.188	44.326	.000*
I x SS w/ in group	256.583	28	9.164		

* $p < .05$

ตารางที่ 5 พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาของการทดลอง และผลหลักของวิธีการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับผลหลักของระยะเวลาของการทดลอง ซึ่งพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นั่นคือวิธีการทดลองและระยะเวลาส่งผลร่วมกันต่อความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองและวิธีการทดลองแต่ละวิธี ผู้วิจัยจึงนำเสนอรูปแบบปฏิสัมพันธ์โดยการเสนอในรูปแบบกราฟ ได้ผลดังภาพที่ 14



ภาพที่ 14 กราฟเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองโดยรวม ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม

ภาพที่ 14 พบว่า ในระยะก่อนการทดลองวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดและกลุ่มควบคุมที่ได้รับวิธีบำบัดปกติ มีคะแนนใกล้เคียงกัน แต่ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองกล่าวคือ ในระยะหลังการทดลองวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ และในระยะติดตามผลวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดแบบปกติเช่นกัน นั่นคือ วิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองส่งผลต่อความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองร่วมกัน จึงทำให้ คะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองลดต่ำลง จึงพบว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองที่มีต่อค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง โดยรวม ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between-Subjects	1	0.250	0.250	0.008
Within Group	42	1,339.18	31.885	

$F_{.05} (1, 21) = 4.32$

หมายเหตุ ปรับค่า *df* ด้วยวิธีการของ Welch and Satterthwaite (Howel, 2007, p. 459)

ได้ค่า *df* = 21

ตารางที่ 6 พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองโดยรวมของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ดังนั้น ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองโดยรวมของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับ โปรแกรมการปรึกษารายบุคคลตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) (ค่าเฉลี่ย = 163.13) และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองโดยรวมของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับ โปรแกรมการปรึกษาตามปกติ (ค่าเฉลี่ย = 162.38) ในระยะก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะหลังการทดลอง โดยรวม ของวัยรุ่น ผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between-Subjects	1	1,314.063	1,314.063	41.21*
Within Group	42	1,339.18	31.885	

$F_{.05}(1, 21) = 4.32$

หมายเหตุ ปรับค่า *df* ด้วยวิธีการของ Welch and Satterthwaite (Howel, 2007, p. 459)

ได้ค่า *df* = 21

ตารางที่ 7 พบว่า ในระยะหลังการทดลอง ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองโดยรวมของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองโดยรวมของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) (ค่าเฉลี่ย = 145.00) และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองโดยรวมของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ (ค่าเฉลี่ย = 163.13) ในระยะหลังการทดลองแตกต่างกัน

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะติดตามผล โดยรวม ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อ เอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between-Subjects	1	1,190.250	1,190.250	37.33*
Within Group	42	1,339.18	31.885	

$F_{.05}(1, 21) = 4.32$

หมายเหตุ ปรับค่า *df* ด้วยวิธีการของ Welch and Satterthwaite (Howel, 2007, p. 459)

ได้ค่า *df* = 21

ตารางที่ 8 พบว่า ในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองโดยรวมของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ดังนั้น ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองโดยรวมของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) (ค่าเฉลี่ย = 145.63) และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองโดยรวมของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ (ค่าเฉลี่ย = 162.88) ในระยะติดตามผลแตกต่างกัน

ตารางที่ 9 ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในกลุ่มที่
ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด
(Thought Field Therapy: TFT) โดยรวม

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Between-Subjects	7	2,517.167			
Interval	2	1,693.750	846.875.542	50.327	.000*
Error	14	235.583	16.827		

* $p < .05$

ตารางที่ 9 พบว่า ค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง
โดยรวมของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วย
ทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง
และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 50.327^*$, $p = .000$)

นั่นคือ ค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองโดยรวมของวัยรุ่น
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล
อย่างน้อย 2 ระยะที่แตกต่างกัน

ดังนั้น ทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องทางสมองในการบริหารจัดการศักยภาพ
ของสมองโดยรวมในแต่ละระยะเป็นรายคู่ ด้วยวิธีทดสอบแบบนิวแมน-คูล (Newman-Keuls
Method) ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ผลการเปรียบเทียบผลต่างของทดสอบผลย่อยของค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองโดยรวม ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผลด้วยวิธีทดสอบแบบนิวแมน-คูล (Newman-Keuls Method)

ค่าเฉลี่ย	ระยะหลังการทดลอง 145.00	ระยะติดตามผล 145.63	ระยะก่อนการทดลอง 163.13
145.00	-	0.63	18.13*
145.63		-	17.50*
163.13			-
<i>r</i>		2	3
$q_{.95}(r,14)$		3.03	3.70
$q_{.95}(r,14)\sqrt{\frac{MSerror}{n}}$		4.394	5.366

* $p < .05$

ตารางที่ 10 พบว่า วัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) มีค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองโดยรวม ในระยะก่อนทดลองสูงกว่าระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระยะติดตามผลสูงกว่าระยะหลังการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นั่นคือ วิธีการทดลองการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ส่งผลให้วัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดมีค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองโดยรวม ในระยะก่อนทดลองสูงกว่าระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และไม่พบความแตกต่างในระยะหลังการทดลองกับระยะติดตามผล คือ ค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองโดยรวมในระยะติดตามผล (ค่าเฉลี่ย = 145.00) และระยะหลังการทดลอง (ค่าเฉลี่ย = 145.63) ไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นรายด้าน 8 ด้าน โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล และการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองที่มีต่อค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามด้านที่ 1 การยับยั้งชั่งใจ (Inhibit)

Source of variation	SS	df	MS	F	p
Between subjects					
Group (G)	12.250	1	12.250	6.492	.023*
SS w/in group	26.417	14	1.887		
Within subjects					
Interval (I)	13.042	2	6.521	6.463	.005*
I x G	5.375	2	2.688	2.664	.087
I x SS w/in group	28.250	28	1.009		

* $p < .05$

ตารางที่ 11 พบว่า ไม่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาของการทดลอง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า วิธีการทดลองและระยะเวลาของการทดลองไม่มีผลต่อความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดด้านการยับยั้งชั่งใจ ส่วนผลหลักของวิธีการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับผลหลักของระยะเวลาของการทดลอง ซึ่งพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง จำแนกตามด้านที่ 1 การยับยั้งชั่งใจ (Inhibit) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT)

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between-Subjects	1	3.063	3.063	2.353
Within Group	42	54.667	1.302	

$$F_{.05}(1, 38) = 4.10$$

หมายเหตุ ปรับค่า *df* ด้วยวิธีการของ Welch and Satterthwaite (Howel, 2007, p. 459)

$$\text{ได้ค่า } df = 38$$

ตารางที่ 12 พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการยับยั้งชั่งใจของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการยับยั้งชั่งใจของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) (ค่าเฉลี่ย = 26.13) และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการยับยั้งชั่งใจของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ (ค่าเฉลี่ย = 27.00) ในระยะก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะหลังการทดลอง จำแนกตามด้านที่ 1 การยับยั้งชั่งใจ (Inhibit) ของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT)

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between-Subjects	1	25.00	25.00	19.20*
Within Group	42	54.667	1.302	

$$F_{.05}(1, 38) = 4.10$$

หมายเหตุ ปรับค่า *df* ด้วยวิธีการของ Welch and Satterthwaite (Howel, 2007, p. 459)

$$\text{ได้ค่า } df = 38$$

ตารางที่ 13 พบว่า ในระยะหลังการทดลอง ความบกพร่องในการบริหารจัดการ ศักยภาพของสมองด้านการยับยั้งชั่งใจของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการยับยั้งชั่งใจของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) (ค่าเฉลี่ย = 24.13) และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการยับยั้งชั่งใจของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ (ค่าเฉลี่ย = 26.63) ในระยะหลังการทดลองแตกต่างกัน

ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะติดตามผล จำแนกตามด้านที่ 1 การยับยั้งชั่งใจ (Inhibit) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT)

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between-Subjects	1	14.063	14.063	10.80*
Within Group	42	54.667	1.302	

$$F_{.05}(1, 38) = 4.10$$

หมายเหตุ ปรับค่า *df* ด้วยวิธีการของ Welch and Satterthwaite (Howel, 2007, p. 459)

$$\text{ได้ค่า } df = 38$$

ตารางที่ 14 พบว่า ในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการยับยั้งชั่งใจของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการยับยั้งชั่งใจของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) (ค่าเฉลี่ย = 24.63) และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการยับยั้งชั่งใจของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ (ค่าเฉลี่ย = 26.50) ในระยะติดตามผลแตกต่างกัน

ตารางที่ 15 ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเฮชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) จำแนกตามด้านที่ 1 การยับยั้งชั่งใจ (Inhibit)

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Between-Subjects	7	43.625			
Interval	2	17.333	8.667	7.583	.006*
Error	14	16.000	1.143		

* $p < .05$

ตารางที่ 15 พบว่า ค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการยับยั้งชั่งใจของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเฮชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 7.583^*$, $p = .006$)

นั่นคือ ค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการยับยั้งชั่งใจของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเฮชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล อย่างน้อย 2 ระยะที่แตกต่างกัน

ดังนั้น ทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการยับยั้งชั่งใจในแต่ละระยะเป็นรายคู่ ด้วยวิธีทดสอบแบบนิวแมน-คูล (Newman-Keuls Method) ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 16 ผลการเปรียบเทียบผลต่างของทดสอบผลย่อยของค่าเฉลี่ยความบกพร่อง

ในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ด้านที่ 1 การยับยั้งชั่งใจ (Inhibit) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสถานแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผลด้วยวิธีทดสอบแบบนิวแมน-คูล (Newman-Keuls Method)

ค่าเฉลี่ย	ระยะหลังการทดลอง	ระยะติดตามผล	ระยะก่อนการทดลอง
	24.125	24.625	26.125
24.125	-	0.50	2.00*
24.625		-	1.50*
26.125			-
<i>r</i>		2	3
$q_{.95}(r,14)$		3.03	3.70
$q_{.95}(r,14)\sqrt{\frac{MSerror}{n}}$		1.145	1.399

* $p < .05$

ตารางที่ 16 พบว่า วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสถานแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) มีค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการยับยั้งชั่งใจในระยะก่อนทดลองสูงกว่าระยะหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระยะก่อนทดลองสูงกว่าระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระยะหลังการทดลองแตกต่างกับระยะติดตามผลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นั่นคือ วิธีการทดลองการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสถานแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ส่งผลให้วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดมีค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการยับยั้งชั่งใจในระยะก่อนทดลองสูงกว่าระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และไม่พบความแตกต่างในระยะหลังการทดลองกับระยะติดตามผล คือ ค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการยับยั้งชั่งใจในระยะหลังการทดลอง (ค่าเฉลี่ย = 24.13) และระยะติดตามผล (ค่าเฉลี่ย = 24.63) ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 17 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง
ของ วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง
และระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามด้านที่ 2
การปรับพฤติกรรมและความคิด (Shift)

Source of variation	SS	df	MS	F	p
Between subjects					
Group (G)	0.174	1	0.174	0.086	.774
SS w/in group	28.264	14	2.019		
Within subjects					
Interval (I)	3.125	2	1.563	1.762	.190
I x G	2.042	2	1.021	1.151	.331
I x SS w/in group	24.833	28	0.887		

* $p < .05$

ตารางที่ 17 พบว่า ไม่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาของการทดลอง
ซึ่งแสดงให้เห็นว่า วิธีการทดลองและระยะเวลาของการทดลองไม่มีผลต่อความบกพร่อง
ในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดด้านการปรับ
พฤติกรรมและความคิด (Shift) และผลหลักของวิธีการทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผลหลักของระยะเวลาของการทดลองพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 18 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง จำแนกตามด้านที่ 2 การปรับพฤติกรรมและความคิด (Shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between-Subjects	1	0.250	0.250	0.198
Within Group	42	53.097	1.264	

$F_{.05} (1, 36) = 4.11$

หมายเหตุ ปรับค่า *df* ด้วยวิธีการของ Welch and Satterthwaite (Howel, 2007, p. 459)

ได้ค่า *df* = 36

ตารางที่ 18 พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับพฤติกรรมและความคิด (Shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับพฤติกรรมและความคิดของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสถานแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) (ค่าเฉลี่ย = 20.25) และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับพฤติกรรมและความคิด (Shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ (ค่าเฉลี่ย = 19.88) ในระยะก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 19 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะหลังการทดลอง จำแนกตามด้านที่ 2 การปรับพฤติกรรมและความคิด (Shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between-Subjects	1	0.063	0.063	0.050
Within Group	42	53.097	1.264	

$F_{.05} (1, 36) = 4.11$

หมายเหตุ ปรับค่า *df* ด้วยวิธีการของ Welch and Satterthwaite (Howel, 2007, p. 459)

ได้ค่า *df* = 36

ตารางที่ 19 พบว่า ในระยะหลังการทดลอง ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับพฤติกรรมและความคิด (Shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับความคิดหรือพฤติกรรมของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) (ค่าเฉลี่ย = 19.17) และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับพฤติกรรม (Behavioral Shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ (ค่าเฉลี่ย = 19.88) ในระยะหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 20 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะติดตามผล จำแนกตามด้านที่ 2 การปรับพฤติกรรมและความคิด (Shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between-Subjects	1	2.250	2.250	1.780
Within Group	42	53.097	1.264	

$F_{.05} (1, 36) = 4.11$

หมายเหตุ ปรับค่า *df* ด้วยวิธีการของ Welch and Satterthwaite (Howel, 2007, p. 459)

ได้ค่า *df* = 36

ตารางที่ 20 พบว่า ในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 2 การปรับพฤติกรรมและความคิด (Shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับความคิดหรือพฤติกรรมของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) (ค่าเฉลี่ย = 19.13) และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับพฤติกรรมและความคิด (Shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ (ค่าเฉลี่ย = 19.88) ในระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 21 ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเฮชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในกลุ่มที่
ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field
Therapy: TFT) จำแนกตามด้านที่ 2 การปรับพฤติกรรมและความคิด (Shift)

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Between-Subjects	7	70.292			
Interval	2	5.083	2.542	2.024	.169
Error	14	17.583	1.256		

* $p < .05$

ตารางที่ 21 พบว่า ค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง
ด้านการปรับพฤติกรรมและความคิด (Shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเฮชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับ
การบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT)
ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 2.024$ $p = .169$)

นั่นคือ ค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับ
พฤติกรรมและความคิด (Shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเฮชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง
ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 22 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของ
 สมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในระยะก่อนการทดลอง
 หลังการทดลองและระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
 จำแนกตามด้านที่ 2b การปรับพฤติกรรม (Behavioral shift)

Source of variation	SS	df	MS	F	p
Between subjects					
Group (G)	0.563	1	0.563	2.156	.164
SS w/in group	3.653	14	.261		
Within subjects					
Interval (I)	0.125	2	0.063	0.150	.861
I x G	0.875	2	0.438	1.050	.363
I x SS w/in group	11.667	28	0.417		

* $p < .05$

ตารางที่ 22 พบว่า ไม่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาของการทดลอง
 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า วิธีการทดลองและระยะเวลาของการทดลองไม่มีผลต่อความบกพร่อง
 ในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดด้านการปรับ
 พฤติกรรม (Behavioral Shift) และผลหลักของวิธีการทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ
 ทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับผลหลักของระยะเวลาของการทดลอง ซึ่งพบว่าแตกต่างกัน
 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 23 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง จำแนกตาม
ด้านที่ 2b การปรับพฤติกรรม (Behavioral Shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี
ตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between-Subjects	1	0.000	0.000	0.000
Within Group	42	15.32	0.365	

$F_{.05} (1, 40) = 4.08$

หมายเหตุ ปรับค่า *df* ด้วยวิธีการของ Welch and Satterthwaite (Howel, 2007, p. 459)

ได้ค่า *df* = 40

ตารางที่ 23 พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง ความบกพร่องในการบริหารจัดการ
ศักยภาพของสมองด้านปรับพฤติกรรม (Behavioral Shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด
ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับพฤติกรรม
(Behavioral Shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัด
ตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT)
(ค่าเฉลี่ย = 9.75) และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับ
พฤติกรรม (Behavioral shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ
(ค่าเฉลี่ย = 9.75) ในระยะก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 24 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะหลังการทดลอง จำแนกตาม
 ด้านที่ 2b การปรับพฤติกรรม (Behavioral Shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวี
 ตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between-Subjects	1	1.000	1.000	2.740
Within Group	42	15.32	0.365	

$F_{.05}(1, 40) = 4.08$

หมายเหตุ ปรับค่า *df* ด้วยวิธีการของ Welch and Satterthwaite (Howel, 2007, p. 459)

ได้ค่า *df* = 40

ตารางที่ 24 พบว่า ในระยะหลังการทดลอง ความบกพร่องในการบริหารจัดการ
 ศักยภาพของสมองด้านการปรับพฤติกรรม (Behavioral Shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวี
 ตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
 ที่ระดับ .05

นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับพฤติกรรม
 (Behavioral shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัด
 ตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT)
 (ค่าเฉลี่ย = 9.63) และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับ
 พฤติกรรม (Behavioral shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ
 (ค่าเฉลี่ย = 10.13) ในระยะหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 25 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะติดตามผล จำแนกตามด้านที่
2b การปรับพฤติกรรม (Behavioral Shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด
ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between-Subjects	1	1.563	1.563	4.282*
Within Group	42	15.32	0.365	

$F_{.05}(1, 40) = 4.08$

หมายเหตุ ปรับค่า *df* ด้วยวิธีการของ Welch and Satterthwaite (Howel, 2007, p. 459)

ได้ค่า *df* = 40

ตารางที่ 25 พบว่า ในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับพฤติกรรม (Behavioral Shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับพฤติกรรม (Behavioral shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) (ค่าเฉลี่ย = 9.50) และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับพฤติกรรม (Behavioral shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ (ค่าเฉลี่ย = 10.13) ในระยะติดตามผลแตกต่างกัน

ตารางที่ 26 ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด
ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด
(Thought Field Therapy: TFT) จำแนกตามด้านที่ 2b การปรับพฤติกรรม
(Behavioral Shift)

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Between-Subjects	7	4.958			
Interval	2	0.250	0.125	0.273	.765
Error	14	6.417	0.458		

* $p < .05$

ตารางที่ 26 พบว่า ค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง
ด้านการปรับพฤติกรรม (Behavioral shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับ
การบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT)
ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 0.273, p = .765$)

นั่นคือ ค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับ
พฤติกรรม (Behavioral shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง
ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 27 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของ
 สมองของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในระยะก่อนการทดลอง หลังการ
 ทดลองและระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามด้านที่ 2c
 การปรับความคิด (Cognitive shift)

Source of Variation	SS	df	MS	F	p
Between subjects					
Group (G)	0.111	1	0.111	0.079	.783
SS w/in group	19.667	14	1.405		
Within subjects					
Interval (I)	3.875	2	1.938	2.973	.063
I x G	0.542	2	0.271	0.416	.664
I x SS w/in group	18.250	28	0.652		

* $p < .05$

ตารางที่ 27 พบว่า ไม่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาของการทดลอง
 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า วิธีการทดลองและระยะเวลาของการทดลองไม่มีผลต่อความบกพร่อง
 ในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดด้านการปรับ
 ความคิด (Cognitive shift) และผลหลักของวิธีการทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
 ที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับผลหลักของระยะเวลาของการทดลองพบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ
 ทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 28 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง จำแนกตาม
 ด้านที่ 2c การปรับความคิด (Cognitive Shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด
 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between-Subjects	1	0.250	0.250	0.277
Within Group	42	37.917	0.903	

$F_{.05}(1, 37) = 4.11$

หมายเหตุ ปรับค่า *df* ด้วยวิธีการของ Welch and Satterthwaite (Howel, 2007, p. 459)

ได้ค่า *df* = 37

ตารางที่ 28 พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับความคิด (Cognitive Shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับความคิด (Cognitive shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) (ค่าเฉลี่ย = 10.50) และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับความคิด (Cognitive shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ (ค่าเฉลี่ย = 10.25) ในระยะก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 29 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะหลังการทดลอง จำแนกตามด้านที่ 2c การปรับความคิด (Cognitive shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between-Subjects	1	0.563	0.563	0.623
Within Group	42	37.917	0.903	

$F_{.05}(1, 37) = 4.11$

หมายเหตุ ปรับค่า *df* ด้วยวิธีการของ Welch and Satterthwaite (Howel, 2007, p. 459)

ได้ค่า *df* = 37

ตารางที่ 29 พบว่า ในระยะหลังการทดลอง ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับความคิด (Cognitive Shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับความคิด (Cognitive shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัด ตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด Thought Field Therapy (TFT) (ค่าเฉลี่ย = 10.13) และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับความคิด (Cognitive shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ (ค่าเฉลี่ย = 9.75) ในระยะหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 30 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะติดตามผล จำแนกตามด้านที่ 2c การปรับความคิด (Cognitive shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between-Subjects	1	0.063	0.063	0.070
Within Group	42	37.917	0.903	

$F_{.05}(1, 37) = 4.11$

หมายเหตุ ปรับค่า *df* ด้วยวิธีการของ Welch and Satterthwaite (Howel, 2007, p. 459)

ได้ค่า *df* = 37

ตารางที่ 30 พบว่า ในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับความคิด (Cognitive shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับความคิด (Cognitive shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด Thought Field Therapy (TFT) (ค่าเฉลี่ย = 9.63) และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับความคิด (Cognitive Shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ (ค่าเฉลี่ย = 9.75) ในระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 31 ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเฮชไอวีตั้งแต่แรกเกิด
ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด
(Thought Field Therapy: TFT) จำแนกตามด้านที่ 2c การปรับความคิด
(Cognitive shift)

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Between-Subjects	7	51.167			
Interval	2	3.083	1.542	1.863	.193
Error	14	11.583	0.827		

* $p < .05$

ตารางที่ 31 พบว่า ค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง
ด้านการปรับความคิด (Cognitive shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเฮชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับการบำบัด
ตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ในระยะ
ก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05 ($F = 1.863, p = .193$)

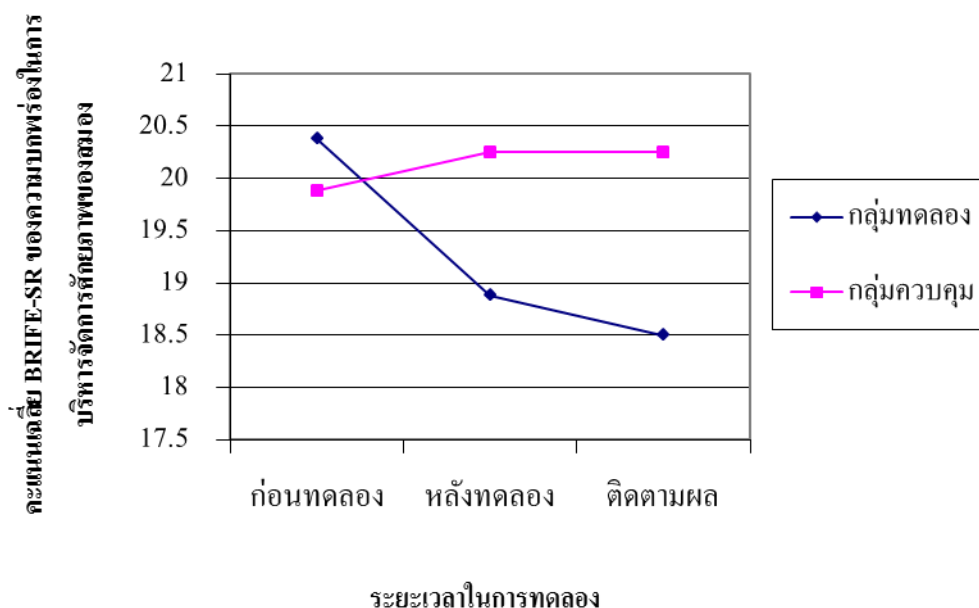
นั่นคือ ค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับ
ความคิด (Cognitive shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเฮชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง
ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 32 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของ สมอง
ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง
และระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามด้านที่ 3
การควบคุมอารมณ์ (Emotional control)

Source of variation	SS	df	MS	F	p
Between subjects					
Group (G)	3.062	1	3.062	1.879	.192
SS w/in group	22.819	14	1.630		
Within subjects					
Interval (I)	4.875	2	2.437	1.998	.155
I x G	11.625	2	5.813	4.763	.017*
I x SS w/in group	34.167	28	1.220		

* $p < .05$

ตารางที่ 32 พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาของการทดลอง
ซึ่งแสดงให้เห็นว่า วิธีการทดลองและระยะเวลาของการทดลองมีผลต่อความบกพร่อง
ในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดด้านการควบคุม
อารมณ์ (Emotional Control) ส่วนผลหลักของวิธีการทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับผลหลักของระยะเวลาของการทดลอง พบว่าแตกต่างกัน
อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ภาพที่ 15 กราฟเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการควบคุมอารมณ์ (Emotional Control) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลองระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ภาพที่ 15 พบว่า ในระยะก่อนการทดลองวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษารายบุคคลตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด และกลุ่มควบคุมที่ได้รับวิธีตามปกติ มีคะแนนใกล้เคียงกัน แต่ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการควบคุมอารมณ์ (Emotional control) กล่าวคือ ในระยะหลังการทดลองวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ และในระยะติดตามผลวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ เช่นกัน แสดงว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองส่งผลต่อความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองร่วมกัน จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการควบคุมอารมณ์ (Emotional control) ลดต่ำลง ดังนั้นจึงพบว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

ตารางที่ 33 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง จำแนกตามด้านที่ 3 การควบคุมอารมณ์ (Emotional Control) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between-Subjects	1	1.000	1.000	0.737
Within Group	42	56.986	1.357	

$F_{.05} (1, 41) = 4.08$

หมายเหตุ ปรับค่า *df* ด้วยวิธีการของ Welch and Satterthwaite (Howel, 2007, p. 459)

ได้ค่า *df* = 41

ตารางที่ 33 พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง ความบกพร่องในการบริหารจัดการ สักยภาพของสมองด้านการควบคุมอารมณ์ (Emotional Control) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการ สักยภาพของสมองด้านการควบคุมอารมณ์ (Emotional Control) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดตาม กระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) (ค่าเฉลี่ย = 20.38) และความบกพร่องในการบริหารจัดการ สักยภาพของสมองด้านการควบคุมอารมณ์ (Emotional Control) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ (ค่าเฉลี่ย = 19.88) ในระยะก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 34 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะหลังการทดลอง จำแนกตามด้านที่ 3 การควบคุมอารมณ์ (Emotional Control) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between-Subjects	1	7.563	7.563	5.573*
Within Group	42	56.986	1.357	

$F_{.05}(1, 41) = 4.08$

หมายเหตุ ปรับค่า *df* ด้วยวิธีการของ Welch and Satterthwaite (Howel, 2007, p. 459)

ได้ค่า *df* = 41

ตารางที่ 34 พบว่า ในระยะหลังการทดลองความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการควบคุมอารมณ์ (Emotional Control) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการควบคุมอารมณ์ (Emotional Control) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) (ค่าเฉลี่ย = 18.88) และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการควบคุมอารมณ์ (Emotional Control) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ (ค่าเฉลี่ย = 20.25) ในระยะหลังการทดลองแตกต่างกัน

ตารางที่ 35 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะติดตามผล จำแนกตามด้านที่ 3 การควบคุมอารมณ์ (Emotional Control) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Source of Variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between-Subjects	1	12.250	12.250	9.027*
Within Group	42	56.986	1.357	

$F_{.05}(1, 41) = 4.08$

หมายเหตุ ปรับค่า *df* ด้วยวิธีการของ Welch and Satterthwaite (Howel, 2007, p. 459)

ได้ค่า *df* = 41

ตารางที่ 35 พบว่า ในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการควบคุมอารมณ์ (Emotional control) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการควบคุมอารมณ์ (Emotional control) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) (ค่าเฉลี่ย = 18.50) และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการควบคุมอารมณ์ (Emotional Control) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ (ค่าเฉลี่ย = 20.25) ในระยะติดตามผลแตกต่างกัน

ตารางที่ 36 ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด
ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด
(Thought Field Therapy: TFT) จำแนกตามด้านที่ 3 การควบคุมอารมณ์ (Emotional
Control)

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Between-Subjects	7	25.833			
Interval	2	15.750	7.875	3.349	.065
Error	14	32.917	2.351		

ตารางที่ 36 พบว่า ค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง
ด้านการควบคุมอารมณ์ (Emotional control) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับ
การบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด Thought Field Therapy (TFT)
ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 3.349, p = .065$)

นั่นคือ ค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการควบคุม
อารมณ์ (Emotional Control) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง
ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 37 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของ
 สมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในระยะก่อนการทดลอง หลัง
 การทดลองและระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามด้านที่ 4
 การติดตามตรวจสอบ (Monitor)

Source of variation	SS	df	MS	F	p
Between subjects					
Group (G)	0.563	1	0.563	0.631	.440
SS w/in group	12.486	14	0.892		
Within subjects					
Interval (I)	0.542	2	0.271	1.625	.215
I x G	0.125	2	0.063	0.375	.691
I x SS w/in group	4.667	28	0.167		

ตารางที่ 37 พบว่า ไม่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาของการทดลอง
 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า วิธีการทดลองและระยะเวลาของการทดลองไม่มีผลต่อความบกพร่อง
 ในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดด้านการติดตาม
 ตรวจสอบ (Monitor) เช่นเดียวกับผลหลักของวิธีการทดลอง และผลหลักของระยะเวลา
 ของการทดลอง ซึ่งพบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 38 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง จำแนกตามด้านที่ 4 การติดตามตรวจสอบ (Monitor) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between-Subjects	1	0.250	0.250	0.613
Within Group	42	17.153	0.408	

$F_{.05}(1, 25) = 4.24$

หมายเหตุ ปรับค่า *df* ด้วยวิธีการของ Welch and Satterthwaite (Howel, 2007, p. 459)

ได้ค่า *df* = 25

ตารางที่ 38 พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการติดตามตรวจสอบ (Monitor) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการติดตามตรวจสอบ (Monitor) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสถานแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) (ค่าเฉลี่ย = 10.13) และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการติดตามตรวจสอบ (Monitor) ของวัยรุ่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ (ค่าเฉลี่ย = 10.38) ในระยะก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 39 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะหลังการทดลอง จำแนกตาม
 ด้านที่ 4 การติดตามตรวจสอบ (Monitor) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 ตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between-Subjects	1	0.563	0.563	1.380
Within Group	42	17.153	0.408	

$F_{.05}(1, 25) = 4.24$

หมายเหตุ ปรับค่า *df* ด้วยวิธีการของ Welch and Satterthwaite (Howel, 2007, p. 459)

ได้ค่า *df* = 25

ตารางที่ 39 พบว่า ในระยะหลังการทดลอง ความบกพร่องในการบริหารจัดการ
 ศักยภาพของสมองด้านการติดตามตรวจสอบ (Monitor) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด
 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการติดตามตรวจสอบ
 (Monitor) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการ
 บำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) (ค่าเฉลี่ย = 9.88) และความ
 บกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการติดตามตรวจสอบ (Monitor) ของวัยรุ่น
 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ (ค่าเฉลี่ย = 10.25) ในระยะหลัง
 การทดลองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 40 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะติดตามผล จำแนกตามด้านที่ 4 การติดตามตรวจสอบ (Monitor) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between-Subjects	1	1.000	1.000	2.451
Within Group	42	17.153	0.408	

$$F_{.05} (1, 25) = 4.24$$

หมายเหตุ ปรับค่า *df* ด้วยวิธีการของ Welch and Satterthwaite (Howel, 2007, p. 459)

$$\text{ได้ค่า } df = 25$$

ตารางที่ 40 พบว่า ในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการติดตามตรวจสอบ (Monitor) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการติดตามตรวจสอบ (Monitor) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสถานแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) (ค่าเฉลี่ย = 9.75) และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการติดตามตรวจสอบ (Monitor) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ (ค่าเฉลี่ย = 10.25) ในระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 41 ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด
ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด
(Thought Field Therapy: TFT) จำแนกตามด้านที่ 4 การติดตามตรวจสอบ (Monitor)

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Between-Subjects	7	10.500			
Interval	2	0.583	0.292	1.485	.260
Error	14	2.750	0.196		

ตารางที่ 41 พบว่า ค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง
ด้านการติดตามตรวจสอบ (Monitor) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับการบำบัด
ตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ในระยะ
ก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .05 ($F = 1.485, p = .260$)

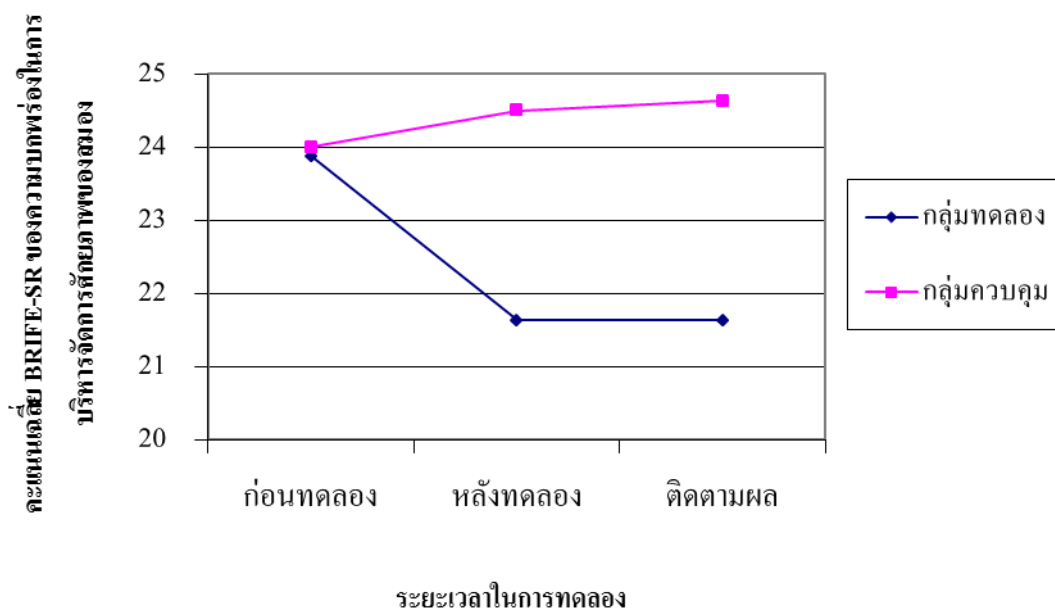
นั่นคือ ค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการติดตาม
ตรวจสอบ (Monitor) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง
ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 42 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของ
สมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในระยะก่อนการทดลอง หลังการ
ทดลองและระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามด้านที่ 5
ความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working memory)

Source of variation	SS	df	MS	F	p
Between subjects					
Group (G)	16.000	1	16.000	3.551	.080
SS w/in group	63.083	14	4.506		
Within subjects					
Interval (I)	7.625	2	3.813	6.188	.006*
I x G	21.125	2	10.563	17.145	.000*
I x SS w/in group	17.250	28	.616		

* $p < .05$

ตารางที่ 42 พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาของการทดลอง
ซึ่งแสดงให้เห็นว่า วิธีการทดลองและระยะเวลาของการทดลองมีผลต่อความบกพร่อง
ในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดด้านความจำ
ที่นำกลับมาใช้ได้ (Working Memory) ส่วนผลหลักของวิธีการทดลอง และผลหลักของ
ระยะเวลาของการทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ภาพที่ 16 กราฟเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของ
 สมองด้านที่ 5 ความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working Memory) วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 ตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล
 ของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม

ภาพที่ 16 พบว่า ในระยะก่อนการทดลองวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในกลุ่ม
 ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดและกลุ่มควบคุม
 ที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ มีคะแนนใกล้เคียงกัน แต่ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล
 มีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง
 ด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working Memory) กล่าวคือ ในระยะหลังการทดลองวัยรุ่นผู้ติดเชื้อ
 เอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนาม
 แห่งความคิดมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ และในระยะติดตามผล
 วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วย
 ทฤษฎีสนามแห่งความคิดมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดแบบปกติเช่นกัน
 แสดงว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองส่งผลต่อความบกพร่องในการบริหารจัดการ
 ศักยภาพของสมองร่วมกัน จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของ
 สมองด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working Memory) ลดต่ำลง ดังนั้นจึงพบว่า มีปฏิสัมพันธ์
 ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

ตารางที่ 43 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง จำแนกตามด้านที่ 5 ความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working memory) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between-Subjects	1	0.062	0.062	0.032
Within Group	42	80.333	1.913	

$F_{.05}(1, 22) = 4.30$

หมายเหตุ ปรับค่า *df* ด้วยวิธีการของ Welch and Satterthwaite (Howel, 2007, p. 459)

ได้ค่า *df* = 22

ตารางที่ 43 พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working memory) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working memory) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) (ค่าเฉลี่ย = 23.88) และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working memory) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ (ค่าเฉลี่ย = 24.00) ในระยะก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 44 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะหลังการทดลอง จำแนกตามด้านที่ 5 ความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working Memory) ของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between-Subjects	1	33.062	33.062	17.283*
Within Group	42	80.333	1.913	

$F_{.05}(1, 22) = 4.30$

หมายเหตุ ปรับค่า *df* ด้วยวิธีการของ Welch and Satterthwaite (Howel, 2007, p. 459)

ได้ค่า *df* = 22

ตารางที่ 44 พบว่า ในระยะหลังการทดลอง ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working memory) ของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working memory) ของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) (ค่าเฉลี่ย = 21.63) และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working memory) ของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ (ค่าเฉลี่ย = 24.50) ในระยะหลังการทดลองแตกต่างกัน

ตารางที่ 45 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะติดตามผล จำแนกตามด้านที่ 5 ความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working Memory) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between-Subjects	1	36.000	36.000	18.819*
Within Group	42	80.333	1.913	

$F_{.05}(1, 22) = 4.30$

หมายเหตุ ปรับค่า *df* ด้วยวิธีการของ Welch and Satterthwaite (Howel, 2007, p. 459)

ได้ค่า *df* = 22

ตารางที่ 45 พบว่า ในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working Memory) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) (ค่าเฉลี่ย = 21.63) และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working Memory) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ (ค่าเฉลี่ย = 24.63) ในระยะติดตามผลแตกต่างกัน

ตารางที่ 46 ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในกลุ่มที่
ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด
(Thought Field Therapy: TFT) จำแนกตามด้านที่ 5 ความจำที่นำกลับมาใช้ได้
(Working Memory)

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Between-Subjects	7	129.625			
Interval	2	27.000	13.500	12.600	.001*
Error	14	15.000	1.071		

* $p < .05$

ตารางที่ 46 พบว่า ค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง
ด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working Memory) ของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด
ที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy:
TFT) ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 12.600^*$, $p = .001$)

นั่นคือ ค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านความจำ
ที่นำกลับมาใช้ได้ (Working memory) ของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อน
การทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล อย่างน้อย 2 ระยะที่แตกต่างกัน

ดังนั้น ทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง
ด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working Memory) ในแต่ละระยะเป็นรายคู่ ด้วยวิธีทดสอบ
แบบนิวแมน-คูล (Newman-Keuls Method) ดังตารางที่ 47

ตารางที่ 47 ผลการเปรียบเทียบผลต่างของทดสอบผลย่อยของค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working Memory) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยวิธีทดสอบแบบนิวแมน-คูล (Newman-Keuls Method)

ค่าเฉลี่ย	ระยะติดตามผล	ระยะหลังการทดลอง	ระยะก่อนการทดลอง
	21.63	21.63	23.88
21.63	-	0.00	2.25*
21.63		-	2.25*
23.88			-
<i>r</i>		2	3
$q_{.95}(r,14)$		3.03	3.70
$q_{.95}(r,14)\sqrt{\frac{MS_{error}}{n}}$		1.108	1.354

* $p < .05$

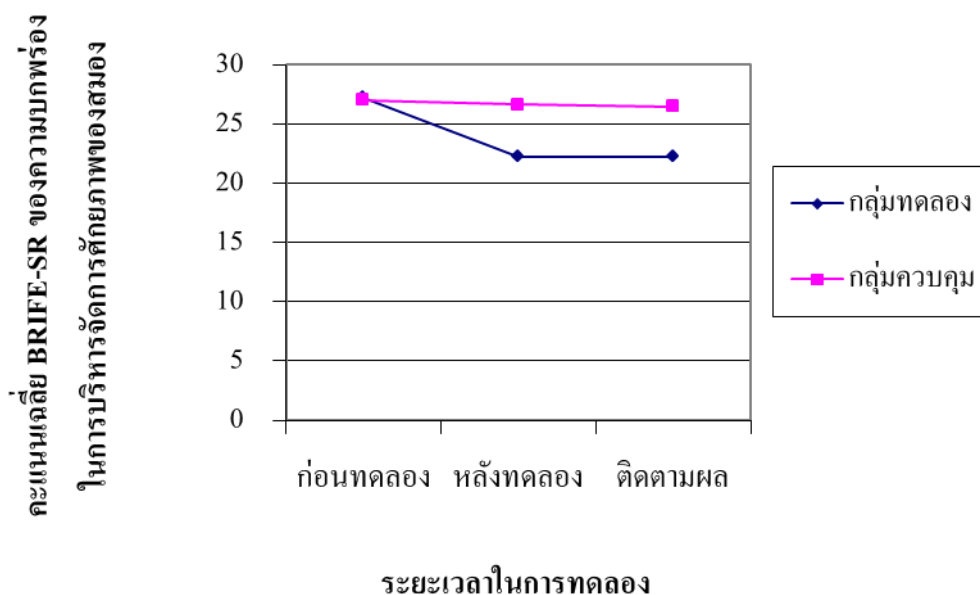
ตารางที่ 47 พบว่า วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) มีค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working Memory) ในระยะก่อนทดลองสูงกว่าระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระยะหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working Memory) เท่ากับระยะติดตามผล นั่นคือ วิธีการทดลองการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ส่งผลให้วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดมีค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working Memory) ในระยะก่อนทดลองสูงกว่าระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และไม่พบความแตกต่างในระยะหลังการทดลองกับระยะติดตามผล คือ ค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working Memory) ในระยะหลังการทดลอง (ค่าเฉลี่ย = 21.63) และระยะติดตามผล (ค่าเฉลี่ย = 21.63) ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 48 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง
ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในระยะก่อนการทดลอง หลัง
การทดลองและระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามด้านที่ 6
ด้านการวางแผน/การจัดระเบียบ (Plan/Organization)

Source of variation	SS	df	MS	F	p
Between subjects					
Group (G)	31.174	1	31.174	6.586	.022*
SS w/in group	66.264	14	4.733		
Within subjects					
Interval (I)	78.875	2	39.437	20.608	.000*
I x G	55.542	2	27.771	14.512	.000*
I x SS w/in group	53.583	28	1.914		

* $p < .05$

ตารางที่ 48 พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาของการทดลอง
ซึ่งแสดงให้เห็นว่า วิธีการทดลองและระยะเวลาของการทดลองมีผลต่อความบกพร่อง
ในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ด้านการวางแผน/
การจัดระเบียบ (Plan/ Organization) และผลหลักของวิธีการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับผลหลักของระยะเวลาของการทดลอง ซึ่งพบว่าแตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ภาพที่ 17 กราฟเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง
ด้านที่ 6 ด้านการวางแผน/การจัดระเบียบ (Plan/Organization) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี
ตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล
ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ภาพที่ 17 พบว่า ในระยะก่อนการทดลองวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในกลุ่ม
ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดและกลุ่มควบคุม
ที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ มีคะแนนใกล้เคียงกัน แต่ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล
มีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง
ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดด้านด้านการวางแผน/การจัดระเบียบ (Plan/Organization)
กล่าวคือ ในระยะหลังการทดลองวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม
การบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
ที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ และในระยะติดตามผลวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในกลุ่ม
ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดมีคะแนนเฉลี่ยต่ำ
กว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดแบบปกติเช่นกัน แสดงว่าวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง
ส่งผลต่อความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองร่วมกัน จึงทำให้ คะแนนเฉลี่ย
ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการวางแผน/การจัดระเบียบ
(Plan/Organization) ลดต่ำลง ดังนั้นจึงพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลา

การทดลอง

ตารางที่ 49 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง จำแนกตามด้านที่ 6 ด้านการวางแผน/การจัดระเบียบ (Plan/ Organization) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between-Subjects	1	0.250	0.250	0.088
Within Group	42	119.847	2.854	

$$F_{.05} (1, 35) = 4.12$$

หมายเหตุ ปรับค่า *df* ด้วยวิธีการของ Welch and Satterthwaite (Howel, 2007, p. 459)

$$\text{ได้ค่า } df = 35$$

ตารางที่ 49 พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง ความบกพร่องในการบริหารจัดการ ศักยภาพของสมองด้านการวางแผน/การจัดระเบียบ (Plan/Organization) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการวางแผน/การจัดระเบียบ (Plan/ Organization) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) (ค่าเฉลี่ย = 27.25) และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการวางแผน/การจัดระเบียบ (Plan/ Organization) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ (ค่าเฉลี่ย = 27.00) ในระยะก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 50 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะหลังการทดลอง จำแนกตามด้านที่ 6 ด้านการวางแผน/การจัดระเบียบ (Plan/Organization) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Source of Variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between-Subjects	1	76.562	76.562	26.826*
Within Group	42	119.847	2.854	

$F_{.05}(1, 35) = 4.12$

หมายเหตุ ปรับค่า *df* ด้วยวิธีการของ Welch and Satterthwaite (Howel, 2007, p. 459)

ได้ค่า *df* = 35

ตารางที่ 50 พบว่า ในระยะหลังการทดลอง ความบกพร่องในการบริหารจัดการ สักยภาพของสมองด้านการวางแผน/การจัดระเบียบ (Plan/ Organization) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการ สักยภาพของสมองด้านการวางแผน/การจัดระเบียบ (Plan/ Organization) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) (ค่าเฉลี่ย = 22.25) และความบกพร่องในการบริหารจัดการ สักยภาพของสมองด้านการวางแผน/การจัดระเบียบ (Plan/ Organization) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ (ค่าเฉลี่ย = 26.63) ในระยะหลังการทดลองแตกต่างกัน

ตารางที่ 51 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะติดตามผล จำแนกตามด้านที่ 6 การวางแผน/การจัดระเบียบ (Plan/Organization) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between-Subjects	1	72.250	72.250	25.315*
Within Group	42	119.847	2.854	

$F_{.05}(1, 35) = 4.12$

หมายเหตุ ปรับค่า *df* ด้วยวิธีการของ Welch and Satterthwaite (Howel, 2007, p. 459)

ได้ค่า *df* = 35

ตารางที่ 51 พบว่า ในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการวางแผน/การจัดระเบียบ (Plan/ Organization) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการวางแผน/การจัดระเบียบ (Plan/ Organization) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสถานแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) (ค่าเฉลี่ย = 22.25) และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการวางแผน/การจัดระเบียบ (Plan/ Organization) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ (ค่าเฉลี่ย = 26.50) ในระยะติดตามผลแตกต่างกัน

ตารางที่ 52 ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเฮชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) จำแนกตาม ด้านที่ 6 การวางแผน/การจัดระเบียบ (Plan/Organization)

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Between-Subjects	7	163.167			
Interval	2	133.333	66.667	21.538	.000*
Error	14	43.333	3.095		

* $p < .05$

ตารางที่ 52 พบว่า ค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการวางแผน/ การจัดระเบียบ (Plan/ Organization) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเฮชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 21.538^*$, $p = .000$)

นั่นคือ ค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการวางแผน/ การจัดระเบียบ (Plan/ Organization) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเฮชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล อย่างน้อย 2 ระยะที่แตกต่างกัน

ดังนั้น ทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการวางแผน/ การจัดระเบียบ (Plan/ Organization) ในแต่ละระยะเป็นรายคู่ ด้วยวิธีทดสอบแบบนิวแมน-คูล (Newman-Keuls Method) ดังตารางที่ 53

ตารางที่ 53 ผลการเปรียบเทียบผลต่างของทดสอบผลย่อยของค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการวางแผน/การจัดระเบียบ (Plan/ Organization) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยวิธีทดสอบแบบนิวแมน-คูล (Newman-Keuls Method)

ค่าเฉลี่ย	ระยะติดตามผล 22.25	ระยะหลังการทดลอง 22.25	ระยะก่อนการทดลอง 27.25
22.25	-	0.00	5.00*
22.25		-	5.00*
27.25			-
<i>r</i>		2	3
$q_{.95}(r, 14)$		3.03	3.70
$q_{.95}(r, 14) \sqrt{\frac{MS_{error}}{n}}$		1.885	2.301

* $p < .05$

ตารางที่ 53 พบว่า วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) มีค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการวางแผน/การจัดระเบียบ (Plan/ Organization) ในระยะก่อนทดลองสูงกว่าระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระยะหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการวางแผน/การจัดระเบียบ (Plan/ Organization) เท่ากับระยะติดตามผล

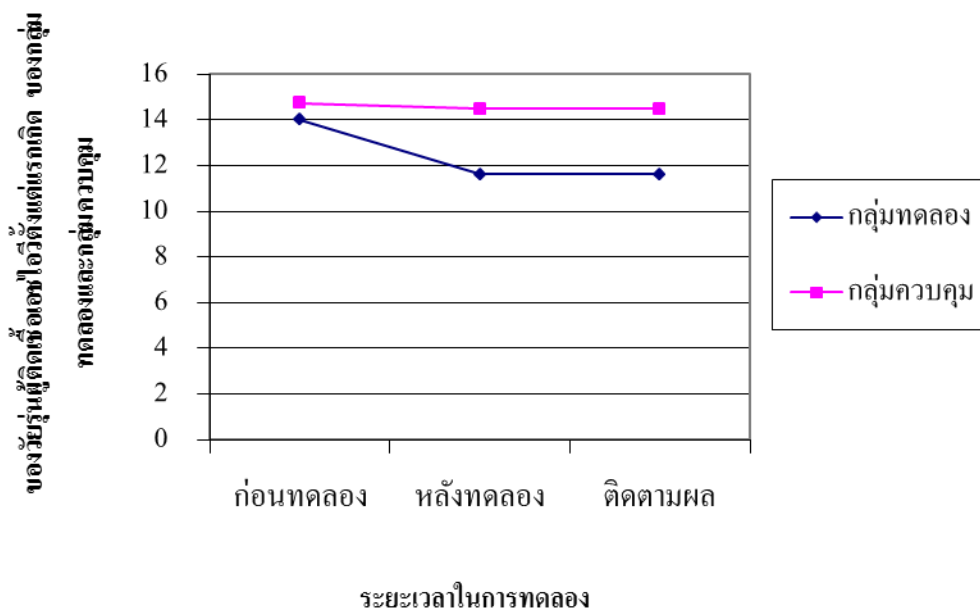
นั่นคือ วิธีการทดลองการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ส่งผลให้วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดมีค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการวางแผน/การจัดระเบียบ (Plan/ Organization) ในระยะก่อนทดลองสูงกว่าระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และไม่พบความแตกต่างในระยะหลังการทดลองกับระยะติดตามผล คือ ค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการวางแผน/การจัดระเบียบ (Plan/ Organization) ในระยะหลังการทดลอง (ค่าเฉลี่ย = 22.25) และระยะติดตามผล (ค่าเฉลี่ย = 22.25) ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 54 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการสัปดาห์ของ
 สมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในระยะก่อนการทดลอง
 หลังการทดลองและระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
 จำแนกตามด้านที่ 7 การจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of materials)

Source of Variation	SS	df	MS	F	p
Between subjects					
Group (G)	18.778	1	18.778	10.706	.006*
SS w/in group	24.556	14	1.754		
Within subjects					
Interval (I)	18.375	2	9.187	18.939	.000*
I x G	12.042	2	6.021	12.411	.000*
I x SS w/in group	13.583	28	.485		

* $p < .05$

ตารางที่ 54 พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาของการทดลอง
 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า วิธีการทดลองและระยะเวลาของการทดลองมีผลต่อความบกพร่อง
 ในการบริหารจัดการสัปดาห์ของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดด้านการจัดระเบียบ
 สิ่งของ (Organization of materials) และผลหลักของวิธีการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
 ทางสถิติ ที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับผลหลักของระยะเวลาของการทดลอง ซึ่งพบว่าแตกต่างกัน
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ภาพที่ 18 กราฟเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของ
 สมอองค์ที่ 7 การจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of materials) วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 ตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลองระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล
 ของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม

ภาพที่ 18 พบว่า ในระยะก่อนการทดลองวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในกลุ่ม
 ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดและกลุ่มควบคุม
 ที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ มีคะแนนใกล้เคียงกัน แต่ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล
 มีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอ
 ด้านการจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of materials) กล่าวคือ ในระยะหลังการทดลองวัยรุ่น
 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วย
 ทฤษฎีสนามแห่งความคิดมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ และ
 ในระยะติดตามผลวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัด
 ตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับ
 การบำบัดแบบปกติเช่นกัน แสดงว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองส่งผลต่อ
 ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอร่วมกัน จึงทำให้ คะแนนเฉลี่ยความบกพร่อง
 ในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอองค์ที่ 7 การจัดระเบียบสิ่งของ(Organization of materials)
 ลดต่ำลง ดังนั้นจึงพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

ตารางที่ 55 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง จำแนกตามด้านที่ 7 การจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of Materials) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between-Subjects	1	2.250	2.250	2.478
Within Group	42	38.139	0.908	

$F_{.05} (1, 29) = 4.18$

หมายเหตุ ปรับค่า *df* ด้วยวิธีการของ Welch and Satterthwaite (Howel, 2007, p. 459)

ได้ค่า *df* = 29

ตารางที่ 55 พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง ความบกพร่องในการบริหารจัดการ สักยภาพของสมองด้านการจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of materials) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of materials) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับโปรแกรมการบำบัด ตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) (ค่าเฉลี่ย = 14.00) และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of materials) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัด แบบปกติ (ค่าเฉลี่ย = 14.75) ในระยะก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 56 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะหลังการทดลอง จำแนกตามด้านที่ 7 การจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of materials) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between-Subjects	1	33.062	33.062	36.412*
Within Group	42	38.139	0.908	

$F_{.05}(1, 29) = 4.18$

หมายเหตุ ปรับค่า *df* ด้วยวิธีการของ Welch and Satterthwaite (Howel, 2007, p. 459)

ได้ค่า *df* = 29

ตารางที่ 56 พบว่า ในระยะหลังการทดลอง ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of materials) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of materials) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) (ค่าเฉลี่ย = 11.63) และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of materials) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ (ค่าเฉลี่ย = 14.50) ในระยะหลังการทดลองแตกต่างกัน

ตารางที่ 57 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะติดตามผล จำแนกตามด้านที่ 7
การจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of materials) ของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวี
ตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between-Subjects	1	33.062	33.062	36.412*
Within Group	42	38.139	0.908	

$F_{.05}(1, 29) = 4.18$

หมายเหตุ ปรับค่า *df* ด้วยวิธีการของ Welch and Satterthwaite (Howel, 2007, p. 459)

ได้ค่า *df* = 29

ตารางที่ 57 พบว่า ในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพ
ของสมองด้านการจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of Materials) ของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวี
ตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการจัดระเบียบสิ่งของ
(Organization of materials) ของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับโปรแกรมการบำบัด
ตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT)
(ค่าเฉลี่ย = 11.63) และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการจัดระเบียบ
สิ่งของ (Organization of Materials) ของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัด
แบบปกติ (ค่าเฉลี่ย = 14.50) ในระยะติดตามผลแตกต่างกัน

ตารางที่ 58 ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเฮชไอวีตั้งแต่แรกเกิด
ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด
(Thought Field Therapy: TFT) จำแนกตามด้านที่ 7 การจัดระเบียบสิ่งของ
(Organization of Materials)

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Between-Subjects	7	60.500			
Interval	2	30.083	15.042	29.046	.000*
Error	14	7.250	0.518		

* $p < .05$

ตารางที่ 58 พบว่า ค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง
ด้านการจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of materials) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเฮชไอวีตั้งแต่แรกเกิด
ที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy:
TFT) ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 29.046^*$, $p = .000$)

นั่นคือ ค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการจัด
ระเบียบสิ่งของ (Organization of Materials) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเฮชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะ
ก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล อย่างน้อย 2 ระยะที่แตกต่างกัน

ดังนั้น ทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง
ด้านการจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of Materials) ในแต่ละระยะเป็นรายคู่ ด้วยวิธีทดสอบ
แบบนิวแมน-คูล (Newman-Keuls Method) ดังตารางที่ 59

ตารางที่ 59 ผลการเปรียบเทียบผลต่างของทดสอบผลย่อยของค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of materials) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยวิธีทดสอบแบบนิวแมน-คูล (Newman-Keuls Method)

ค่าเฉลี่ย	ระยะติดตามผล 11.63	ระยะหลังการทดลอง 11.63	ระยะก่อนการทดลอง 14.00
11.63	-	0.00	2.37*
11.63		-	2.37*
14.00			-
<i>r</i>		2	3
$q_{.95}(r,14)$		3.03	3.70
$q_{.95}(r,14)\sqrt{\frac{MSerror}{n}}$		0.771	0.942

* $p < .05$

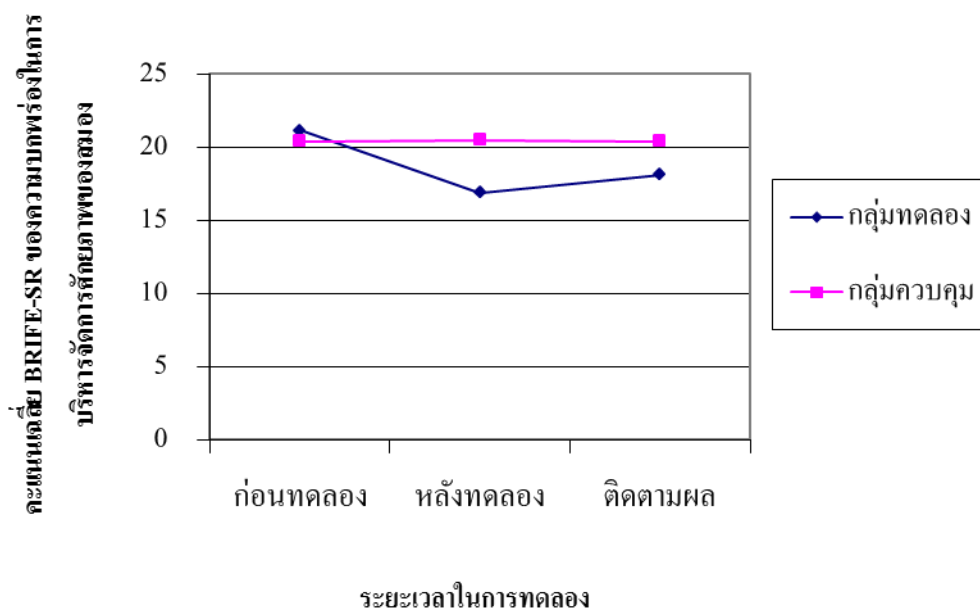
ตารางที่ 59 พบว่า วัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) มีค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of materials) ในระยะก่อนทดลองสูงกว่าระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระยะหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of materials) เท่ากับระยะติดตามผล นั่นคือ วิธีการทดลองการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ส่งผลให้วัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดมีค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of Materials) ในระยะก่อนทดลองสูงกว่าระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และไม่พบความแตกต่างในระยะหลังการทดลองกับระยะติดตามผล คือ ค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of materials) ในระยะหลังการทดลอง (ค่าเฉลี่ย = 11.63) และระยะติดตามผล (ค่าเฉลี่ย = 11.63) ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 60 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศึกษาของ
 สมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในระยะก่อนการทดลอง
 หลังการทดลองและระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
 จำแนกตามด้านที่ 8 การทำงานให้เสร็จสิ้น (Task completion)

Source of Variation	SS	df	MS	F	p
Between subjects					
Group (G)	11.674	1	11.674	5.101	.040*
SS w/in group	32.042	14	2.289		
Within subjects					
Interval (I)	36.375	2	18.187	21.000	.000*
I x G	40.042	2	20.021	23.117	.000*
I x SS w/in group	24.250	28	.866		

* $p < .05$

ตารางที่ 60 พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาของการทดลอง
 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า วิธีการทดลองและระยะเวลาของการทดลองมีผลต่อความบกพร่อง
 ในการบริหารจัดการศึกษาของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ด้านการทำงาน
 ให้เสร็จสิ้น (Task completion) และผลหลักของวิธีการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
 ที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับผลหลักของระยะเวลาของการทดลอง ซึ่งพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
 ทางสถิติที่ระดับ .05



ภาพที่ 19 กราฟเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของ
 สมองด้านที่ 8 การทำงานให้เสร็จสิ้น (Task completion) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 ตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล
 ของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม

ภาพที่ 19 พบว่า ในระยะก่อนการทดลองวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในกลุ่ม
 ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดและกลุ่มควบคุม
 ที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ มีคะแนนใกล้เคียงกัน แต่ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล
 มีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง
 ด้านการทำงานให้เสร็จสิ้น (Task completion) กล่าวคือ ในระยะหลังการทดลองวัยรุ่นผู้ติดเชื้อ
 เอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนาม
 แห่งความคิดมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ และในระยะติดตามผล
 วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วย
 ทฤษฎีสนามแห่งความคิดมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดแบบปกติเช่นกัน
 แสดงว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองส่งผลต่อความบกพร่องในการบริหารจัดการ
 ศักยภาพของสมองร่วมกัน จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพ
 ของสมองด้านการทำงานให้เสร็จสิ้น (Task completion) ลดต่ำลง ดังนั้นจึงพบว่ามีปฏิสัมพันธ์
 ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

ตารางที่ 61 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง จำแนกตามด้านที่ 8 การทำงานให้เสร็จสิ้น (Task Completion) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between-Subjects	1	2.250	2.250	1.679
Within Group	42	56.292	1.340	

$F_{.05}(1, 34) = 4.13$

หมายเหตุ ปรับค่า *df* ด้วยวิธีการของ Welch and Satterthwaite (Howel, 2007, p. 459)

ได้ค่า *df* = 34

ตารางที่ 61 พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการงานให้เสร็จสิ้น (Task Completion) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการงานให้เสร็จสิ้น (Task completion) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) (ค่าเฉลี่ย = 21.13) และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการงานให้เสร็จสิ้น (Task completion) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ (ค่าเฉลี่ย = 20.38) ในระยะก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 62 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะหลังการทดลอง จำแนกตามด้านที่ 8 การทำงานให้เสร็จสิ้น (Task Completion) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between-Subjects	1	52.562	52.562	39.225*
Within Group	42	56.292	1.340	

$F_{.05}(1, 34) = 4.13$

หมายเหตุ ปรับค่า *df* ด้วยวิธีการของ Welch and Satterthwaite (Howel, 2007, p. 459)

ได้ค่า *df* = 34

ตารางที่ 62 พบว่า ในระยะหลังการทดลอง ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการงานให้เสร็จสิ้น (Task completion) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการงานให้เสร็จสิ้น (Task completion) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) (ค่าเฉลี่ย = 16.88) และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการงานให้เสร็จสิ้น (Task Completion) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดปกติ (ค่าเฉลี่ย = 20.50) ในระยะหลังการทดลองแตกต่างกัน

ตารางที่ 63 ผลการวิเคราะห์ผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะติดตามผล จำแนกตามด้านด้านที่ 8 การทำงานให้เสร็จสิ้น (Task Completion) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between-Subjects	1	20.250	20.250	15.112*
Within Group	42	56.292	1.340	

$F_{.05} (1, 34) = 4.13$

หมายเหตุ ปรับค่า *df* ด้วยวิธีการของ Welch and Satterthwaite (Howel, 2007, p. 459)

ได้ค่า *df* = 34

ตารางที่ 63 พบว่า ในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการงานให้เสร็จสิ้น (Task Completion) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการงานให้เสร็จสิ้น (Task completion) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) (ค่าเฉลี่ย = 18.13) และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการงานให้เสร็จสิ้น (Task completion) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ (ค่าเฉลี่ย = 20.38) ในระยะติดตามผลแตกต่างกัน

ตารางที่ 64 ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเฮชไอวีตั้งแต่แรกเกิด
ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด
(Thought Field Therapy: TFT) จำแนกตามด้านที่ 8 การทำงานให้เสร็จสิ้น
(Task Completion)

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Between-Subjects	7	71.625			
Interval	2	76.333	38.167	25.444	.000*
Error	14	21.000	1.500		

* $p < .05$

ตารางที่ 64 พบว่า ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการงานให้เสร็จสิ้น (Task completion) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเฮชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 25.444*$, $p = .000$)

นั่นคือ ค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการงานให้เสร็จสิ้น (Task completion) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเฮชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล อย่างน้อย 2 ระยะที่แตกต่างกัน

ดังนั้น ทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการงานให้เสร็จสิ้น (Task Completion) ในแต่ละระยะเป็นรายคู่ ด้วยวิธีทดสอบแบบ นิวแมน-คูล (Newman-Keuls Method) ดังตารางที่ 65

ตารางที่ 65 ผลการเปรียบเทียบผลต่างของทดสอบผลย่อยของค่าเฉลี่ยความบกพร่อง

ในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการงานให้เสร็จสิ้น (Task completion) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยวิธีทดสอบแบบนิวแมน-คูล (Newman-Keuls Method)

ค่าเฉลี่ย	ระยะหลังการทดลอง	ระยะติดตามผล	ระยะก่อนการทดลอง
	16.88	18.13	21.13
16.88	-	1.25	4.25*
18.13		-	3.00*
21.13			-
<i>r</i>		2	3
$q_{.95}(r,14)$		3.03	3.70
$q_{.95}(r,14)\sqrt{\frac{MSerror}{n}}$		1.312	1.602

* $p < .05$

ตารางที่ 65 พบว่า วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด Thought Field Therapy (TFT) มีค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการงานให้เสร็จสิ้น (Task completion) ในระยะก่อนทดลองสูงกว่าระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระยะติดตามผลแตกต่างกับระยะหลังการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

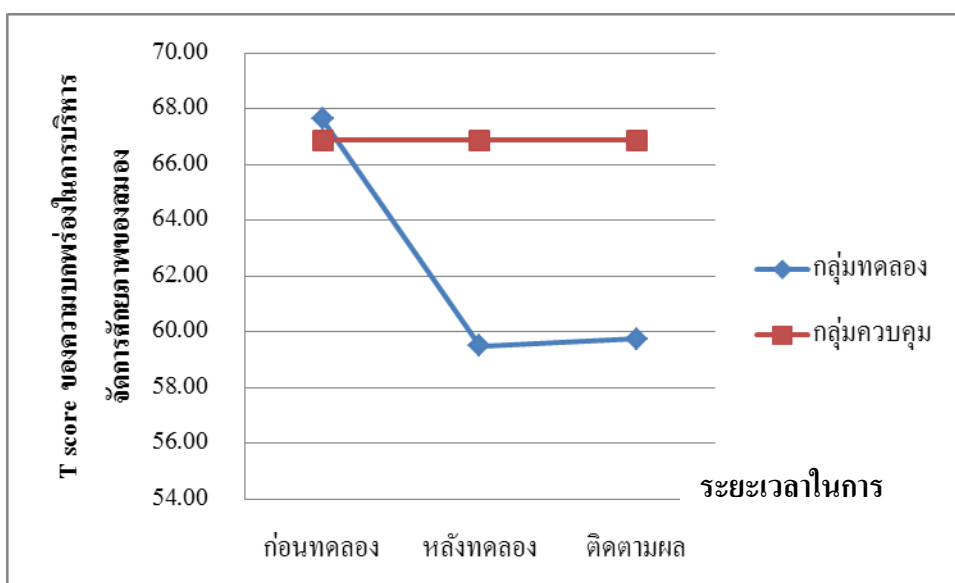
นั่นคือ วิธีการทดลองการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ส่งผลให้วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดมีค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการงานให้เสร็จสิ้น (Task completion) ในระยะก่อนทดลองสูงกว่าระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และไม่พบความแตกต่างในระยะหลังการทดลองกับระยะติดตามผล คือ ค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการงานให้เสร็จสิ้น (Task completion) ในระยะติดตามผล (ค่าเฉลี่ย = 18.13) และระยะหลังการทดลอง (ค่าเฉลี่ย = 16.88) ไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนดิบของความบกพร่องในการบริหารจัดการ
ศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดเปรียบเทียบกับค่าคะแนน T score
ของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ตารางที่ 66 ค่าคะแนนดิบและคะแนน T score ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของ
สมองรวมทุกด้าน ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

	คนที่	ระยะ		ระยะ		ระยะ	
		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ติดตามผล	
		คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score
กลุ่ม ทดลอง (n = 8)	1	138	57	127	51	122	49
	2	174	73	158	66	156	65
	3	157	65	135	55	140	57
	4	161	66	150	61	150	61
	5	179	73	152	62	154	63
	6	166	69	141	58	144	59
	7	156	65	147	61	149	62
	8	174	73	150	62	150	62
	เฉลี่ย	163.13	67.63	145.00	59.50	145.63	59.75
กลุ่ม ควบคุม (n = 8)	1	155	64	156	65	156	65
	2	167	68	164	67	164	67
	3	161	66	160	65	160	65
	4	157	64	158	64	157	64
	5	164	67	167	68	167	68
	6	176	72	174	71	173	71
	7	160	65	161	66	161	66
	8	166	69	165	69	165	69
	เฉลี่ย	163.25	66.88	163.13	66.88	162.88	66.88

ตารางที่ 66 พบว่า คะแนนดัชนีความบกพร่องทางสมองในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองและค่าคะแนน T score รวมทุกด้านของกลุ่มทดลองมีค่าลดลงในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ส่วนคะแนนดัชนีความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองและค่าคะแนน T score รวมทุกด้านของกลุ่มควบคุมมีค่าใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยจึงนำเสนอข้อมูลดังกล่าว ในรูปแบบกราฟ ดังภาพที่ 20



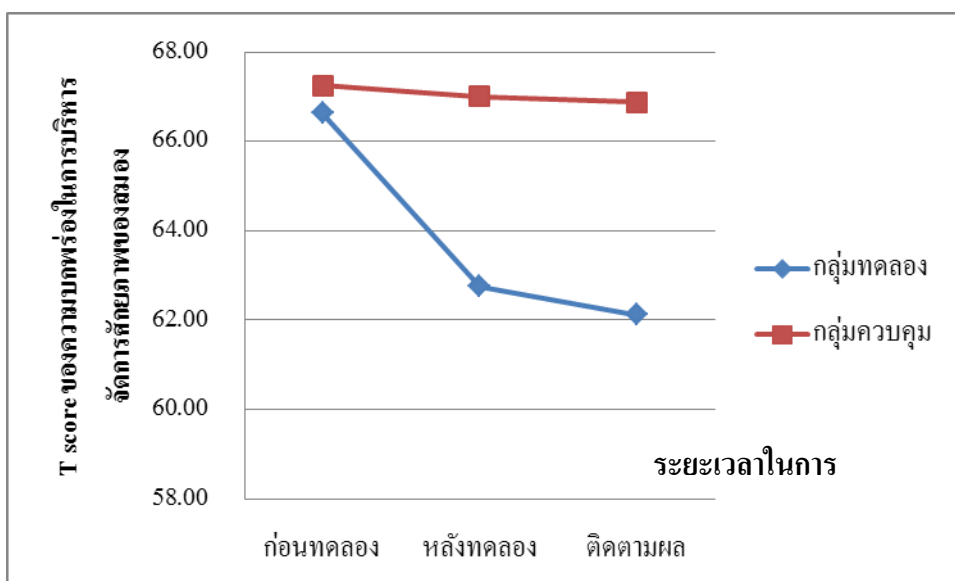
ภาพที่ 20 กราฟเปรียบเทียบค่าคะแนน T score ของความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง รวมทุกด้าน ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลัง การทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ภาพที่ 20 พบว่า ค่าคะแนน T score ของความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในกลุ่มทดลองมีค่าลดลงในระยะหลังการทดลองและในระยะติดตามผล ส่วนค่าคะแนน T score ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในกลุ่มควบคุมมีค่าใกล้เคียงกันในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และในระยะติดตามผล

ตารางที่ 67 ค่าคะแนนดิบ Behavioral Regulation Index (BRI) และคะแนน T score ของ
ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ในระยะก่อนการทดลอง
ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

	คนที่	ระยะ		ระยะ		ระยะ	
		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ติดตามผล	
		คะแนนดิบ	Tscore	คะแนนดิบ	Tscore	คะแนนดิบ	Tscore
กลุ่ม ทดลอง (n = 8)	1	71	61	69	60	66	57
	2	77	67	76	66	73	63
	3	73	63	70	60	73	63
	4	75	65	74	64	72	62
	5	90	78	80	69	77	67
	6	73	63	70	60	71	61
	7	75	65	73	63	74	64
	8	81	71	69	60	70	60
	เฉลี่ย	76.88	66.63	72.63	62.75	72.00	62.13
กลุ่ม ควบคุม (n = 8)	1	76	66	74	64	74	64
	2	79	68	78	68	78	68
	3	76	66	74	64	75	65
	4	74	64	74	64	74	64
	5	78	68	81	70	81	70
	6	83	72	84	73	82	71
	7	76	66	75	65	75	65
	8	78	68	78	68	78	68
	เฉลี่ย	77.50	67.25	77.25	67.00	77.13	66.88

ตารางที่ 67 พบว่า คะแนนดิบ BRI และค่าคะแนน T score ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ของกลุ่มทดลองมีค่าลดลงในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ส่วนคะแนนดิบ BRI และค่าคะแนน T score ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ของกลุ่มควบคุมมีค่าใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยจึงนำเสนอข้อมูลดังกล่าวในรูปแบบกราฟ ดังภาพ ที่ 21



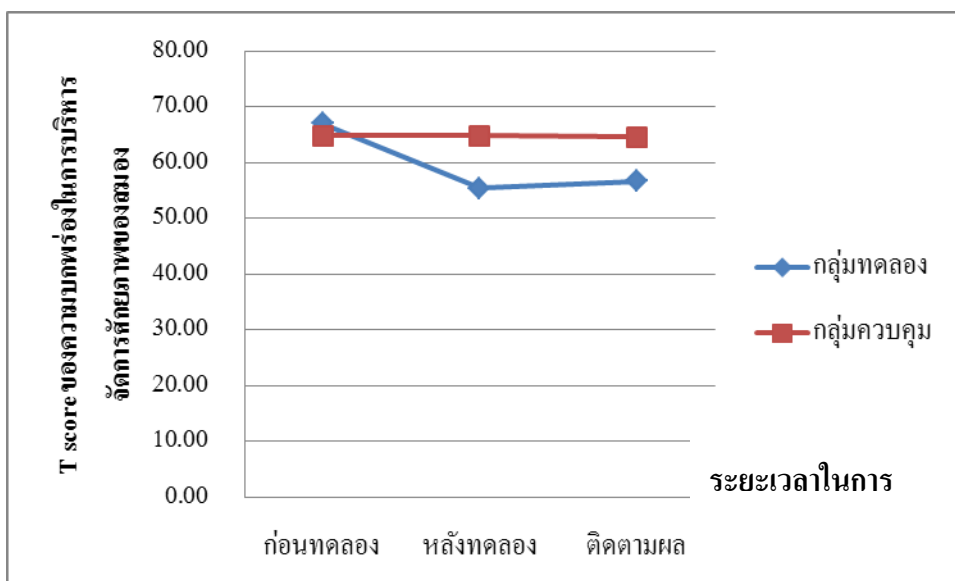
ภาพที่ 21 กราฟเปรียบเทียบค่าคะแนน T score ของ BRI ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ภาพที่ 21 พบว่า ค่าคะแนน T score ของ BRI ในวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในกลุ่มทดลองมีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล ส่วนค่าคะแนน T score ของ BRI วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในกลุ่มควบคุมมีค่าใกล้เคียงกันในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และในระยะติดตามผล

ตารางที่ 68 ค่าคะแนนดิบ Metacognition Index (MI) และคะแนน T-score ความบกพร่อง
ในการบริหารจัดการศึกษาของสมอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะ
หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

	คนที่	ระยะ ก่อนทดลอง		ระยะ หลังทดลอง		ระยะ ติดตามผล	
		คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score
กลุ่มทดลอง (n = 8)	1	76	59	58	44	56	43
	2	97	75	82	63	83	64
	3	84	65	65	50	67	51
	4	86	64	76	57	78	59
	5	89	66	72	54	77	58
	6	93	73	71	55	73	56
	7	81	62	74	57	75	60
	8	93	72	81	63	80	62
	เฉลี่ย	87.38	67.00	72.38	55.38	73.63	56.63
กลุ่มควบคุม (n = 8)	1	79	61	82	63	82	63
	2	88	65	86	64	86	64
	3	86	64	86	64	85	63
	4	83	62	84	63	83	62
	5	86	64	86	64	86	64
	6	93	69	90	67	91	68
	7	84	63	86	64	86	64
	8	90	70	89	69	89	69
	เฉลี่ย	86.13	64.75	86.13	64.75	86.00	64.63

ตารางที่ 68 พบว่า คะแนนดิบ MI และค่าคะแนน T score ความบกพร่อง
ในการบริหารจัดการศึกษาของสมองของกลุ่มทดลองมีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง
และระยะติดตามผล ส่วนคะแนนดิบ BRI และค่าคะแนน T score ของกลุ่มควบคุมมีค่าใกล้เคียงกัน
ผู้วิจัยจึงนำเสนอข้อมูลดังกล่าวในรูปแบบกราฟ ดังภาพที่ 22



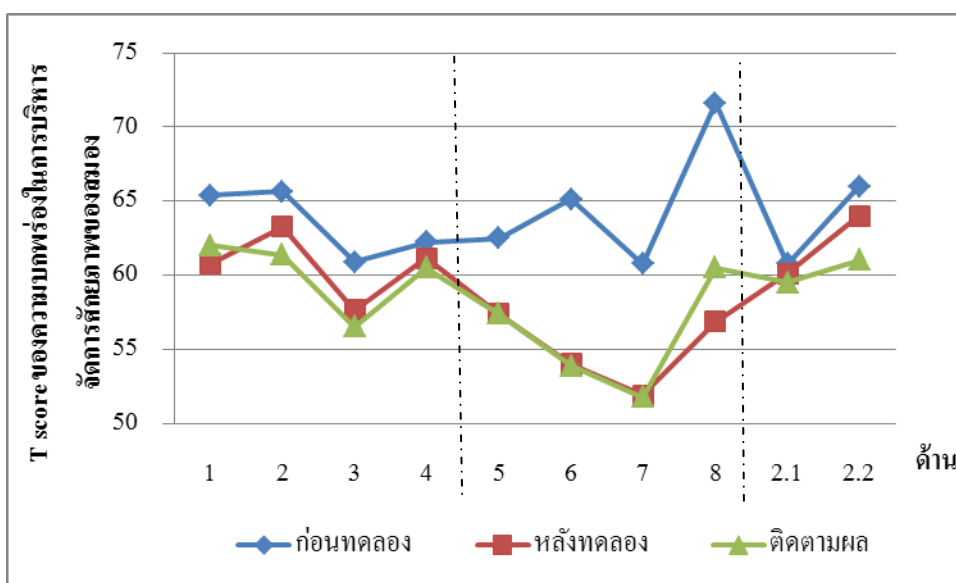
ภาพที่ 22 กราฟเปรียบเทียบค่าคะแนน T score ของ Metacognition Index (MI) ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ภาพที่ 22 พบว่า ค่าคะแนน T score ของ MI ในวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในกลุ่มทดลองมีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล ส่วนค่าคะแนน T score ของ MI ในวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในกลุ่มควบคุมมีค่าใกล้เคียงกันในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และในระยะติดตามผล

ตารางที่ 69 คะแนนดิบเฉลี่ย และ ค่า T score เฉลี่ย ของความบกพร่องในการบริหารจัดการ
ศักยภาพของสมองจำแนกรายด้าน ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง
และระยะติดตามผล

	ด้านที่	ระยะ ก่อนทดลอง		ระยะ หลังทดลอง		ระยะ ติดตามผล	
		คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score
กลุ่มทดลอง (n = 8)	1	26.13	65.38	24.13	60.75	24.63	62.00
	2	20.50	65.63	19.75	63.25	19.13	61.38
	2.1	9.75	60.75	9.63	60.13	9.50	59.50
	2.2	10.50	66.00	10.13	64.00	9.63	61.00
	3	20.13	60.88	18.88	57.63	18.50	56.50
	4	10.13	62.25	9.88	61.13	9.75	60.50
	5	23.88	62.50	21.63	57.38	21.63	57.38
	6	27.25	65.13	22.25	54.00	22.25	53.88
	7	14.00	60.75	11.63	51.88	11.63	51.75
	8	21.13	71.63	16.88	56.88	18.13	60.50
กลุ่มควบคุม (n = 8)	1	27.00	65.88	26.63	65.00	26.50	64.75
	2	20.00	64.00	19.88	63.63	19.88	63.63
	2.1	9.75	60.75	10.13	62.63	10.13	62.63
	2.2	10.50	65.88	9.75	61.63	9.75	61.63
	3	19.88	62.75	20.25	63.75	20.25	63.75
	4	18.50	62.88	18.38	62.50	18.38	62.50
	5	24.00	63.13	24.50	64.13	24.63	64.38
	6	26.88	62.75	26.63	62.25	26.50	62.00
	7	14.75	62.00	14.50	61.13	14.50	61.13
	8	20.38	63.63	20.50	64.00	20.38	63.63

ตารางที่ 69 พบว่า ค่าคะแนนดิบเฉลี่ย และค่า T score เฉลี่ย ของความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของกลุ่มทดลองมีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ส่วนค่าคะแนนดิบเฉลี่ย และ ค่าคะแนน T score เฉลี่ย ของความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของกลุ่มควบคุมมีค่าใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยจึงนำเสนอข้อมูลดังกล่าวในรูปแบบกราฟ ดังภาพที่ 23



ภาพที่ 23 กราฟเปรียบเทียบค่า T score เฉลี่ย ของความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลอง

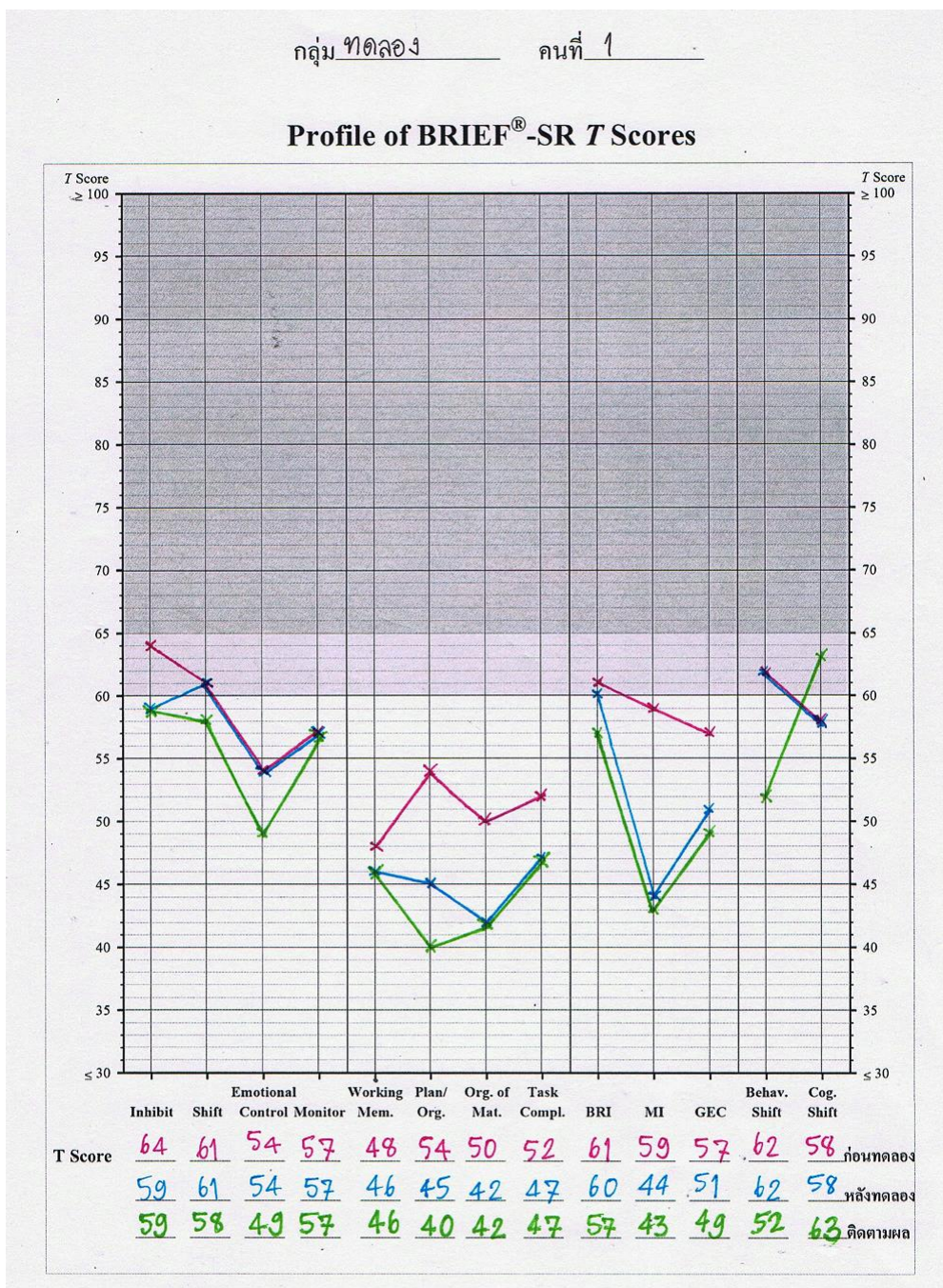
ภาพที่ 23 พบว่า ค่าคะแนน T score ของความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองในวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในกลุ่มทดลอง ทุกด้านมีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล

ตารางที่ 70 คะแนนดิบและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด คนที่ 1
ในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

Scale/ Index	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ติดตามผล	
	คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score
Inhibit	25	64	23	59	23	59
Shift	19	61	19	61	18	58
Behavioral shift	10	62	10	62	8	52
Cognitive shift	9	58	9	58	10	63
Behavioral shift	10	62	10	62	8	52
Cognitive shift	9	58	9	58	10	63
Emotion control	18	54	18	54	16	49
Monitor	9	57	9	57	9	57
BRI	71	61	69	60	66	57
Working memory	18	48	17	46	17	46
Plan/ Organize	22	54	18	45	16	40
Org. of materials	11	50	9	42	9	42
Task completion	16	52	14	47	14	47
MI	76	59	58	44	56	43
GEC (BRI+MI)	138	57	127	51	122	49

ตารางที่ 76 พบว่า วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด คนที่ 1 ในกลุ่มทดลอง ค่า Behavioral Regulation Index (BRI) ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 71, 69 และ 66 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับค่าคะแนน T score ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 61, 60 และ 57 ตามลำดับ ค่า Metacognition Index (MI) ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 76, 58 และ 56 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับค่าคะแนน T score ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 59, 44 และ 43 ตามลำดับ ค่า Global Executive Composite (GEC) เท่ากับ 138, 127 และ 122 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับค่าคะแนน T score ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 57, 51 และ 49 ตามลำดับ

นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองลดลงในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล โดย ค่า BRI, MI และ GEC ลดต่ำลงกว่าช่วงก่อนการทดลอง ผู้วิจัยจึงนำเสนอข้อมูลดังกล่าวในรูปแบบกราฟ ดังภาพที่ 24



ภาพที่ 24 กราฟเปรียบเทียบคะแนนความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของคนี่ 1 ในกลุ่มทดลอง

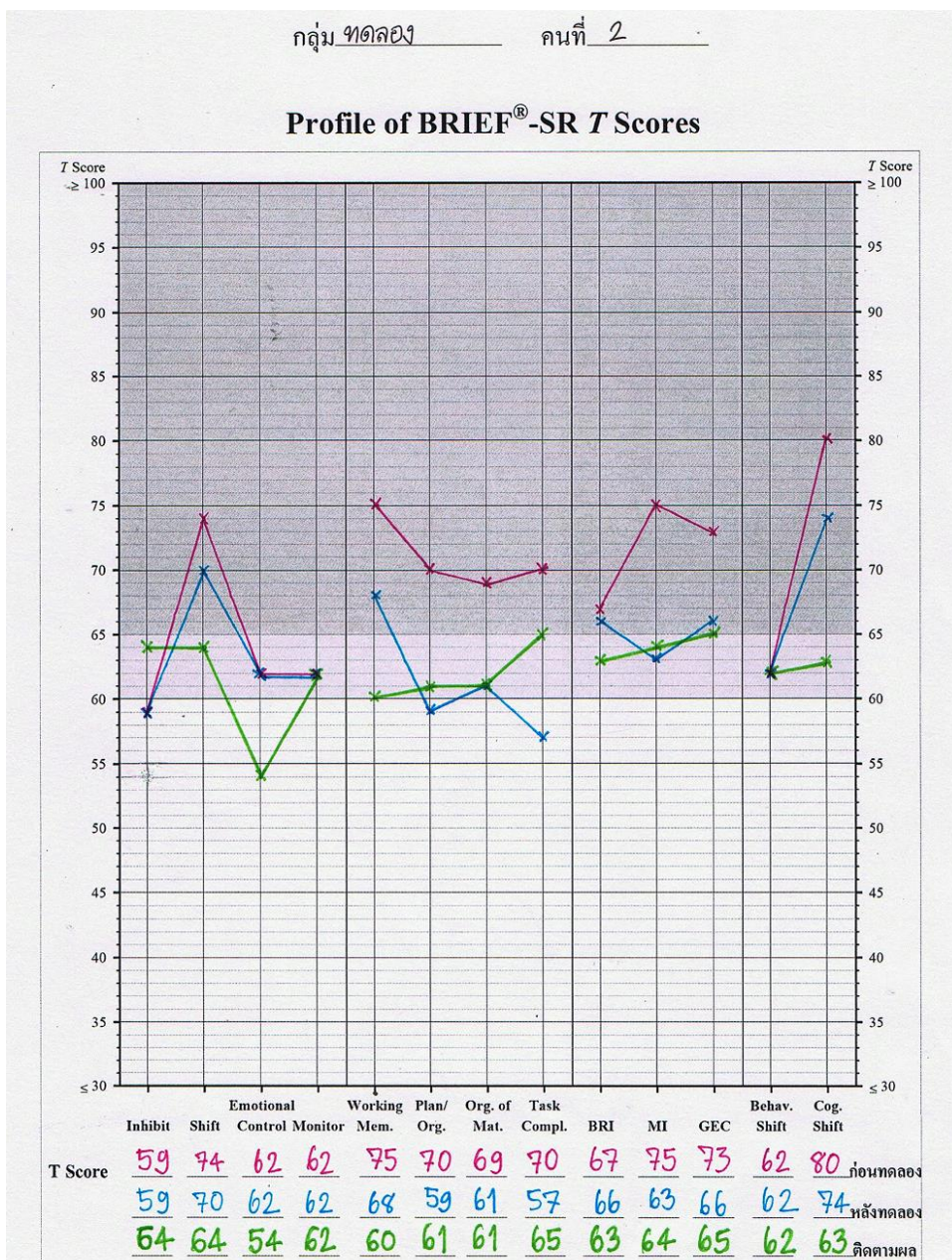
ภาพที่ 24 พบว่า วัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด คนที่ 1 ในกลุ่มทดลอง หลังจากได้รับการบริการรายบุคคลตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดมีความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองลดลงในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 1 การยับยั้ง ซึ่งใจมีลดลงในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ศักยภาพของสมองในการบริหารจัดการด้านที่ 2 การปรับพฤติกรรมและความคิด ค่าคงเดิมในระยะหลังการทดลอง และมีค่าลดลงในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 3 การควบคุมอารมณ์ มีค่าคงเดิมในระยะหลังการทดลอง และมีลดลงในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 4 การติดตามตรวจสอบ มีค่าคงเดิมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 5 ความจำขณะทำงาน มีค่าลดลงขึ้นในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล มีค่าเท่ากับระยะหลังการทดลอง ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 6 การวางแผนและการจัดระเบียบ มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 7 การจัดระเบียบสิ่งของ มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผลมีค่าเท่ากับระยะหลังการทดลอง ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 8 การทำงานให้เสร็จสิ้น มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผลมีค่าเท่ากับระยะหลังการทดลอง

ตารางที่ 71 คะแนนดิบและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด คนที่ 2 ในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

Scale/ Index	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ติดตามผล	
	คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score
Inhibit	23	59	23	59	25	64
Shift	23	74	22	70	20	64
Behavioral shift	10	62	10	62	10	62
Cognitive shift	13	80	12	74	10	63
Emotion control	21	62	21	62	18	54
Monitor	10	62	10	62	10	62
BRI	77	67	76	66	73	63
Working memory	29	75	26	68	23	60
Plan/ Organize	29	70	24	59	25	61
Org. of materials	16	69	14	61	14	61
Task completion	23	70	18	57	21	65
MI	97	75	82	63	83	64
GEC (BRI+MI)	174	73	158	66	156	65

ตารางที่ 71 พบว่า วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด คนที่ 2 ในกลุ่มทดลอง ค่า Behavioral Regulation Index (BRI) ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 77, 76 และ 73 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับค่าคะแนน T score ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 67, 66 และ 63 ตามลำดับ ค่า Metacognition Index (MI) ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 97, 82 และ 83 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับค่าคะแนน T score ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 75, 63 และ 64 ตามลำดับ ค่า Global Executive Composite (GEC) เท่ากับ 174, 158 และ 156 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับค่าคะแนน T score ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 73, 66 และ 65 ตามลำดับ

แสดงว่า ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองลดลงในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล โดย ค่า BRI, MI และ GEC ลดต่ำลงกว่าช่วงก่อนการทดลอง แต่ในระยะติดตามผล ค่า MI และ GEC มีค่าเท่ากับช่วงหลังการทดลอง ผู้วิจัยจึงนำเสนอข้อมูลดังกล่าว ในรูปแบบกราฟ ดังภาพที่ 25



ภาพที่ 25 กราฟเปรียบเทียบคะแนนความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของคนี่ 2 ในกลุ่มทดลอง

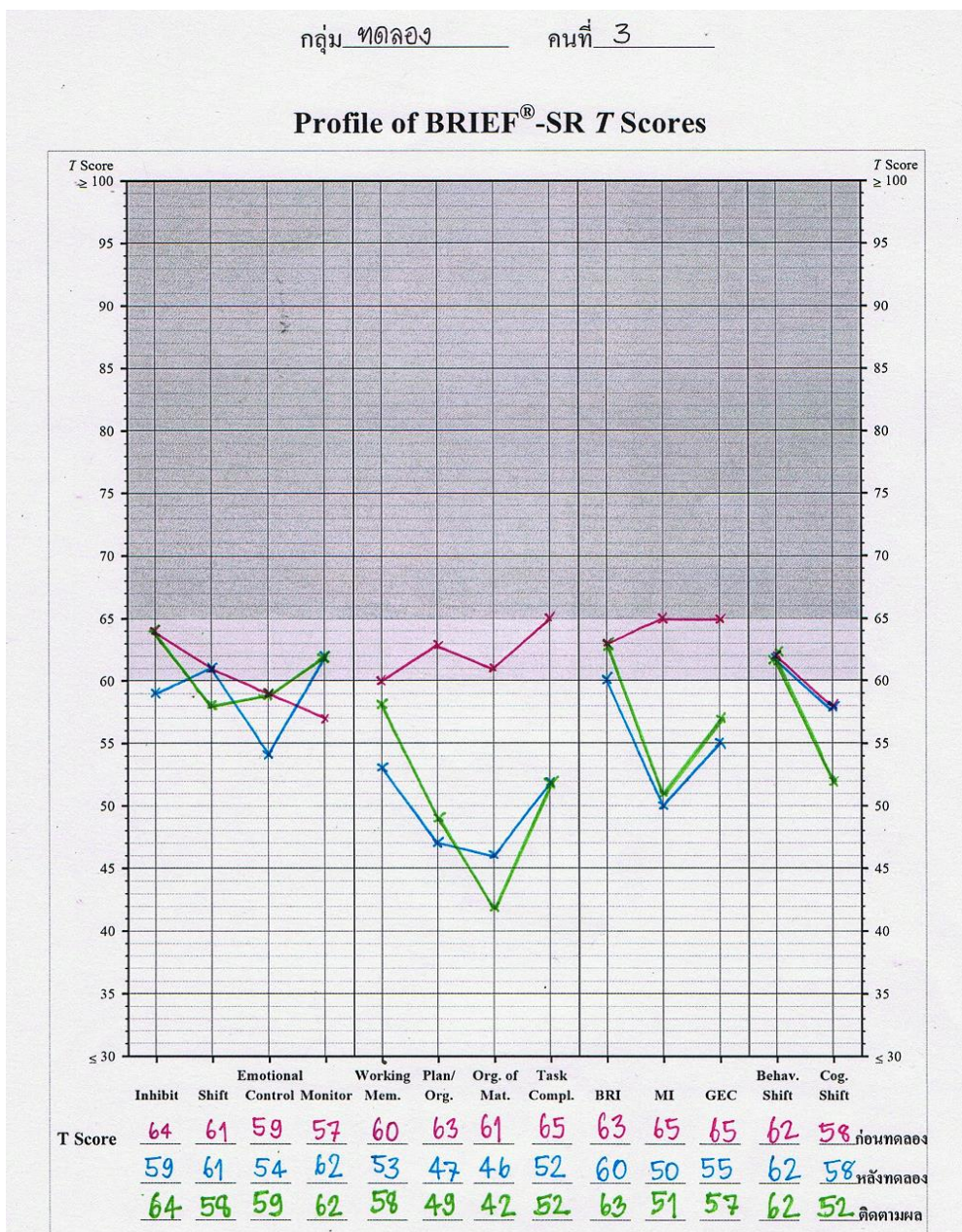
ภาพที่ 25 พบว่า วัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด คนที่ 2 ในกลุ่มทดลอง หลังจากได้รับการปรึกษารายบุคคลตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดมีความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองลดลงในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 1 การยับยั้งชั่งใจ มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง แต่ในระยะติดตามผลความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองเพิ่มขึ้น ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 2 การปรับพฤติกรรมและความคิด ลดลงในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 3 การควบคุมอารมณ์ มีค่าคงเดิมในระยะหลังการทดลอง และมีลดลงขึ้นในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 4 การติดตามตรวจสอบ มีค่าคงเดิมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 5 ความจำที่น่ากลับมาใช้ได้ มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 6 การวางแผนและการจัดระเบียบ มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล แต่ในระยะติดตามผลมีค่าสูงกว่าในระยะหลังการทดลอง ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 7 การจัดระเบียบสิ่งของ มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล ซึ่งในระยะติดตามผลมีค่าเท่ากับระยะหลังการทดลอง ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 8 การทำงานให้เสร็จสิ้น มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล ซึ่งในระยะติดตามผลมีค่าสูงกว่าระยะหลังการทดลอง

ตารางที่ 72 คะแนนดิบและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด คนที่ 3
ในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

Scale/ Index	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ติดตามผล	
	คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score
Inhibit	25	64	23	59	25	64
Shift	19	61	19	61	18	58
Behavioral Shift	10	62	10	62	10	62
Cognitive Shift	9	58	9	58	8	52
Emotion Control	20	59	18	54	20	59
Monitor	9	57	10	62	10	62
BRI	73	63	70	60	73	63
Working Memory	23	60	20	53	22	58
Plan/Organize	26	63	19	47	20	49
Org. of Materials	14	61	10	46	9	42
Task Completion	21	65	16	52	16	52
MI	84	65	65	50	67	51
GEC (BRI+MI)	157	65	135	55	140	57

ตารางที่ 72 พบว่า วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด คนที่ 3 ในกลุ่มทดลอง
ค่า Behavioral Regulation Index (BRI) ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และ
ระยะติดตามผล เท่ากับ 73, 70 และ 73 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับค่าคะแนน T score ในระยะ
ก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 63, 60 และ 63 ตามลำดับ
ค่า Metacognition Index (MI) ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล
เท่ากับ 84, 65 และ 67 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับค่าคะแนน T score ในระยะก่อนการทดลอง
ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 65, 50 และ 51 ตามลำดับ ค่า Global Executive
Composite (GEC) เท่ากับ 157, 135 และ 140 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับค่าคะแนน T score ในระยะ
ก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 65, 55 และ 57 ตามลำดับ

นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองลดลงในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล โดย ค่า BRI, MI และ GEC ลดต่ำกว่าช่วงก่อนการทดลอง แต่ในระยะติดตามผล ค่า MI และ GEC มีค่าเท่ากับช่วงหลังการทดลอง ผู้วิจัยจึงนำเสนอข้อมูลดังกล่าวในรูปแบบกราฟ ดังภาพที่ 26



ภาพที่ 26 กราฟเปรียบเทียบคะแนนความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของคนี่ 3 ในกลุ่มทดลอง

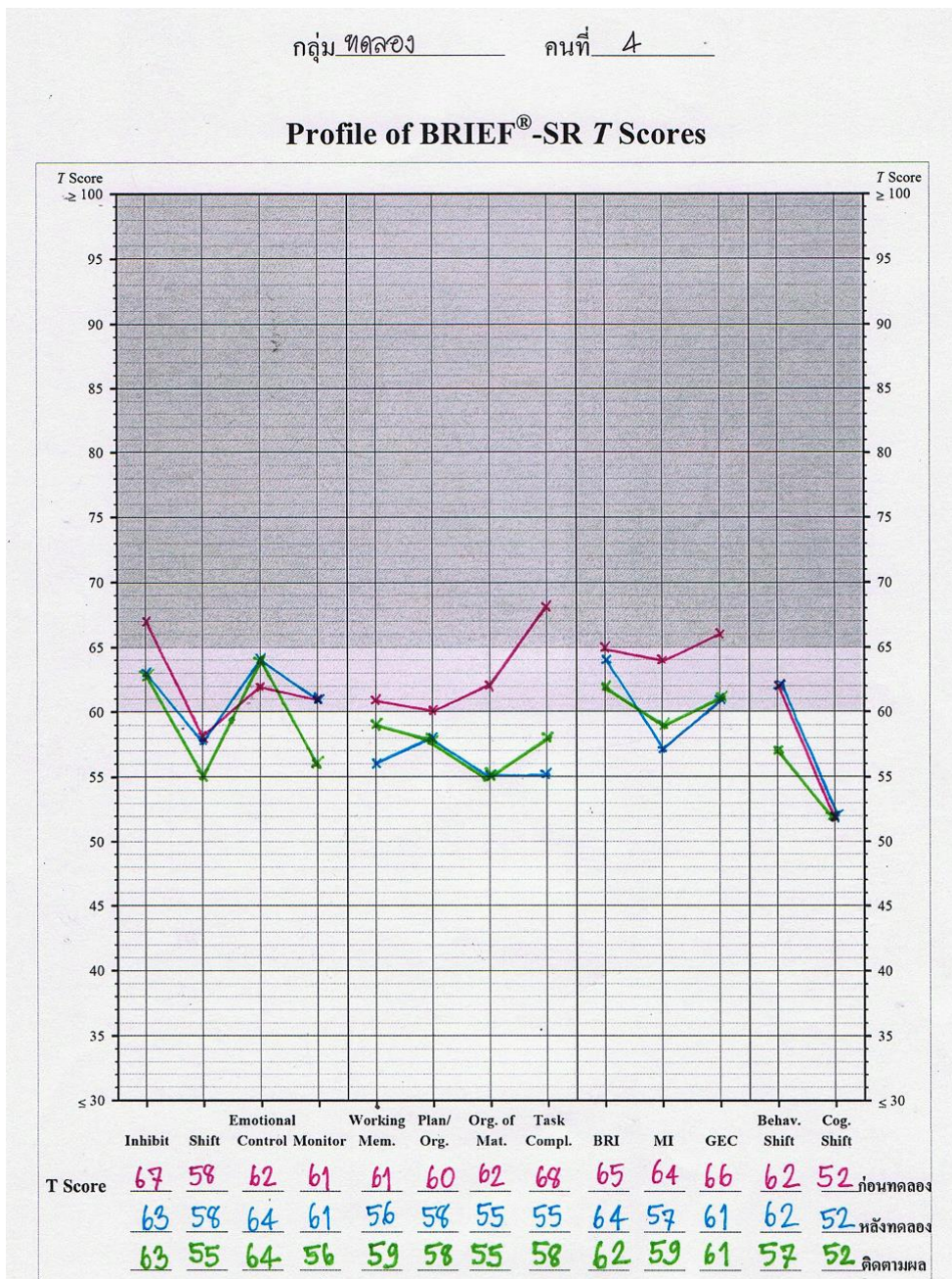
ภาพที่ 26 พบว่า วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด คนที่ 3 ในกลุ่มทดลอง หลังจากได้รับการบริการรายบุคคลตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดมีความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองลดลงในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 1 การยับยั้งชั่งใจ มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง แต่ในระยะติดตามผลความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองมีค่าเท่ากับระยะก่อนการทดลอง ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 2 การปรับพฤติกรรมและความคิด ค่าคงเดิมในระยะหลังการทดลอง แต่ในระยะติดตามผลลดลง ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 3 การควบคุมอารมณ์ ลดลงในระยะหลังการทดลอง แต่มีค่าคงเดิมในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 4 การติดตามตรวจสอบ มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 5 ความจำที่นำกลับมาใช้ได้ มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 6 การวางแผน และการจัดระเบียบ มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 7 การจัดระเบียบสิ่งของ มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 8 การทำงานให้เสร็จสิ้น มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล

ตารางที่ 73 คะแนนดิบและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด คนที่ 4
ในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

Scale/ Index	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ติดตามผล	
	คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score
Inhibit	28	67	26	63	26	63
Shift	18	58	18	58	17	55
Behavioral Shift	10	62	10	62	9	57
Cognitive Shift	8	52	8	52	8	52
Emotion Control	19	62	20	64	20	64
Monitor	10	61	10	61	9	56
BRI	75	65	74	64	72	62
Working Memory	23	61	21	56	22	59
Plan/Organize	26	60	25	58	25	58
Org. of Materials	15	62	13	55	13	55
Task Completion	22	68	17	55	18	58
MI	86	64	76	57	78	59
GEC (BRI+MI)	161	66	150	61	150	61

ตารางที่ 73 พบว่า วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด คนที่ 4 ในกลุ่มทดลอง
ค่า Behavioral Regulation Index (BRI) ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง
และระยะติดตามผล เท่ากับ 75, 74 และ 72 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับค่าคะแนน T score ในระยะ
ก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 65, 64 และ 62 ตามลำดับ
ค่า Metacognition Index (MI) ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะ
ติดตามผล เท่ากับ 86, 76 และ 78 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับค่าคะแนน T score ในระยะ
ก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 64, 57 และ 59 ตามลำดับ
ค่า Global Executive Composite (GEC) เท่ากับ 161, 150 และ 150 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับ
ค่าคะแนน T score ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 66,
61 และ 61 ตามลำดับ

นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองลดลงในระยะ
 หลังการทดลองและระยะติดตามผล โดย ค่า BRI, MI และ GEC ลดต่ำกว่าช่วงก่อนการทดลอง
 และ ในระยะติดตามผล ผู้วิจัยจึงนำเสนอข้อมูลดังกล่าวในรูปแบบกราฟ ดังภาพที่ 27



ภาพที่ 27 กราฟเปรียบเทียบคะแนนความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของ
 สมองและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้คิดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อน
 การทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของคนที่ 4 ในกลุ่มทดลอง

ภาพที่ 27 พบว่า วัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด คนที่ 4 ในกลุ่มทดลอง หลังจากได้รับการบริการรายบุคคลตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดมีความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองลดลงในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 1 การยับยั้งชั่งใจ มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 2 การปรับพฤติกรรมและความคิด ค่าคงเดิมในระยะหลังการทดลอง แต่ในระยะติดตามผลมีค่าลดลง ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 3 การควบคุมอารมณ์ ลดลงในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองจัดการด้านที่ 4 การติดตามตรวจสอบ มีค่าคงเดิมในระยะหลังการทดลอง แต่ในระยะติดตามผลมีค่าลดลง ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 5 ความจำที่นำกลับมาใช้ได้ มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 6 การวางแผนและการจัดระเบียบ มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 7 การจัดระเบียบสิ่งของ มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 8 การทำงานให้เสร็จสิ้น มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล

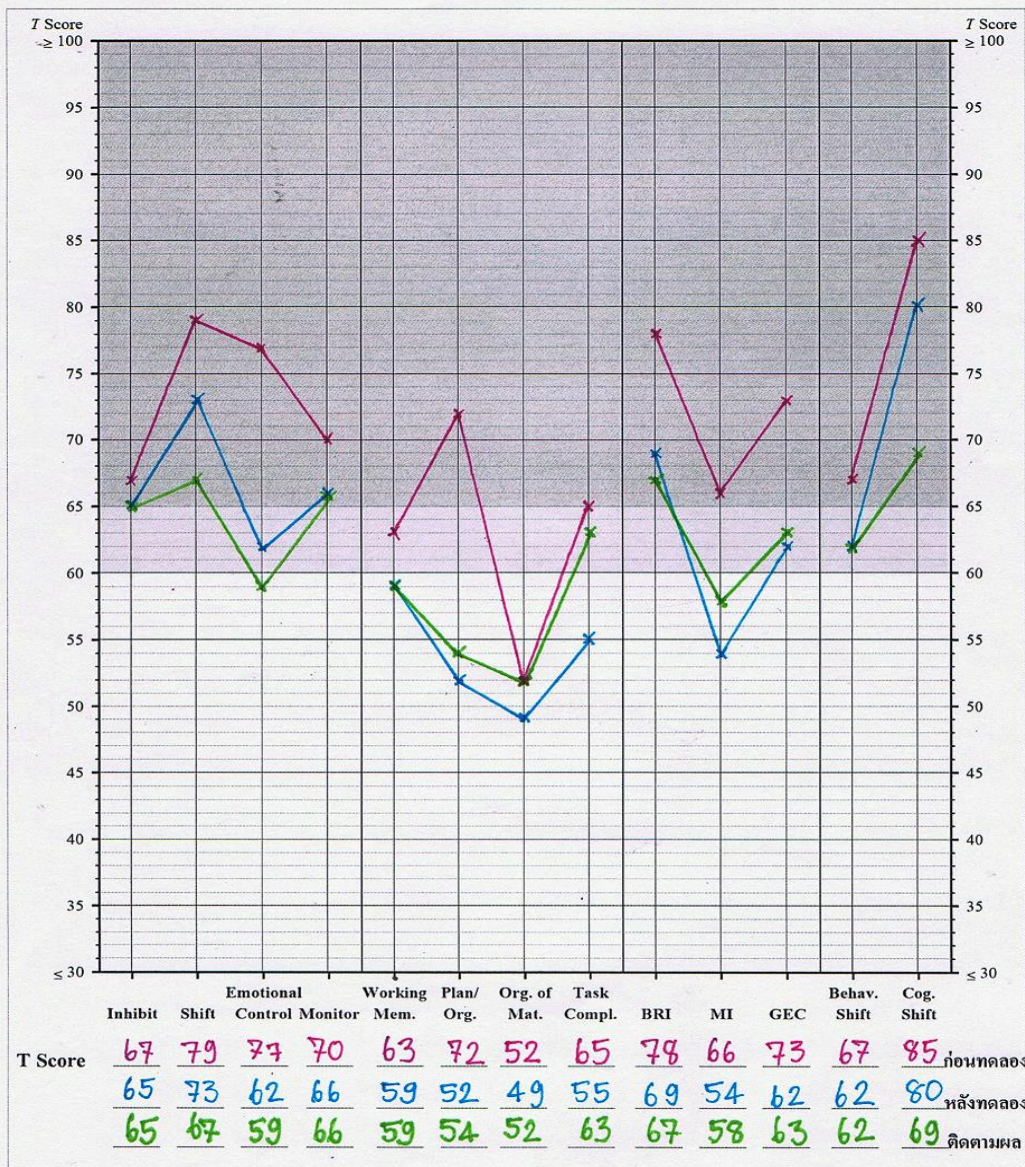
ตารางที่ 74 คะแนนดิบและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด คนที่ 5
ในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

Scale/ Index	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ติดตามผล	
	คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score
Inhibit	28	67	27	65	27	65
Shift	25	79	23	73	21	67
Behavioral Shift	11	67	10	62	10	62
Cognitive Shift	14	85	13	80	11	69
Monitor	12	70	11	66	11	66
BRI	90	78	80	69	77	67
Working Memory	24	63	22	59	22	59
Plan/Organize	32	72	22	52	23	54
Org. of Materials	12	52	11	49	12	52
Task Completion	21	65	17	55	20	63
MI	89	66	72	54	77	58
GEC (BRI+MI)	179	73	152	62	154	63

ตารางที่ 74 พบว่า วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด คนที่ 5 ในกลุ่มทดลอง
ค่า Behavioral Regulation Index (BRI) ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง
และระยะติดตามผล เท่ากับ 90, 80 และ 77 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับค่าคะแนน T score ในระยะ
ก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 78, 69 และ 67 ตามลำดับ
ค่า Metacognition Index (MI) ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล
เท่ากับ 89, 72 และ 77 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับค่าคะแนน T score ในระยะก่อนการทดลอง
ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 66, 54 และ 58 ตามลำดับ ค่า Global Executive
Composite (GEC) เท่ากับ 179, 152 และ 154 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับค่าคะแนน T score ในระยะ
ก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 73, 62 และ 63 ตามลำดับ
นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองลดลงในระยะหลัง
การทดลองและระยะติดตามผล โดย ค่า BRI, MI และ GEC ลดต่ำกว่าช่วงก่อนการทดลอง
ผู้วิจัยจึงนำเสนอข้อมูลดังกล่าวในรูปแบบกราฟ ดังภาพที่ 28

กลุ่ม ทดลอง คนที่ 5

Profile of BRIEF®-SR T Scores



ภาพที่ 28 กราฟเปรียบเทียบคะแนนความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของคนี่ 5 ในกลุ่มทดลอง

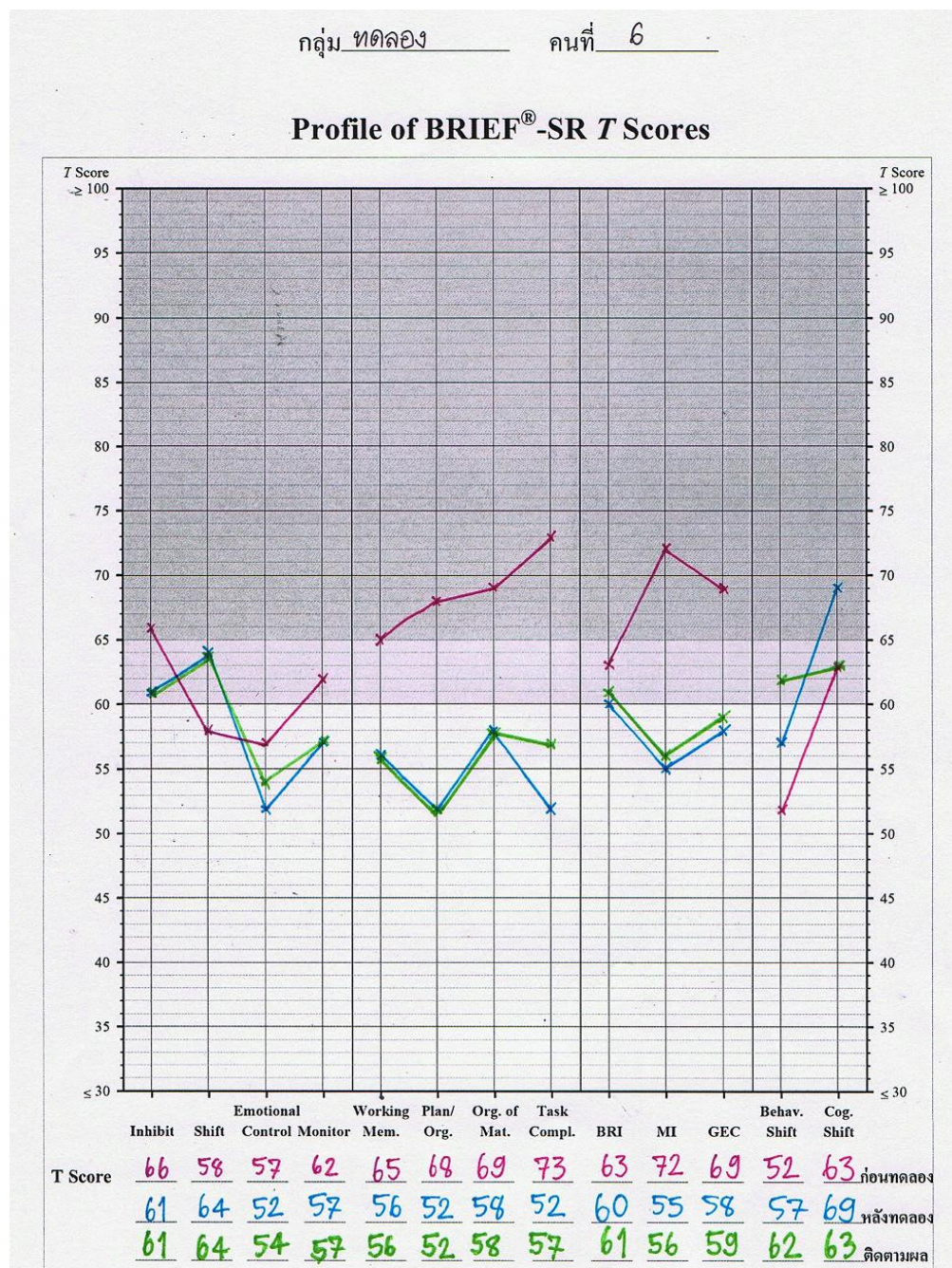
ภาพที่ 28 พบว่า วัยรุ่นผู้คิดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด คนที่ 5 ในกลุ่มทดลอง หลังจากได้รับการบริการรายบุคคลตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดมีความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองลดลงในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 1 การยับยั้งชั่งใจมีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 2 การปรับพฤติกรรมและความคิด ค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 3 การควบคุมอารมณ์ ค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 4 การติดตามตรวจสอบ ค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 5 ความจำที่นำกลับมาใช้ได้ มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 6 การวางแผนและการจัดระเบียบ มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 7 การจัดระเบียบสิ่งของ มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 8 การทำงานให้เสร็จสิ้น มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล

ตารางที่ 75 คะแนนดิบและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด คนที่ 6
ในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

Scale/ Index	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ติดตามผล	
	คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score
Inhibit	26	66	24	61	24	61
Shift	18	58	20	64	20	64
Behavioral Shift	8	52	9	57	10	62
Cognitive Shift	10	63	11	69	10	63
Emotion Control	19	57	17	52	18	54
Monitor	10	62	9	57	9	57
BRI	73	63	70	60	71	61
Working Memory	25	65	21	56	21	56
Plan/Organize	28	68	21	52	21	52
Org. of Materials	16	69	13	58	13	58
Task Completion	24	98	16	52	18	57
MI	93	73	71	55	73	56
GEC (BRI+MI)	166	69	141	58	144	59

ตารางที่ 75 พบว่า วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด คนที่ 6 ในกลุ่มทดลอง
ค่า Behavioral Regulation Index (BRI) ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และ
ระยะติดตามผล เท่ากับ 73, 70 และ 71 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับค่าคะแนน T score ในระยะ
ก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 63, 60 และ 61 ตามลำดับ
ค่า Metacognition Index (MI) ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล
เท่ากับ 93, 71 และ 73 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับค่าคะแนน T score ในระยะก่อนการทดลอง
ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 73, 55 และ 56 ตามลำดับ ค่า Global Executive
Composite (GEC) เท่ากับ 166, 141 และ 144 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับค่าคะแนน T score ในระยะ
ก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 69, 58 และ 59 ตามลำดับ

นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองลดลงในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล โดย ค่า BRI, MI และ GEC ลดต่ำกว่าช่วงก่อนการทดลอง ผู้วิจัย จึงนำเสนอข้อมูลดังกล่าวในรูปแบบกราฟ ดังภาพที่ 29



ภาพที่ 29 กราฟเปรียบเทียบคะแนนความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของคนี 6 ในกลุ่มทดลอง

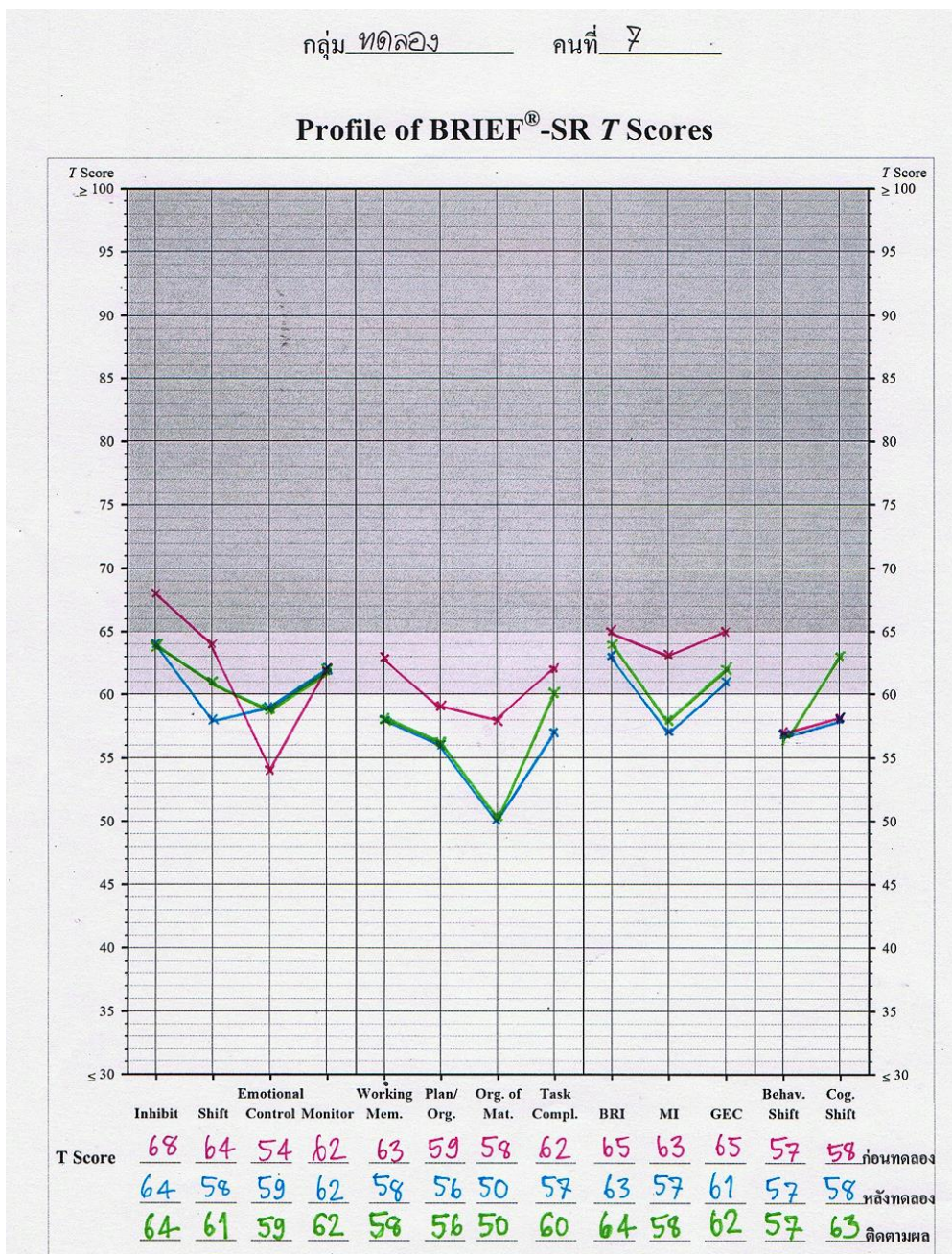
ภาพที่ 29 พบว่า วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด คนที่ 6 ในกลุ่มทดลอง หลังจากรับการบริการรายบุคคลตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด มีความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองลดลงในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ด้านที่ 1 การยับยั้งชั่งใจ มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 2 การปรับพฤติกรรมและความคิด มีค่าเพิ่มขึ้นในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 3 การควบคุมอารมณ์ ค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 4 การติดตามตรวจสอบ ค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 5 ความจำ ที่นำกลับมาใช้ได้ มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 6 การวางแผนและการจัดระเบียบ มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 7 การจัดระเบียบสิ่งของ มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 8 การทำงานให้เสร็จสิ้น มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล

ตารางที่ 76 คะแนนดิบและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด คนที่ 7
ในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อน การทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

Scale/ Index	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ติดตามผล	
	คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score
Inhibit	27	68	25	64	25	64
Shift	20	64	18	58	19	61
Behavioral Shift	9	57	9	57	9	57
Cognitive Shift	9	58	9	58	10	63
Emotion Control	18	54	20	59	20	59
Monitor	10	62	10	62	10	62
BRI	75	65	73	63	74	64
Working Memory	24	63	22	58	22	58
Plan/ Organize	24	59	23	56	23	56
Org. of Materials	13	58	11	50	11	50
Task Completion	20	87	18	77	19	82
MI	81	62	74	57	75	60
GEC (BRI+MI)	156	65	147	61	149	62

ตารางที่ 76 พบว่า วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด คนที่ 7 ในกลุ่มทดลอง
ค่า Behavioral Regulation Index (BRI) ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และ
ระยะติดตามผล เท่ากับ 75, 73 และ 74 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับค่าคะแนน T score ในระยะ
ก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 65, 63 และ 64 ตามลำดับ
ค่า Metacognition Index (MI) ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะ
ติดตามผล เท่ากับ 81, 74 และ 75 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับค่าคะแนน T score ในระยะ
ก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 62, 57 และ 60 ตามลำดับ
ค่า Global Executive Composite (GEC) เท่ากับ 156, 147 และ 149 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับ
ค่าคะแนน T score ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ
65, 61 และ 62 ตามลำดับ

นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองลดลงในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล โดย ค่า BRI, MI และ GEC ลดต่ำกว่าช่วงก่อนการทดลอง ผู้วิจัย จึงนำเสนอข้อมูลดังกล่าวในรูปแบบกราฟ ดังภาพที่ 30



ภาพที่ 30 กราฟเปรียบเทียบคะแนนความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของคนี่ 7 ในกลุ่มทดลอง

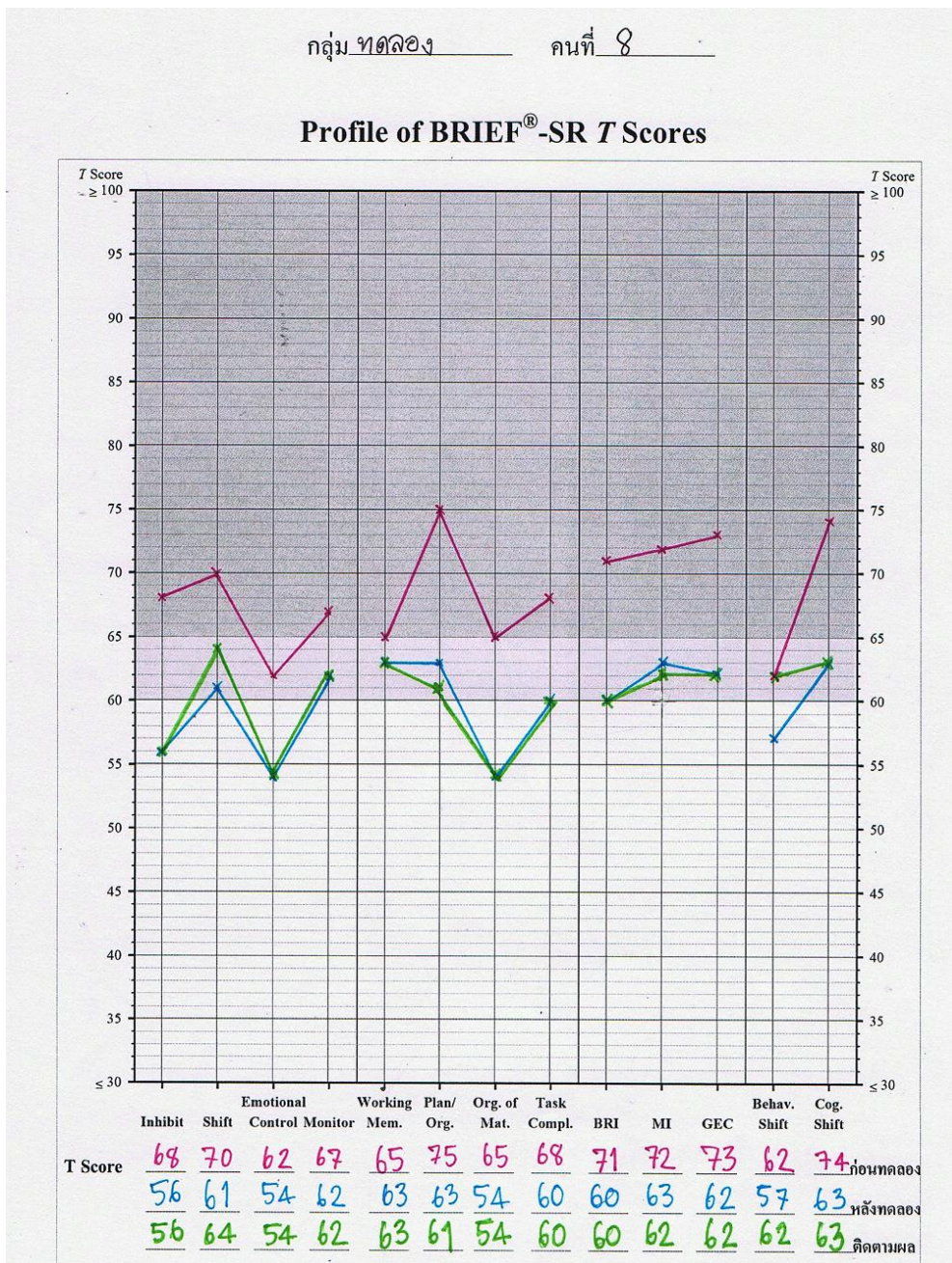
จากภาพที่ 30 พบว่า วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด คนที่ 7 ในกลุ่มทดลอง หลังจากรับการบริการรายบุคคลตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด มีความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองลดลง ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ด้านที่ 1 การยับยั้งชั่งใจ มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 2 การปรับพฤติกรรมและความคิด มีค่าลดลง ในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 3 การควบคุมอารมณ์ ค่าเพิ่มขึ้นในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 4 การติดตามตรวจสอบ ค่าคงเดิม ในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 5 ความจำที่นำกลับมาใช้ได้ มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 6 การวางแผน และการจัดระเบียบ มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 7 การจัดระเบียบสิ่งของ มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 8 การทำงานให้เสร็จสิ้น มีค่าลดลงใน ระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล

ตารางที่ 77 คะแนนดิบและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด คนที่ 8
ในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

Scale/ Index	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ติดตามผล	
	คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score
Inhibit	27	68	22	56	22	56
Shift	22	70	19	61	20	64
Behavioral Shift	10	62	9	57	10	62
Cognitive Shift	12	74	10	63	10	63
Emotion Control	21	62	18	54	18	54
Monitor	11	67	10	62	10	62
BRI	81	71	69	60	70	60
Working Memory	25	65	24	63	24	63
Plan/Organize	31	75	26	63	25	61
Org. of Materials	15	65	12	54	12	54
Task Completion	22	68	19	60	19	60
MI	93	72	81	63	80	62
GEC (BRI+MI)	174	73	150	62	150	62

ตารางที่ 77 พบว่า วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด คนที่ 8 ในกลุ่มทดลอง ค่า Behavioral Regulation Index (BRI) ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 81, 69 และ 70 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับค่าคะแนน T score ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 71, 60 และ 60 ตามลำดับ ค่า Metacognition Index (MI) ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 93, 81 และ 80 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับค่าคะแนน T score ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 72, 63 และ 62 ตามลำดับ ค่า Global Executive Composite (GEC) เท่ากับ 174, 150 และ 150 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับค่าคะแนน T score ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 73, 62 และ 62 ตามลำดับ

นั่นคือ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองลดลงในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล โดย ค่า BRI, MI และ GEC ลดต่ำกว่าช่วงก่อนการทดลอง ผู้วิจัยจึงนำเสนอข้อมูลดังกล่าวในรูปแบบกราฟ ดังภาพที่ 31



ภาพที่ 31 กราฟเปรียบเทียบคะแนนความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของคนี่ 8 ในกลุ่มทดลอง

ภาพที่ 31 พบว่า วัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด คนที่ 8 ในกลุ่มทดลอง หลังจากได้รับการบริการรายบุคคลตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดมีความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองลดลงในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 1 การยับยั้งชั่งใจ มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 2 การปรับพฤติกรรมและความคิด มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 3 การควบคุมอารมณ์ มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 4 การติดตามตรวจสอบ มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 5 ความจำที่นำกลับมาใช้ได้ มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 6 การวางแผน และการจัดระเบียบ มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 7 การจัดระเบียบสิ่งของ มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 8 การทำงานให้เสร็จสิ้น มีค่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เพื่อลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่น ผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด โดยกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ประชากรเป็นวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง และอยู่ในอุปการะขององค์กรเอกชนภาคตะวันออก เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัย ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยขั้นแรกทำการสุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ได้จังหวัดที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมซึ่งตัวแทนขององค์กรเอกชนในพื้นที่เขตจังหวัดภาคตะวันออก 2 จังหวัด และทำการสุ่มเพื่อให้ได้องค์กรเอกชนที่ให้การอุปการะวัยรุ่นในจังหวัดนั้น มาจังหวัดละ 1 องค์กร และทำการประเมินความสามารถในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองเพื่อคัดกรองวัยรุ่นที่มีลักษณะกระบวนการของสมองในสภาพปกติ และมีความเครียดระดับปานกลางถึงระดับสูง และประเมินความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองตั้งแต่เปอร์เซนไทล์ที่ 75 ขึ้นไป สอบถามความสมัครใจเข้าร่วมการทดลองและสามารถเข้าร่วมการทดลองได้ และสุ่มกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นจากองค์กร องค์กรละ 8 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination: Thai version (MMSE - Thai 2002)) และแบบวัดความเครียดสวนปรงชุด 20 ข้อ (Suanprung Stress Test-20: SPST-20) เพื่อการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีการทำงานของสมองปกติและมีความเครียดระดับปานกลางถึงระดับสูง และในกระบวนการทดลองผู้วิจัยใช้แบบทดสอบการบริหารจัดการศักยภาพของสมองฉบับรายงานตนเอง (Behavior Rating Inventory of Executive Function-Self Report Version (BRIEF-SR)) ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการจัดซื้อ และขออนุญาตในการใช้ในการทดลอง และผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาเพื่อหาคุณภาพความตรงและความเที่ยง และเพื่อติดตามระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ในระหว่างการดำเนินการทดลองผู้วิจัยใช้มาตรวัดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล (Subjective Units of Distress Scale: SUDS) เป็นเครื่องมือในการตรวจสอบติดตามระดับความเครียดที่เปลี่ยนแปลงไปตามการรับรู้ของบุคคลหลังการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดในแต่ละครั้ง การดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด จำนวน 10 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง และดำเนินการเก็บข้อมูลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะ

ก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่ม และหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (Repeated-Measures Analysis of Variance: One Between-Subject Variable) โดยมีสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาของการทดลองต่อความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด
2. วัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองลงในระดับต่ำกว่าวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติในระยะหลังการทดลอง
3. วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองลงในระดับต่ำกว่าวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติในระยะติดตามผล
4. วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองในระยะหลังการทดลองลงในระดับต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง
5. วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองในระยะติดตามผลลงในระดับต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอตามสมมติฐาน ดังนี้

1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาของการทดลองต่อความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองลงในระดับต่ำกว่าวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติในระยะหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. วัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองลงในระดับต่ำกว่าวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ได้รับการบำบัดแบบปกติ ในระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. วัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองในระยะหลังการทดลองลงในระดับต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. วัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองในระยะติดตามผลลงในระดับต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทั้งนี้กระบวนการวิจัยนี้ พบว่า ก่อนเริ่มการทดลอง วัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด มีความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองอยู่ระหว่าง T score 60.88-71.63 ซึ่งเป็นความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองที่มีค่าเบี่ยงเบนจากค่าคะแนนที่ (T score) มากกว่า 1.5 ซึ่งอยู่ในระดับ มีความบกพร่องไม่รุนแรง และต้องได้รับการบำบัดทางจิตวิทยา ซึ่งผลการวิจัย พบว่าวัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองลงในระดับต่ำกว่าระดับคะแนนมาตรฐาน T 64 (T score)

การอภิปรายผล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

1. การทดสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 กล่าวคือ ในระยะก่อนการทดลอง วัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด และวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ มีคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองใกล้เคียงกัน เนื่องจากผู้วิจัยได้ใช้วิธีออกแบบการวิจัยเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่มีคะแนนสูงกว่าเปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 ขึ้นไป ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองใกล้เคียงกันดังตารางที่ 4 โดยวัยรุ่นผู้คิดเชื่อ

เชอไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด มีคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองเท่ากับ 163.13 และวัยรุ่นผู้ติดเชื้เอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ มีคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองเท่ากับ 163.38 แต่พบว่าในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลความสามารถในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของกลุ่มตัวอย่างมีค่าแตกต่างจากระยะก่อนการทดลอง โดยในระยะหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้เอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดมีคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองหลังการทดลองเท่ากับ 145.00 และในระยะติดตามผลเท่ากับ 145.63 ซึ่งต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลองที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 163.13 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มวัยรุ่นผู้ติดเชื้เอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด ได้รับการปรึกษาที่มีการกระตุ้นกระบวนการทำงานของสมอง โดยที่ Callahan & Trubo (2001, p. 81) พบว่า กระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดที่มีการแตะจุดพลังต่าง ๆ สามารถกระตุ้นให้พลังงานภายในร่างกายมีการเคลื่อนไหวและเยียวยาอาการป่วยไข้ได้ โดยเฉพาะในขั้นตอนของ 9g ที่กำหนดให้ผู้รับการบำบัดมีการเคลื่อนไหวของลูกนัยน์ตาในทิศทางที่แตกต่างกัน การล้มตาหรือหลับตา เป็นกระบวนการที่เกี่ยวกับการทำงานของสมองในบริเวณส่วนต่าง ๆ เช่น การล้มตาเกี่ยวกับกระบวนการทำงานของสมองส่วนหน้า การล้มตาเกิดจากกระบวนการทำงานของสมองส่วนหลัง ส่วนการเปล่งเสียงตามโน้ตดนตรีโดยปิตริมฟีปากพร้อมการแตะจุดพลังเกี่ยวเนื่องกับกระบวนการทำงานของสมองซีกขวา แต่การเปล่งเสียงนับจำนวนพร้อมการแตะจุดพลังเกี่ยวเนื่องกับกระบวนการทำงานของสมองซีกซ้าย เป็นต้น ดังนั้นการได้รับการบำบัดตามโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดจำนวน 10 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง และติดตามจนพบว่าผู้รับการบำบัดมีค่าคะแนนมาตรวัดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล (Subjective Units of Distress Scale: SUDS) ลดลงเหลือน้อยกว่าหรือเท่ากับสอง (Callahan & Trubo, 2001, pp. 98-108) จึงเป็นกระบวนการที่ส่งผลต่อการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ส่วนวัยรุ่นผู้ติดเชื้เอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติคะแนนเฉลี่ยมีความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองหลังการทดลองเท่ากับ 163.13 และในระยะติดตามผลเท่ากับ 162.88 ซึ่งเป็นลักษณะที่แสดงว่าโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดส่งผลต่อการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง และแสดงว่ามีปฏิสัมพันธ์

ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง โดยวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง ส่งผลร่วมกันต่อการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง

2. วัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองลงในระดับต่ำกว่าวัยรุ่นผู้คิดเชื่อ เอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติในระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 7 พบว่า ในระยะหลังการทดลอง ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองโดยรวมของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองโดยรวมของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 145.00 และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองโดยรวมของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 163.13 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 วัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองลงอยู่ในระดับต่ำกว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติในระยะหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Irgens, Dammen, Nysxter and Hoffart (2012) ได้ศึกษาถึงผลของทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยจำนวน 23 คน เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัด TFT มีความวิตกกังวลลดลงในระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Folkes (2002) ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยเข้าประเทศ อเมริกา 31 คน ที่มีความเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) วัดได้จาก Posttraumatic Check list- C และวัดจากมาตรวัดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล (SUDS) ก่อนทำการทดลอง โดยใช้การบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด ในระยะ 30 วันพบว่า สามารถลดคะแนนของความเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) ได้ และลดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล (SUDS) ได้

ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองเป็นรายด้าน พบว่า วัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านต่าง ๆ ดังนี้

การบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 1 การยับยั้งชั่งใจ (Inhibit) ดังตารางที่ 13

พบว่า ในระยะหลังการทดลอง ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ด้านการยับยั้งชั่งใจของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.13 และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ด้านการยับยั้งชั่งใจของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 26.63 แสดงว่า วัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนาม แห่งความคิด สามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการยับยั้งชั่งใจ ลงอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าวัยรุ่น ผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ ในระยะหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

การบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 2 การปรับพฤติกรรมและความคิด (Shift) ดังตารางที่ 19 พบว่าในระยะหลังการทดลอง ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพ ของสมองด้านการปรับพฤติกรรมและความคิด ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับความคิดหรือพฤติกรรม ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วย ทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.75 และ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับพฤติกรรมและความคิด ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.88 แสดงว่า วัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดมีความบกพร่อง ในการบริหารจัดการศักยภาพ ของสมองด้านการปรับพฤติกรรมและความคิดไม่แตกต่างกับวัยรุ่น ผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีลักษณะใกล้เคียงกันมีข้อจำกัดในระเบียบและกติกาขององค์กรส่งผลให้ ทักษะการคิดและการประเมินอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน ดังนั้นในระยะหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความคิดเพื่อแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ ที่เปลี่ยนแปลงไปไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาในด้านย่อยของด้านการปรับพฤติกรรม และ ความคิด ซึ่งประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการปรับพฤติกรรม (Behavioral shift) และ ด้านการปรับความคิด (Cognitive shift) ก็พบในทำนองเดียวกันว่าความบกพร่องในการบริหาร จัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับพฤติกรรมและด้านการปรับความคิด ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อ เอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

การบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 3 การควบคุมอารมณ์ (Emotional control) ดังตารางที่ 34 พบว่า ในระยะหลังการทดลองความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการควบคุมอารมณ์ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการควบคุมอารมณ์ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด Thought Field Therapy (TFT) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.88 และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการควบคุมอารมณ์ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.25 แสดงว่าวัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการควบคุมอารมณ์ลงอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติในระยะหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

การบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 4 การติดตามตรวจสอบ (Monitor) ดังตารางที่ 39 พบว่าในระยะหลังการทดลองความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการติดตามตรวจสอบของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการติดตามตรวจสอบของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.88 และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการติดตามตรวจสอบของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.25 แสดงว่า ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการติดตามตรวจสอบของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีลักษณะใกล้เคียงกันมีข้อจำกัดในระเบียบและกติกาขององค์กร ส่งผลให้ทักษะการคิดและการประเมิน อยู่ในระดับใกล้เคียงกัน ดังนั้นในระยะหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีการตระหนักถึงจุดแข็งและจุดอ่อนในตนเอง และการประเมินผลกระทบจากพฤติกรรมของตนที่มีต่อผู้อื่น ไม่แตกต่างกัน

การบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 5 ความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working Memory) ดังตารางที่ 50 พบว่า ในระยะหลังการทดลองความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โดยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วย ทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.63 และ ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ของวัยรุ่น ผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.50 แสดงว่าวัยรุ่น ที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่อง ในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ ลงอยู่ในระดับต่ำกว่าวัยรุ่น ผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติในระยะหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ .05

การบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 6 การวางแผน/การจัดระเบียบ (Plan/ Organization) ดังตารางที่ 44 พบว่าในระยะหลังการทดลอง ความบกพร่องในการบริหารจัดการ ศักยภาพของสมองด้านการวางแผน/การจัดระเบียบของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดย ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการวางแผน/การจัดระเบียบของวัยรุ่น ผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎี สนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.25 และความบกพร่อง ในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการวางแผน/การจัดระเบียบของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.63 แสดงว่าวัยรุ่นที่ได้รับการบำบัด ตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่องในการบริหาร จัดการศักยภาพของสมองด้านการวางแผน/การจัดระเบียบ ลงอยู่ในระดับต่ำกว่าวัยรุ่นผู้ติด เชื่อมเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติในระยะหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญที่ ระดับ .05

การบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 7 การจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of Materials) ดังตารางที่ 56 พบว่าในระยะหลังการทดลอง ความบกพร่องในการบริหารจัดการ ศักยภาพของสมองด้านการจัดระเบียบสิ่งของ ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดย ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการจัดระเบียบสิ่งของ ของวัยรุ่น ผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎี สนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.63 และความบกพร่อง ในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการจัดระเบียบสิ่งของ ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวี

ตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.50 ในระยะหลังการทดลองแตกต่างกัน แสดงว่าวัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดสามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการจัดระเบียบสิ่งของลงอยู่ในระดับต่ำกว่าวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติในระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

การบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 8 การทำงานให้เสร็จสิ้น (Task completion) ดังตารางที่ 62 พบว่า ในระยะหลังการทดลอง ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ด้านการทำงานให้เสร็จสิ้นของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการทำงานให้สำเร็จของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.88 และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการทำงานให้เสร็จสิ้นของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.50 แสดงว่าวัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการทำงานให้เสร็จสิ้น ลงอยู่ในระดับต่ำกว่าวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติในระยะหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ทั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบปกติจะดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน โดยไม่ได้รับการกระตุ้นพลังงานภายใน เมื่อต้องเผชิญกับการปัญหาต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตจึงก่อให้เกิดความเครียด ความท้อแท้ในการดำเนินชีวิต ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด กล่าวคือ ในการเข้ารับการบำบัดแต่ละครั้งทุกคนได้มีการระบายความรู้สึกของตนเองอย่างอิสระ การสำรวจตนเอง ความต้องการของตนเอง ภายใต้อารมณ์ที่อบอุ่นมีความไว้วางใจต่อผู้วิจัย จึงทำให้เกิดความเข้าใจในตนเอง สามารถเลือกดำเนินชีวิตและสามารถบริหารจัดการชีวิตตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะแนวคิดของกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดมุ่งเน้นการกระตุ้นโดยการแตะจุดพลังที่เส้นลมปราณ (Meridian) ตามศาสตร์การฝังเข็ม (Acupuncture) ของประเทศจีน ซึ่งมีขั้นตอนการแตะจุดพลังมีรูปแบบที่แน่นอน การปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างสมบูรณ์ จะทำให้การแตะจุดพลังมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลโดยตรงต่อการดำรงสติ และตระหนักรู้ในตนเอง สามารถวางแผนรับมือกับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต สามารถยับยั้งชั่งใจตนเองในการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มีระเบียบวินัยในตนเองมากยิ่งขึ้น

ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่า วัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองลงในระดับต่ำกว่าวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติในระยะหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

3. วัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองลงในระดับต่ำกว่าวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติในระยะติดตามผล ดังตารางที่ 8 ในระยะติดตามผลความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองโดยรวมของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองโดยรวมของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 145.63 และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองโดยรวมของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 162.88 แสดงว่า วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองโดยรวม ลงอยู่ในระดับต่ำกว่าวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติในระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 3 สอดคล้องกับการศึกษาของ Irgens, Dammen, Nysxter and Hoffart (2012) พบว่า ผลของการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยจำนวน 23 คน เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด มีความวิตกกังวลลดลงในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากงานวิจัยนี้ ยังพบว่า ผลของการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดยังส่งผลกระทบต่อ การลดความวิตกกังวล ในระยะติดตามผล 3 เดือน ถึง 12 เดือน ด้วย

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองเป็นรายด้าน พบว่า วัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด มีความสามารถในการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านต่าง ๆ ดังนี้

การบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 1 การยับยั้งชั่งใจ (Inhibit) ตารางที่ 14 ในระยะติดตามผลความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการยับยั้งชั่งใจ

ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการยับยั้งชั่งใจของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสถานแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.63 และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการยับยั้งชั่งใจของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.50 แสดงว่าวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสถานแห่งความคิดสามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านความยับยั้งชั่งใจ ลงอยู่ในระดับต่ำกว่าวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 2 การปรับพฤติกรรมและความคิด (Shift) ดังตารางที่ 20 พบว่าในระยะติดตามผลความบกพร่องทางสมองในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 2 การปรับพฤติกรรมและความคิดของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับความคิดหรือพฤติกรรมของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสถานแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.13 และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับพฤติกรรมและความคิดของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.88 ในระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน แสดงว่า วัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสถานแห่งความคิดมีความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับพฤติกรรมและความคิดไม่แตกต่างกับวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติในระยะติดตามผล เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน คือมีข้อจำกัดในเรื่องของกฎระเบียบและกติกาขององค์กร ส่งผลให้ทักษะการคิดและการประเมินอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน ดังนั้น ในระยะติดตามผลกลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความคิดเพื่อแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาในด้านย่อยของด้านการปรับพฤติกรรมและความคิด ซึ่งประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการปรับพฤติกรรม (Behavioral shift) และด้านการปรับความคิด (Cognitive shift) พบความแตกต่าง ดังนี้

การบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 2b การปรับพฤติกรรม (Behavioral shift) ดังตารางที่ 25 พบว่า ในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับพฤติกรรม ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับพฤติกรรมของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.50 และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับพฤติกรรมของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.13 ในระยะติดตามผลแตกต่างกัน แสดงว่าวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับพฤติกรรมลงในระดับต่ำกว่าวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดได้รับการบำบัดแบบปกติในระยะติดตามผล ทั้งนี้ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน คือมีข้อจำกัดในเรื่องของกฎระเบียบและกติกาขององค์กร ส่งผลให้ทักษะการคิดและการประเมินอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน แต่เมื่อการบำบัดยุติลง 2 สัปดาห์ กลับพบว่าในกลุ่มทดลองการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับพฤติกรรม ลงในระดับต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แต่การบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 2c ด้านการปรับความคิด (Cognitive shift) กลับพบในทำนองเดียวกับ การบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 2 การปรับพฤติกรรมและความคิด (Shift) ว่าความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับด้านการปรับความคิด (Cognitive Shift) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

การบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 3 การควบคุมอารมณ์ (Emotional control) ดังตารางที่ 35 พบว่า ในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการควบคุมอารมณ์ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการควบคุมอารมณ์ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 18.50 และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการควบคุมอารมณ์ ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.25 ในระยะติดตามผลแตกต่างกัน แสดงว่าวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัด

ตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการควบคุมอารมณ์ ลงอยู่ในระดับต่ำกว่าวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิดได้รับการบำบัดแบบปกติในระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 4 การติดตามตรวจสอบ (Monitor) ตารางที่ 40 พบว่า ในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการติดตามตรวจสอบของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการติดตามตรวจสอบของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.75 และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการติดตามตรวจสอบของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.25 ในระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน แสดงว่า วัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดมีความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการติดตามตรวจสอบ ไม่แตกต่างกับวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดได้รับการบำบัดแบบปกติในระยะติดตามผล เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีลักษณะใกล้เคียงกันมีข้อจำกัดในระเบียบและกติกาขององค์กร ส่งผลให้ทักษะการคิดและการประเมินอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน ดังนั้นในระยะติดตามผล กลุ่มตัวอย่างมีการตระหนักถึงจุดแข็งและจุดอ่อนในตนเอง และการประเมินผลกระทบจากพฤติกรรมของตนที่มีต่อผู้อื่น ไม่แตกต่างกัน

การบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 5 ความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working memory) ดังตารางที่ 45 พบว่า ในระยะติดตามความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.63 และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.63 แสดงว่าวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่องในการบริหาร

จัดการศักยภาพของสมองด้านความจำที่น่ากลับมาใช้ได้ลงอยู่ในระดับต่ำกว่าวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิดได้รับการบำบัดแบบปกติในระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การบริหารจัดการศักยภาพของสมองจัดการด้านที่ 6 การวางแผน/การจัดระเบียบ (Plan/Organization) ดังตารางที่ 51 พบว่า ในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการ ศักยภาพของสมองด้านการวางแผน/การจัดระเบียบของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการวางแผน/การจัดระเบียบของวัยรุ่น ผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับ โปรแกรมบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนาม แห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.25 และความบกพร่อง ในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการวางแผน/การจัดระเบียบของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.50 แสดงว่าวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถ ลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการวางแผน/ การจัดระเบียบ ลงอยู่ในระดับต่ำกว่าวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดได้รับการบำบัดแบบปกติในระยะ ติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 7 การจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of Materials) ดังตารางที่ 57 พบว่า ในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการ ศักยภาพ ของสมองด้านการจัดระเบียบสิ่งของ ของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความบกพร่องในการบริหาร จัดการศักยภาพของสมองด้านการจัดระเบียบสิ่งของ ของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.63 และความบกพร่องในการบริหารจัดการ ศักยภาพของสมอง ด้านการจัดระเบียบสิ่งของ ของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.50 ในระยะติดตามผลแตกต่างกัน แสดงว่าวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่อง ในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการจัดระเบียบสิ่งของ ลงในระดับต่ำกว่าวัยรุ่น ผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติในระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ที่ระดับ .05

การบริหารจัดการศักยภาพของสมองจัดการด้านที่ 8 การทำงานให้เสร็จสิ้น (Task completion) ดังตารางที่ 63 พบว่า ในระยะติดตามผล ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการทำงานให้เสร็จสิ้นของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการทำงานให้เสร็จสิ้นของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.13 และความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการทำงานให้เสร็จสิ้นของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.38 แสดงว่า วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการทำงานให้เสร็จสิ้น ลงในระดับต่ำกว่าวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติในระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Irgens, Dammen, Nysxter and Hoffart (2012) ได้ศึกษาถึงผลของทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยจำนวน 23 คน เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัด TFT มีความวิตกกังวลลดลงในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า วัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ลงในระดับต่ำกว่าวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดปกติในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) สามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองในระยะหลังการทดลอง ลงในระดับต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง ดังตารางที่ 10 วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดมีค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองโดยรวม ในระยะหลังการทดลอง ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองโดยรวมของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด ในระยะหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 145 และในระยะก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 163.13 แสดงว่า

วัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองในระยะหลังการทดลอง ลงในระดับต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Yancey (2002) พบว่า นักเรียนระดับมัธยมต้นที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดอารมณ์โกรธอารมณ์รุนแรง และสามารถพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนและครอบครัวได้ นอกจากนี้ยังพบว่าสอดคล้องกับ Schoninger (2004) ที่ศึกษากระบวนการเพื่อลดความกลัวการพูดในที่สาธารณะซึ่งวัดได้จาก Speaker Anxiety Scale และ มาตรการวัดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล (Subjective Units of Distress Scale: SUDS) ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองเป็นรายด้าน พบว่า วัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดสามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านต่าง ๆ ดังนี้

การบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 1 การยับยั้งชั่งใจ (Inhibit) ดังตารางที่ 16 พบว่า วัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) มีค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการยับยั้งชั่งใจในระยะหลังทดลองต่ำกว่าระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ด้านการยับยั้งชั่งใจของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด ในระยะหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.13 และในระยะก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.13 นั่นคือ วิธีการทดลองการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ส่งผลให้วัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดมีค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการยับยั้งชั่งใจในระยะหลังทดลอง ต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง แสดงว่าวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการยับยั้งชั่งใจในระยะหลังการทดลอง ลงในระดับต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 2 การปรับพฤติกรรมและความคิด (Shift) ดังตารางที่ 20 พบว่า วัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) มีค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับพฤติกรรมและความคิด ในระยะหลัง

การทดลองและระยะก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ด้านการปรับพฤติกรรม และความคิดของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด ในระยะหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.75 และในระยะก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.25 แสดงว่าวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด มีความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับพฤติกรรมและความคิด ในระยะหลังการทดลองไม่แตกต่างกับระยะก่อนการทดลอง เมื่อพิจารณาในด้านย่อยของด้านการปรับพฤติกรรมและความคิด ซึ่งประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการปรับพฤติกรรม (Behavioral shift) และด้านการปรับความคิด (Cognitive shift) ก็พบในทำนองเดียวกันว่ามีความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองในระยะหลังการทดลองไม่แตกต่างกับระยะก่อนการทดลอง

การบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 3 การควบคุมอารมณ์ (Emotional control) ดังตารางที่ 36 พบว่าวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) มีค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการควบคุมอารมณ์ ในระยะหลังทดลอง และระยะก่อนทดลอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ด้านการการควบคุมอารมณ์ ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด ในระยะหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.88 และในระยะก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.38 แสดงว่าวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด มีความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการควบคุมอารมณ์ ในระยะหลังการทดลองไม่แตกต่างกับระยะก่อนการทดลอง

การบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 4 การติดตามตรวจสอบ (Monitor) ดังตารางที่ 41 พบว่า วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) มีค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการติดตามตรวจสอบ ในระยะหลังทดลอง และระยะก่อนทดลอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการติดตามตรวจสอบ ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด ในระยะหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.88 และในระยะก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.13 แสดงว่า

วัยรุ่นผู้คิดเชื่อ เอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด มีความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการติดตามตรวจสอบในระยะหลัง การทดลองไม่แตกต่างกับระยะก่อนการทดลอง

การบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 5 ความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working memory) ดังตารางที่ 47 พบว่า วัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) มีค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ ในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด ในระยะหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.63 และในระยะก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.88 แสดงว่าในระยะหลังการทดลองวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ ลงอยู่ในระดับต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 6 การวางแผน/การจัดระเบียบ (Plan/Organization) ดังตารางที่ 53 พบว่า วัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) มีค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการวางแผน/การจัดระเบียบในระยะหลังการทดลองต่ำกว่า ระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการวางแผน/การจัดระเบียบของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด ในระยะหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.25 และในระยะก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 27.25 แสดงว่าในระยะหลังการทดลองวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองการวางแผน/การจัดระเบียบ ลงอยู่ในระดับต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

การบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 7 การจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of Materials) ดังตารางที่ 59 พบว่า วัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) มีค่าเฉลี่ย

ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการจัดระเบียบสิ่งของ ในระยะหลังการทดลองต่ำกว่า ระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการจัดระเบียบสิ่งของ ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด ในระยะหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.63 และในระยะก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.00 แสดงว่าในระยะหลังการทดลองวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการจัดระเบียบสิ่งของ ลงอยู่ในระดับต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านที่ 8 การทำงานให้เสร็จสิ้น (Task completion) ดังตารางที่ 65 พบว่า วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) มีค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการทำงานให้เสร็จสิ้น ในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการทำงานให้เสร็จสิ้นของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด ในระยะหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.88 และในระยะก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.13 แสดงว่าในระยะหลังการทดลองวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการทำงานให้เสร็จสิ้นลงอยู่ในระดับต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทั้งนี้เนื่องจากผู้ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด ได้ผ่านวิธีการต่าง ๆ ในกระบวนการบำบัด โดยมุ่งให้ความสำคัญกับการแตะจุดพลัง (Tapping) ที่จุดพลังสำคัญต่าง ๆ ตามเส้นลมปราณ (Meridian) เพื่อกระตุ้นกระบวนการทำงานของสมอง ขั้นตอนการแตะจุดพลังมีรูปแบบที่แน่นอนทำให้ผู้รับการปรึกษามีสติอยู่กับปัจจุบันซึ่งจะส่งผลต่อการดำรงสติและการบริหารจัดการศักยภาพสมอง ทั้งนี้เมื่อผสานกับกระบวนการรักษาย่อมส่งผลต่อความคิดและพฤติกรรมของผู้รับการปรึกษา เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยมาตรวจวัดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล (Subjective Units of Distress Scale: SUDS) ในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง แสดงว่าวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการปรึกษา

รายบุคคลตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสถานแห่งความคิดมีความเครียดระยะหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนระยะก่อนการทดลอง ดังภาพที่ 13 ซึ่งแม้เมื่อทำการวัดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลห่างกันเป็นเวลา 14 วัน แต่ผลของกระบวนการบำบัดตามทฤษฎีสถานแห่งความคิดยังคงอยู่ จึงทำให้ความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองย่อมแตกต่างจากการวัดในระยะก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Dunnewold (2014) ได้ศึกษาถึง ผลของกระบวนการบำบัดตามทฤษฎีสถานแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) จากเหตุการณ์ทำลายชนชาติในแอฟริกา โดยศึกษาจากกลุ่มวัยรุ่นในสาธารณรัฐวันดา และผู้นำชุมชนในประเทศยูกันดา พบว่า กระบวนการบำบัดตามทฤษฎีสถานแห่งความคิดสามารถช่วยลดความเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Posttraumatic stress disorder) ได้ ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ Connolly & Sakai (2011) ได้ศึกษาถึง ผลของการบำบัดตามทฤษฎีสถานแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ในสาธารณรัฐวันดากับผู้รอดชีวิตในเหตุการณ์ทำลายชนชาติ (Genocide) ในปี 1994 พบว่าอาสาสมัครจำนวน 145 คน ที่ได้รับการบำบัดตามทฤษฎีสถานแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) มีความสามารถในการลดความเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Posttraumatic Stress Disorder) ได้ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสถานแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองในระยะหลังการทดลอง ลงในระดับต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสถานแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) มีความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองในระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 16 วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสถานแห่งความคิดมีค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองโดยรวมในระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองโดยรวมของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสถานแห่งความคิด ในระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 145.63 และในระยะก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 163.13 แสดงว่าวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสถานแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองโดยรวม

ในระยะติดตามผล ลงในระดับต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5 สอดคล้องกับผลการทดลองของ Darby (2002) ที่พบว่า ในระยะติดตามผล 1 เดือน การบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดความกลัว (Phobia) ต่อการฉีดวัคซีนงานวิจัยนี้ใช้แบบวัด Fear Survey Schedule (FSS) และ มาตรการวัดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล (SUDS)

ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง เป็นรายด้าน พบว่า วัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด มีความสามารถในการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านต่าง ๆ ดังนี้

การบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ด้านที่ 1 การยับยั้งชั่งใจ (Inhibit) ดังตารางที่ 16 พบว่า วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) มีค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ด้านการยับยั้งชั่งใจ ในระยะติดตามผลต่ำกว่า ระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ด้านการยับยั้งชั่งใจของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด ในระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.63 และในระยะก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.13 แสดงว่าในระยะติดตามผลวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ด้านการยับยั้งชั่งใจใน ลงในระดับต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ด้านที่ 2 การปรับพฤติกรรมและความคิด (Shift) ดังตารางที่ 21 พบว่า วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) มีค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับพฤติกรรมและความคิด ในระยะติดตามผลและระยะก่อนทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับพฤติกรรมและความคิด ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด ในระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.13 และในระยะก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.25 แสดงว่าวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด มีความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการปรับพฤติกรรมและความคิด ในระยะก่อนการทดลองไม่แตกต่างกับระยะติดตามผล เมื่อพิจารณา

ในด้านย่อยของด้านการปรับพฤติกรรมและความคิด ซึ่งประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการปรับพฤติกรรม (Behavioral shift) และด้านการปรับความคิด (Cognitive shift) ก็พบในทำนองเดียวกันว่า มีความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ในระยะติดตามผลไม่แตกต่างกับระยะก่อนการทดลอง

การบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ด้านที่ 3 การควบคุมอารมณ์ (Emotional control) ดังตารางที่ 36 พบว่า วัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) มีค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการควบคุมอารมณ์ ในระยะติดตามผลและระยะก่อนทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการควบคุมอารมณ์ ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด ในระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.50 และในระยะก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.38 แสดงว่าวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด มีความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ด้านการควบคุมอารมณ์ในระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกับระยะก่อนการทดลอง

การบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ด้านที่ 4 การติดตามตรวจสอบ (Monitor) ดังตารางที่ 41 พบว่า ค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการติดตามตรวจสอบ (Monitor) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) ในระยะติดตามผลและระยะก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการติดตามตรวจสอบ ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด ในระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.75 และในระยะก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.13 แสดงว่าวัยรุ่นผู้ติดเชื่อ เอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด มีความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการติดตามตรวจสอบ ในระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกับระยะก่อนการทดลอง

การบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ด้านที่ 5 ความจำที่น่ากลับมาใช้ได้ (Working Memory) ดังตารางที่ 47 พบว่า วัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) มีค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ด้านความจำที่น่ากลับมาใช้ได้ ในระยะ

ติดตามผลต่ำกว่า ระยะเวลาทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด ในระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.63 และในระยะก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.88 แสดงว่าในระยะติดตามผลวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ ลงอยู่ในระดับต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ด้านที่ 6 การวางแผน/ การจัดระเบียบ (Plan/ Organization) ดังตารางที่ 53 พบว่าวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) มีค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ด้านการวางแผน/ การจัดระเบียบ ในระยะติดตามผลต่ำกว่า ระยะเวลาทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการวางแผน/การจัดระเบียบ ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด ในระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.25 และในระยะก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 27.25 แสดงว่าในระยะติดตามผลวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ด้านการวางแผน/ การจัดระเบียบ ลงอยู่ในระดับต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ด้านที่ 7 การจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of Materials) ดังตารางที่ 59 พบว่า วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (Thought Field Therapy: TFT) มีค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ด้านการจัดระเบียบสิ่งของ ในระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการจัดระเบียบสิ่งของ ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด ในระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.63 และในระยะก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.00 แสดงว่าในระยะติดตามผลวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง

ด้านการจัดระเบียบสิ่งของ ลงอยู่ในระดับต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ด้านที่ 8 การทำงานให้เสร็จสิ้น (Task completion) ดังตารางที่ 65 พบว่าวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด Thought Field Therapy (TFT) มีค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ด้านการทำงานให้เสร็จสิ้น ในระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านการทำงานให้เสร็จสิ้น ของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด ในระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.13 และในระยะก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.13 แสดงว่าวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ด้านการทำงานให้เสร็จสิ้นลงอยู่ในระดับต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยมาตรฐานวัดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล (Subjective Units of Distress Scale: SUDS) ในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง แสดงว่าวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดมีความเครียดระยะหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองซึ่งยังคงผลถึงระยะติดตามผล ทำให้วัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด มีความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองในระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า วัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองในระยะติดตามผล ลงในระดับต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทั้งนี้กระบวนการวิจัยนี้ ดังตารางที่ 66 พบว่า ก่อนเริ่มการทดลอง วัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด มีความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองอยู่ระหว่าง T score 60.88-71.63 ซึ่งเป็นความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองที่มีค่าเบี่ยงเบนจากค่าคะแนนที่ (T score) มากกว่า 1.5 ซึ่งอยู่ในระดับ มีความบกพร่องไม่รุนแรง และต้องได้รับการบำบัดทางจิตวิทยา ซึ่งผลการวิจัยวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด Thought Field Therapy (TFT) พบว่าวัยรุ่น

ที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองลงในระดับต่ำกว่าระดับคะแนนมาตรฐาน T 64 (T score) คิดเป็นร้อยละ 87.5 จากวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการบำบัดทั้งหมด จึงกล่าวได้ว่า การบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองลงในระดับระดับไม่รุนแรง แต่ต้องได้รับการบำบัดทางจิตวิทยา

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1.1 โปรแกรมการศึกษารายบุคคลตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด สามารถลดความบกพร่องทางสมองในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองให้สูงขึ้น ดังนั้น การศึกษารายบุคคลตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด จึงเหมาะสมกับวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่มีความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองสูง ทั้งนี้ควรตรวจคัดกรองให้ได้ผู้ที่สมองไม่ได้รับความเสียหาย สมองอยู่ในสภาพปกติ และมีความเครียดในระดับปกติเพื่อช่วยให้อาการของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขและประสบความสำเร็จ

1.2 การนำโปรแกรมการศึกษารายบุคคลตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดเพื่อลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดไปใช้ควรศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดและแนวคิดสำคัญ ขั้นตอนทฤษฎีเทคนิคการศึกษา หรือควรได้รับการฝึกอบรมก่อนนำไปใช้

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

2.1 ควรมีการทดลองใช้โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดเพื่อลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองนี้ให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้รับเชื้อตั้งแต่แรกเกิด เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการบำบัดที่มีต่อการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง

2.2 จากผลการวิจัยครั้งนี้ การบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด มีประสิทธิภาพในการลดความบกพร่องในการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดได้ จึงควรใช้การบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดในการพัฒนาการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี

บรรณานุกรม

กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. (2555). สถิติจำนวนเด็กและเยาวชน. เข้าถึงได้จาก

<http://www2.djop.moj.go.th/stat/statbudget2011>

กาญจนา ไชยพันธุ์. (2549). การให้คำปรึกษากลุ่ม. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.

คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542. (2543).

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002. กรุงเทพฯ:

กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.

คมเพชร ฉัตรศุกกุล. (2547). ทฤษฎีการให้คำปรึกษา. กรุงเทพฯ: พัฒนาคุณภาพวิชาการ.

จิตตะวัน จิตรระกฏ. (2555). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของวัยรุ่น

ที่ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดอุดรดิตถ์. ใน รายงานการประชุมวิชาการ

และนำเสนอผลงานระดับชาติ “The 4th Annual Northeast Pharmacy Research

Conference of 2012 “Pharmacy Profession in Harmony” (หน้า 29-35).

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เจียรนัย ทรงชัยกุล. (2542). บริการศึกษาในงานแนะแนวระดับมัธยมศึกษา. ใน เอกสารการสอน

ชุดวิชาการแนะแนวในระดับมัธยมศึกษา หน่วยที่ 1-7. นนทบุรี: มหาวิทยาลัย

สุโขทัยธรรมธิราช.

ชนกพร ศรีประสาน. (2551). ผลของกลุ่มสนับสนุนต่อความรุนแรงของอาการและคุณภาพชีวิต

ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ขณะได้รับยาต้านไวรัส. วิทยานิพนธ์

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช,

บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ธีราภรณ์ ผุดผ่อง. (2539). การใช้แบบทดสอบวิสคอนซินการ์ดซอร์ตติ้งค้นหาผู้ป่วย

ที่มีพยาธิสภาพทางสมอง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต,

สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย,

มหาวิทยาลัยมหิดล.

นนทชา ถาวรไพบูลย์บุตร. (2555). กรอบอ้างอิงการรับรู้ทางสายตา. วารสารกิจกรรมบำบัด,

17(3), 25-29.

- นัยพินิจ กชภักดี. (2557). Neuroscience in Psychiatry Introduction to Neuroscience: Brain Mind and Behavior from Birth to Aging. ใน *สัมมนา Brain and Mind Forum ครั้งที่ 1 Neuroscience in Psychiatry Introduction to Neuroscience: Brain Mind and Behavior from Birth to Aging* (หน้า 10-13). กรุงเทพฯ: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.
- บดินทร์ ขวัญมิตร และพรรณทิพย์ ฉายากุล. (2547). เชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย นอกโรงพยาบาลในผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์: รายงานการศึกษาย้อนหลัง 20 ปี. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 22(2), หน้า 383-391.
- ประคินันท์ อุปรมัย และสมร ทองดี. (2545). *แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีและแนวปฏิบัติ ในการให้การปรึกษา ในประมวลสาระชุดวิชาทฤษฎีและแนวปฏิบัติ ในการให้การปรึกษา หน่วยที่ 1-8*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ประภาพรรณ จูเจริญ. (2551). *สมองวัยรุ่น*. สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล. ม.ป.ท.
- เปรมจิต ตันบุญยืน, ยุวดี ลีลัคณาวิระ และพรนภา หอมสินธุ์. (2558). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 29 (1), 80-97.
- พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา. (2543). *ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา*. กรุงเทพฯ: พัฒนาศึกษา.
- พิมพ์ฉวี จันทร์เพ็ญ. (2548). *โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์ และพฤติกรรมต่อการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์แรก*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รังสิมา รัตนศิลา, ขวัญใจ อำนวยศักดิ์เชื้อ, สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, สิริประภา กลั่นกลิ่น และพัชราพร เกิดมงคล. (2558). ผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 29(1), 67-79.
- รัชณี นามจันทร์. (2553). การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสาร มจร. วิชาการ*, 14(27), 137-150.
- วินัดดา ปิยะศิลป์. (2546). *ครอบครัวกับวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการสตรี และสถาบันครอบครัว.
- สำนักกระบวนวิชา. (2555). *วิเคราะห์สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย*. เข้าถึงได้จาก http://www.pcmphumthani.com/index.php?option=com_content&view=article&id=62:2013-08-27-02-56-30&catid=47:2009-09-19-06-48-14&Itemid=61

- สุชาติ หาญมนตรี. (2555). *การเติบโตมาพร้อมเอชไอวี: ประสบการณ์ชีวิตของวัยรุ่นที่มีเอชไอวี มาตั้งแต่แรกเกิด*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิจัยประชากรและสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนิสา ประวิชัย. (2548). เจาะใจวัยรุ่นไทยผ่านผลโพลล์. *วารสารนักบริหาร*, 25(3), หน้า 88-90.
- สุวรรณา เรื่องกาญจเศรษฐ์. (2547). ปัญหาสุขภาพวัยรุ่นใน กทม.: พฤติกรรมเสี่ยง และปัจจัยเสี่ยง. *วารสารกุมารเวชศาสตร์*, 43, 127-138.
- สุวรรณา เรื่องกาญจเศรษฐ์. (2551). *กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: ชัยเจริญ.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา. (2540). *รายงานวิจัยเรื่อง การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติประเทศไทย. (2553). *เด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอ็ดส์*. เข้าถึงได้จาก http://www.unicef.org/thailand/tha/hiv_aids_6566.html
- องอาจ นัยพัฒน์. (2548). *วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์ และสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สามลดา.
- อัมพร เบญจพลพิทักษ์. (2556). *พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น*. เข้าถึงได้จาก <http://www.vcharkarn.com/blog/36154/6088>
- อาภรณ์ คีนาน. (2551). *แนวคิด & วิธีการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น*. ชลบุรี: ไฮเดนกรุ๊ป.
- Yancey, V. (2002). The use of Thought Field Therapy in educational settings. *Dissertation Abstracts International*, 63(07), 2470 A.
- Schoninger, B. (2004). Efficacy of Thought Field Therapy (TFT) as a treatment modality for persons with public speaking anxiety. *Dissertation Abstracts International*, 65(10), 5455.
- Callahan, R. & Trubo, R., (2001). *Tapping the healer within: using thought field therapy to instantly conquer your fears, anxieties, and emotional distress*. Chicago, Ill: Contemporary Books.
- Connolly, S. M., Roe-Sepowitz, D., Sakai, C. E., & Edwards, J. (2013). Utilizing community resources to treat PTSD: A randomized controlled study using Thought Field Therapy. *African Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 24-32.
- Connolly, S.M & Sakai, C. E. (2011). Brief trauma symptom intervention with Rwandan Genocide survivors using Thought Field Therapy. *International Journal of Emergency Mental Health*, 13(3), 161-172.

- Corey, G. (2001). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy* (6th ed.). USA. Thomson Learning.
- Corey, Gerald. (2004). *Theory and Practice of Group Counseling* (6th ed.). CA: Thomson Brooks/Cole.
- Darby, D. W. (2002). The efficacy of Thought Field Therapy as a treatment modality for individuals diagnosed with blood-injection-injury phobia. *Dissertation Abstracts International*, 64(03), 1485 B.
- Dunnewold, A. L. (2014). Thought Field Therapy efficacy following large scale traumatic events. *Current Research in Psychology*, 5(1), 34-39.
- Folkes, C. (2002). Thought field therapy and trauma recovery. *International Journal of Emergency Mental Health*, 4, 99-103.
- Gamino, J., Chapman, S. B., and Cook, L. G. (2009). Strategic learning in youth with traumatic brain injury: Evidence for stall in higher-order cognition. *Topics in Language Disorders*, 29(3), 224-235.
- Gibson, R. L., & Mitchell, M. H. (1995). *Introduction to Counseling and Guidance* (4th ed.). United States of America: Merrill Prentice hall.
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C., & Kenworthy, L. (2000). *The behavior rating inventory of executive function professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Guy, Steven C., Isquith, Peter K. & Gioia Gerard A. (2004). *Behavior rating inventory of executive function self-report version professional manual*. Lutz, FL: Parinc.
- Hawell, D. C. (2007). *Statistical Methods for Psychology*. Wadsworth: Thomson Higher Education.
- Heaton, R. K. (1993). *Wisconsin Card Sorting Test Manual: Revised and Expanded*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resource.
- Howard, G. (2551). *จิต 5 ป็นขอมมนุษย์ Five Minds for the Future*. กรุงเทพฯ: เอ็กเปอร์เน็ท.
- Irgens, A., Dammen, T., Nysaeter, T., & Hoffart, A. (2012). Thought field therapy (TFT) as a Treatment for anxiety symptoms: A randomized controlled trial. *Explore*, 8(6), 331-337.

- Ivey, A. E. & Ivey, M. B. (2008). *Essential of intentional interviewing: Counseling in a multicultural world*. Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Lisak, D., & Beszterczey, S. (2007). The cycle of violence: The life histories of 43 death row inmates. *Psychology of Men & Masculinity*, 8(2), 118-128.
- Pignotti, M. (2005). Thought Field Therapy Voice Technology vs random meridian point sequences: a single-blind controlled experiment. *The Scientific Review of Mental Health Practice*, 4(1), 72-81.
- Powell, K.B., & Voeller K.K. (2004). Prefrontal executive function syndromes in children. *Journal of Child Neurology*, 19, pp. 785-797.
- Roger C. (2014). *Thought Field Therapy*. Retrieved from http://www.rogercallahan.com/pdf/TFT_StressBuster.pdf
- Roger C. (2014). *Thought Field Therapy*. Retrieved from http://www.rogercallahan.com/pdf/TFT_StressBuster.pdf
- Santrock, J. W. (2001). *Adolescence* (8th ed.). New York, McGraw Hill.
- Shiller, P. (2010). Early brain development research review and update. *Brain Development Exchange*, 26-30.
- Thompson, R. A. (2003). *Counseling Techniques Improving Relationships with Others. Ourselves, our Families, and our Environment* (2nd ed.). New York, Taylor & Francis.
- Wolpe, J. (1969). *The Practice of Behavior Therapy*. New York: Pergamon.
- World Health Organization (2016) *Adolescent health*. Retrieved from http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/
- Yudofsky, S. C., Kim, H.F., editors. (2004). *Neuropsychiatric Assessment (Review of Psychiatry series, Volume 23)*. Washington DC: American Psychiatric.
- Zuk, J., Benjamin, C., Kenyon, A and Gaab, N. (2014). *Behavioral and Neural Correlates of Executive Functioning in Musicians and Non-Musicians*. Retrieved from <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371%2Fjournal.pone.0099868>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

1. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ
2. สำเนาหนังสือจากคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. เอกสารการซื้อแบบทดสอบการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง ฉบับรายงานตนเอง (Behavior Rating Inventory of Executive Function-Self Report Version: BRIEF-SR)

ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจแบบทดสอบการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง-ฉบับรายงานตนเอง
Behavior Rating Inventory of Executive Function-Self Report Version (BRIEF-SR)
 และโปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดเพื่อลดความบกพร่อง
 ในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิด

- | | |
|--|---|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร.ฉลอง ทับศรี | อาจารย์ประจำ
ภาควิชาบัณฑิตศึกษานานาชาติ
และทรัพยากรมนุษย์
คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.อนงค์ วิเศษณ์สุวรรณ | อาจารย์ประจำ
ภาควิชาบัณฑิตศึกษานานาชาติ
และทรัพยากรมนุษย์
คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 3. นายแพทย์ ทรงสิทธิ์ อุดมสิน | จิตแพทย์ โรงพยาบาลชลบุรี |

ผู้แปลกลับ(Back translation) แบบทดสอบการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง
 ฉบับรายงานตนเอง จากฉบับภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ

- | | |
|----------------------------|---|
| 1. ดร.ชมพูนุท ศรีจันทร์นิล | อาจารย์ประจำ
ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 2. ดร.มฤฎ์ แก้วจินดา | อาจารย์ประจำ
ภาควิชาจิตวิทยาการศึกษา
และการแนะแนว
คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ |



**แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา**

๑. ชื่อวิทยานิพนธ์

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาไทย) การพัฒนากระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดต่อ
ศักยภาพของสมองในการบริหารจัดการของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่เด็กแรกเกิด

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ) THE DEVELOPMENT OF THOUGHT FIELD THERAPY ON
EXECUTIVE FUNCTION OF HIV ADOLESCENTS SINCE BIRTH

๒. ชื่อนิสิต นางสาวอารีย์ ชันดิธรรมกุล **หลักสูตร** ปรัชญาดุขฎิบัณฑิต
รหัสประจำตัว ๕๓๘๑๐๒๒๔ **สาขาวิชา** จิตวิทยาการปรึกษา **คณะศึกษาศาสตร์**
 ภาคปกติ ภาคพิเศษ

๓. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย:

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว
ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- ๑) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย
- ๒) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- ๓) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัยไม่ว่าจะเป็น
สิ่งที่มีชีวิตหรือไม่มีชีวิต

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ ดังนี้

(✓) อนุมัติโครงการวิจัย

() ไม่อนุมัติ

๔. วันที่ให้การอนุมัติ:.....๑๙.....เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๘

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิจิต สุรัตน์เรืองชัย)

คณบดีคณะศึกษาศาสตร์

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



ที่ ศธ ๖๖๒๑/ว๒๓๒๒

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒ ธันวาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการมูลนิธิบ้านเด็กพระคุณ

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือเพื่อการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวอารีย์ ชันติธรรมกุล นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา
จิตวิทยาการปรึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนากระบวนการบำบัดด้วย
ทฤษฎีสนามแห่งความคิดต่อศักยภาพของสมองในการบริหารจัดการของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่เด็กแรก
เกิด” ในความควบคุมดูแลของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ระพีพันธ์ ฉายวิมล ประธานกรรมการ มีความประสงค์
ขออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลจาก วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี อายุ ๑๔ - ๑๙ ปี โดยผู้วิจัยจะขออนุญาต
เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างวันที่ ๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ ถึงวันที่ ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๙
อนึ่ง โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านขั้นตอนการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพาเรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หวังเป็นอย่างยิ่งว่า
คงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เชษฐ์ ศิริสวัสดิ์)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติการแทน
คณบดีคณะศึกษาศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๐๗๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๒๕๑

ผู้วิจัยโทร. ๐๘-๑๘๖๓-๐๓๖๙



ที่ ศธ ๖๖๒๑/ว๒๓๒๘

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒ ธันวาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ประธานกรรมการมูลนิธิปรรณาสุมบูรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือเพื่อการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวอารีย์ ขันดิธรรมกุล นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา
จิตวิทยาการปรึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำคุณนินทาเรื่อง “การพัฒนากระบวนการบำบัดด้วย
ทฤษฎีสถานแห่งความคิดต่อศักยภาพของสมองในการบริหารจัดการของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่เด็กแรก
เกิด” ในความควบคุมดูแลของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ระพีพันธ์ ฉายวิมล ประธานกรรมการ มีความประสงค์
ขออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลจาก วัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี อายุ ๑๔ - ๑๙ ปี โดยผู้วิจัยจะขออนุญาต
เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างวันที่ ๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ ถึงวันที่ ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๙
อนึ่ง โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านขั้นตอนการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพาเรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หวังเป็นอย่างยิ่งว่า
คงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เชษฐ ศรีสวัสดิ์)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติการแทน
คณบดีคณะศึกษาศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๐๗๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๒๕๑

ผู้วิจัยโทร. ๐๘-๑๘๖๓-๐๓๖๙

29/10/2558

Gmail - ACER Online Payment Centre Receipt #938151



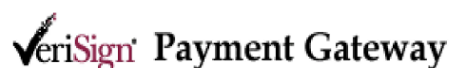
Ariko Komol <ariko111@gmail.com>

ACER Online Payment Centre Receipt #938151

1 ข้อความ

ACER Shop Sales <sales@acer.edu.au>
 ถึง: AREE KANTITAMMAKOOL <ariko111@gmail.com>

21 ตุลาคม 2557 14:42



[Please click here to return to ACER Shop Online](#)

Tax Invoice / Receipt

Thank you for your online purchase with ACER on:
 2014-10-21 18:41:44



Invoice Details

Payment reference number: **938151**
 Customer number: 61929
 Invoice number: 147647
 Provider reference: VPCRB4AA63C2
 Cardholder name: AREE KANTITAMMAKOOL
 Payment amount: AUD \$347.35

Merchant Details

Name: Australian Council for Educational Research
ACN: 004 398 145
ABN: 19 004 398 145
Contact: [ACER Shop Sales <sales@acer.edu.au>](mailto:sales@acer.edu.au)
Phone: +61 3 9277 5447

Order Details

Description	Code	Total
BRIEF-SR™ Introductory kit 990BRS		\$313.59
Freight - Air Mail		\$33.76
Total:		AUD \$347.35

Version 4.3 - Copyright © 2004 - 2014 Australian Council for Educational Research

ภาคผนวก ข

โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดต่อการลดความบกพร่อง
ในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด

ครั้งที่/ หัวข้อ	วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ วิธีดำเนินการ
1. ปฐมนิเทศ และสร้าง สัมพันธภาพ	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้การบำบัดและผู้รับการบำบัด 2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดทราบถึงวัตถุประสงค์ของการบำบัด รวมทั้งบทบาทหน้าที่ของผู้ให้การบำบัดและผู้รับการบำบัดตลอดจนระยะเวลาสถานที่ ในการให้การบำบัดและประโยชน์จากการบำบัด 3. เพื่อให้ผู้ให้การบำบัดได้สำรวจปัญหา และผู้รับการบำบัดได้สำรวจตนเองว่า มีเรื่องใดที่คิดค้างในความรู้สึกของตนเอง 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ให้การบำบัดกล่าวทักทาย/ แนะนำตนเองเพื่อทำความรู้จักซึ่งกันและกัน 2. ผู้ให้การบำบัดดำเนินกิจกรรม “ดอกไม้ของฉัน” เพื่อให้สมาชิกแนะนำตนเองโดยผู้ให้การบำบัดให้ผู้รับการบำบัดเลือกภาพดอกไม้ที่ชอบและตรงใจมากที่สุด หลังจากนั้นให้บอกถึงดอกไม้ที่ตนเลือก และระบุว่าเพราะเหตุใดจึงชอบ ดอกไม้นั้นมีความเหมือนตนเองอย่างไร 3. ผู้ให้การบำบัดกล่าวถึงข้อตกลงระยะเวลาของการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดบทบาทหน้าที่ของผู้ให้การบำบัดและผู้รับการบำบัด 4. ผู้ให้การบำบัดพูดถึงประโยชน์ของการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎี TFT 5. ผู้ให้การบำบัดให้ผู้รับการสรุปและทบทวน ความเข้าใจในวัตถุประสงค์และประโยชน์ในการเข้าร่วมการบำบัดนี้

ครั้งที่/ หัวข้อ	วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ วิธีดำเนินการ
2. การสร้างสัมพันธ์ภาพ	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้การบำบัดและผู้รับการบำบัด 2. เพื่อให้ผู้ให้การบำบัดได้สำรวจปัญหา และผู้รับการบำบัดได้สำรวจตนเองว่ามีเรื่องใดที่ติดค้างในความรู้สึกของตนเอง 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายผู้รับการปรึกษา 2. สอบถามเกี่ยวกับประโยชน์และประสบการณ์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการบำบัดเมื่อครั้งที่แล้ว 3. ผู้ให้การบำบัดให้ผู้รับการบำบัดวาดรูปของตนเองในมโนภาพแบบเต็มตัวตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า และวาดบุคคลสำคัญในชีวิต 3 คนลงในกระดาษที่แจกให้ เมื่อวาดรูปเสร็จให้ผู้รับการบำบัดอธิบายถึงรูปวาดที่วาดที่ตนเองวาดลงไป ในกระดาษว่ามีใครบ้างนอกจากตนเอง มีส่วนประกอบอื่นๆ ใดๆ ต้องการสื่อความหมายถึงสิ่งใดบ้าง และบุคคลสามคนที่วาดนั้นมี ความสำคัญต่อชีวิตของตนเองอย่างไร 3. ผู้ให้การบำบัดสอบถามปัญหาและอุปสรรค ในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ หรือความต้องการความช่วยเหลือในการบำบัด

ครั้งที่/ หัวข้อ	วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ วิธีดำเนินการ
<p>3-7</p> <p>เทคนิค TFT เบื้องต้น (Simple Trauma Algorithm)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถปฏิบัติตามวิธีการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (TFT) ในระดับ Simple Trauma Algorithm 2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับประโยชน์จากการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (TFT) ในระดับ Simple Trauma Algorithm 3. เพื่อประเมินระดับความเครียดโดยใช้มาตรวัดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล (Subjective Units of Distress: SUDS) 4. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้วิเคราะห์ตนเองจากการปรึกษารายบุคคลแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person centered therapy) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายผู้รับการปรึกษา 2. สอบถามเกี่ยวกับประโยชน์และประสบการณ์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการปรึกษาเมื่อครั้งที่แล้ว 3. ผู้ให้การปรึกษาสอบถามปัญหาและอุปสรรค ในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ หรือความต้องการการช่วยเหลือในการเข้ารับการปรึกษา 4. การปรับความคิดเข้าสู่เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลในใจซึ่งทำให้อยู่ในภาวะอารมณ์ที่เครียดในชีวิต หลังจากนั้น ให้ผู้รับการปรึกษาวัดประเมินระดับความเครียดของตนเอง (SUDS) และเขียนค่าระดับ SUDS เอาไว้ 5. การผ่อนคลาย (Relaxation) ด้วยวิธีการฝึกการหายใจ (Breathing exercise) 6. การเข้าสู่กระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด โดยเริ่มจาก <ol style="list-style-type: none"> 6.1 แตะจุดบริเวณคิ้ว (eye brow) 6.2 แตะจุดบริเวณกระดูกไหปลาร้า (collarbone spot) 6.3 ให้สมาชิกกลุ่มวัดประเมินระดับความเครียดของตนเอง (SUDS) ครั้งที่ 2 ถ้าค่าประเมินลดต่ำลง 2 ระดับหรือมากกว่า ให้สมาชิกกลุ่มดำเนินการขั้นต่อไป แต่ถ้าค่าประเมินไม่เปลี่ยนแปลง หรือเปลี่ยนแค่ 1 ใช้การให้การปรึกษารายบุคคล จากนั้น ให้ใช้เทคนิค PR

ครั้งที่/ หัวข้อ	วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ วิธีดำเนินการ
(ต่อ)		<p>6.4 ปฏิบัติการแตะจุด 9 จุด (9gt)</p> <p>6.5 แตะจุดบริเวณคิ้ว (eye brow)</p> <p>6.6 แตะจุดบริเวณกระดูกไหปลาร้า (collarbone spot)</p> <p>6.7 ทำจนกว่าค่าระดับความเครียด (SUD) ลดลงจนเหลือ 1 ในกรณีที่ผู้รับการบำบัดค่าระดับความเครียดลดลงเหลือ 1 ให้ดำเนินการขั้นต่อไป แต่ถ้าระดับความเครียดลดลงแค่ 1 ระดับต้องใช้เทคนิค Mini PR และเริ่มต้นขั้นตอนข้างบนอีกครั้ง</p> <p>6.8 เพื่อขั้นตอนที่สมบูรณ์ เมื่อค่าระดับความเครียด (SUD2) ลดลงจนเหลือ 2 หรือต่ำกว่า ให้ทำการแตะจุด gamut point ขณะที่ยายตาเคลื่อนจากพื้นขึ้นส่งเพดานเป็นขั้นตอนสุดท้าย ได้รับความปรึกษาวิทยากรแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง</p> <p>6.9 ในกรณีที่ค่าระดับความเครียด (SUDS) มากกว่า 2 จะได้รับการบำบัดรายบุคคลแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง(Person centered Therapy)) เพื่อสำรวจถึงปัญหาและข้อคับข้องใจที่ลึกลงไปของผู้รับการบำบัดละเข้าสู่การบำบัดในขั้นต่อไป</p>

ครั้งที่/ หัวข้อ	วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ วิธีดำเนินการ
<p>8-10</p> <p>เทคนิค TFT ขั้นสูง (Complex Trauma Algorithm)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถปฏิบัติตามวิธีการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (TFT) ในระดับ Complex Trauma Algorithm 2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับประโยชน์จากการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (TFT) ในระดับ Complex Trauma Algorithm 3. เพื่อประเมินระดับความเครียดโดยใช้มาตรวัดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล (Subjective Units of Distress: SUDS) 4. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้วิเคราะห์ตนเองจากการปรึกษารายบุคคลแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person centered therapy) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ให้การบำบัดกล่าวทักทายผู้รับการบำบัด 2. สอบถามเกี่ยวกับประโยชน์และประสบการณ์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการบำบัดครั้งที่แล้ว 3. ผู้ให้การบำบัดสอบถามปัญหาและอุปสรรค ในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ หรือความต้องการความช่วยเหลือในการเข้ารับการศึกษา 4. การปรับความคิดเข้าสู่เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลในใจซึ่งทำให้อยู่ในภาวะอารมณ์ที่เครียดในชีวิต หลังจากนั้น ให้ผู้รับการปรึกษาวัดประเมิน SUDS เขียนค่าระดับ SUDS เอาไว้ 5. การผ่อนคลาย (Relaxation) ด้วยวิธีการฝึกการหายใจ (Breathing Exercise) 6. การเข้าสู่กระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด โดยเริ่มจาก <ol style="list-style-type: none"> 6.1 แตะจุดบริเวณคิ้ว (eye brow) 6.2 แตะจุดบริเวณใต้ตา (under the eye) 6.3 แตะจุดใต้แขน (under the arm) 6.4 แตะจุดบริเวณกระดูกไหปลาร้า (collarbone spot)

ครั้งที่/ หัวข้อ	วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ วิธีดำเนินการ
(ต่อ)		<p>6.5 ให้ผู้รับการปรึกษาวัดประเมิน SUDS ครั้งที่ 2 ถ้าค่าประเมิน ลดต่ำลง 2 ระดับหรือมากกว่า ให้ดำเนินการขั้นต่อไป แต่ถ้า ค่าประเมินไม่เปลี่ยนแปลง หรือเปลี่ยนแค่ 1 การปรึกษา รายบุคคลแบบยืดบุคคล เป็นศูนย์กลางและใช้เทคนิค PR</p> <p>6.6 ปฏิบัติการแตะจุด 9 จุด (9g)</p> <p>6.7 แตะจุดบริเวณคิ้ว (eye brow) อีกครั้ง 6.8 แตะจุดบริเวณใต้ตา (under the eye)</p> <p>6.9 แตะจุดใต้แขน (under the arm)</p> <p>6.10 แตะจุดบริเวณกระดูกไหปลาร้า (collarbone spot)</p> <p>6.11 ประเมิน SUDS ลดลงจนเหลือ 1 ในกรณีที่ค่าระดับความเครียด ลดลงเหลือ 1 ให้ดำเนินการ ขั้นต่อไป แต่ถ้าระดับ ความเครียดลดลงไม่ใช่ค่า 1 ระดับต้องใช้เทคนิค Mini PR และเริ่มต้นขั้นตอนข้างบน อีกครั้ง</p> <p>6.12 เมื่อ SUDS ลดลงจนเหลือ 2 หรือต่ำกว่า ทำการแตะจุด gamut point ขณะที่สายตา เคลื่อนจากพื้นขึ้นส่งเพดาน เป็นขั้นตอนสุดท้าย ได้รับความ ปรึกษารายบุคคล แบบยืดบุคคลเป็นศูนย์กลาง</p>

ครั้งที่/หัวข้อ	วัตถุประสงค์	กิจกรรม/วิธีดำเนินการ
<p>(ต่อ)</p> <p>11-13</p> <p>เทคนิค TFT ขั้นสูงกับ ความโกรธ (Complex Trauma with Anger Algorithm)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถปฏิบัติตามวิธีการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (TFT) ในระดับ Complex Trauma with Anger Algorithm 2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับประโยชน์จากการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (TFT) ในระดับ Complex Trauma with Anger Algorithm 3. เพื่อประเมินระดับความเครียดโดยใช้มาตรวัดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล (Subjective Units of Distress : SUDS) 	<p>6.13 ในกรณีที่ค่า SUDS มากกว่า 2 จะได้รับการปรึกษารายบุคคลแบบยี่คนบุคคลเป็นศูนย์กลางเพื่อสำรวจถึงปัญหาและข้อคับข้องใจที่ลึกลงไปของผู้รับการปรึกษา และเข้าสู่การบำบัดในขั้นต่อไป</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายผู้รับการปรึกษา 2. สอบถามเกี่ยวกับประโยชน์และประสบการณ์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการปรึกษารั้งที่แล้ว 3. ผู้ให้การปรึกษาสอบถามปัญหาและอุปสรรค ในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ หรือความต้องการความช่วยเหลือในการเข้ารับการปรึกษา 4. การปรับความคิดเข้าสู่เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลในใจซึ่งทำให้อยู่ในภาวะอารมณ์ที่เครียดในชีวิต หลังจากนั้น ให้ผู้รับการปรึกษาค่า SUDS และเขียนค่าระดับ SUDS เอาไว้ 5. การผ่อนคลาย (Relaxation) ด้วยวิธีการฝึกการหายใจ (Breathing exercise)

ครั้งที่/ หัวข้อ	วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ วิธีดำเนินการ
(ต่อ)	<p>4. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้วิเคราะห์ตนเองจากการปรึกษารายบุคคลแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person centered therapy)</p>	<p>6. การเข้าสู่กระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด โดยเริ่มจาก</p> <p>6.1 ใช้สองนิ้วแตะจุดบริเวณคิ้ว (eye brow)</p> <p>6.2 แตะจุดบริเวณใต้ตา (under the eye)</p> <p>6.3 แตะจุดใต้แขน (under the arm)</p> <p>6.4 แตะจุดบริเวณกระดูกไหปลาร้า (collarbone spot)</p> <p>6.5 แตะจุดที่นิ้วก้อย (little finger spot)</p> <p>6.6 แตะจุดบริเวณกระดูกไหปลาร้า (collarbone spot)</p> <p>6.7 ให้ผู้รับการปรึกษาประเมินค่า SUDS ครั้งที่ 2 ถ้าค่าประเมินลดต่ำลง 2 ระดับ หรือมากกว่า ให้สมาชิกกลุ่มดำเนินการขั้นต่อไป แต่ถ้าค่าประเมินไม่เปลี่ยนแปลง หรือเปลี่ยนแค่ 1 ให้การปรึกษารายบุคคลแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง และใช้เทคนิค PR</p> <p>6.8 ปฏิบัติการแตะจุด 9 จุด (9g)</p> <p>6.9 แตะจุดบริเวณคิ้ว (eye brow)</p> <p>6.10 แตะจุดบริเวณใต้ตา (under the eye)</p>

ครั้งที่/ หัวข้อ	วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ วิธีดำเนินการ
		<p>6.11 แตะจุดใต้แขน (under the arm)</p> <p>6.12 แตะจุดบริเวณกระดูกไหปลาร้า (collarbone spot)</p> <p>6.13 แตะจุดที่นิ้วก้อย (little finger spot)</p> <p>6.14 แตะจุดบริเวณกระดูกไหปลาร้า (collarbone spot)</p> <p>6.15 วัดค่า SUDS</p> <p>6.16 เพื่อขั้นตอนที่สมบูรณ์ เมื่อค่าระดับความเครียด (SUD) ลดลงจนเหลือ 2 หรือต่ำกว่า ให้ปฏิบัติดังนี้ ศรีษะตั้งตรง หรือตาลง ทำการแตะจุด gamut point ขณะที่สายตา เคลื่อนจากพื้นขึ้นส่งเพดาน เป็นขั้นตอนสุดท้าย ได้รับการ การบริการรายบุคคล แบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง</p> <p>6.17 ในกรณีที่ค่าระดับความเครียด (SUD) มากกว่า 2 จะได้รับการ บริการรายบุคคล แบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อสำรวจถึงปัญหาและข้อกั บข้อใจที่ลึกลงไปของผู้รับ การปรึกษา และเข้าสู่การบำบัด ในขั้นต่อไป</p>

ครั้งที่/ หัวข้อ	วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ วิธีดำเนินการ
14-15 เทคนิค TFT ขั้นสูงกับ ความละเอียดใจ (Complex Trauma with Guilt Algorithm)	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถปฏิบัติตามวิธีการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (TFT) ในระดับ Complex Trauma with Guilt Algorithm 2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับประโยชน์จากการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (TFT) ในระดับ Complex Trauma with Guilt Algorithm 3. เพื่อประเมินระดับความเครียดโดยใช้มาตรวัดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล (Subjective Units of Distress: SUDS) 4. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้วิเคราะห์ตนเองจากการบรรยายบุคคลแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person centered therapy) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ให้การบำบัดกล่าวทักทายผู้รับการบำบัด 2. สอบถามเกี่ยวกับประโยชน์และประสบการณ์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการบำบัดครั้งที่แล้ว 3. ผู้ให้การบำบัดสอบถามปัญหาและอุปสรรค ในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ หรือความต้องการความช่วยเหลือในการเข้ารับการบำบัด 4. การปรับความคิดเข้าสู่เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลในใจซึ่งทำให้อยู่ในภาวะอารมณ์ที่เครียดในชีวิต หลังจากนั้น ให้ผู้รับการบำบัดวัดค่า SUDS และเขียนค่าระดับ SUDS เอาไว้ 5. การผ่อนคลาย (Relaxation) ด้วยวิธีการฝึกการหายใจ(Breathing exercise) 6. การเข้าสู่กระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด โดยเริ่มจาก <ol style="list-style-type: none"> 6.1 ใช้สองนิ้วแตะจุดบริเวณคิ้ว (eye brow) 6.2 แตะจุดบริเวณใต้ตา (under the eye) 6.3 แตะจุดใต้แขน (under the arm) 6.4 แตะจุดบริเวณกระดูกไหปลาร้า (collarbone spot) 6.5 แตะจุดนิ้วชี้ (index finger) 6.6 แตะจุดบริเวณกระดูกไหปลาร้า (collarbone spot)

ครั้งที่/หัวข้อ	วัตถุประสงค์	กิจกรรม/วิธีดำเนินการ
(ต่อ)		<p>6.7 ให้ผู้รับการปรึกษาวัดค่า SUDS ครั้งที่ 2 ถ้าค่าประเมินลดต่ำลง 2 ระดับ หรือ มากกว่าให้ดำเนินการขั้นต่อไป แต่ถ้าค่าประเมินไม่เปลี่ยนแปลง หรือเปลี่ยนแค่ 1 การปรึกษา รายบุคคลแบบยืดบุคคล เป็นศูนย์กลาง และใช้เทคนิค PR และย้อนกลับไปทำขั้นตอน ด้านบนใหม่</p> <p>6.8 ปฏิบัติการแตะจุด 9 จุด (9g)</p> <p>6.9 แตะจุดบริเวณคิ้ว (eye brow)</p> <p>6.10 แตะจุดบริเวณใต้ตา (under the eye)</p> <p>6.11 แตะจุดใต้แขน (under the arm)</p> <p>6.12 แตะจุดบริเวณกระดูกไหปลาร้า (collarbone spot)</p> <p>6.13 แตะจุดที่นิ้วชี้ (index finger spot)</p> <p>6.14 แตะจุดบริเวณกระดูกไหปลาร้า (collarbone spot)</p> <p>6.15 วัดค่า SUDS ลดลงจนเหลือ 1 ในกรณีที่ค่าระดับความเครียด ลดลงเหลือ 1 ให้ดำเนินการ ขั้นต่อไป แต่ถ้าระดับความเครียด ลดลงไม่ใช่ค่า 1 ระดับต้องใช้ เทคนิค Mini PR และเริ่มต้น ขั้นตอนข้างบนอีกครั้ง</p>

ครั้งที่/ หัวข้อ	วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ วิธีดำเนินการ
<p>(ต่อ)</p> <p>16 ยุติการบำบัด</p>	<p>1. เพื่อบูรณาการและยุติ การบำบัด</p>	<p>6.16 เพื่อขั้นตอนที่สมบูรณ์ เมื่อค่า SUDS ลดลงจนเหลือ 2 หรือต่ำกว่า ให้ปฏิบัติดังนี้ ศรัยะตั้งตรง หรือตกลง ทำการ แตะจุด gamut point ขณะที่ สายตาเคลื่อนจากพื้นขึ้นส่ง เพดาน เป็นขั้นตอนสุดท้าย และได้รับการบริการรายบุคคล แบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง</p> <p>1. ผู้ให้การบำบัดกล่าวทักทายผู้รับ การบำบัด</p> <p>2. สอบถามเกี่ยวกับประโยชน์ และประสบการณ์ที่ได้รับจาก การเข้ารับการบำบัดครั้งที่แล้ว</p> <p>3. ให้สมาชิกบอกถึงประโยชน์ที่ได้จาก การรับการบำบัดเพื่อพัฒนาการใช้ชีวิต ต่อไป</p> <p>4. ยุติการบำบัด</p>

**โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดต่อ
ต่อการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง
ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ครั้งที่ 1**

ชื่อเรื่อง ปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพ

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดทราบจุดมุ่งหมาย กติกา บทบาทหน้าที่ของผู้ให้การบำบัดและผู้รับการบำบัด
 2. เพื่อสร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศที่ดีระหว่างผู้ให้การบำบัดและผู้รับการบำบัด
- สถานที่** ห้องให้การปรึกษา

อุปกรณ์ ตารางกำหนดวัน เวลา ในการเข้าร่วมกิจกรรม รูปภาพดอกไม้ 10 ชนิด

วิธีดำเนินการ

ขั้นนำ (10 นาที)

1. ผู้ให้การบำบัดกล่าวทักทายผู้รับการบำบัด และแนะนำตนเอง
2. ผู้ให้การบำบัดชี้แจงให้ผู้รับการบำบัดทราบถึงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมการบำบัด รวมถึงบทบาท หน้าที่ ข้อตกลง ระยะเวลา จำนวนครั้ง สถานที่ให้การบำบัด เวลา การรักษา ความลับ
3. ผู้ให้การบำบัดซักถามถึงความคาดหวังในการเข้ารับการบำบัด

ขั้นดำเนินการ (40 นาที)

1. ผู้ให้การบำบัดอธิบายรายละเอียดและประโยชน์ของกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด
2. ผู้ให้การบำบัดเริ่มกิจกรรม “ดอกไม้ของฉัน” เพื่อให้สมาชิกแนะนำตนเอง โดยผู้ให้การบำบัดให้ผู้รับการบำบัดเลือกภาพดอกไม้ที่ชอบและตรงใจมากที่สุด หลังจากนั้นให้บอกถึงดอกไม้ที่ตนเลือก และระบุว่าเพราะเหตุใดจึงชอบ ดอกไม้นั้นมีความเหมือนตนเองอย่างไร

ขั้นสรุป (10 นาที)

1. ผู้ให้การบำบัดและผู้รับการบำบัดร่วมกันสรุปข้อคิดเห็นและสิ่งที่ได้รับจากการบำบัดในครั้งนี้
2. ผู้ให้การบำบัดนัดวัน เวลา สถานที่ ในการบำบัดครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตจากการให้ความร่วมมือในการบำบัด เช่น ประเด็นการซักถามต่างๆ
2. การให้ความสนใจ
3. การประเมินระดับความเครียดตามการรับรู้ของตนเอง (Subjective Units of Distress: SUDS)

**โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดต่อ
ต่อการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง
ของวัยรุ่นผู้ติดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ครั้งที่ 2**

ชื่อเรื่อง การสร้างสัมพันธภาพ

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศที่ดีระหว่างผู้ให้การบำบัดและผู้รับการบำบัด
2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดตระหนักรู้ต่อตนเอง

สถานที่ ห้องให้การปรึกษา

อุปกรณ์ กระดาษวาดรูป , ดินสอ

วิธีดำเนินการ

ขั้นนำ (10 นาที)

1. ผู้ให้การบำบัดกล่าวทักทายผู้รับการบำบัด
2. สอบถามเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ารับการบำบัดครั้งที่แล้ว

ขั้นดำเนินการ (40 นาที)

1. ผู้ให้การบำบัดให้ผู้รับการบำบัดวาดรูปของตนเองในมโนภาพแบบเต็มตัว ตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า และวาดบุคคลสำคัญในชีวิต 3 คนลงในกระดาษที่แจกให้
 2. เมื่อวาดรูปเสร็จให้ผู้รับการบำบัดอธิบายถึงรูปวาดที่วาดที่ตนเองวาดลงไป
- ในกระดาษว่า มีใครบ้างนอกจากตนเอง มีส่วนประกอบอื่นๆอย่างไร ต้องการสื่อความหมายถึงสิ่งใดบ้าง และบุคคลสามคนที่เลือกนั้นมีความสำคัญต่อชีวิตของตนเองอย่างไร

ขั้นสรุป (10 นาที)

1. ผู้ให้การบำบัดและผู้รับการบำบัดร่วมกันสรุปการฟังความสนใจ ด้วยวิธีต่างๆ
2. ผู้ให้การบำบัดนัดวัน เวลา สถานที่ ในการให้การบำบัดครั้งต่อไป
3. ผู้ให้การบำบัดกล่าวยุติการให้การบำบัดครั้งที่ 2

การประเมินผล

1. สังเกตจากการให้ความร่วมมือในการบำบัด
2. สังเกตจากการแสดงออก
3. การประเมินระดับความเครียดตามการรับรู้ของตนเอง (Subjective Units of Distress:

SUDS)

**โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดต่อ
ต่อการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง
ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ครั้งที่ 3-7**

ชื่อเรื่อง เทคนิค TFT เบื้องต้น (Simple Trauma Algorithm)

ระยะเวลา 60 นาที

สถานที่ ห้องให้การปรึกษา

อุปกรณ์ กระดาษ , ดินสอ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถปฏิบัติตามวิธีการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (TFT) ในระดับ Simple Trauma Algorithm
2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับประโยชน์จากการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (TFT) ในระดับ Simple Trauma Algorithm
3. เพื่อประเมินระดับความเครียดโดยใช้มาตรวัดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล (Subjective Units of Distress: SUDS)
4. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้วิเคราะห์ตนเองจากการปรึกษารายบุคคลที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person centered Therapy)

วิธีดำเนินการ

ขั้นนำ (10 นาที)

1. ผู้ให้การบำบัดกล่าวทักทายผู้รับการบำบัด
2. ผู้ให้การบำบัดสอบถามเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ารับการบำบัดครั้งที่แล้ว
3. ผู้ให้การบำบัดชี้แจงวัตถุประสงค์ในการรับการบำบัดครั้งที่ 3

ขั้นดำเนินการ (70 นาที)

1. การปรับความคิดเข้าสู่เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลในใจซึ่งทำให้อยู่ในภาวะอารมณ์ที่เครียดในชีวิต หลังจากนั้น ให้ผู้รับการบำบัดวัดประเมินระดับความเครียดตามการรับรู้ของตนเอง (SUDS) จากระดับ 10 เป็นความรู้สึกที่แย่ที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ จนถึงระดับ 0 เป็นความรู้สึกที่ไม่มีสิ่งใดมารบกวนจิตใจผ่อนคลาย และเขียนค่าระดับ SUDS เอาไว้

2. การผ่อนคลาย (Relaxation) ด้วยวิธีการฝึกการหายใจ (Breathing exercise) โดยนั่งในท่าที่สบาย หลับตา เอามือประสานไว้บริเวณท้อง ค่อย ๆ หายใจเข้า พร้อม ๆ กับนับเลข 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้า ๆ 1...2...3...4... ให้มีรู้สึกที่ท้องพองออก กลั้นหายใจเอาไว้ชั่วคราว นับ 1 ถึง 4

เป็นจังหวะช้า ๆ เช่นเดียวกับเมื่อหายใจเข้า ค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออก โดยนับ 1 ถึง 8 อย่างช้า ๆ 1...2...3...4...5...6...7...8... พยายามไล่ลมหายใจออกมาให้หมด สังเกตว่าหน้าท้องแฟบลง ทำซ้ำอีก โดยหายใจเข้าช้า ๆ กลับไว้ แล้วหายใจออก โดยช่วงที่หายใจออกให้นานกว่าช่วงหายใจเข้า ทำซ้ำประมาณ 5 ครั้ง เมื่อจิตใจเริ่มสงบและเป็นสุข ให้ย้ำกับตัวเองว่าคุณรู้สึกสบายและคุณเป็นคนดีมีความสามารถพอที่จะเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ได้เสมอ ค่อย ๆ ลืมตาขึ้น คงความรู้สึกสดชื่นเอาไว้พร้อมที่จะดำเนินขั้นตอนต่อไป

3. การเข้าสู่กระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด โดยเริ่มจาก

3.1 ใช้สองนิ้วแตะจุดบริเวณคิ้ว (eye brow) แตะห้าครั้งต่อเนื่องอย่างหนักแน่น และอ่อนโยน เพื่อกระตุ้นพลังงานภายใน

3.2 แตะจุดบริเวณกระดูกไหปลาร้า (collarbone spot) ใช้สองนิ้วแตะที่กลางคอ ซึ่งอยู่เหนือตรงกลางของกระดูกไหปลาร้า และวัดลงมาอีกหนึ่งนิ้ว เคลื่อนนิ้วไปทางขวาอีกหนึ่งนิ้ว และแตะจุดนี้ห้าครั้งอย่างต่อเนื่อง

3.3 ให้สมาชิกกลุ่มวัด SUDS ครั้งที่ 2 ถ้าค่าประเมินลดต่ำลง 2 ระดับหรือมากกว่า ให้สมาชิกกลุ่มดำเนินการขั้นตอนต่อไป แต่ถ้าค่าประเมินไม่เปลี่ยนแปลง หรือเปลี่ยนแปลง 1 ระดับ ให้ใช้การปรึกษารายบุคคลที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางและเทคนิค PR (Psychological Reversal)

3.4 ปฏิบัติการแตะจุด 9 จุด (9g) โดยเริ่มจากจุด gamut spot ซึ่งอยู่หลังมือ ช่วงต่อของนิ้วก้อยและนิ้วนางขึ้นมาบนหลังมือหนึ่งนิ้ว หลังจากนั้นใช้สองนิ้วของมืออีกข้างหนึ่งแตะจุด gamut spot สามถึงห้าครั้งต่อนาที และแตะอย่างต่อเนื่องทั้ง 9 ขั้นตอนข้างล่างนี้

- ลืมตา
- ปิดตา
- ลืมตาอีกครั้งมองลงด้านล่างทางซ้าย
- มองลงด้านล่างเปลี่ยนทิศทางมาทางขวา
- กลอกตาเป็นวงกลมไปรอบ ๆ ทางทิศทางหนึ่ง
- กลอกตาเป็นวงกลมไปรอบ ๆ ในทิศทางตรงกันข้ามกับขั้นตอนที่แล้ว
- หลับตาลง จากนั้นฮัมเสียงตามโน้ตเพลงอย่างน้อย 5 ตัวโน้ต
- นับตัวเลขออกเสียงดัง ๆ จาก 1 ถึง 5
- จากนั้นฮัมจากนั้นฮัมเสียงตามโน้ตเพลงอย่างน้อย 5 ตัวโน้ตอีกครั้ง

3.5 แตะจุดบริเวณคิ้ว (eye brow) อีกครั้ง โดยแตะห้าครั้งต่อเนื่องอย่างหนักแน่น และอ่อนโยน

3.6 แตะจุดบริเวณกระดูกไหปลาร้า (collarbone spot) ห้าครั้งอย่างต่อเนื่อง

3.7 วัดค่า (SUDS) อีกครั้ง ถ้าค่าลดลงจนเหลือ 1 ในกรณีที่ผู้รับการบำบัด
ค่าระดับความเครียด ลดลงเหลือ 1 ให้ดำเนินการขั้นต่อไป แต่ถ้าระดับความเครียดลดลงแต่ 1
ระดับต้องใช้เทคนิค ?ini PR และเริ่มต้นขั้นตอนข้างบนอีกครั้ง

3.8 เพื่อขั้นตอนที่สมบูรณ์ เมื่อค่าระดับความเครียด SUDS ลดลงจนเหลือ 2
หรือต่ำกว่า ให้ปฏิบัติดังนี้ ศรีษะตั้งตรง หรีตาลง ทำการแตะจุด gamut point ขณะที่ยายตา
เคลื่อนจากพื้นขึ้นส่งเพดาน เป็นขั้นตอนสุดท้าย การบริการรายบุคคลที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

3.9 ในกรณีที่ค่าระดับความเครียด SUDS มากกว่า 2 จะได้รับการบริการรายบุคคล
ที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อสำรวจถึงปัญหาและข้อค้ำข้องใจที่ลึกลงไปของผู้รับ

ขั้นสรุป (10 นาที)

1. ผู้ให้การบำบัดให้ผู้รับการบำบัดบอกถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าบำบัดในครั้งนี้
2. ผู้วิจัยนัดวัน เวลา สถานที่ ในการให้การบำบัดครั้งต่อไป
3. ผู้วิจัยกล่าวยุติการให้การบำบัดครั้งที่ 3-7 ในการให้การปรึกษาครั้งที่ 7 กรณีที่ผู้รับ

การบำบัด ค่าระดับความเครียด SUDS ≤ 2 ผู้วิจัยจะดำเนินการยุติการบำบัดครั้งถัดไป
(เหมือนการดำเนินการในครั้งที่ 16)

การประเมินผล

1. สังเกตจากการให้ความร่วมมือในการให้การบำบัด เช่นประเด็นการซักถามต่าง ๆ
2. สังเกตจากการแสดงออก
3. การประเมินระดับความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล (Subjective Units of Distress :

SUDS)

**โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดต่อ
ต่อการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง
ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ครั้งที่ 8-10**

ชื่อเรื่อง เทคนิค TFT ขั้นสูง (Complex Trauma Algorithm)

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถปฏิบัติตามวิธีการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (TFT) ในระดับ Complex trauma algorithm
2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับประโยชน์จากการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (TFT) ในระดับ Complex trauma algorithm
3. เพื่อประเมินระดับความเครียดโดยใช้มาตรวัดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล (Subjective Units of Distress: SUDS)
4. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้วิเคราะห์ตนเองจากการปรึกษารายบุคคลแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person centered therapy)

สถานที่ ห้องให้การปรึกษา

อุปกรณ์ กระดาษ ดินสอ

วิธีดำเนินการ

ขั้นนำ (10 นาที)

1. ผู้ให้การบำบัดกล่าวทักทายผู้รับการบำบัด
2. ผู้ให้การบำบัดสอบถามเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากการบำบัดครั้งที่แล้ว
3. ผู้ให้การบำบัดสอบถามถึงประสบการณ์ที่ได้นำไปปฏิบัติ และผลที่เกิดขึ้น
4. ผู้ให้การบำบัดชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้าบำบัดครั้งที่ 8-10

ขั้นดำเนินการ (70 นาที)

1. การปรับความคิดเข้าสู่เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลในใจซึ่งทำให้อยู่ในภาวะอารมณ์ที่เครียดในชีวิต หลังจากนั้น ให้ผู้รับการบำบัดวัดประเมินระดับความเครียดของตนเอง (SUD) จากระดับ 10 เป็นความรู้สึกที่แย่ที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ จนถึงระดับ 0 เป็นความรู้สึกที่ไม่มีสิ่งใดมารบกวนจิตใจ และเขียนค่าระดับ SUDS เอาไว้

2. การผ่อนคลาย (Relaxation) ด้วยวิธีการฝึกการหายใจ (Breathing Exercise) โดยนั่งในท่าที่สบาย หลับตา เอามือประสานไว้บริเวณท้อง ค่อย ๆ หายใจเข้า พร้อม ๆ กับนับเลข 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้า ๆ 1...2...3...4... ให้มือรู้สึกวาท้องพองออก กลั้นหายใจเอาไว้ชั่วคราว นับ 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้า ๆ เช่นเดียวกับเมื่อหายใจเข้า ค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออก โดยนับ 1 ถึง 8 อย่างช้า ๆ 1...2...3...4...5...6...7...8... พยายามไต่ลมหายใจออกมาให้หมด สังเกตว่าหน้าท้องแฟบลง ทำซ้ำอีกโดยหายใจเข้าช้า ๆ กลั้นไว้ แล้วหายใจออก โดยช่วงที่หายใจออกให้นานกว่าช่วงหายใจเข้า ทำซ้ำประมาณ 5 ครั้ง เมื่อจิตใจเริ่มสงบและเป็นสุข ให้ย้ำกับตัวเองว่าคุณรู้สึกสบายและคุณเป็นคนที่มีความสามารถพอที่จะเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ได้เสมอ ค่อย ๆ ลืมตาขึ้น คงความรู้สึกสดชื่นเอาไว้พร้อมที่จะดำเนินขั้นต่อไป

3. การเข้าสู่กระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด โดยเริ่มจาก

3.1 ใช้สองนิ้วแตะจุดบริเวณคิ้ว (eye brow) และห้าครั้งต่อเนื่องอย่างหนักแน่นและอ่อนโยน เพื่อกระตุ้นพลังงานภายใน

3.2 แตะจุดบริเวณใต้ตา (under the eye) 5 ครั้ง ใช้สองนิ้วแตะที่บริเวณใต้ดวงตาล่างมาประมาณ 1 นิ้ว ให้จุดสัมผัสนั้นอยู่ประมาณตรงกลางของโครงกระดูกเบ้าตา

3.3 แตะจุดใต้แขน (under the arm) 5 ครั้ง โดยใช้นิ้วแตะข้างลำตัวใต้รักแร้ประมาณ 4 นิ้ว สำหรับผู้ชายจะอยู่บริเวณใต้รักแร้ระดับหัวนม สำหรับผู้หญิงจะอยู่ใต้รักแร้บริเวณยกทรง

3.4 แตะจุดบริเวณกระดูกไหปลาร้า (collarbone spot) ใช้สองนิ้วแตะที่กลางคอซึ่งอยู่เหนือตรงกลางของกระดูกไหปลาร้า และวัดลงมาอีกหนึ่งนิ้ว เคลื่อนนิ้วไปทางขวาอีกหนึ่งนิ้ว และแตะจุดนี้ห้าครั้งอย่างต่อเนื่อง

3.5 ให้ผู้รับการบำบัดวัดประเมินระดับความเครียดของตนเอง (SUDS) ครั้งที่ 2 ถ้าค่าประเมินลดต่ำลง 2 ระดับหรือมากกว่าให้ดำเนินการขั้นต่อไป แต่ถ้าค่าประเมินไม่เปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนแค่ 1 ระดับให้การปรึกษารายบุคคลแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางและใช้เทคนิค

PR (Psychological Reversal)

3.6 ปฏิบัติการแตะจุด 9 จุด (9g) โดยเริ่มจากจุด gamut spot ซึ่งอยู่หลังมือช่วงต่อของนิ้วก้อยและนิ้วนางขึ้นมาบนหลังมือหนึ่งนิ้ว หลังจากนั้นใช้สองนิ้วของมืออีกข้างหนึ่งแตะจุด gamut spot สามถึงห้าครั้งต่อนาที และแตะอย่างต่อเนื่องทั้ง 9 ขั้นตอนข้างล่างนี้

- ลืมตา
- ปิดตา
- ลืมตาอีกครั้งมองลงด้านล่างทางซ้าย
- มองลงด้านล่างเปลี่ยนทิศทางมาทางขวา

- กลอกตาเป็นวงกลมไปรอบๆ ทางทิศทางหนึ่ง
- กลอกตาเป็นวงกลมไปรอบๆ ในทิศทางตรงกันข้ามกับขั้นตอนที่แล้ว
- หลับตาลง จากนั้นฮัมเพลงมากกว่า 1 ตัวโน้ต
- นับตัวเลขออกเสียงดัง ๆ จาก 1 ถึง 5
- จากนั้นฮัมเพลงอีกครั้ง

3.7 แตะจุดบริเวณคิ้ว (eye brow) อีกครั้ง โดยแตะห้าครั้งต่อเนื่องอย่างหนักแน่น ด้วยความอ่อนโยน

3.8 แตะจุดบริเวณใต้ตา (under the eye) อีกครั้ง โดยแตะจุด 5 ครั้ง

3.9 แตะจุดใต้แขน (under the arm) 5 ครั้ง

3.10 แตะจุดบริเวณกระดูกไหปลาร้า (collarbone spot) ห้าครั้งอย่างต่อเนื่อง

3.11 วัดค่า SUDS ลดลงจนเหลือ 1 ในกรณีที่ค่าระดับความเครียด ลดลงเหลือ 1 ให้ดำเนินการขั้นต่อไป แต่ถ้าระดับความเครียดลดลงไม่ใช่ค่า 1 ระดับต้องใช้เทคนิค Mini PR และเริ่มต้นขั้นตอนข้างบนอีกครั้ง

3.12 เพื่อขั้นตอนที่สมบูรณ์ เมื่อค่า SUDS ลดลงจนเหลือ 2 หรือต่ำกว่า ให้ปฏิบัติดังนี้ ศรีษะตั้งตรง หรีตาลง ทำการแตะจุด gamut point ขณะที่สายตาเคลื่อนจากพื้นขึ้นส่งเพดาน เป็นขั้นตอนสุดท้าย ได้รับการบริการรายบุคคลแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

3.13 ในกรณีที่ค่า SUDS มากกว่า 2 จะได้รับการบริการรายบุคคลแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อสำรวจถึงปัญหาและข้อค้ำข้องใจที่ลดลงไปของผู้รับบริการ และเข้าสู่การบำบัดในขั้นต่อไป

ขั้นสรุป (10 นาที)

1. ผู้ให้การบำบัดให้ผู้รับการบำบัดบอกถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มครั้งนี้
2. ผู้ให้การบำบัดนัดวัน เวลา สถานที่ ในการให้การบำบัดครั้งต่อไป
3. ผู้ให้การบำบัดกล่าวยุติการให้การปรึกษาครั้งที่ 8-10 ในการให้การบำบัดครั้งที่ 10 กรณีที่ผู้รับการบำบัดค่าระดับความเครียด $SUDS \leq 2$ ผู้วิจัยจะดำเนินการยุติการบำบัดในครั้งถัดไป (เหมือนการดำเนินการในครั้งที่ 16)

การประเมินผล

1. สังเกตจากการให้ความร่วมมือในการให้การบำบัด เช่น ประเด็นการซักถามต่างๆ
2. สังเกตจากการแสดงออก
3. การประเมินระดับความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล (Subjective Units of Distress: SUDS)

**โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดต่อ
ต่อการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง
ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ครั้งที่ 11-13**

ชื่อเรื่อง เทคนิค TFT ขั้นสูงกับความโกรธ (Complex trauma with anger algorithm)

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถปฏิบัติตามวิธีการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (TFT) ในระดับ Complex trauma with anger algorithm
2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับประโยชน์จากการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (TFT) ในระดับ Complex trauma with anger algorithm

3. เพื่อประเมินระดับความเครียดโดยใช้ มาตรวัดระดับความเครียดตามการรับรู้
ของบุคคล (Subjective Units of Distress: SUDS)

4. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้วิเคราะห์ตนเองจากการปรึกษารายบุคคลแบบยึดบุคคล
เป็นศูนย์กลาง (Person centered Therapy)

ระยะเวลา 90 นาที

สถานที่ ห้องให้การปรึกษา

อุปกรณ์ กระดาษ ดินสอ

วิธีดำเนินการ

ชั้นนำ (10 นาที)

1. ผู้ให้การบำบัดทักทายผู้รับการบำบัด
2. ผู้ให้การบำบัดสอบถามเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากการบำบัดครั้งที่แล้ว
3. ผู้ให้การบำบัดสอบถามถึงประสบการณ์ที่ได้นำไปปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรค
4. ผู้ให้การบำบัดชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้าบำบัด ครั้งที่ 11-13

ขั้นดำเนินการ (80 นาที)

1. การปรับความคิดเข้าสู่เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลในใจซึ่งทำให้อยู่ในภาวะอารมณ์
ที่เครียดในชีวิต หลังจากนั้น ให้ผู้รับการบำบัดวัดประเมินระดับความเครียดของตนเอง (SUD)
จากระดับ 10 เป็นความรู้สึกที่แย่ที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ จนถึงระดับ 0 เป็นความรู้สึกที่ไม่มีสิ่งใด
มารบกวนจิตใจ และเขียนค่าระดับ SUD เอาไว้

2. การผ่อนคลาย (Relaxation) ด้วยวิธีการฝึกการหายใจ (Breathing exercise) โดยนั่งในท่าที่สบาย หลับตา เอามือประสานไว้บริเวณท้อง ค่อย ๆ หายใจเข้า พร้อม ๆ กับนับเลข 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้า ๆ 1...2...3...4... ให้มือรู้สึกวาท้องพองออกกลืนหายใจเอาไว้ชั่วคราว นับ 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้า ๆ เช่นเดียวกับเมื่อหายใจเข้า ค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออก โดยนับ 1 ถึง 8 อย่างช้า ๆ 1...2...3...4...5...6...7...8... พยายามไล่ลมหายใจออกมาให้หมด สังเกตว่าหน้าท้องแฟบลง ทำซ้ำอีกโดยหายใจเข้าช้า ๆ กลืนไว้ แล้วหายใจออก โดยช่วงที่หายใจออกให้นานกว่าช่วงหายใจเข้า ทำซ้ำประมาณ 5 ครั้ง เมื่อจิตใจเริ่มสงบและเป็นสุข ให้ย้ำกับตัวเองว่าคุณรู้สึกสบายและคุณเป็นคนดีมีความสามารถพอที่จะเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ได้เสมอ ค่อยๆ ถืมตาขึ้น คงความรู้สึกสดชื่นเอาไว้พร้อมที่จะดำเนินขั้นต่อไป

3. การเข้าสู่กระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด โดยเริ่มจาก

3.1 ใช้สองนิ้วแตะจุดบริเวณคิ้ว (eye brow) และห้าครั้งต่อเนื่องอย่างหนักแน่นและอ่อนโยน เพื่อกระตุ้นพลังงานภายใน

3.2 แตะจุดบริเวณใต้ตา (under the eye) 5 ครั้ง ใช้สองนิ้วแตะที่บริเวณใต้ดวงตาดำลงมาประมาณ 1 นิ้ว ให้จุดสัมผัสนั้นอยู่ประมาณตรงกลางของโครงกระดูกเบ้าตา

3.3 แตะจุดใต้แขน (under the arm) 5 ครั้ง โดยใช้นิ้วแตะข้างลำตัวใต้รักแร้ประมาณ 4 นิ้ว สำหรับผู้ชายจะอยู่บริเวณใต้รักแร้ระดับหัวนม สำหรับผู้หญิงจะอยู่ใต้รักแร้บริเวณยกทรง

3.4 แตะจุดบริเวณกระดูกไหปลาร้า (collarbone spot) ใช้สองนิ้วแตะที่กลางคอซึ่งอยู่เหนือตรงกลางของกระดูกไหปลาร้า และวัดลงมาอีกหนึ่งนิ้ว เคลื่อนนิ้วไปทางขวาอีกหนึ่งนิ้ว และแตะจุดนี้ห้าครั้งอย่างต่อเนื่อง

3.5 แตะจุดที่นิ้วก้อย (little finger spot) บริเวณติดกับเล็บด้านเดียวกับนิ้วนาง

3.6 แตะจุดบริเวณกระดูกไหปลาร้า (collarbone spot) อีก 5 ครั้ง

3.7 ให้ผู้รับการบำบัดวัดประเมินระดับความเครียดของตนเอง (SUDS) ครั้งที่ 2 ถ้าค่าประเมินลดต่ำลง 2 ระดับ หรือมากกว่าให้สมาชิกกลุ่มดำเนินการขั้นต่อไป แต่ถ้าค่าประเมินไม่เปลี่ยนแปลง หรือเปลี่ยนแค่ 1 ระดับให้การปรึกษารายบุคคลแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง และใช้เทคนิค PR (Psychological Reversal)

3.8 ปฏิบัติการแตะจุด 9 จุด (9g) โดยเริ่มจากจุด gamut spot ซึ่งอยู่หลังมือช่วงต่อของนิ้วก้อยและนิ้วนางขึ้นมาบนหลังมือหนึ่งนิ้ว หลังจากนั้นใช้สองนิ้วของมืออีกข้างหนึ่งแตะจุด gamut spot สามถึงห้าครั้งต่อนาที และแตะอย่างต่อเนื่องทั้ง 9 ขั้นตอนข้างล่างนี้

- ถืมตา

- ปิดตา

- ลืมตาอีกครั้งมองลงด้านล่างทางซ้าย
- มองลงด้านล่างเปลี่ยนทิศทางมาทางขวา
- กลอกตาเป็นวงกลมไปรอบ ๆ ทางทิศทางหนึ่ง
- กลอกตาเป็นวงกลมไปรอบ ๆ ในทิศทางตรงกันข้ามกับขั้นตอนที่แล้ว
- หลับตาลง จากนั้นฮัมเพลงมากกว่า 1 ตัวโน้ต
- นับตัวเลขออกเสียงดังๆ จาก 1 ถึง 5
- จากนั้นฮัมเพลงอีกครั้ง

3.9 แตะจุดบริเวณคิ้ว (eye brow) แตะห้าครั้งต่อเนื่องอย่างหนักแน่นและอ่อนโยน
อีกครั้ง

3.10 แตะจุดบริเวณใต้ตา (under the eye) 5 ครั้ง

3.11 แตะจุดใต้แขน (under the arm) 5 ครั้ง

3.12 แตะจุดบริเวณกระดูกไหปลาร้า (collarbone spot) ห้าครั้งอย่างต่อเนื่อง

3.13 แตะจุดที่นิ้วก้อย (little finger spot) บริเวณติดกับเล็บด้านเดียวกับนิ้วนาง

อีก 5 ครั้ง

3.14 แตะจุดบริเวณกระดูกไหปลาร้า (collarbone spot) อีก 5 ครั้ง

3.15 วัดค่าระดับความเครียด (SUDS) ลดลงจนเหลือ 1 ในกรณีที่ค่าระดับความเครียด
ลดลงเหลือ 1 ให้ดำเนินการขั้นต่อไป แต่ถ้าระดับความเครียดลดลงไม่ใช่ค่า 1 ระดับต้องใช้เทคนิค
Mini PR และเริ่มต้นขั้นตอนข้างบนอีกครั้ง

3.16 เพื่อขั้นตอนที่สมบูรณ์ เมื่อค่าระดับความเครียด (SUDS) ลดลงจนเหลือ 2
หรือต่ำกว่า ให้ปฏิบัติดังนี้ ศีรษะตั้งตรง หรีตาลง ทำการแตะจุด gamut point ขณะที่สายตา
เคลื่อนจากพื้นขึ้นส่งเพดาน เป็นขั้นตอนสุดท้าย ได้รับการบริการรายบุคคลแบบยึดบุคคล
เป็นศูนย์กลาง

3.17 ในกรณีที่ค่าระดับความเครียด (SUDS) มากกว่า 2 จะได้รับการบริการ
รายบุคคลแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อสำรวจถึงปัญหาและข้อบกพร่องใจที่ลึกลงไป
ของผู้รับการบำบัด และเข้าสู่การบำบัดในขั้นต่อไป

ขั้นสรุป (10 นาที)

1. ผู้ให้การบำบัดให้ผู้รับการบำบัดบอกถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการบำบัดครั้งนี้
2. ผู้ให้การบำบัดนัดวัน เวลา สถานที่ ในการให้การบำบัดครั้งต่อไป
3. ผู้ให้การบำบัดกล่าวยุติการให้การบำบัดครั้งที่ 11-13 ในการให้การบำบัดครั้งที่ 13

กรณีที่ผู้รับการบริการค่าระดับความเครียด $SUDS \leq 2$ ผู้วิจัยจะดำเนินการยุติการบำบัด

ในครั้งถัดไป (เหมือนการดำเนินการในครั้งที่ 16)

การประเมินผล

1. สัมผัสจากการให้ความร่วมมือในการให้การบำบัด เช่น ประเด็นการซักถามต่างๆ
2. สัมผัสจากการแสดงออก
3. การประเมินระดับความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล (Subjective Units of Distress:

SUDS)

**โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดต่อ
ต่อการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง
ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ครั้งที่ 14-15**

ชื่อเรื่อง เทคนิค TFT ขั้นสูงกับความละเอียดใจ (Complex trauma with guilt algorithm)

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถปฏิบัติตามวิธีการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (TFT) ในระดับ Complex trauma with guilt algorithm
2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับประโยชน์จากการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด (TFT) ในระดับ Complex trauma with guilt algorithm
3. เพื่อประเมินระดับความเครียดโดยใช้ การประเมินระดับความเครียดของตนเอง (Subjective Units of Distress: SUD)
4. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้วิเคราะห์ตนเองจากการปรึกษารายบุคคลแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person centered therapy)

สถานที่ ห้องให้การปรึกษา

อุปกรณ์ กระดาษ ดินสอ

วิธีดำเนินการ

ขั้นนำ (10 นาที)

1. ผู้ให้การบำบัดกล่าวทักทายผู้รับการบำบัด
2. ผู้ให้การบำบัดสอบถามผู้รับการบำบัดถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการบำบัดครั้งที่แล้ว
3. ผู้ให้การบำบัดสอบถามถึงประสบการณ์ที่ได้นำไปปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรค
4. ผู้ให้การบำบัดชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้าบำบัดครั้งที่ 14-15

ขั้นดำเนินการ (70 นาที)

1. การปรับความคิดเข้าสู่เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลในใจซึ่งทำให้อยู่ในภาวะอารมณ์ที่เครียดในชีวิต หลังจากนั้น ให้ผู้รับการปรึกษาวัดค่า SUDS จากระดับ 10 เป็นความรู้สึกที่แย่ที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ จนถึงระดับ 0 เป็นความรู้สึกที่ไม่มีสิ่งใดมารบกวนจิตใจ และเขียนค่าระดับ SUDS เอาไว้

2. การผ่อนคลาย (Relaxation) ด้วยวิธีการฝึกการหายใจ (Breathing exercise) โดยนั่งในท่าที่สบาย หลับตา เอามือประสานไว้บริเวณท้อง ค่อย ๆ หายใจเข้า พร้อม ๆ กับนับเลข 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้า ๆ 1...2...3...4... ให้มีรู้สึกวาท้องพองออก กลั้นหายใจเอาไว้ชั่วคราว นับ 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้า ๆ เช่นเดียวกับเมื่อหายใจเข้า ค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออก โดยนับ 1 ถึง 8 อย่างช้า ๆ 1...2...3...4...5...6...7...8... พยายามไล่ลมหายใจออกมาให้หมด สังเกตว่าหน้าท้องแฟบลง ทำซ้ำอีกโดยหายใจเข้าช้า ๆ กลั้นไว้ แล้วหายใจออก โดยช่วงที่หายใจออกให้นานกว่าช่วงหายใจเข้า ทำซ้ำประมาณ 5 ครั้ง เมื่อจิตใจเริ่มสงบและเป็นสุข ให้ย้ำกับตัวเองว่าคุณรู้สึกสบายและคุณเป็นคนที่มีความสามารถพอที่จะเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ได้เสมอ ค่อย ๆ ลืมตาขึ้น คงความรู้สึกสดชื่นเอาไว้พร้อมที่จะดำเนินขั้นต่อไป

3. การเข้าสู่กระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิด โดยเริ่มจาก

3.1 ใช้สองนิ้วแตะจุดบริเวณคิ้ว (eye brow) และห้าครั้งต่อเนื่องอย่างหนักแน่นและอ่อนโยน เพื่อกระตุ้นพลังงานภายใน

3.2 แตะจุดบริเวณใต้ตา (under the eye) 5 ครั้ง ใช้สองนิ้วแตะที่บริเวณใต้ดวงตาล่างมาประมาณ 1 นิ้ว ให้จุดสัมผัสนั้นอยู่ประมาณตรงกลางของโครงกระดูกเบ้าตา

3.3 แตะจุดใต้แขน (under the arm) 5 ครั้ง โดยใช้นิ้วแตะข้างลำตัวใต้รักแร้ประมาณ 4 นิ้ว สำหรับผู้ชายจะอยู่บริเวณใต้รักแร้ระดับหัวนม สำหรับผู้หญิงจะอยู่ใต้รักแร้บริเวณยกทรง

3.4 แตะจุดบริเวณกระดูกไหปลาร้า (collarbone spot) ใช้สองนิ้วแตะที่กลางคอซึ่งอยู่เหนือตรงกลางของกระดูกไหปลาร้า และวัดลงมาอีกหนึ่งนิ้ว เคลื่อนนิ้วไปทางขวาอีกหนึ่งนิ้ว และแตะจุดนี้ห้าครั้งอย่างต่อเนื่อง

3.5 แตะจุดนิ้วชี้ (index finger) บริเวณติดกับเล็บด้านฝั่งนิ้วหัวแม่มือ 5 ครั้ง

3.6 แตะจุดบริเวณกระดูกไหปลาร้า (collarbone spot) อีก 5 ครั้ง

3.7 ให้ผู้รับการปรึกษาวัดประเมินระดับความเครียดของตนเอง (SUDS) ครั้งที่ 2 ถ้าค่าประเมินลดต่ำลง 2 ระดับ หรือมากกว่าให้ดำเนินการขั้นต่อไป แต่ถ้าค่าประเมินไม่เปลี่ยนแปลง หรือเปลี่ยนแค่ 1 ระดับ ให้ใช้การปรึกษารายบุคคลแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง และเทคนิค PR (Psychological Reversal) Okdoyho ย้อนกลับไปทำขั้นตอนด้านบนิใหม่

3.8 ปฏิบัติการแตะจุด 9 จุด (9g) โดยเริ่มจากจุด gamut spot ซึ่งอยู่หลังมือช่วงต่อของนิ้วก้อยและนิ้วนางขึ้นมาบนหลังมือหนึ่งนิ้ว หลังจากนั้นใช้สองนิ้วของมืออีกข้างหนึ่งแตะจุด gamut spot สามถึงห้าครั้งต่อนาที และแตะอย่างต่อเนื่องทั้ง 9 ขั้นตอนข้างล่างนี้

- ลืมตา

- ปิดตา

- ลืมตาอีกครั้งมองลงด้านล่างทางซ้าย
- มองลงด้านล่างเปลี่ยนทิศทางมาทางขวา
- กลอกตาเป็นวงกลมไปรอบ ๆ ทางทิศทางหนึ่ง
- กลอกตาเป็นวงกลมไปรอบ ๆ ในทิศทางตรงกันข้ามกับขั้นตอนที่แล้ว
- หลับตาลง จากนั้นฮัมเพลงมากกว่า 1 ตัวโน้ต
- นับตัวเลขออกเสียงดังๆ จาก 1 ถึง 5
- จากนั้นฮัมเพลงอีกครั้ง

อีกครั้ง

3.9 แตะจุดบริเวณคิ้ว (eye brow) แตะห้าครั้งต่อเนื่องอย่างหนักแน่นและอ่อนโยน

3.10 แตะจุดบริเวณใต้ตา (under the eye) 5 ครั้ง

3.11 แตะจุดใต้แขน (under the arm) 5 ครั้ง

3.12 แตะจุดบริเวณกระดูกไหปลาร้า (collarbone spot) ห้าครั้งอย่างต่อเนื่อง

3.13 แตะจุดที่นิ้วชี้ (index finger spot) บริเวณติดกับเล็บด้านนิ้วหัวแม่มือ อีก 5 ครั้ง

3.14 แตะจุดบริเวณกระดูกไหปลาร้า (collarbone spot) อีก 5 ครั้ง

3.15 วัดค่า SUDS ลดลงจนเหลือ 1 ในกรณีที่ค่าระดับความเครียด ลดลงเหลือ 1

ให้ดำเนินการขั้นตอนต่อไป แต่ถ้าระดับความเครียดลดลงไม่ใช่ค่า 1 ระดับต้องใช้เทคนิค Mini PR และเริ่มต้นขั้นตอนข้างบนอีกครั้ง

3.16 เพื่อขั้นตอนที่สมบูรณ์ เมื่อค่า SUDS ลดลงจนเหลือ 2 หรือต่ำกว่า ให้ปฏิบัติดังนี้
 ศิริษะตั้งตรง หรีตาลง ทำการแตะจุด gamut point ขณะที่สายตาเคลื่อนจากพื้นขึ้นส่งเพดาน
 เป็นขั้นตอนสุดท้ายและได้รับการปรึกษารายบุคคลแบบยี่ดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

ขั้นสรุป (10 นาที)

1. ผู้ให้การบำบัดให้ผู้รับการบำบัดบอกถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการบำบัดครั้งนี้
2. ผู้ให้การบำบัดนัดวัน เวลา สถานที่ ในการให้การบำบัดครั้งต่อไป
3. ผู้ให้การปรึกษากล่าวยุติการให้การบำบัด ครั้งที่ 14-15

การประเมินผล

1. สังเกตจากการให้ความร่วมมือในการให้การบำบัดเช่นประเด็นการซักถามต่างๆ
2. สังเกตจากการแสดงออก
3. การประเมินระดับความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล (Subjective Units of Distress:

SUDS)

**โปรแกรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดต่อ
ต่อการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง
ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ครั้งที่ 16**

ชื่อเรื่อง ยุติการให้การบำบัด

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสรุปผลการให้การบำบัดตามรายบุคคลกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีสนามแห่งความคิดต่อการลดความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด

สถานที่ ห้องให้การปรึกษา

อุปกรณ์ -

วิธีดำเนินการ

ในการบำบัดครั้งนี้เป็นการปัจเจกนิเทศและยุติการให้การบำบัด ซึ่งในการบำบัดครั้งนี้ใช้เทคนิคการปรึกษาเบื้องต้น

ขั้นนำ (10 นาที)

1. ผู้ให้การบำบัดกล่าวต้อนรับผู้รับการบำบัด
2. ผู้ให้การบำบัดสอบถามถึงประสบการณ์ที่ได้นำไปปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรค
3. ผู้ให้การบำบัดชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้ากลุ่มครั้งที่ 16

ขั้นดำเนินการ (60 นาที)

1. ผู้ให้การบำบัดให้ผู้รับการบำบัดบอกถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการบำบัด เช่น การนำเทคนิคต่าง ๆ ไปใช้ประโยชน์กับตนเองได้ดีในสถานการณ์ใดบ้าง ประโยชน์ด้านพฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง

2. ผู้ให้การบำบัดและผู้รับการบำบัดร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้รับจากการบำบัด
3. ผู้ให้การบำบัดให้ผู้รับการบำบัดทำแบบทดสอบ (BRIEF-SR)

ขั้นสรุป (20 นาที)

1. ผู้ให้การบำบัดสรุปการบำบัดทั้ง 16 ครั้ง ช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีความเข้าใจปัญหานั้นอย่างถ่องแท้และเห็นประโยชน์ของการแก้ปัญหา

2. ผู้วิจัยกล่าวยุติการให้การบำบัด

การประเมินผล

สังเกตจากการให้ความร่วมมือในการให้การบำบัด เช่น ประเด็นการซักถามต่าง ๆ

ภาคผนวก ค

1. ค่า Reliability แบบทดสอบการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง-ฉบับรายงานตนเอง
(Behavior Rating Inventory of Executive Function-Self Report Version
(BRIEF-SR))
2. ค่า IOC แบบทดสอบการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง-ฉบับรายงานตนเอง
(Behavior Rating Inventory of Executive Function-Self Report Version (BRIEF-SR))

ตารางที่ 78 ค่า Reliability ของแบบทดสอบการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง
ฉบับรายงานตนเอง (Behavior Rating Inventory of Executive Function-Self Report
Version (BRIEF-SR))

ด้าน	Reliability
การยับยั้งชั่งใจ (Inhibit)	0.71
การปรับพฤติกรรมและความคิด (Shift)	0.72
การปรับพฤติกรรม (Behavioral Shift)	0.61
การปรับความคิด (Cognitive Shift)	0.55
การควบคุมอารมณ์ (Emotional Control)	0.72
การติดตามตรวจสอบ (Monitor)	0.22
ความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working Memory)	0.80
การวางแผน/การจัดระเบียบ (Plan/Organization)	0.82
การจัดระเบียบสิ่งของ (Organization of Materials)	0.66
การทำงานให้เสร็จสิ้น (Task Completion)	0.85

BRIEF-SR

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม

ชื่อเล่น..... เพศ..... ระดับชั้นที่ศึกษา.....

ตอนที่ 2 คำชี้แจง

ขอให้ท่านอ่านข้อความต่อไปนี้ และพิจารณาว่าท่านมีพฤติกรรมเหล่านี้บ่อยแค่ไหน ในช่วงเวลามากกว่าหกเดือนที่ผ่านมา กรุณาตอบตามความเป็นจริง โดยข้อมูลที่ได้ ผู้วิจัยจะเก็บไว้ เป็นความลับและไม่ส่งผลกระทบต่อตัวท่าน โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องให้ตรงกับความเป็นจริง

คำถาม	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อย ๆ
1. ฉันยังรู้สึกเป็นทุกข์กับปัญหาอยู่			
2. ฉันรู้สึกยุ่งยากในการยอมรับในการแก้ไขปัญหาวัยวิธีที่แตกต่างจากเดิม			
3. เมื่อใดที่ต้องทำอะไรพร้อมกันสามประการ ฉันจะทำได้เพียงสิ่งแรก หรือสิ่งสุดท้าย เท่านั้น			
4.			
5.			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
75.			
76.			
77.			
78. ฉันเป็นคนขี้ลืม			
79. ฉันพุดในเวลาที่ไม่สมควรพุด			
80. ฉันทำอะไรโดยไม่คิดไตร่ตรองว่าจะเกิดผลอะไรตามมา			

หมายเหตุ ลิขสิทธิ์ของบริษัท Australian Council for Educational Research

ค่า IOC แบบทดสอบการบริหารจัดการศักยภาพของสมอง-ฉบับรายงานตนเอง
Behavior Rating Inventory of Executive Function-Self Report Version (BRIEF-SR)

ข้อที่	คะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			รวม	IOC	สรุป
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
1	0	-1	0	-1	-.33	ปรับปรุง
2	0	1	1	2	.67	ใช้ได้
3	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
4	1	1	0	2	.67	ใช้ได้
5	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
6	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
7	1	-1	0	0	.00	ปรับปรุง
8	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
9	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
10	1	-1	0	0	.00	ปรับปรุง
11	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
12	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
13	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
14	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
15	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
16	1	-1	1	1	.33	ปรับปรุง
17	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
18	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
19	0	1	1	2	.67	ใช้ได้
20	1	-1	1	1	.33	ปรับปรุง
21	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
22	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
23	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้

ข้อที่	คะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			รวม	IOC	สรุป
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
24	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
25	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
26	1	-1	1	1	.33	ปรับปรุง
27	0	-1	1	0	.00	ปรับปรุง
28	-1	-1	0	-2	-0.67	ปรับปรุง
29	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
30	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
31	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
32	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
33	0	1	0	1	.33	ปรับปรุง
34	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
35	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
36	1	0	1	2	.67	ใช้ได้
37	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
38	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
39	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
40	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
41	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
42	-1	-1	0	-2	-.67	ปรับปรุง
43	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
44	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
45	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
46	0	1	1	2	0.67	ใช้ได้
47	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
48	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้

ข้อที่	คะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			รวม	IOC	สรุป
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
49	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
50	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
51	1	1	0	2	.67	ใช้ได้
52	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
53	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
54	1	1	0	2	.67	ใช้ได้
55	1	1	0	2	.67	ใช้ได้
56	1	1	0	2	.67	ใช้ได้
57	1	1	0	2	.67	ใช้ได้
58	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
59	1	-1	0	0	.00	ใช้ได้
60	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
61	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
62	1	-1	1	1	.33	ปรับปรุง
63	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
64	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
65	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
66	1	0	1	2	.67	ใช้ได้
67	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
68	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
69	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
70	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
71	1	-1	1	1	.33	ปรับปรุง
72	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
73	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้

ข้อที่	คะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			รวม	IOC	สรุป
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
74	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
75	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
76	1	-1	1	1	.33	ปรับปรุง
77	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
78	1	-1	0	0	.00	ปรับปรุง
79	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้
80	1	1	1	3	1.00	ใช้ได้

ภาคผนวก ง
ข้อมูลของกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 79 ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด
ในที่ได้รับการบำบัดแบบปกติโดยรวม

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Between-subjects	7	730.625			
Interval	2	1.000	0.500	0.333	.722
Error	14	21.000	1.500		

ตารางที่ 80 ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด
ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ จำแนกตามด้านที่ 1 การยับยั้งชั่งใจ (Inhibit)

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Between-subjects	7	35.625			
Interval	2	1.083	0.542	0.619	.553
Error	14	12.250	0.875		

ตารางที่ 81 ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด
ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ จำแนกตามด้านที่ 2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
และความคิด (Shift)

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Between-subjects	7	14.500			
Interval	2	0.083	0.042	0.080	.923
Error	14	11.917	0.851		

ตารางที่ 82 ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด
ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ จำแนกตามด้านที่ 2b การปรับพฤติกรรม
(Behavioral shift)

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Between-subjects	7	6.000			
Interval	2	0.750	0.375	1.000	.393
Error	14	5.250	0.375		

ตารางที่ 83 ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด
ที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ จำแนกตามด้านที่ 2c การปรับความคิด (Cognitive shift)

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Between-subjects	7	7.833			
Interval	2	1.333	0.667	1.400	.279
Error	14	6.667	0.476		

ตารางที่ 84 ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้คิดเชื่อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด
ในที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ จำแนกตามด้านที่ 3 การควบคุมอารมณ์
(Emotional control)

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Between-subjects	7	26.625			
Interval	2	0.750	0.375	0.304	.742
Error	14	17.250	3.804		

ตารางที่ 85 ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด
ที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ จำแนกตามด้านที่ 4 การติดตามตรวจสอบ (Monitor)

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Between-subjects	7	26.958			
Interval	2	0.083	0.042	0.340	.742
Error	14	1.917	0.137		

ตารางที่ 86 ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด
ในที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ จำแนกตามด้านที่ 5 ความจำที่นำกลับมาใช้ได้
(Working memory)

Source of Variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Between-Subjects	7	59.625			
Interval	2	1.750	0.875	5.444	.018*
Error	14	2.250	0.161		

* $p < .05$

ตารางที่ 87 ผลการเปรียบเทียบผลต่างของทดสอบผลย่อยของค่าเฉลี่ยความบกพร่องในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองด้านความจำที่นำกลับมาใช้ได้ (Working memory) ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยวิธีทดสอบแบบนิวแมน-คูล (Newman-Keuls Method)

ค่าเฉลี่ย	ระยะก่อนการทดลอง	ระยะหลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
	24.00	24.50	24.63
24.00	-	0.50*	0.63*
24.50		-	0.13
24.63			-
<i>r</i>		2	3
$q_{.95}(r,14)$		3.03	3.70
$q_{.95}(r,14)\sqrt{\frac{MS_{error}}{n}}$		0.430	0.525

* $p < .05$

ตารางที่ 88 ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ จำแนกตามด้านที่ 6 การวางแผน/ การจัดระเบียบ (Plan/ Organization)

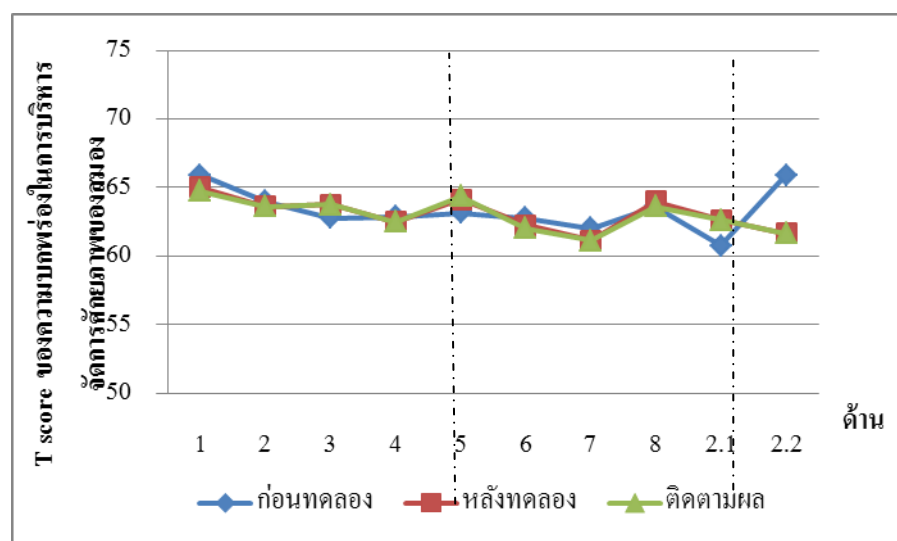
Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Between-subjects	7	35.625			
Interval	2	1.083	0.542	0.740	.495
Error	14	10.250	0.732		

ตารางที่ 89 ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด
 ในที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ จำแนกตามด้านที่ 7 การจัดระเบียบสิ่งของ
 (Organization of materials)

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Between-subjects	7	13.167			
Interval	2	0.333	0.167	0.368	.698
Error	14	6.333	0.452		

ตารางที่ 90 ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด
 ในที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ จำแนกตามด้านที่ 8 การทำงานให้เสร็จสิ้น
 (Task completion)

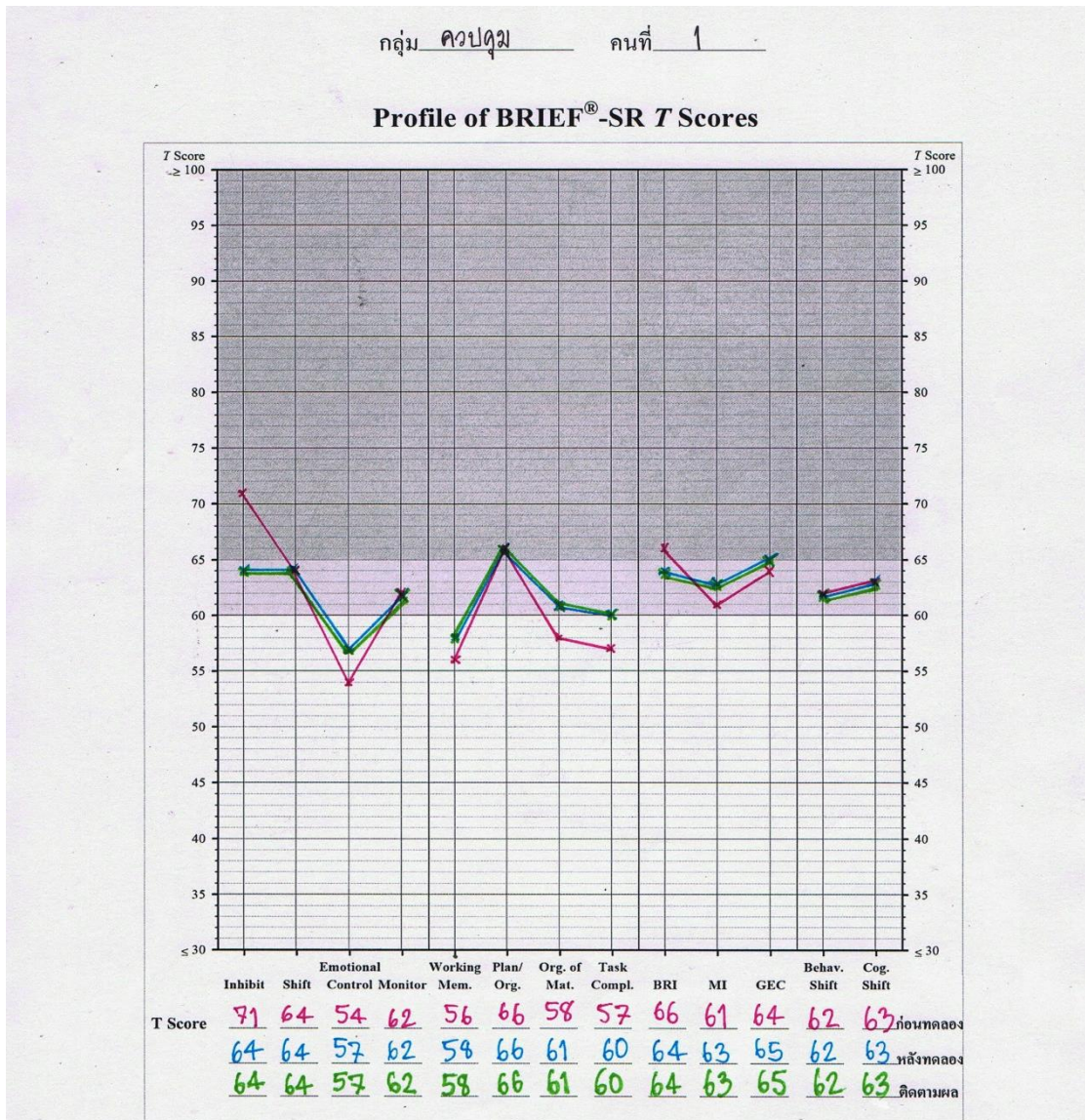
Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Between-subjects	7	24.500			
Interval	2	0.083	0.042	0.179	.838
Error	14	3.250	0.232		



ภาพที่ 32 กราฟเปรียบเทียบค่า T score เฉลี่ย ของความบกพร่องในการบริหารจัดการ
 ศักยภาพของสมองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล
 ของกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 91 คะแนนดิบและค่าคะแนน T score ของคนที่ 1 ในกลุ่มควบคุม ในระยะก่อน
การทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

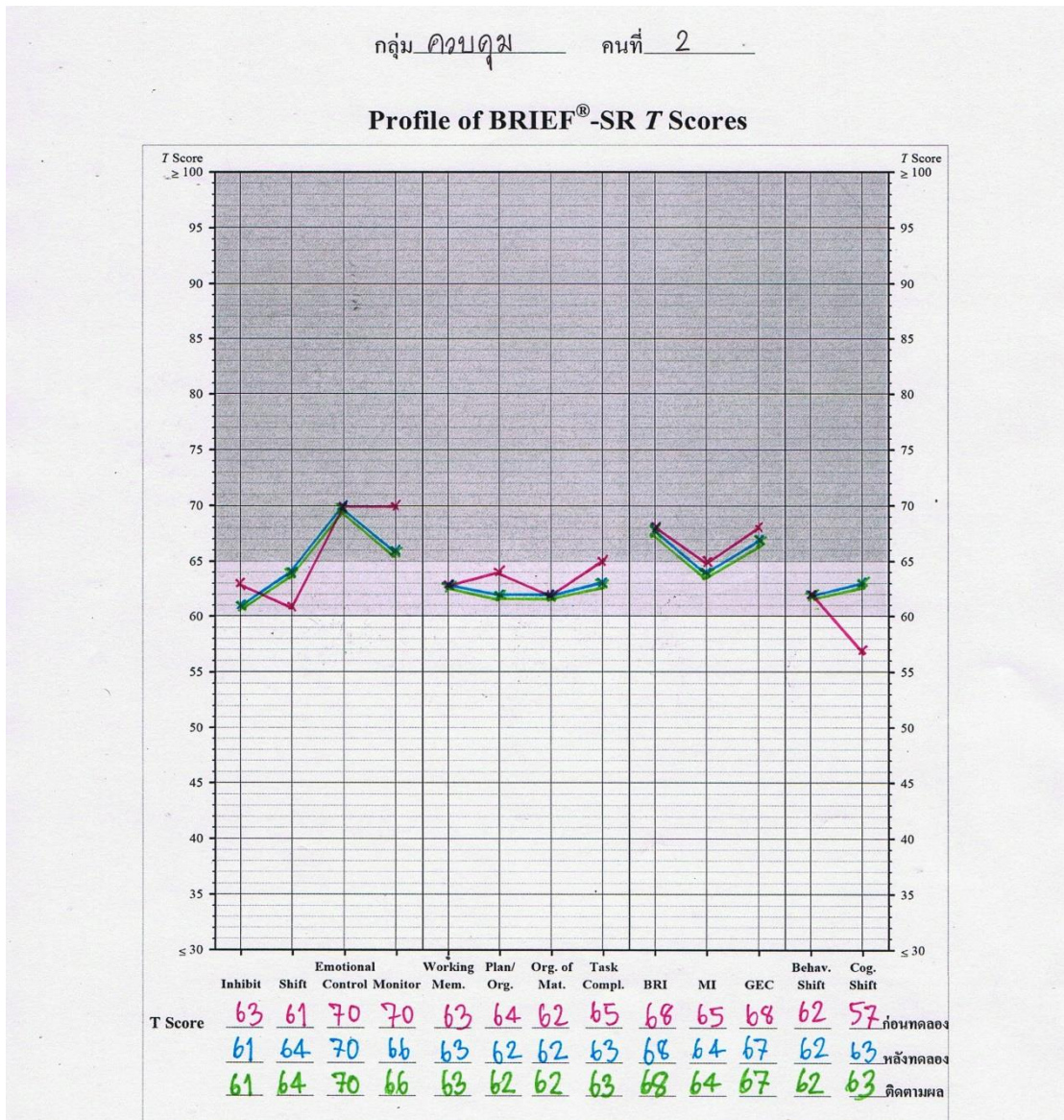
Scale/ Index	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ติดตามผล	
	คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score
Inhibit	28	71	25	64	25	64
Shift	20	64	20	64	20	64
Behavioral shift	10	62	10	62	10	62
Cognitive shift	10	63	10	63	10	63
Emotion control	18	54	19	57	19	57
Monitor	10	62	10	62	10	62
BRI	76	66	74	64	74	64
Working memory	21	56	22	58	22	58
Plan/ Organize	27	66	27	66	27	66
Org. of materials	13	58	14	61	14	61
Task completion	18	57	19	60	19	60
MI	79	61	82	63	82	63
GEC (BRI+MI)	155	64	156	65	156	65



ภาพที่ 33 กราฟเปรียบเทียบคะแนนความบกพร่องทางสมองในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของคนี่ 1 ในกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 92 คะแนนดิบและค่าคะแนน T score ของคนที่ 2 ในกลุ่มควบคุม ในระยะก่อน
การทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

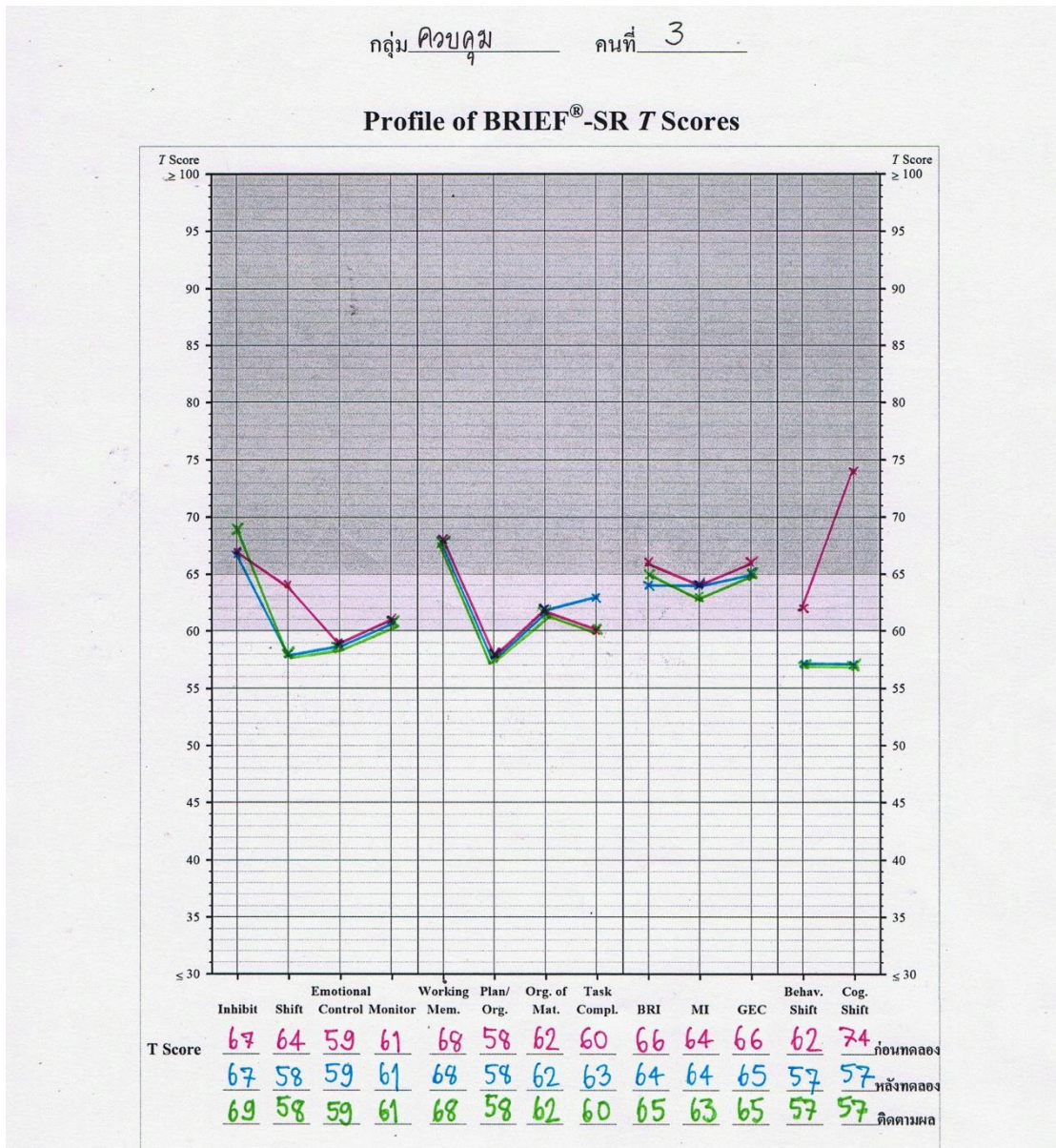
Scale/ Index	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ติดตามผล	
	คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score
Inhibit	26	63	25	61	25	61
Shift	19	61	20	64	20	64
Behavioral shift	10	62	10	62	10	62
Cognitive shift	9	57	10	63	10	63
Emotion control	22	70	22	70	22	70
Monitor	12	70	11	66	11	66
BRI	79	68	78	68	78	68
Working memory	24	63	24	63	24	63
Plan/ Organize	28	64	27	62	27	62
Org. of materials	15	62	15	62	15	62
Task completion	21	65	20	63	20	63
MI	88	65	86	64	86	64
GEC (BRI+MI)	167	68	164	67	164	67



ภาพที่ 34 กราฟเปรียบเทียบคะแนนความบกพร่องทางสมองในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของคนี่ 2 ในกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 93 คะแนนดิบและค่าคะแนน T score ของคนที่ 3 ในกลุ่มควบคุม ในระยะก่อน
การทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

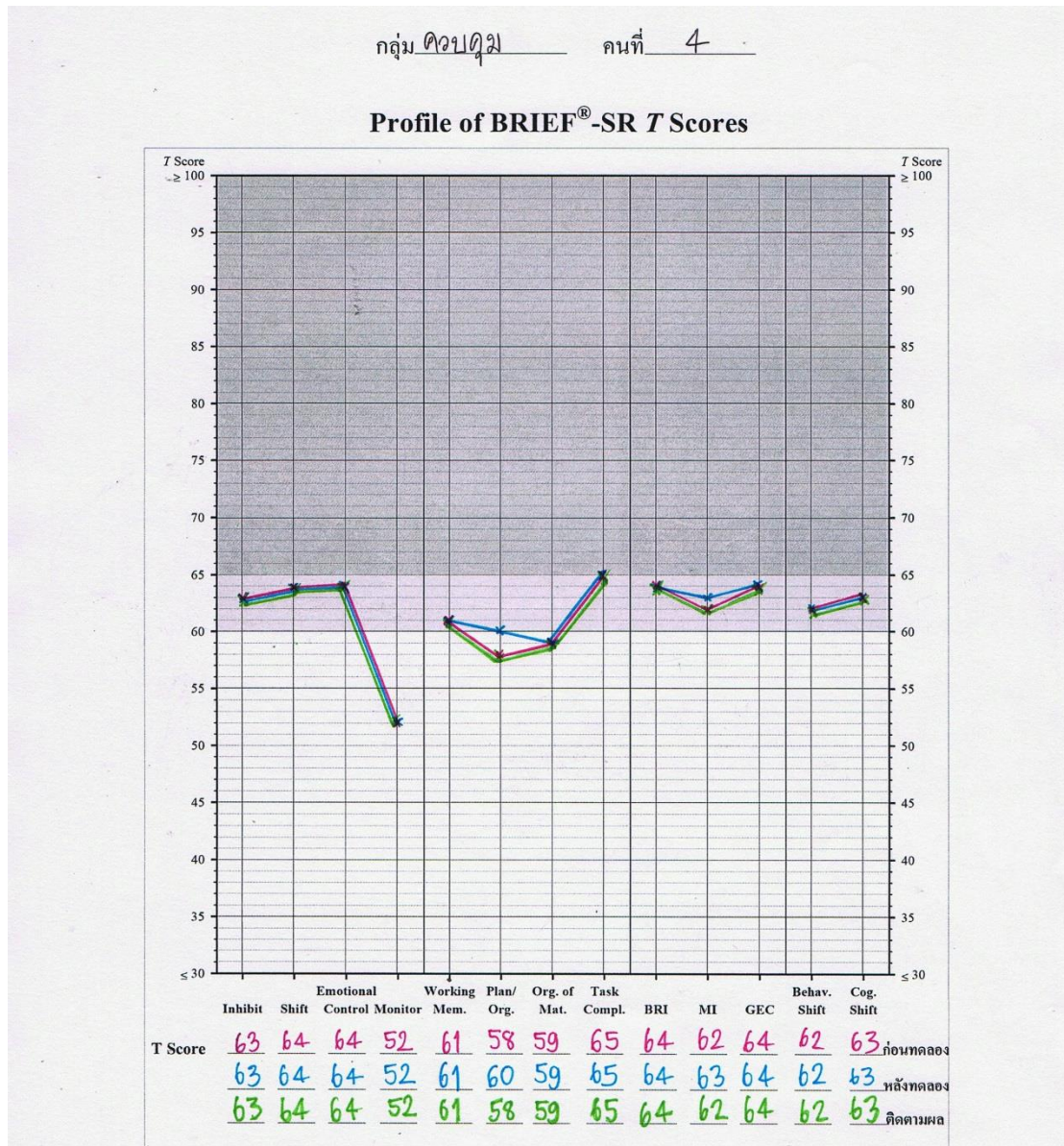
Scale/ Index	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ติดตามผล	
	คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score
Inhibit	28	67	28	67	29	69
Shift	20	64	18	58	18	58
Behavioral shift	10	62	9	57	9	57
Cognitive shift	12	74	9	57	9	57
Emotion control	18	59	18	59	18	59
Monitor	10	61	10	61	10	61
BRI	76	66	74	64	75	65
Working memory	26	68	26	68	26	68
Plan/ Organize	25	58	25	58	25	58
Org. of materials	15	62	15	62	15	62
Task completion	19	60	20	63	19	60
MI	86	64	86	64	85	63
GEC (BRI+MI)	161	66	160	65	160	65



ภาพที่ 35 กราฟเปรียบเทียบคะแนนความบกพร่องทางสมองในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของคน ที่ 3 ในกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 94 คะแนนดิบและค่าคะแนน T score ของคนที่ 4 ในกลุ่มควบคุม
 ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

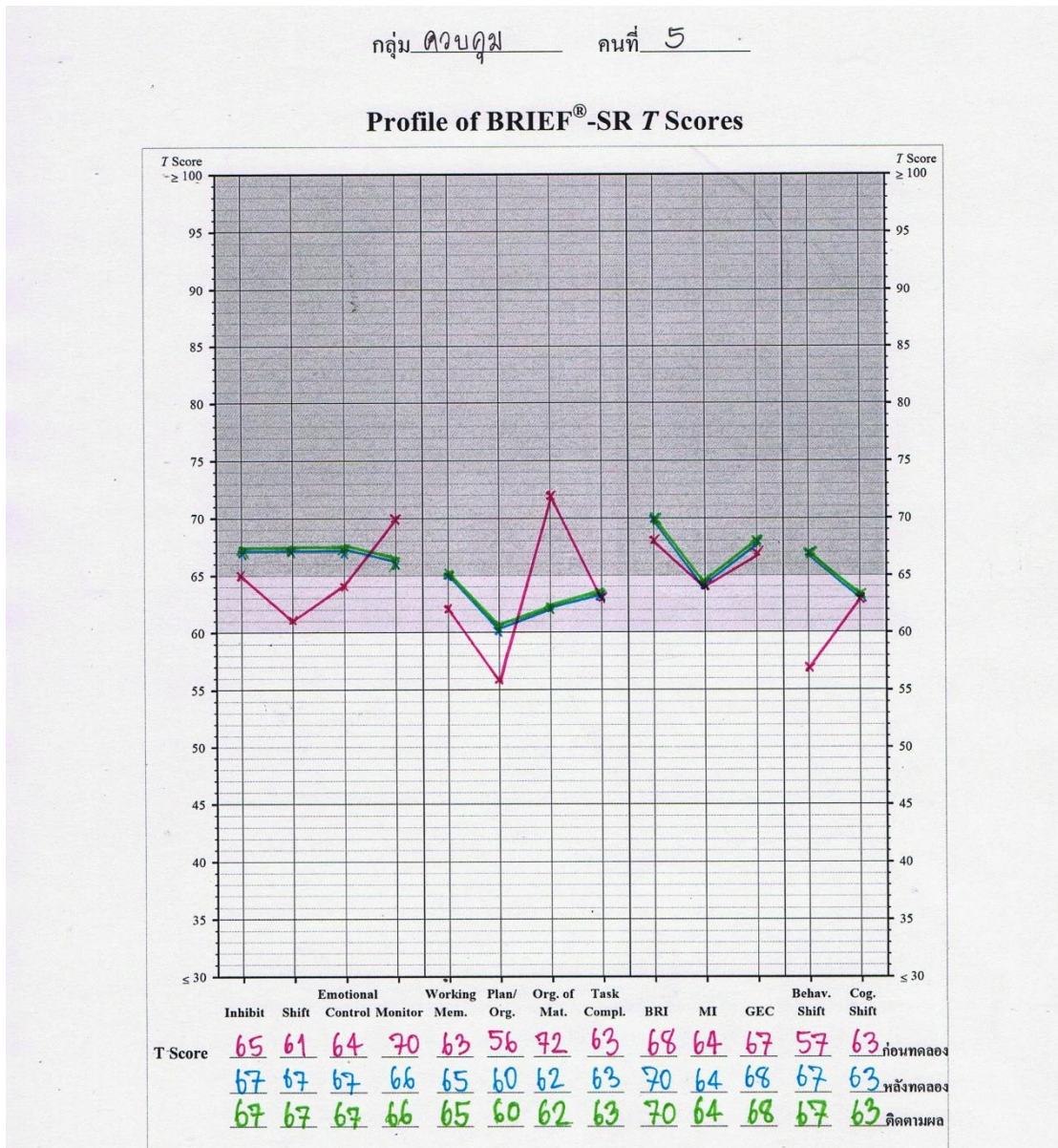
Scale/ Index	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ติดตามผล	
	คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score
Inhibit	26	63	26	63	26	63
Shift	20	64	20	64	20	64
Behavioral shift	10	62	10	62	10	62
Cognitive shift	10	63	10	63	10	63
Emotion control	20	64	20	64	20	64
Monitor	8	52	8	52	8	52
BRI	74	64	74	64	74	64
Working memory	23	61	23	61	23	61
Plan/ Organize	25	58	26	60	25	58
Org. of materials	14	59	14	59	14	59
Task completion	21	65	21	65	21	65
MI	83	62	84	63	83	62
GEC (BRI+MI)	157	64	158	64	157	64



ภาพที่ 36 กราฟเปรียบเทียบคะแนนความบกพร่องทางสมองในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของคนี่ 4 ในกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 95 คะแนนดิบและค่าคะแนน T score ของคนที่ 5 ในกลุ่มควบคุม ในระยะก่อน
การทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

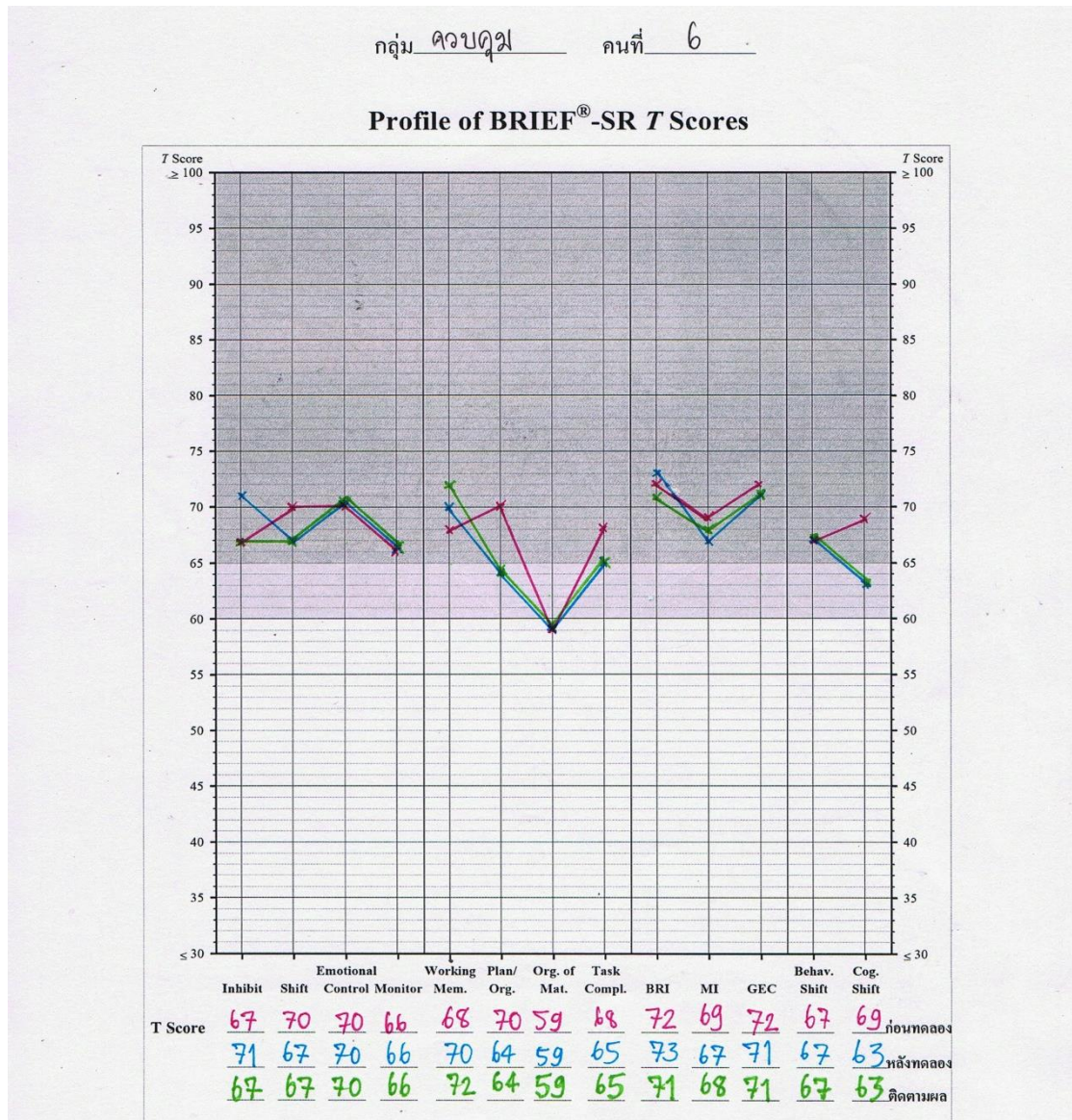
Scale/ Index	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ติดตามผล	
	คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score
Inhibit	27	65	28	67	28	67
Shift	19	61	21	67	21	67
Behavioral shift	9	57	11	67	11	67
Cognitive shift	10	63	10	63	10	63
Emotion control	20	64	21	67	21	67
Monitor	12	70	11	66	11	66
BRI	78	68	81	70	81	70
Working memory	24	63	25	65	25	65
Plan/ Organize	24	56	26	60	26	60
Org. of materials	18	72	15	62	15	62
Task completion	20	63	20	63	20	63
MI	86	64	86	64	86	64
GEC (BRI+MI)	164	67	167	68	167	68



ภาพที่ 37 กราฟเปรียบเทียบคะแนนความบกพร่องทางสมองในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของคนี่ 5 ในกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 96 คะแนนดิบและค่าคะแนน T score ของคนที่ 6 ในกลุ่มควบคุม ในระยะก่อน
การทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

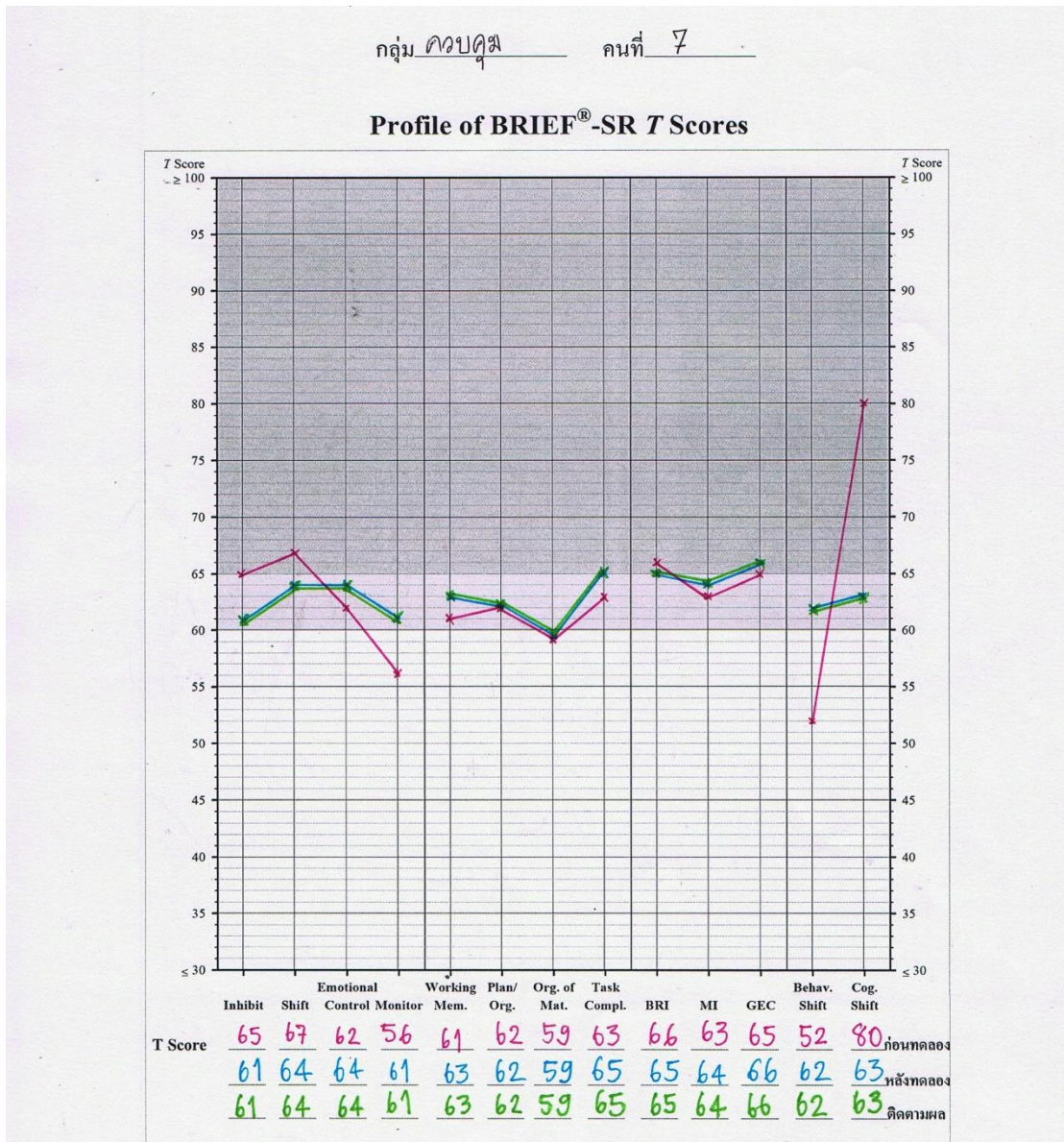
Scale/ Index	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ติดตามผล	
	คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score
Inhibit	28	67	30	71	28	67
Shift	22	70	21	67	21	67
Behavioral shift	11	67	11	67	11	67
Cognitive shift	11	69	10	63	10	63
Emotion control	22	70	22	70	22	70
Monitor	11	66	11	66	11	66
BRI	83	72	84	73	82	71
Working memory	26	68	27	70	28	72
Plan/ Organize	31	70	28	64	28	64
Org. of materials	14	59	14	59	14	59
Task completion	22	68	21	65	21	65
MI	93	69	90	67	91	68
GEC (BRI+MI)	176	72	174	71	173	71



ภาพที่ 38 กราฟเปรียบเทียบคะแนนความบกพร่องทางสมองในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของคนี่ 6 ในกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 97 คะแนนดิบและค่าคะแนน T score ของคนที่ 7 ในกลุ่มควบคุม ในระยะก่อน
การทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

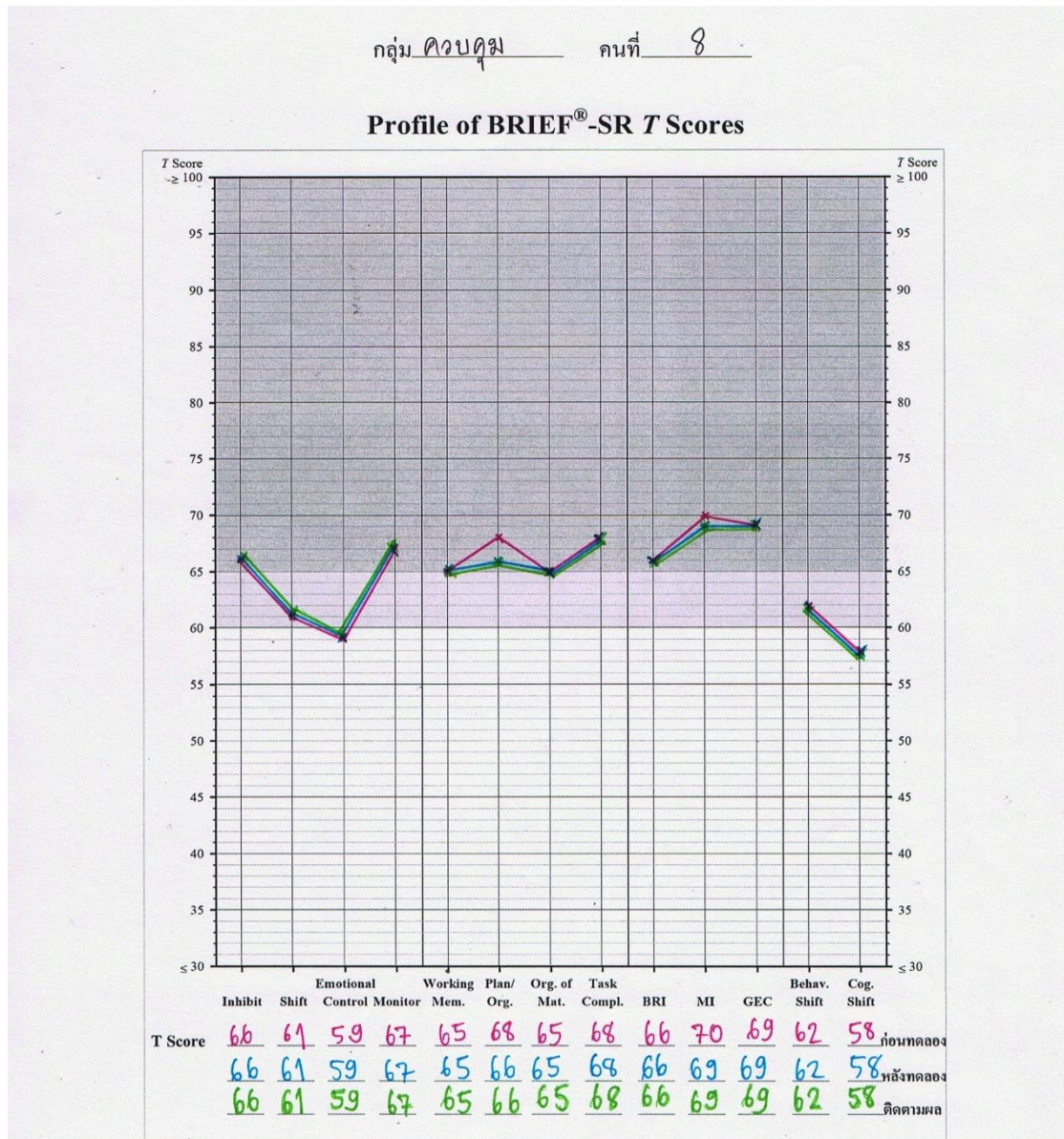
Scale/ Index	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ติดตามผล	
	คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score
Inhibit	27	65	25	61	25	61
Shift	21	67	20	64	20	64
Behavioral shift	8	52	10	62	10	62
Cognitive shift	13	80	10	63	10	63
Emotion control	19	62	20	64	20	64
Monitor	9	56	10	61	10	61
BRI	76	66	75	65	75	65
Working memory	23	61	24	63	24	63
Plan/ Organize	27	62	27	62	27	62
Org. of materials	14	59	14	59	14	59
Task completion	20	63	21	65	21	65
MI	84	63	86	64	86	64
GEC (BRI+MI)	160	65	161	66	161	66



ภาพที่ 39 กราฟเปรียบเทียบคะแนนความบกพร่องทางสมองในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของคนี่ 7 ในกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 98 คะแนนดิบและค่าคะแนน T score ของคนที่ 8 ในกลุ่มควบคุม ในระยะก่อน
การทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

Scale/ Index	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ติดตามผล	
	คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score	คะแนนดิบ	T score
Inhibit	26	66	26	66	26	66
Shift	19	61	19	61	19	61
Behavioral shift	10	62	10	62	10	62
Cognitive shift	9	58	9	58	9	58
Emotion control	20	59	20	59	20	59
Monitor	76	66	76	66	76	66
BRI	78	68	78	68	78	68
Working memory	25	65	25	65	25	65
Plan/ Organize	28	68	27	66	27	66
Org. of materials	15	65	15	65	15	65
Task completion	22	68	22	68	22	68
MI	90	70	89	69	89	69
GEC (BRI+MI)	166	69	165	69	165	69



ภาพที่ 40 กราฟเปรียบเทียบคะแนนความบกพร่องทางสมองในการบริหารจัดการศักยภาพของสมองและค่าคะแนน T score ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของคนี่ 8 ในกลุ่มควบคุม