

บูรณาการการปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับทฤษฎี
ประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผ่องพรรณ ภาโว

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา

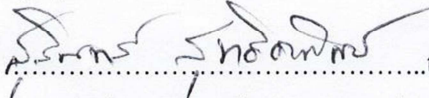
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา


กรกฎาคม 2561

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

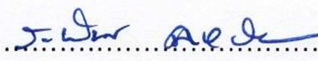
คณะกรรมการควบคุมคุษฎีนิพนธ์และคณะกรรมการสอบคุษฎีนิพนธ์ ได้พิจารณา
คุษฎีนิพนธ์ของ ผ่องพรรณ ภาโว ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปรัชญาคุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

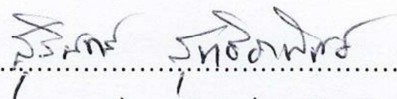
คณะกรรมการควบคุมคุษฎีนิพนธ์



.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ สุทธิธาติพย์)


.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(นายแพทย์สรุดพันธ์ จักรพันธ์ ณ อยุธยา)

คณะกรรมการสอบคุษฎีนิพนธ์


.....ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ระพันธ์ ฉายวิมล)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ สุทธิธาติพย์)


.....กรรมการ
(นายแพทย์สรุดพันธ์ จักรพันธ์ ณ อยุธยา)


.....กรรมการ
(ดร.สมพงษ์ ปั่นหุ่น)

คณะศึกษาศาสตร์อนุมัติให้รับคุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปรัชญาคุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา ของมหาวิทยาลัยบูรพา


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

วันที่...24...เดือน...พฤษภาคม.....พ.ศ. 2561

กิตติกรรมประกาศ

คุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยการให้ความช่วยเหลือแนะนำของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ สุทธิชาติพิศ ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาคุษฎีนิพนธ์ และนายแพทย์ ศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้กรุณาที่ให้คำแนะนำข้อคิดเห็นตรวจสอบ แก้ไขคุษฎีนิพนธ์ และคอยให้กำลังใจมาโดยตลอด ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ระพีพันธ์ นายวิมล ที่กรุณาให้เกียรติ เป็นประธาน โดยมี ดร.สมพงษ์ ปั่นหุ่่น เป็นกรรมการในการสอบคุษฎีนิพนธ์ และได้กรุณาตรวจแก้ไข คุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้ให้ถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมโภชน์ อเนกสุข ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะแนะนำ และมุมมอง ข้อคิดต่าง ๆ ในการทำวิจัย ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรี ถุงแก้ว ที่ได้ให้ความช่วยเหลือให้กำลังใจผลักดันในทุก ๆ ด้านเพื่อให้เล่มวิจัยในครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์ มหาวิทยาลัยบูรพาทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้แก่ผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณครอบครัวกะโว คุณพ่อฮอ กะโว คุณแม่สมัย กะโว และสมาชิกทุกคน ในครอบครัว ที่คอยให้ความรัก ให้กำลังใจ ให้ความหวังใจ และให้ความช่วยเหลือในทุก ๆ ด้าน แก่ผู้วิจัยมาตลอดทั้งชีวิต

ขอขอบคุณทุก ๆ กำลังใจที่มีให้กันเสมอมา จากเพื่อนร่วมรุ่นจิตวิทยาการปรึกษา รุ่น 2 Naïve gang และขอขอบคุณพี่ ๆ น้อง ๆ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ทุกท่าน ที่ได้ให้ โอกาสมาศึกษา ให้กำลังใจเมื่อยามท้อ คอยสนับสนุนช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ทุกด้าน เพื่อให้ การเรียนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอน้อมรำลึกถึงอำนาจบารมีของคุณพระศรีรัตนตรัย และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลาย ที่อยู่ในสากลโลก อันเป็นที่พึ่งให้ผู้วิจัยมีสติปัญญาในการจัดทำคุษฎีนิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี คุณค่าและประโยชน์จากคุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยจึงขอมอบแต่ครอบครัวกะโว บุรพคณาจารย์ ที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ทุกท่านและผู้มีพระคุณทุกท่าน

ผ่องพรรณ กะโว

54810181: สาขาวิชา: จิตวิทยาการปรึกษา; ปร.ด. (จิตวิทยาการปรึกษา)

คำสำคัญ: การปรึกษา/ การปรึกษารายบุคคล/ พหุทฤษฎี/ ทฤษฎีปัญญานิยม/ ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม/ การปรับความคิดและพฤติกรรม/ ซึมเศร้า/ โรคซึมเศร้า

ผ่องพรรณ ภาโว: บูรณาการการปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (INTEGRATIVE MULTITHEORETICAL COUNSELING: COGNITIVE THERAPY AND EXPERIENTIAL-HUMANISTIC THERAPY ON DEPRESSION OF PATIENT WITH DEPRESSIVE DISORDER) คณะกรรมการควบคุมคดียุติพันธุ์:
สุรินทร์ สุทธิชาติพิชัย, Ed.D., ศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา, M.D. 367 หน้า. ปี พ.ศ. 2561.

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) ทดลอง 4 กลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของของ โปรแกรมการบูรณาการการปรึกษาพหุทฤษฎีทฤษฎีปัญญานิยมและทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม ต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ซึ่งมีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง (21-30 คะแนน) ได้จำนวน 48 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 3 กลุ่ม กลุ่มละ 12 คน และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม กลุ่มละ 12 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบวัดภาวะซึมเศร้า ของ Beck (Beck depression inventory) (Beck, 1967) มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม (MTP), โปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยม (CT) และ โปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม (EXP) เครื่องมือที่ใช้ในกลุ่มควบคุม คือ โปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับ โปรแกรมการปรึกษา 2 สัปดาห์ต่อครั้ง จำนวน 9 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ติดตามผลหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์โดยใช้สถิติพื้นฐานหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) จากนั้นใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (Repeated-measure analysis of variance: One between-subjects variable and within-subject variable) (Howell, 2007, p. 461) และเมื่อพบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยทำการทดสอบด้วยวิธีการทดสอบรายคู่แบบวิธีการของบอนเฟอโรนี (Bonferroni method)

ผลการวิจัย พบว่า ผลการปรึกษารายบุคคลโดยใช้ปรึกษาแบบพหุทฤษฎีส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยต่ำกว่าวิธีแบบปัญญานิยม กับประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม แต่ไม่แตกต่างจากวิธีของการปรับความคิดและพฤติกรรมที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การปรึกษารายบุคคลโดยใช้ปรึกษาแบบพหุทฤษฎี แบบปัญญานิยม กับประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม หลังการปรึกษา และระยะติดตามผล พบว่า มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองเมื่อเวลาเปลี่ยนไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า ผลการปรึกษารายบุคคลโดยใช้การปรึกษาแบบพหุทฤษฎีส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ในระยะติดตามผลดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการปรึกษา และระยะเวลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

54810181: MAJOR: COUNSELING PSYCHOLOGY; Ph.D. (COUNSELING PSYCHOLOGY)
 KEYWORDS: COUNSELING/ MULTITHEORETICAL COUNSELING/ COGNITIVE THERAPY/
 EXPERIENTIAL-HUMANISTIC THERAPY/ COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY/
 DEPRESSION/ DEPRESSIVE DISORDER

PHONGPHAN PHAWO: INTEGRATIVE MULTITHEORETICAL COUNSELING:
 COGNITIVE THERAPY AND EXPERIENTIAL-HUMANISTIC THERAPY ON DEPRESSION OF
 PATIENT WITH DEPRESSIVE DISORDER. DISSERTATION ADVISORY: SURIN SUTHITHATIP,
 Ed.D., SARUTABHANDU CHAKRABHANDU NA AYUTAYA, M.D. 367 P. 2018.

This study was an experimental research designs aiming to study and compare the effect of Integrative Multitheoretical Counseling Program consisted of Cognitive Therapy and Experiential-Humanistic Therapy on Depression among patient with Depressive Disorder. The experiment was conducted in three phases, namely the pre-trial, post-trial, and the follow up. The participants were 48 patients with Depressive disorder in Out Patient Department at Sakaeo Rajanakharindra Psychiatric Hospital which depressive score at the moderate level (21-30). The experiment consisted of 4 groups 3 groups for the experimental and 1 group for controlled, each group has 12 persons. The instrument were Beck Depression Inventory Scale (Beck, 1967) which reliability was 0.86. The Multitheoretical counseling: Cognitive therapy and Experiential Humanistic theory, and Cognitive Behavior Therapy. The groups received program 2 weeks each, for a sessions of 60 minute, follow up after 2 weeks. Data analysis between groups with mean, *SD*, then used Repeated-Measure Analysis of Variance: One Between-Subjects Variable and Within-Subject Variable with analytical statistics in one type of variable between groups and one variable within a group. When the difference between the average was tested by Bonferroni Method. The research results;

The Multitheoretical counseling reduced depression in patient with Depressive Disorder better than the Cognitive therapy and Experiential Humanistic therapy, however the differences was not statistical significance. In Post counseling and follow up both Multitheoretical counseling: Cognitive therapy and Experiential Humanistic therapy reduced depression in patient with Depressive Disorder better than pre trial when the times go by with statistical significance at .05. The Multitheoretical counseling reduced depression in patient with Depressive Disorder better than the controlled group in follow period with statistical significance at .05. The interaction between methods of consultation, time was statistical significance at .05.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามในการวิจัย.....	8
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	8
สมมติฐานของการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	9
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	10
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	13
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	13
2 เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	21
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า.....	22
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการบูรณาการการปรึกษาแบบพหุทฤษฎี..	43
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	122
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	136
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	136
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	139
การดำเนินการวิจัย.....	154
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	156
วิธีการดำเนินการทดลอง.....	156

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	161
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	162
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	163
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	163
การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	164
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	165
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	181
สรุปผลการวิจัย.....	183
อภิปรายผล.....	184
ข้อเสนอแนะ.....	197
บรรณานุกรม.....	200
ภาคผนวก.....	216
ภาคผนวก ก.....	217
ภาคผนวก ข.....	356
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	367

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	คำถามสำหรับการสร้างกรอบแนวคิดแบบปัญญานิยม..... 63
2	เทคนิคทางความคิด..... 66
3	แสดงการแบ่งประเภทของอารมณ์..... 88
4	เทคนิคแนวประสบการณ์นิยม..... 92
5	การบันทึกความคิดที่ผิดปกติ (Recording dysfunctional thought)..... 116
6	ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยในระบะการนำโปรแกรมการปรึกษาไปใช้..... 160
7	แบบแผนการทดลอง..... 161
8	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ..... 166
9	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา..... 167
10	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว..... 168
11	คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ระยะ หลังการทดลอง และระยะติดตามผล..... 169
12	ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลัง การทดลองและระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 170
13	แสดง Mauchly's test of sphericity..... 173
14	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างวิธีการทดลองกับ ระยะเวลาการทดลอง..... 174
15	ผลการทดสอบผลย่อยของวิธีการทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการ ทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 176
16	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยวิธีทดสอบ ความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีของบอนเฟอโรนี (Bonferroni method)..... 177
17	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างวิธีการทดลองของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยวิธีทดสอบ ความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีของบอนเฟอโรนี (Bonferroni method)..... 179

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
18	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง ด้วยวิธีทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีของบอนเฟอโรนี (Bonferroni method).....	180
19	คำถามสำหรับการสร้างกรอบแนวคิดแบบปัญญานิยม.....	271
20	เทคนิคทางความคิด.....	316
21	คำถามเพื่อสร้างกรอบแนวคิดแบบประสบการณ์นิยม.....	317

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	12
2 แสดงโปรแกรมการบูรณาการพุททฤษฎี โดยใช้ทฤษฎีปัญญาานิยมร่วมกับประสบการณ์ นิยม-มนุษยนิยม.....	15
3 แสดงโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญาานิยม.....	17
4 แสดงโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม.....	19
5 แสดงโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม.....	20
6 ภาพแสดงรูปแบบมิติที่หลากหลายของมนุษย์.....	52
7 ภาพแสดงรูปแบบมิติที่หลากหลายของมนุษย์.....	53
8 แสดงกรอบแนวคิดการบูรณาการทฤษฎีแบบพุททฤษฎี.....	54
9 แสดงรูปแบบของสัมพันธภาพตามแนวคิดทฤษฎีที่แตกต่างกัน.....	55
10 แสดงปฏิสัมพันธ์ของความคิด พฤติกรรม และความรู้สึก.....	56
11 แสดงโปรแกรมการบูรณาการพุททฤษฎี โดยใช้ทฤษฎีปัญญาานิยมร่วมกับประสบการณ์ นิยม-มนุษยนิยม.....	60
12 แสดงความคิดความเชื่อเชื่อมโยงระหว่างเหตุการณ์และความรู้สึก/ พฤติกรรม.....	61
13 แสดงกรอบแนวคิดเชิงซ้อนที่ระบุดึงความเชื่อทันทีทันใดและความเชื่อหลักที่ แสดงออกในรูปของความคิดอัตโนมัติ.....	62
14 ลำดับขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง.....	138
15 มาตรวัดความเครียดตามความรู้สึกของบุคคล.....	141
16 แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ของกรมสุขภาพจิต.....	143
17 แบบประเมินคัดกรองโรคจิต ของกรมสุขภาพจิต.....	144
18 แสดงโปรแกรมที่ 1 Multitheoretical psychotherapy (MTP).....	147
19 แสดงโปรแกรมการปรึกษาแบบปัญญาานิยม (Cognitive psychotherapy).....	148
20 แสดงโปรแกรมที่ 3 Experiential-humanistic psychotherapy.....	150
21 แสดงการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม.....	152
22 สรุปลำดับขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมการปรึกษากลุ่มบูรณาการพุททฤษฎี.....	153
23 สรุปลำดับขั้นตอนการทดลอง.....	158

สารบัญภาพ (ต่อ)

ภาพที่	หน้า
24	174
25	180
26	269

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อารมณ์ซึมเศร้าเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของมนุษย์ เมื่อต้องเผชิญกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียของรัก หน้าที่การงานหรืออวัยวะของร่างกายซึ่งมักแสดงออกโดยการซึมเศร้า ร้องไห้ เหงื่อซึม เหนื่อยล้า หงุดหงิด วิตกกังวลเรื่องเดิม ๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และสนใจสิ่งรอบข้างลดลง โดยทั่วไปคนเราจะใช้เวลาหลายวันในการปรับตัวลดอารมณ์ซึมเศร้านี้ให้น้อยลงหรือหมดไป เป็นกระบวนการธรรมชาติที่เกิดขึ้นกับทุกคนในบางช่วงเวลาของชีวิต แต่เมื่ออารมณ์ซึมเศร้าเกิดขึ้นและอยู่นาน เมื่อเปรียบเทียบกับการสูญเสียจนส่งผลกระทบต่อการทำงานของชีวิตประจำวัน จึงถือว่าเป็นความผิดปกติ ซึ่งอาการเหล่านี้จะเป็นติดต่อกันเป็นระยะยาวนานหลายสัปดาห์จนถึงหลายปีจนเกิดเป็นโรคซึมเศร้า ส่งผลกระทบต่อการทำงาน การเรียน ครอบครัว และสังคม (กรมสุขภาพจิต, 2556)

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีแนวโน้มสูงขึ้น และคาดว่าจะสูงเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด ในปี ค.ศ. 2020 (นันทิกาทวิชาชาติ, 2552) จากการศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในประเทศไทย พบว่า มีความชุกร้อยละ 3.2 ผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในอัตราส่วน 1.7: 1 (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธันภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ และอัจฉรา จรัสสิงห์, 2547) ทำให้มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลทั่วประเทศเพิ่มขึ้นจากสถิติพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อประชากรหนึ่งแสนคนมีแนวโน้มสูงขึ้น คือ จาก 55.9 รายต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2540 เป็น 149.90 รายต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2548 หรือเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า (กรมสุขภาพจิต, 2556)

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ซึมเศร้าที่รุนแรงและมีระยะเวลายาวนานจนก่อให้เกิดความผิดปกติทางคำพูดความคิดและพฤติกรรมส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงานและการทำหน้าที่ประจำวันของบุคคล (Post, 2006) เพราะนอกจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอารมณ์เศร้าเป็นหลักแล้ว ยังพบกลุ่มอาการที่มักเกิดร่วม ได้แก่ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีสมาธิ ไม่สนใจสิ่งที่เคยชอบ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไร้ค่าและสิ้นหวัง (มาโนช หล่อตระกูล และอุไร บูรณพิเชษฐ, 2554) ถึงแม้ว่าโรคซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายได้แต่มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ใหม่อีก (ดวงใจ กสานติกุล, 2550) มีการศึกษา พบว่า 50%-80% ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะกลับ

เป็นซ้ำภายใน 2 ปี (Beeber, 2006) อาการที่เกิดขึ้นเป็นความทุกข์ทรมานจนมีความคิดฆ่าตัวตาย ประมาณร้อยละ 20-35 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจาก โรคซึมเศร้า (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, 2551) จึงนับว่าการฆ่าตัวตายเป็นผลกระทบที่รุนแรงที่สุดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จากการสำรวจภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย พบว่า เหตุการณ์ความเครียดและการเผชิญปัญหาในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวก และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (สุทธนันท์ ชุนแจ่ม, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาของ โอฮารา และสวอน (O'Hara & Swan, 2006) พบว่า ปัจจัยความเครียดและการเผชิญปัญหาเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และสอดคล้องกับการทบทวนปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของ ธรณินทร์ กองสุข (2549) พบว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและความสามารถในการเผชิญปัญหาเป็นปัจจัยหลักที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนเอกสารเกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหา พบว่า การเผชิญเป็นความพยายามของบุคคลที่จะเปลี่ยนความนึกคิดหรือพฤติกรรมอยู่ตลอดเวลา เพื่อที่จะจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ให้คลี่คลายลง (Lazarus & Folkman, 2001) โดยธรรมชาติของมนุษย์ เมื่อเกิดสภาพปัญหาที่มาขัดขวางจนเกิดเป็นความทุกข์กาย ทุกข์ใจ จะเลือกแสดงพฤติกรรมเพื่อลดสภาพความทุกข์ใจโดยวิธีการต่าง ๆ Lazarus and Folkman กล่าวว่า บุคคลที่มีวิธีการหรือพฤติกรรม การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ จะมีลักษณะการปรับตัว ได้ดีมีความเชื่อมั่นในตนเองและสามารถควบคุมตนเองได้ ส่วนบุคคลที่มีวิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพจะมีลักษณะของความไม่เป็นมิตร กำหนดตนเองพยายามจะหลีกเลี่ยงและแยกตัวออกจากสถานการณ์ รวมทั้งปฏิเสธต่อปัญหาและไม่สามารถปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ได้ ซึ่งสอดคล้องกับ Lazarus and Folkman (2004) ที่เน้นว่าบุคคลที่ไม่ประสบผลสำเร็จในการเผชิญปัญหามักมีพฤติกรรมปฏิเสธและต่อต้านสังคมไม่สามารถประพฤติตามกฎระเบียบได้ การได้เผชิญปัญหาในรูปแบบต่าง ๆ บุคคลจะมีการพัฒนาลักษณะการเผชิญปัญหาขึ้นในตัวบุคคลเอง และบุคคลแต่ละคนจะมีลักษณะการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน เช่น วิธีการต่อสู้ การหลบหนี การปฏิเสธ เพื่อช่วยลดความทุกข์ใจที่เกิดขึ้น ทั้งนี้เพื่อรักษาคุณภาพของจิต ดังนั้นการใช้ลักษณะการเผชิญปัญหาของบุคคล จึงเป็นเรื่องสำคัญในการดำเนินชีวิต เพื่อรักษาความสมดุลทางด้านจิตใจการเผชิญปัญหาอย่างไม่เหมาะสม ได้แก่ การใช้กลไกทางจิตมากเกินไป หรือพฤติกรรมที่อ้อมค้อม ก่อนข้างซับซ้อนในระดับจิตไร้สำนึก ซึ่งนอกจากจะไม่สามารถแก้ไขภาวะเครียดที่ต้นเหตุแล้ว ยังนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและการเจ็บป่วยทางจิตประสาทได้ (Stuart & Sundeen, 2009)

ปัจจุบันมีการรักษาอาการซึมเศร้าหลายวิธี ได้แก่ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า จิตบำบัดต่าง ๆ เช่น การบำบัดการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Interpersonal therapy) ที่มุ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น การบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy) ที่มุ่งเน้นการแก้ไขความคิดให้สอดคล้องตามความเป็นจริง การบำบัดพฤติกรรมทางความคิด (Cognitive behavior therapy) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการสืบค้นถึงความขัดแย้งภายในจิตใจ โดยการพิสูจน์หาแบบแผนความคิดที่ทำให้เกิดกระบวนการคิดที่บิดเบือนไปในทางลบแล้วดัดแปลงแก้ไขให้เป็นกระบวนการคิดใหม่ (Soek & Tiam, 2003) การบำบัดพฤติกรรมทางความคิดจะทำให้อาการซึมเศร้าลดลงรวมทั้งยังช่วยป้องกันโรคซึมเศร้าไม่ให้เกิดกลับเป็นซ้ำอีก (Claudi, Schene & Spinhoven, 2005) การบำบัดพฤติกรรมทางความคิดสามารถทำได้เป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาความสัมพันธ์ที่เป็นเหตุเป็นผลระหว่างการเปลี่ยนแปลงของความคิดอัตโนมัติ ความบกพร่องของทัศนคติและอาการของโรคซึมเศร้า โดยใช้กลุ่มบำบัดพฤติกรรมทางความคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า กลุ่มบำบัดพฤติกรรมทางความคิดช่วยลดความคิดด้านลบ เปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ และความบกพร่องของทัศนคติซึ่งทำให้เกิดการลดลงของอาการซึมเศร้า (อัญชลี นัทรแก้ว, 2546) และการศึกษาผลของกลุ่มบำบัดพฤติกรรมทางความคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดทำให้อาการซึมเศร้าลดลง (Tsai-Hwei, Ru-Band, Ai-Ju, Da-Ming & Kuei-Ru, 2006) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาผลของกลุ่มบำบัดพฤติกรรมทางความคิดในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นเวลา 6 ปี จำนวน 40 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการบำบัดพฤติกรรมทางความคิด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการจัดการทางคลินิก พบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการกลับเป็นซ้ำ (40%) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (90%) (Feva, Rafanelli, Finos, Conti & Grandi, 2004) และการศึกษาแบบการบำบัดรายบุคคล โดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 8 คน ผลการศึกษา พบว่า นักศึกษาทุกคนที่ได้รับคำปรึกษามีคะแนนความซึมเศร้าลดลง (สุจิตรา กฤติยารรณ, 2548)

จากการศึกษาของ ศรีพรหม กาสกุล (2558) การใช้ยาแก้ซึมเศร้าได้ผลเท่ากับการทำจิตบำบัด บางการศึกษา พบว่า การใช้ยาแก้ซึมเศร้า ร่วมกับการทำจิตบำบัดได้ผลดีกว่าการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง เพียงอย่างเดียว หรือในรายที่มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย การรักษาด้วยทางเลือกอื่น เช่น การออกกำลังกาย การนวดแผนไทย ช่วยรักษาอาการซึมเศร้าได้ การพิจารณาการรักษาอาจต้องพิจารณาถึงสาเหตุ ระดับ และความรุนแรงของอาการซึมเศร้า หรือพิจารณาถึงความแตกต่างของบุคคลทั้งเพศ ภาวะ อายุ หรือข้อจำกัดต่าง ๆ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการแก้อาการซึมเศร้า

จากการทบทวนงานวิจัยต่อมา พบว่า มีการศึกษาในเรื่องการบำบัดผู้ป่วยซึมเศร้าไว้หลากหลายที่มีประสิทธิภาพ ดังงานวิจัยของ Coleman, Cole & Wuest (2009) ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทดสอบระดับของการเปลี่ยนแปลง การป้องกันและความรู้ความเข้าใจมากกว่า 3 ครั้ง ในจำนวนผู้ป่วยซึมเศร้า 65 คน ประมาณครึ่งหนึ่งที่รับการรักษา เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดอัตโนมัติในช่วงแรกของการบำบัด และที่ยังเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยังไม่สมบูรณ์ ซึ่งความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของอาการจากครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 3 ซึ่งทิศทางของการเปลี่ยนแปลงความคิดอัตโนมัติในช่วงแรกของการเปลี่ยนแปลงพหุอาการได้รับการสนับสนุนบางส่วน แต่การเปลี่ยนแปลงที่ยังไม่สมบูรณ์สามารถป้องกันได้โดยเกิดขึ้นพร้อมกันหรือหลังจากการเปลี่ยนแปลงอาการ การเปลี่ยนแปลงองค์ความรู้เป็นสื่อกลางของการลดภาวะซึมเศร้า การรักษาภาวะซึมเศร้าควรพิจารณาจากวิธีความรู้ความเข้าใจเพื่อสร้างความเข้าใจที่สมบูรณ์มากขึ้นของวิธีการเยียวยาภาวะซึมเศร้าการศึกษาในอนาคตควรจะดำเนินการต่อไป รวมถึงการสร้างจากหลากหลายทฤษฎี (Coleman, Cole & Wuest, 2009) และงานวิจัยของ Halgin and Lovejoy (2012) ได้ศึกษาการบูรณาการทฤษฎีเพื่อการบำบัดในผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์และมีอาการซึมเศร้าที่มารับการบำบัด พบว่า การบำบัดทางคลินิกต่าง ๆ ที่เคยใช้ยังไม่สามารถแก้ไขในปัญหาให้หมดสิ้นไป จึงกล่าวถึงการบำบัดว่า สามารถใช้ในการรักษาโดยวิธีบูรณาการ (Multitheoretical) ในการบำบัดโรคที่บูรณาการสุขภาพจิต กลวิธีการเผชิญปัญหา และการสร้างความสัมพันธ์ที่จะช่วยให้คู่สมรสที่ไม่มีอาการเศร้าให้สามารถรับมือกับความเครียด และการปรับปรุงความสัมพันธ์ให้ดีขึ้น ในกรณีของผู้หญิง 37 ปี ที่แยกทางกับสามี ที่ผู้บำบัดได้มุ่งเน้นไปที่การช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจสภาพแวดล้อมที่บ้านและเข้าใจในความหมายของความคิดอารมณ์ความรู้สึก และลดความเครียดลดการมีปฏิสัมพันธ์เชิงลบ ทำให้ผู้รับบริการดีขึ้น จากการใช้การบำบัดแบบบูรณาการทฤษฎีเพื่อวิเคราะห์และวางเป้าหมายและบำบัดตามปัญหาที่เจอของผู้รับบริการ (Halgin & Lovejoy, 2012)

การปรึกษาแบบบูรณาการ (Integrative counseling) เป็นอีกหนึ่งวิธีที่มีทฤษฎีและเทคนิควิธีที่ใช้ในการเลือกสรร วิเคราะห์ และสังเคราะห์จุดเด่นของทฤษฎี และเทคนิควิธีการปรึกษาต่าง ๆ เพื่อนำมาบูรณาการเข้าเป็นทฤษฎีและเทคนิควิธีการปรึกษาอีกทฤษฎีหนึ่ง การบูรณาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหาแนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด (สุรินทร์ สุทธิชาติพิพย์, 2554) แนวโน้มของแวดวงด้านจิตวิทยาการปรึกษาสมัยใหม่ได้มุ่งไปสู่การผสมผสานทางทฤษฎี และเทคนิคด้านการให้คำปรึกษามากขึ้น จะเห็นได้ว่าปัจจุบันนักจิตวิทยาการปรึกษา นักจิตวิทยาคลินิก และนักจิตบำบัดส่วนใหญ่มองตนเองว่า

เป็นนักจิตวิทยาการปรึกษาหรือนักจิตบำบัด แบบผสมผสาน และเลือกใช้การปรึกษาและทำจิตบำบัดแบบผสมผสานเป็นวิธีการหลักในการช่วยเหลือผู้รับบริการ (Consoli & Jester, 2005; Hollanders, 1999; Norcross & Goldfried, 2005 อ้างถึงใน นันทชัตสันห์ สกุลพงศ์, 2557) เหตุผลส่วนหนึ่งเนื่องจากยังไม่มีทฤษฎีใดที่ถูกพิสูจน์ได้อย่างชัดเจนว่า สามารถประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือบุคคลทุกคนได้ดีกว่าทฤษฎีอื่น ดังนั้น การบูรณาการทางทฤษฎีการปรึกษาจึงเป็นสิ่งที่นักจิตวิทยาการปรึกษาควรให้ความสนใจ (นิสรา คำมณี, 2560)

จากการศึกษาวิธีการปรึกษาหลาย ๆ วิธี ยังพบว่าการศึกษาที่หลากหลายยังสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้าลดลง ดังการศึกษาของ Jennifer (2002) ได้ศึกษาผลของการบำบัดด้วยกระบวนการของประสบการณ์บำบัด (Experiential psychotherapy) กับการบำบัดโดยมีผู้รับการบำบัดเป็นศูนย์กลาง (Client-centered psychotherapy) โดยทำการทดลองในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 72 คน บำบัด 20 ครั้ง และติดตามผลการบำบัดในระยะยาว 18 เดือน ผลการให้การบำบัดแบบประสบการณ์ทำให้ไม่มีการกลับมาป่วยซ้ำของโรคซึมเศร้า คะแนนซึมเศร้าลดลงในระยะยาวที่ทำการเก็บข้อมูลการมาติดตามนัดในระยะเวลา 18 เดือน และจากการศึกษาของ Dobson (1989) ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้า จำนวน 28 คน ในปี ค.ศ 1976 ถึงปี ค.ศ 1987 พบว่า การบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม มีประสิทธิภาพดีกว่าในการลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง และการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม มีประสิทธิภาพดีกว่าการรักษาด้วยยาต้านอารมณ์เศร้าและพฤติกรรมบำบัด และจากการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม ต่อภาวะซึมเศร้า จำนวน 78 คน ในปี ค.ศ 1977 ถึงปี ค.ศ 1996 ของ โกลกุน (Gloaguen, 1998) พบว่า การบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม มีประสิทธิภาพดีกว่าในการลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง และการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม มีประสิทธิภาพดีกว่าการได้รับยาต้านเศร้า การบำบัดปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และจิตบำบัดแบบวิเคราะห์กลไกทางจิต และจากการศึกษาติดตามผลการบำบัดในระยะ 1 ปี การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพดีกว่าการได้รับยาต้านอารมณ์เศร้าและการป้องกันการเกิดเป็นซ้ำ (Relapse) และจากการศึกษาของ ไมสิค (Maisiak, 1996, p. 66) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบยี่บุคคล เป็นศูนย์กลางที่มีต่อสภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยโรคใจข้อ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีสภาวะทางจิตใจเปลี่ยนแปลงดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของ ลูดวิก (Ludwig, 2001, p. 328) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการบำบัดโดยผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลางสำหรับผู้ป่วยที่บุคลิกภาพผิดปกติและการผสมผสานร่วมกับการรักษาโดยจิตเวชศาสตร์ พบว่า การบำบัดโดยผู้รับคำปรึกษาเป็น

ศูนย์กลางสามารถช่วยผู้ป่วยดีขึ้นบางส่วน แต่สำหรับการรักษา ร่วมกับจิตเวชที่ไม่สามารถช่วยให้เห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนได้ จากการศึกษาของ Gloaguen (1998) การบำบัดทางปัญญา (Cognitive therapy) มีพื้นฐานความเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิด จากการรับรู้ที่บิดเบือนไม่ถูกต้อง เลือกลงใจแต่ในแง่ลบของเหตุการณ์และไม่เป็นความจริง วิธีการ คือ ช่วยให้บุคคลเข้าใจและค้นหาความคิดด้านลบ แล้วปรับเปลี่ยนการคิดไปอีกทางที่ยืดหยุ่นและเป็นทางบวก นอกจากนี้ยังพบว่าการบำบัดปัญญาสามารถลดภาวะซึมเศร้าและป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง และจากการศึกษาของ Viinamaki (1998) มีการศึกษาพบว่า จิตบำบัดมีผลต่อ Serotonin metabolism จากการศึกษาผู้ป่วย 2 ราย ไม่ได้รับการรักษาด้วยจิตบำบัดหรือการรักษาอย่างอื่น ช่วงแรก พบว่า Serotonin uptake (การดูดกลับสารสื่อประสาทซีโรโตนินของเซลล์ประสาท) ลดลง ศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมจำนวน 10 คน ที่ได้รับการรักษาด้วยจิตบำบัดครบหนึ่งปี พบว่า กลุ่มไม่ได้รับจิตบำบัดยังคงมี Serotonin uptake ลดลงเหมือนเดิม ผู้ที่ได้รับจิตบำบัดมี Serotonin uptake ปกติ จากการศึกษานี้แสดงว่า จิตบำบัดสามารถทำให้ Serotonin metabolism กลับคืนสู่สภาวะปกติได้ ซึ่งการศึกษาที่ได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมมาทำให้ทราบว่า การปรึกษาที่ใช้ในการบำบัดโรคซึมเศร้าเพื่อให้มีภาวะซึมเศร้าที่ลดลงนั้นมีการบำบัดที่หลากหลาย ทั้งการปรับความคิดและพฤติกรรม การบำบัดโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยม การบำบัดโดยใช้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง รูปแบบการบำบัดแบบกลุ่ม และรูปแบบการบำบัดแบบรายบุคคล ซึ่งเป็นรูปแบบที่หลากหลายในการบำบัด และผลการบำบัดโดยใช้ทฤษฎีที่หลากหลายก็ให้ผลที่ดีขึ้น

จากการทบทวนการศึกษานุกรณาการการให้การรักษาโดยใช้พหุทฤษฎีมาในการบำบัด พบว่า มีการศึกษาไว้หลากหลาย ดังการศึกษาของ นิสรา คำมณี (2560) ได้พัฒนาการนุกรณาการการปรึกษาแบบพหุทฤษฎีระหว่างทฤษฎีอัตถิภาวะนิยม กับทฤษฎีเผชิญความจริง เพื่อเสริมสร้างเหตุผลเพื่อการดำรงชีวิตของผู้ต้องขังหญิง ในทัณฑสถานหญิง โดยศึกษาในกลุ่มผู้ต้องขังหญิงที่มีคดีต้องโทษ 10 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในทัณฑสถานหญิงชลบุรี ที่มีคะแนนแบบวัดเหตุผลเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในระดับต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ของกรมสุขภาพจิต และคัดเลือกเฉพาะผู้ที่ได้คะแนน 8Q เท่ากับ 0 และได้สอบถามความสมัครใจเพื่อเข้าร่วม โปรแกรม ได้จำนวน 22 คน สุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 11 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 11 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบวัดเหตุผลเพื่อการดำรงชีวิตอยู่แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) และโปรแกรมการปรึกษากลุ่มนุกรณาการพหุทฤษฎีระหว่างทฤษฎีอัตถิภาวะนิยมและทฤษฎีเผชิญความจริง การทดลองแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรึกษา

กลุ่มบูรณาการพฤติกรรม สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวน 6 สัปดาห์ รวมเป็น 17 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที และกลุ่มควบคุม ไม่ได้รับโปรแกรมการปรึกษากลุ่มบูรณาการพฤติกรรม ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ต้องขังหญิงที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษากลุ่มบูรณาการพฤติกรรมมีเหตุผลเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ต้องขังหญิงที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษากลุ่มบูรณาการพฤติกรรมมีเหตุผลเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผลสูงกว่าในระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะเห็นได้ว่าการปรึกษาแบบพฤติกรรมสามารถทำให้ผู้ต้องขังหญิงมีเหตุผลเพื่อการดำรงชีวิตอยู่มากขึ้น และจากการศึกษาของ Devlin (2007) ได้ศึกษาการให้การศึกษาในรูปแบบต่าง ๆ ในการบำบัดครอบครัว พบว่า การใช้การบูรณาการพฤติกรรมในการบำบัดครอบครัว ให้ผลที่ตอบสนองดีกว่า และผู้บำบัดสามารถที่จะปรับรูปแบบในการบำบัดครอบครัวหรือคู่รักได้ดีกว่าการยึดติดรูปแบบของการบำบัดแบบใดแบบหนึ่ง จึงเสนอไว้เป็นทางเลือกสำหรับนักจิตวิทยาในการบำบัดครอบครัว และจากงานวิจัยของ Harris, Kelley and Shepard (2015) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการปรึกษาแบบพฤติกรรมในการบำบัดซึมเศร้า โดยศึกษาจากข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าจิตบำบัดแบบพฤติกรรมสำหรับบำบัดภาวะซึมเศร้านั้นมีความแตกต่างกันหลายวิธีการและแต่ละวิธีก็มีประสิทธิภาพและมีความหลากหลาย จิตบำบัดแบบพฤติกรรมสำหรับภาวะซึมเศร้า ได้อธิบายถึงวิธีการเลือกวิธีการที่เหมาะสมที่สุดหรือการพิจารณา ร่วมกันในการรักษาโดยอิงกับลักษณะและความพึงพอใจของผู้รับบริการ สำหรับวิธีการปฏิบัติสำหรับการวางแผนการรักษา คือ (1) การทำแบบสำรวจหลายมิติ (2) การสร้างมิติข้อมูลที่สำคัญ 1 มิติขึ้นไป (3) การสร้างแนวคิดเกี่ยวกับหลายมุมมองที่เกี่ยวข้อง และ (4) การเลือกกลยุทธ์ที่สำคัญในการบำบัด จิตบำบัดแบบพฤติกรรมสำหรับภาวะซึมเศร้าอธิบาย 12 สมมติฐานทางคลินิก และ 45 กลยุทธ์สำคัญที่จะช่วยให้ นักจิตวิทยาตัดสินใจในการใช้เทคนิคในการบำบัดในการรักษาตามลักษณะของผู้รับบริการแต่ละรายในลักษณะที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้รับบริการแต่ละราย จากรายงานการวิจัยของ McCarthy (2009) ได้กล่าวถึงการใช้การบูรณาการในการเลือกการบำบัด ซึ่งได้ค้นพบว่า ในแต่ละขั้นตอนของการประเมินผู้รับบริการและการบำบัดนั้น ได้มีการใช้การประเมินแบบบูรณาการเพื่อให้ครอบคลุมในทุกด้านและนำมาวางแผนการบำบัด ซึ่งการประเมินแบบบูรณาการพฤติกรรมสามารถช่วยผู้บำบัดในการเลือกเครื่องมือในการบำบัด ได้ตรงกับประเด็นปัญหาของแต่ละราย และทำให้ผลของการบำบัดดีขึ้น

จากประเด็นการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้ำดังกล่าว ได้มีวิธีการบำบัดที่หลากหลาย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ำดีขึ้น ซึ่งมีทั้งการปรับความคิด และพฤติกรรม (CBT) การใช้ทฤษฎี

ปัญญานิยม (CT) และการใช้ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม (EXP) การให้การปรึกษา รายบุคคลและรายกลุ่ม จากวิธีการที่หลากหลายในการบำบัดทางจิตวิทยา ผู้วิจัยจึงมีความต้องการ ศึกษาหาวิธีการให้การปรึกษาทางจิตวิทยาที่สามารถเลือกใช้เทคนิคในการให้การปรึกษาได้อย่าง บูรณาการกับผู้รับการปรึกษา เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ วางแผนการรักษา และให้การปรึกษาได้ ตรงกับปัญหาของผู้ป่วยซึมเศร้าแต่ละราย ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ได้อย่าง เหมาะสม ทั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งหมายที่จะพัฒนาโปรแกรมเพื่อให้เกิดประโยชน์ทั้งผู้รับบริการ และ ผู้ให้บริการอย่างสูงสุด

คำถามในการวิจัย

1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการปรึกษาและระยะเวลาหรือไม่อย่างไร
2. การปรึกษารายบุคคลแบบการบูรณาการการปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยมเมื่อเทียบกับวิธีการปรึกษาแบบปัญญานิยม การปรึกษาแบบประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม และการปรึกษาแบบปรับความคิดและพฤติกรรม ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยแตกต่างกันหรือไม่และอย่างไร
3. การปรึกษาแต่ละวิธี เมื่อเวลาเปลี่ยนไปส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า แตกต่างกันหรือไม่ และอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการปรึกษาและระยะเวลา
2. เพื่อเปรียบเทียบผลการปรึกษารายบุคคลที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าระหว่าง วิธีการปรึกษาแบบการบูรณาการการปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับ ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม วิธีการปรึกษาแบบปัญญานิยม กับวิธีการปรึกษาแบบ ประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม และวิธีการปรึกษาแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม
3. เพื่อศึกษาผลการปรึกษารายบุคคลระหว่างวิธีการปรึกษาแบบการบูรณาการ การปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม วิธีการปรึกษาแบบปัญญานิยม และวิธีการปรึกษาแบบประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม ที่ส่งผล ต่อภาวะซึมเศร้า เมื่อเวลาเปลี่ยนไป

สมมติฐานของการวิจัย

1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีกับระยะเวลา
2. ผลการศึกษารายบุคคลที่ได้รับโปรแกรมการบูรณาการการการปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยต่ำกว่าการปรึกษาแบบปัญญานิยม การปรึกษาแบบประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม และการปรึกษาแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมในระยะหลังการทดลองและติดตามผล
3. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ที่ได้รับโปรแกรมการบูรณาการการการปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม แบบปัญญานิยม และการปรึกษาแบบประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม หลังการปรึกษาและระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ได้โปรแกรมการปรึกษาแบบบูรณาการพหุทฤษฎีที่ใช้ทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถนำโปรแกรมการบูรณาการการปรึกษาไปใช้ในการบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างเป็นรูปธรรม
3. เป็นองค์ความรู้ในการวิจัยต่อไป
 - 3.1 สามารถนำผลการวิจัยไปเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างอื่นที่มีสภาพการณ์ต่างกันออกไป
 - 3.2 สามารถนำผลการวิจัยไปศึกษาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างอื่น

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) โดยมีขอบเขตการศึกษา ดังต่อไปนี้

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
 ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ การเลือกหน่วยตัวอย่างแบบสุ่ม (Random selection) ตามเกณฑ์การคัดเข้ากลุ่ม ได้ทั้งหมดจำนวน 48 คน การจัดหน่วยตัวอย่างเข้ากลุ่ม (Random assignment) ได้จำนวนกลุ่มละ 12 คน จำนวน 4 กลุ่ม และ

การเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแบบสุ่ม (Random treatment) ทำการแบ่งกลุ่มด้วยการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 3 กลุ่ม กลุ่มละ 12 คน และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม กลุ่มละ 12 คน ดังนี้

กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับโปรแกรมการบูรณาการการปรึกษาแบบพหุทฤษฎี โดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม (Multitheoretical psychotherapy: MTP)

กลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับโปรแกรมการปรึกษาแบบปัญญานิยม (Cognitive psychotherapy: CT)

กลุ่มทดลองที่ 3 ได้รับโปรแกรมการปรึกษาแบบประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม (Experiential-humanistic: EXP)

กลุ่มควบคุม ได้รับโปรแกรมการปรึกษาแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral psychotherapy: CBT)

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวแปรต้น

1.1 วิธีการปรึกษา จำแนกเป็น

- 1.1.1 วิธีการปรึกษาแบบการบูรณาการการปรึกษาพหุทฤษฎี
- 1.1.2 วิธีการปรึกษาแบบทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม
- 1.1.3 วิธีการปรึกษาแบบทฤษฎีปัญญานิยม
- 1.1.4 วิธีการปรึกษาแบบปกติที่ใช้กระบวนการการปรับความคิดและพฤติกรรม

ซึ่งทางโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ ใช้เป็นแนวทางในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน

1.2 ระยะเวลาในการทดลอง แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

- 1.2.1 ระยะก่อนการทดลอง
- 1.2.2 ระยะหลังการทดลอง
- 1.2.3 ระยะติดตามผล

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่ในการทำจิตบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งมีการบำบัดโดยใช้ทฤษฎีที่หลากหลาย จิตบำบัดที่นิยมนำมารักษาผู้มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่

1. การบำบัดโดยใช้การบูรณาการทฤษฎี (Multitheoretical counseling) การปรึกษาแบบบูรณาการ เป็นอีกหนึ่งวิธีที่มีทฤษฎีและเทคนิควิธีที่ใช้ ในการเลือกสรร วิเคราะห์ และสังเคราะห์ จุดเด่นของทฤษฎีและเทคนิควิธีการปรึกษาต่าง ๆ เพื่อนำมาบูรณาการเข้าเป็นทฤษฎีและเทคนิควิธีการปรึกษาอีกทฤษฎีหนึ่ง การบูรณาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหาแนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด (สุรินทร์ สุทธิชาติพิทย์, 2554) แนวโน้มของแวดวงด้านจิตวิทยาการปรึกษาสมัยใหม่ ได้มุ่งไปสู่การผสมผสานทางทฤษฎี และเทคนิคด้านการให้คำปรึกษา มากขึ้น จะเห็นได้ว่าปัจจุบันนักจิตวิทยาการปรึกษา นักจิตวิทยา คลินิก และนักจิตบำบัดส่วนใหญ่ มองตนเองว่าเป็นนักจิตวิทยาการปรึกษาหรือนักจิตบำบัด แบบผสมผสาน และเลือกใช้การปรึกษา และทำจิตบำบัดแบบผสมผสานเป็นวิธีการหลัก ในการช่วยเหลือผู้รับบริการ (Consoli & Jester, 2005; Hollanders, 1999; Norcross & Goldfried, 2005 อ้างถึงใน นันทชัตต์สันท์ สกุลพงศ์, 2557) เหตุผลส่วนหนึ่งเนื่องจากยังไม่มีทฤษฎีใด ที่ถูกพิสูจน์ได้อย่างชัดเจนว่าสามารถประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือบุคคลทุกคนได้ดีกว่าทฤษฎีอื่น ดังนั้น การบูรณาการทางทฤษฎีการปรึกษาจึงเป็น สิ่งที่นักจิตวิทยาการปรึกษาควรให้ความสนใจ (นิสรา คำมณี, 2560) ซึ่งในครั้งนี้นำผู้วิจัยได้พัฒนา โปรแกรมการบูรณาการมาจากหลักการของการปรึกษาแบบพหุทฤษฎีของ Brook-Harris (2007, p. 176)

2. การบำบัดทางปัญญา (Cognitive therapy) มีพื้นฐานความเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการรับรู้ที่บิดเบือนไม่ถูกต้อง เลือกลงใจแต่ในแง่ลบของเหตุการณ์และไม่เป็นความจริง วิธีการ คือ ช่วยให้ผู้คนเข้าใจและค้นหาความคิดด้านลบ แล้วปรับเปลี่ยนการคิดไปอีกทาง ที่ยืดหยุ่นและเป็นทางบวก นอกจากนี้ยังพบว่า การบำบัดทางปัญญาสามารถลดภาวะซึมเศร้า และป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มิภาวะซึมเศร้า ระดับน้อยถึงปานกลาง (Gloaguen et al., 1998)

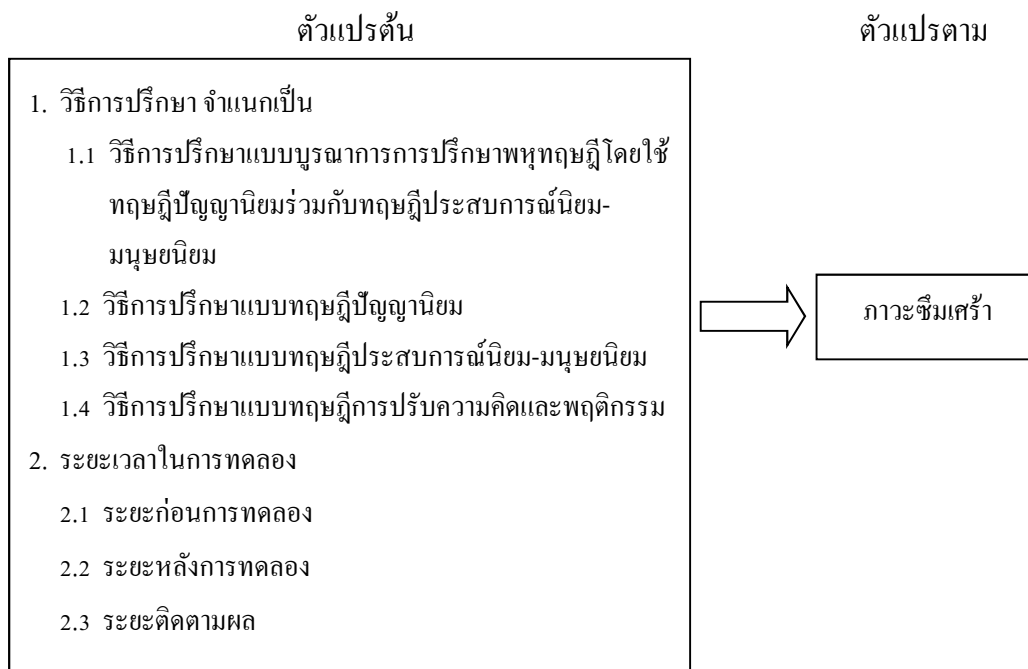
3. การบำบัดแบบประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม (Experiential-humanistic) การศึกษาของ Jennifer (2002) ได้ศึกษาผลของการบำบัดด้วยกระบวนการของ ประสบการณ์บำบัด (Experiential psychotherapy) กับการบำบัดโดยมีผู้รับการบำบัดเป็น ศูนย์กลาง (Client-centered psychotherapy) โดยทำการทดลองในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 72 คน บำบัด 20 ครั้ง และติดตามผลการบำบัดในระยะยาว 18 เดือน ผลการให้ การบำบัดแบบประสบการณ์ทำให้ไม่มีการกลับมาป่วยซ้ำของโรคซึมเศร้า คะแนนซึมเศร้า ลดลงในระยะยาวที่ทำการเก็บข้อมูลการมาติดตามนัดในระยะเวลา 18 เดือน

4. การบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการสืบค้นถึงความขัดแย้งภายในจิตใจ โดยการพิสูจน์หาแบบแผนความคิดที่ทำให้

เกิดกระบวนการคิด ที่บิดเบือนไปในทางลบ แล้วดัดแปลงแก้ไขให้เป็นกระบวนการคิดใหม่ (Soek & Tiam, 2003) การบำบัดพฤติกรรมทางความคิดสามารถทำได้เป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาความสัมพันธ์ที่เป็นเหตุเป็นผลระหว่างการเปลี่ยนแปลงของความคิดอัตโนมัติความบกพร่องของทัศนคติและอาการของโรคซึมเศร้า โดยใช้กลุ่มบำบัดพฤติกรรมทางความคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า กลุ่มบำบัดพฤติกรรมทางความคิดช่วยลดความคิดด้านลบเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติและความบกพร่องของทัศนคติซึ่งทำให้เกิดการลดลงของอาการซึมเศร้า (อัญชลี ฉัตรแก้ว, 2546) และการศึกษาผลของกลุ่มบำบัดพฤติกรรมทางความคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดทำให้อาการซึมเศร้าลดลง (Tsai-Hwei et al., 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำมาเป็นแนวคิดในการวิจัยโดยการพัฒนาโปรแกรมการปรึกษาที่หลากหลายทฤษฎีมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยแสดงความสัมพันธ์ในรายละเอียดในตัวแปรที่ใช้ศึกษาดังต่อไปนี้

แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตามในกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบวัด Beck depression inventory ของ Beck (1967)

1.2 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย Mini-mental state examination:

Thai version (MMSE-Thai 2002) ของกรมสุขภาพจิต

1.3 แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ของกรมสุขภาพจิต

1.4 แบบคัดกรองโรคจิต ของกรมสุขภาพจิต

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ เบ็ค (Beck depression inventory (BDI-IA))

ฉบับภาษาไทย แปล โดยมุกดา ศรียงค์

2.2 มาตรวัดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล SUDs (Subjective unit of distress)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

3.1 โปรแกรมการปรึกษาบูรณาการปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยม

ร่วมกับทฤษฎีประสบการณ์-มนุษย์นิยม

3.2 โปรแกรมการปรึกษาตามทฤษฎีปัญญานิยม

3.3 โปรแกรมการปรึกษาตามทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษย์นิยม

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ด้วยเกณฑ์การจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD10) ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า F32 (Depressive disorder)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อาการที่แสดงที่มีความแปรปรวนในด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจและร่างกาย โดยมีอาการเศร้า ไม่กระตือรือร้นในชีวิต การกิน การนอนผิดปกติ คิดว่าตนเองเจ็บป่วย มีความคิดทางลบต่อตนเอง ต่ำหนิตนเอง รู้สึกตนเองไร้ค่า มีความคิดในทางลบต่อสิ่งแวดล้อม และมีความคิดในทางลบต่ออนาคต ท้อแท้ หดหวัง ซึ่งเป็นเป็นภาวะซึมเศร้าตามความหมายของเบ็ค (Beck, 2007) โดยประเมินภาวะซึมเศร้า Beck depression inventory (Beck, 1967) มีค่าคะแนน 21-30 คะแนน อยู่ในภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า

ความหมายของสัญลักษณ์ที่ใช้ในงานวิจัย

MTP หมายถึง โปรแกรมการบูรณาการการปรึกษารายบุคคลแบบพหุทฤษฎี โดยบูรณาการการปรึกษาทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม (Multitheoretical psychotherapy)

CT หมายถึง โปรแกรมการปรึกษารายบุคคลโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive psychotherapy)

EXP หมายถึง โปรแกรมการปรึกษารายบุคคลโดยใช้ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม (Experiential-humanistic psychotherapy)

CBT หมายถึง โปรแกรมการปรึกษารายบุคคลโดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรมสำหรับบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ (Cognitive behavioral therapy)

COG หมายถึง สัญลักษณ์ที่ใช้ย่อในการเขียนโปรแกรมการปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive psychotherapy)

โปรแกรมการปรึกษาแบบพหุทฤษฎี หมายถึง โปรแกรมการบูรณาการปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม

การบูรณาการปรึกษาพหุทฤษฎี (Multitheoretical psychotherapy: MTP) หมายถึง โปรแกรมการปรึกษาการบูรณาการการปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการบูรณาการทฤษฎีตั้งแต่ 2 ทฤษฎีขึ้นไป ตามหลักการของการปรึกษาแบบพหุทฤษฎีของ Brook-Harris (2007, p. 176) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎี Cognitive psychotherapy กับ ทฤษฎี Experiential-humanistic psychotherapy มาใช้ในการสร้างโปรแกรมการปรึกษา ดังมีรายละเอียดโปรแกรม ดังนี้

ข้อตกลงเบื้องต้น 4 ประการ ของการบูรณาการปรึกษาแบบพหุทฤษฎี (MTP)

ประการที่ 1 หลักการสำคัญของบูรณาการทางจิตวิทยา 5 อย่าง (Five principles for integrative psychotherapy)

- กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

- กิจกรรมที่ 2 การวิเคราะห์ตัวตน

ประการที่ 2 ข้อตกลงมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน (Working interactively)

- กิจกรรมที่ 3 การระบุมุมมองและความรู้สึก

- กิจกรรมที่ 4 การสร้างความเข้าใจ

ประการที่ 3 บริบทในการทำงาน (Working contextually)

- กิจกรรมที่ 5 การยอมรับเพื่อปรับเปลี่ยน
 - ประการที่ 4 การวางแผนในการให้การปรึกษาแบบบูรณาการ (Integrative treatment planning)
 - กิจกรรมที่ 6 วางแผนในการปรับเปลี่ยน
 - กิจกรรมที่ 7 ทดลองปรับเปลี่ยน
 - กิจกรรมที่ 8 ทำความเข้าใจและยอมรับผลในการปรับเปลี่ยน
 - กิจกรรมที่ 9 สรุปผลและให้กำลังใจ
- เทคนิคที่ใช้ในกิจกรรมทั้ง 9 กิจกรรม มีแสดงไว้ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ EXP-5 Communicating empathy and positive regard EXP-6 Supporting authenticity	กิจกรรมที่ 5 การยอมรับเพื่อปรับเปลี่ยน COG-4 Illuminating core beliefs EXP-11 Fostering mindful awareness
กิจกรรมที่ 2 การวิเคราะห์ตัวตน EXP-7 Integrating parts of self EXP-4 Fostering self-actualization	กิจกรรมที่ 6 วางแผนในการปรับเปลี่ยน COG-5 Evaluating evidence COG-6 Testing hypotheses
กิจกรรมที่ 3 การระบุนึกคิดและความรู้สึก EXP-1 Identifying feelings COG-1 Identifying thought	กิจกรรมที่ 7 ทดลองปรับเปลี่ยน COG-7 Modifying beliefs EXP-9 Fostering here and now awareness
กิจกรรมที่ 4 การสร้างความเข้าใจ EXP-2 Clarifying the impact of feelings COG-2 Clarifying the impact of thought	กิจกรรมที่ 8 ทำความเข้าใจและยอมรับผลในการปรับเปลี่ยน COG-13 Brainstorming solutions COG-14 Providing psycho education
กิจกรรมที่ 9 การประเมินผลและให้กำลังใจ	

ภาพที่ 2 แสดงโปรแกรมการบูรณาการพฤติกรรม โดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม

โปรแกรมการปรึกษาแบบปัญญานิยม (Cognitive psychotherapy: CT) กรอบแนวคิดพื้นฐานการปรึกษาแบบปัญญานิยม

การสร้างกรอบแนวคิดพื้นฐานของการปรึกษาแบบปัญญานิยม จะต้องมีส่วนประกอบ

3 ส่วน คือ โครงสร้างแบบ A-B-C โดยที่ A คือ เหตุการณ์ที่เข้ามากระตุ้น B คือ ความคิดหรือความเชื่อของผู้รับการปรึกษา และ C คือ ผลที่เกิดขึ้นซึ่งแสดงออกมาในรูปแบบของอารมณ์ หรือพฤติกรรม โครงสร้างนี้มีประโยชน์อย่างมากในการสอนให้ผู้รับการปรึกษาได้รับรู้ถึงความสัมพันธ์ตามโครงสร้างนี้ และกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษานำไปปรับใช้ในชีวิตของพวกเขา ในชีวิตประจำวันเราพบได้บ่อยครั้งที่เหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ามากระตุ้นให้บุคคลเกิดอารมณ์ และความรู้สึกตามมา หลักการสำคัญของกรอบแนวคิดการปรึกษาแบบปัญญานิยม คือ การทำให้ตระหนักถึงบทบาทของตัวแปรคั่นกลาง นั่นคือ ความคิด ความเชื่อที่เกิดขึ้น ที่มีบทบาทในการแปลความหมายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และก่อให้เกิดอารมณ์หรือพฤติกรรม ดังนั้นการที่คุณจะสำรวจรูปแบบความคิดความเชื่อนี้ คุณจะต้องพยายามตอบคำถามที่มีความเกี่ยวข้องกัน 3 คำถาม คือ 1) สถานการณ์อะไรที่ทำให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความเศร้า 2) อารมณ์หรือความรู้สึกของผู้รับการปรึกษาคืออะไร และ 3) ความคิดที่เกิดขึ้นระหว่างกลางต่อสถานการณ์นั้นคืออะไร ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดอารมณ์หรือพฤติกรรมที่ผู้รับการปรึกษาตอบสนอง

ความคิด 3 ระดับ ได้แก่ หนึ่ง ความคิดอัตโนมัติที่อยู่ระดับบนสุด รวมไปถึง “คำพูดหรือภาพที่ปรากฏขึ้นจริงในความคิดของบุคคล” ที่มีต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ส่วนความคิดระดับลึกที่สุดคือ ความเชื่อหลัก (Core beliefs) เป็นตัวแทนของความเชื่อที่ “เหมารวม ยึดติด และการขยายความเกินจริง” ความเชื่อเกี่ยวกับตัวเอง คนอื่น ๆ และโลกใบนี้ ความเชื่อระหว่างกลาง (Intermediately beliefs) ประกอบด้วย เจตคติ ทัศนคติ และข้อสรุปที่ไม่ชัดเจน แต่มีอิทธิพลต่อการมองสถานการณ์ของเรา (Beck, 1995, p. 16 cited in Brook, 2008) เมื่อพิจารณาความคิดทั้ง 3 ระดับแล้ว ความเชื่อหลัก (Core beliefs) มีอิทธิพลในการพัฒนาความเชื่อระหว่างกลาง (Intermediately beliefs) ซึ่งเป็นความเชื่อที่จะขยายไปสู่ความคิดอัตโนมัติ (Automatic thought) ต่อสถานการณ์หนึ่ง ๆ ผลที่ตามมา คือ ปฏิกริยาทางอารมณ์ ตัวอย่างเช่น “ฉันไม่คนไม่ค่า” ความคิดนี้อาจมาจากความเชื่อหลัก (Core beliefs) ซึ่งขยายไปสู่ความเชื่อระหว่างกลาง (Intermediately beliefs) เช่น “ฉันไม่มีอะไรที่จะไปนำเสนอให้นายจ้างเห็น” ซึ่งความคิดนี้จะส่งไปยังความคิดอัตโนมัติ (Automatic thought) คือ “ทำไมการสมัครงานจึงรบกวนจิตใจฉัน” ในการสรุปกรอบแนวคิดนี้จะมีประโยชน์มากในการคิดเรื่องความคิดที่เหมาะสมที่คุณควรจะกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาได้นำไปใช้ เพื่อการสำรวจความคิดของผู้รับการปรึกษาและสร้างกรอบแนวคิด ซึ่งประกอบไปด้วยองค์ประกอบหลัก ๆ ดังต่อไปนี้

- สถานการณ์ (Activating event)
- อารมณ์ที่เกิดขึ้น (Consequences)
- ความคิดอัตโนมัติ (Automatic thought)

- ความเชื่อระหว่างกลาง (Intermediate beliefs)

- ความเชื่อหลัก (Core beliefs)

ผู้วิจัยได้สร้างกิจกรรมขึ้นจากแนวคิดหลักของการปรึกษาแบบปัญญานิยม โดยมีกิจกรรมดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ 2 อิทธิพลของความคิด และการจัดการ

กิจกรรมที่ 3 ความเชื่อ และการสำรวจความหมาย

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนช่วยเหลือ

กิจกรรมที่ 5 การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เฉพาะเจาะจงให้เหมาะสม

กิจกรรมที่ 6 เปลี่ยนความคิด ความเชื่อ เป็นแรงผลักดันในชีวิต

กิจกรรมที่ 7 การระดมสมอง

กิจกรรมที่ 8 ให้ความรู้ด้านจิตวิทยา

กิจกรรมที่ 9 ประเมินผล

เทคนิคที่ใช้ในกิจกรรมทั้ง 9 กิจกรรม มีแสดงไว้ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ COG-1 Identifying feeling	กิจกรรมที่ 5 COG-7 Modifying beliefs
กิจกรรมที่ 2 ระบุความรู้สึก COG-2 Clarifying the impact of feeling COG-3 Encouraging the impact of feeling	กิจกรรมที่ 6 COG-8 Reinforcing adaptive cognition COG-9 Encouraging accurate perception
กิจกรรมที่ 3 COG-4 Illuminating core belief	กิจกรรมที่ 7 COG-13 Brainstorming solution
กิจกรรมที่ 4 COG-5 Evaluating evidence COG-6 Testing hypotheses	กิจกรรมที่ 8 COG-Providing psychoeducation
กิจกรรมที่ 9 การประเมินผล Post-test	

ภาพที่ 3 แสดงโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยม

โปรแกรมการปรึกษาแบบประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม (Experiential-humanistic psychotherapy: EXP)

เทคนิคของทฤษฎีประสบการณ์นิยม ได้มาจาก Emotion-focused therapy (Greenberg & Paivio, 1997; Greenberg, 2002), Gestalt therapy (Perls, Hefferline & Goodman, 1951; Perls, 1969; Polster & polster, 1973; Yontef, 1993), จิตวิทยาของกลุ่มมนุษยนิยม (Maslow, 1968) Person-Centered Therapy (Rogers, 1951, 1957; Raskin & Rogers, 2000) จิตวิทยาของกลุ่มอัตถิภาวะนิยม (Bugental, 1965; Frankl, 1969; Yalom, 1985) และการปรึกษาแนวประสบการณ์นิยม (Gendlin, 1973, 1978; Mahrer, 1986) เทคนิคแนวประสบการณ์นิยมทั้ง 12 เทคนิค ได้หมายความถึงการนำเสนอประเภทของทักษะที่สามารถใช้ประโยชน์ในการสำรวจความรู้สึกและประสบการณ์ส่วนบุคคล กระตุ้นความงอกงามส่วนบุคคล และเผชิญหน้ากับสิ่งที่เกิดขึ้น

กรอบแนวคิดแบบประสบการณ์นิยมจะให้ความสำคัญกับความรู้สึก (Feeling) และบทบาทของความรู้สึกต่อการทำหน้าที่ของมนุษย์ ถ้าคุณตัดสินใจว่าปัญหาของผู้รับบริการปรึกษา มีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกดั้งเดิมของพวกเขา Greenberg and Paivio (1997) อธิบายกระบวนการของกรอบแนวคิดของอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ที่เฉพาะเจาะจงส่วนบุคคลและเข้าใจวัตถุประสงค์ที่พวกเขาต้องการ ความรู้สึกส่วนใหญ่สามารถแยกประเภทได้ 5 อารมณ์พื้นฐาน คือ 1) อารมณ์โกรธ 2) อารมณ์เศร้าหรือเสียใจ 3) อารมณ์กลัวหรือวิตกกังวล 4) อารมณ์ละอายใจ และ 5) อารมณ์พอใจ (เช่น มีความสุข หรือรัก) กรอบแนวคิดแบบประสบการณ์นิยม เกี่ยวข้องกับความรู้สึกของผู้รับบริการปรึกษาที่กำลังประสบอยู่ และตัดสินใจว่าพวกเขาจะแสดงอารมณ์แรกเริ่ม (Primary emotion), อารมณ์ที่สอง (Secondary emotion) อารมณ์เป็นสื่อ (Instrumental emotion)

ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมจากกรอบแนวคิดของทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม ในการบำบัดอาการซึมเศร้า โดยมีรายละเอียดของโปรแกรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ 2 การกระตุ้นและทำความเข้าใจอิทธิพลของความรู้สึก

กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนให้เกิดความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง

กิจกรรมที่ 4 การสื่อสารด้วยการร่วมรู้สึกและการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข

กิจกรรมที่ 5 การให้การสนับสนุนด้วยความจริงแท้

กิจกรรมที่ 6 การบูรณาการตัวตน

กิจกรรมที่ 7 การสนับสนุนให้ตระหนักรู้และการยอมรับอิสระและความรับผิดชอบ

กิจกรรมที่ 8 การระลึกถึงข้อจำกัดที่มีอยู่

กิจกรรมที่ 9 ประเมินผล

เทคนิคที่ใช้ในกิจกรรมทั้ง 9 กิจกรรม มีแสดงไว้ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ EXP-1 Identifying feeling	กิจกรรมที่ 5 EXP-6 Supporting authenticity
กิจกรรมที่ 2 EXP-2 Clarifying the impact feeling EXP-3 Encouraging the impact feeling	กิจกรรมที่ 6 EXP-7 Integrating parts of self EXP-8 Fostering attention
กิจกรรมที่ 3 EXP-4 Fostering self-actualization	กิจกรรมที่ 7 EXP-9 Fostering here and now awareness EXP-11 Accepting freedom and responsibility
กิจกรรมที่ 4 EXP-5 Communicating empathy and positive regard	กิจกรรมที่ 8 EXP-12 Recognizing existential limitation
กิจกรรมที่ 9 การประเมินผล Post-test	

ภาพที่ 4 แสดงโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม

การปรึกษาแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy: CBT) หมายถึง โปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยซึมเศร้าที่โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ใช้ในการบำบัด ตามการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) โดยมีกิจกรรมการบำบัด ดังนี้

- กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ สํารวจปัญหา
- กิจกรรมที่ 2 การกำหนดหัวข้อพูดคุย (Agenda setting)
- กิจกรรมที่ 3 ตั้งเป้าหมายของการบำบัด (Goal setting)
- กิจกรรมที่ 4 ตารางกิจกรรม (Activity scheduling)
- กิจกรรมที่ 5 การบ้าน (Homework)
- กิจกรรมที่ 6 การทดสอบความคิดอัตโนมัติ (Testing automatic thought)
- กิจกรรมที่ 7 การดัดแปลงความเชื่อ (Modifying beliefs)
- กิจกรรมที่ 8 การสิ้นสุดการบำบัด (Ending therapy)

กิจกรรมที่ 9 ประเมินผล

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ สำรวจปัญหา	กิจกรรมที่ 5 การบ้าน (Homework)
กิจกรรมที่ 2 การกำหนดหัวข้อพูดคุย (Agenda setting)	กิจกรรมที่ 6 การทดสอบความคิดอัตโนมัติ (Testing automatic thought)
กิจกรรมที่ 3 ตั้งเป้าหมายของการบำบัด (Goal setting)	กิจกรรมที่ 7 การดัดแปลงความเชื่อ (Modifying beliefs)
กิจกรรมที่ 4 ตารางกิจกรรม (Activity scheduling)	กิจกรรมที่ 8 การสิ้นสุดการบำบัด (Ending therapy)
กิจกรรมที่ 9 การประเมินผล Post-test	

ภาพที่ 5 แสดงโปรแกรมการศึกษาโดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม

ความเครียดตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล หมายถึง ระดับการรับรู้ถึงถึงความเครียดของแต่ละคน ซึ่งใช้เครื่องมือวัดความเครียดมาแบ่งระดับความเครียด โดยใช้เครื่องมือเป็นมาตรวัดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล (Subjective units of distress scale: SUDS) มีระดับ 0-10 ซึ่งคะแนน 10 คือ เครียดมาก 0 คือ ไม่เครียดเลยรู้สึกผ่อนคลาย

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาผลของการปรึกษาตามการบูรณาการพหุทฤษฎีต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามหัวข้อ ดังนี้

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
 - 1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - 1.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า
 - 1.3 ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า
 - 1.4 ระดับและอาการของผู้มีภาวะซึมเศร้า
 - 1.5 การประเมินภาวะซึมเศร้า
 - 1.6 การรักษาผู้มีภาวะซึมเศร้า
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการบูรณาการการปรึกษาแบบพหุทฤษฎี
 - 2.1 ข้อตกลงเบื้องต้น 4 ประการ ของการบูรณาการปรึกษาแบบพหุทฤษฎี
 - ประการที่ 1 หลักการสำคัญของการบูรณาการทางจิตวิทยา 5 อย่าง (Five principles for integrative psychotherapy)
 - ประการที่ 2 ข้อตกลงที่มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน (Working interactively)
 - ประการที่ 3 บริบทในการทำงาน (Working contextually)
 - ประการที่ 4 การวางแผนในการให้การปรึกษาแบบบูรณาการ (Integrative treatment planning)
 - 2.2 แนวคิดของการปรึกษาแบบปัญญานิยม
 - 2.3 แนวคิดของการปรึกษาแบบประสบการณ์-มนุษยนิยม
3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 3.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องภายในประเทศ
 - 3.2 เอกสารที่เกี่ยวข้องต่างประเทศ

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม ได้มีผู้ศึกษาความหมายของภาวะซึมเศร้า ไว้หลากหลายพอสรุปได้ ดังนี้

กรมสุขภาพจิต (2556) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่มีอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุกเพลิดเพลิน หรือหมดอาลัยตายอยาก โดยมีระดับความรุนแรงและระยะเวลาต่อเนื่องยาวนานจนเกิดผลกระทบทางคำพูด ความคิด พฤติกรรมและร่างกายของผู้ป่วย ตลอดจนเกิดผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน รวมทั้งหน้าที่การงานและสังคม

ทวี ตั้งเสรี, พิเชษฐ ตั้งอุดมรัตน์, วัชณี หัตถพนม และภัสรา เซษฐ์โชติศักดิ์ (2556)

ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วย มีอารมณ์และความรู้สึกเศร้าหมอง หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุก ท้อแท้ หมดหวัง เบื่ออาหาร กินได้น้อยลง ไม่มีเรี่ยวแรง น้ำหนักลด มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า บางคน มีความคิดอยากตาย และอาจฆ่าตัวตายได้ อาการดังกล่าวต้องเป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป และมีผลต่อการดำรงชีวิต

ศิริพร จิรวัดน์กุล (2556) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้า ความหมาย ดังนี้ 1) เป็นอารมณ์ (Mood) และความรู้สึก (Feeling) หงอยเหงา เศ็ง เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ หมดหวัง ถือว่าเป็นอารมณ์ตามธรรมชาติที่ปกติ เกิดขึ้นได้กับทุกคนตลอดช่วงชีวิต เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวแล้วหายไปในเวลาไม่นาน ในสถานการณ์ที่มีความน่าสลดใจ หรือมีการสูญเสียเกิดขึ้น 2) เป็นอาการ (Symptom) เป็นการแสดงทางอารมณ์ออกมาเป็นพฤติกรรมต่าง ๆ ได้แก่ อาการหงุดหงิด ขุนเขี้ยว การนอนผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับหรือนอนมากกว่าปกติ ใจลอย หลง ๆ ลืม ๆ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เจ็บซึม หมดความสนใจในกิจกรรมที่เคยชอบ รวมทั้งเรื่องเพศ กระสับกระส่าย กระวนกระวาย ไม่อยากพบปะกับใคร มีอาการเหมือนป่วยทางกายเรื้อรังที่หาสาเหตุไม่ได้และรักษาไม่หาย เช่น อาการปวดศีรษะ ไม่สบายท้อง ปวดตามบริเวณต่าง ๆ ของร่างกาย ใจสั่น ความดันโลหิตสูง เป็นต้น และ 3) เป็นอาการเศร้าที่แสดงถึงการเจ็บป่วยทางจิต (Disease) เช่น โรคประสาทวิตกกังวล โรคจิตเภท โรคซึมเศร้าและความผิดปกติทางจิตเวช ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรคอารมณ์ผิดปกติอื่น ๆ

เบ็ค (Beck, 2007) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าที่ผิดปกติ หมายถึง ภาวะแปรปรวนในด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ และร่างกาย โดยจะมีอาการเศร้า หดหู่ มีความคิดด้านลบต่อตนเอง ต่ำหิตตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ท้อแท้หมดหวัง แยกตัวจากสังคม ไม่สนใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีความคิดอยากตาย มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ

คาร์เรน, ฮาเฟน, กอร์ดอน และสมิทซ์ (Karren, Hafen, Gordon & Smith, 2006) ได้ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าไว้ 4 ความหมาย ดังนี้ 1) ความรู้สึกของมนุษย์ ซึ่งเกิดจากการรบกวนสมดุลของชีวิตในภาวะปกติ การสูญเสียความขัดแย้งหรือการบาดเจ็บ 2) อาการเจ็บป่วยทางกายหรืออาการข้างเคียงจากการได้รับยา 3) ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางคลินิก เป็นกลุ่มอาการทางชีววิทยา เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทซึ่งไม่ใช่ปฏิกิริยาในภาวะปกติ เกิดขึ้นโดยไม่มีเหตุผลที่ชัดเจน มีอาการมากกว่าอารมณ์เศร้าเป็นครั้งคราว มีภาวะซึมเศร้าเป็นประจำ ศูนย์ความสุขในสมองทำหน้าที่ได้ไม่ดี และศูนย์การลงโทษในสมองทำงานมากเกินไป แม้กระทั่งสิ่งที่ดีก็ทำให้รู้สึกแย่ ทำให้เกิดการรับรู้ที่บิดเบือน ทุกสิ่งเหมือนมีแต่ในทางลบ บางครั้งภาวะซึมเศร้าก็เกี่ยวข้องกับการยอมแพ้ง่าย ๆ บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ารู้สึกกับไม่ได้กับปัจจุบันและอนาคต บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงอาจจะยอมแพ้ต่อชีวิตลดกิจกรรมลงเรื่อย ๆ ไม่สนใจคนละทิ้งงานอดิเรก ละทิ้งหน้าที่ เนื่องจากไม่มีความรู้สึกดีและยินดีกับสิ่งใด และ 4) ภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากภาวะวิกฤต

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้ความหมายของภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าไว้ดังนี้

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อาการที่แสดงที่มีความแปรปรวนในด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจและร่างกาย โดยมีอาการเศร้า ไม่กระตือรือร้นในชีวิต การกิน การนอนผิดปกติ คิดว่าตนเองเจ็บป่วย มีความคิดทางลบต่อตนเอง ดำเนินตนเอง รู้สึกตนเองไร้ค่า มีความคิดในทางลบต่อสิ่งแวดล้อม และมีความคิดในทางลบต่ออนาคต ท้อแท้ หมดหวัง ซึ่งเป็นภาวะซึมเศร้าตามความหมายของเบ็ค (Beck, 2007) โดยประเมินภาวะซึมเศร้า Beck depression inventory (Beck, 1967) มีค่าคะแนน 21-30 คะแนน อยู่ในภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ด้วยเกณฑ์การจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD10) ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า F32 (Depressive disorder)

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้จากหลากหลายสาเหตุ ซึ่งมักไม่มีเพียงสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ขึ้นอยู่กับการนำแนวคิดหรือพื้นฐานทฤษฎีมาใช้พิจารณาถึงสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนี้

1. พันธุกรรม มีการศึกษา พบว่า ญาติในลำดับที่หนึ่งของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโอกาสป่วยด้วยโรคนี้สูงกว่าคนทั่วไป 1.5-3 เท่า (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2552) ถ้าฝาแฝดจากไข่ ใบเดียวกันมีคนใดคนหนึ่งเกิดโรคซึมเศร้าโอกาสที่แฝดอีกคนหนึ่งจะเกิดโรคนี้สูงถึงร้อยละ 70-80 ถ้าเป็นฝาแฝดจากไข่คนละใบหรือพี่น้องทั่ว ๆ ไปที่ไม่ใช่ฝาแฝด โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจะพบประมาณร้อยละ 10-25 (Sadock & Sadock, 2000) ปัจจัยทางพันธุกรรมอาจมีผลทำให้ระดับของ Monoamine (Norepinephrine (NE)/ serotonin (5-HT)) ในจุดประสานประสาท (Synaptic) ลดลง หรือเพิ่มปฏิกิริยาของแกน HPA (Hypothalamic-pituitary-adrenal axis) มีการตอบสนองต่อความเครียด ถ้าไม่มีความเครียดที่รุนแรง แนวโน้มของความผิดปกติทางพันธุกรรมก็ไม่เพียงพอ ที่จะชักนำให้เกิดอาการซึมเศร้าในทางกลับกันการเผชิญกับความเครียดซ้ำ ๆ นำไปสู่การฟ่อหรือการทลายเซลล์ประสาทมากขึ้นเรื่อย ๆ ลักษณะพันธุกรรม (Genetic traits) สามารถทำให้เกิดความอ่อนแอของเซลล์ประสาท เมื่อเผชิญความเครียดเพียงครั้งแรกก็เพียงพอที่จะทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2557)

2. ความผิดปกติของชีวเคมี

2.1 ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (Abnormal neurotransmitters) มีการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากความไม่สมดุลของสารเคมีในสมอง ในระยะที่มีอาการซึมเศร้าพบมีความบกพร่องหรือความผิดปกติของการทำงาน (Function deficit) ของอะเซทิลโคลีน (Acetylcholine) โดพามีน (Dopamine (DA)) นอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine (NE)) และซีโรโทนิน (Serotonin (5-HT)) (Bailey, Sauer & Herrell, 2002) เช่น การลดลงของนอร์อิพิเนฟริน จะทำให้เกิดความรู้สึกไม่มีความสุขหรือไม่มีความหมายในการมีชีวิตอยู่ ไม่มีพลัง สมาธิและความต้องการทางเพศลดลง และการลดลงของซีโรโทนิน จะทำให้เกิดอาการเบื่ออาหาร หงุดหงิดง่าย การควบคุมตนเอง และความต้องการทางเพศลดลง (Vancarolis, 2002) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกระบวนการเผาผลาญหรือความไว (Sensitivity) ของตัวรับ (Receptor) ของสารสื่อประสาทดังกล่าวมีความผิดปกติ รวมถึงความผิดปกติของการเผาผลาญของสารสื่อประสาทกลุ่มอื่น เช่น อะเซทิลโคลีน (Acetylcholine) โดพามีน (Dopamine) และกรดอะมิโนแกมมาอะมิโนบูไทริก (Gamma amino-butyric acid (GABA)) แล้วส่งผลให้กระบวนการเผาผลาญของสารสื่อประสาท นอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) และซีโรโทนิน (Serotonin) ผิดปกติได้ (สุชาติ พหลภาคย์, 2552)

2.2 ความผิดปกติของฮอร์โมน จากการศึกษาพบว่า การเพิ่มขึ้นของกลูโคคอร์ติคอยด์ (Glucocorticoids) มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า สารกลูโคคอร์ติคอยด์ (Glucocorticoid) เช่น คอร์ติซอล (Cortisol) จากต่อมหมวกไต (Adrenal gland) มีหน้าที่ส่งเสริมการใช้พลัง เพื่อเตรียมอินทรีย์ให้พร้อมที่จะจัดการกับวิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น ในการตอบสนองแบบ “สู้-หรือ-หนี” (Fight or

flight response) (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2557) พบว่า การที่ระดับคอร์ติซอล (Cortisol) เพิ่มขึ้น (Hypercortisolism) อาจเป็นผลจากความเครียดหรือผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมไม่ดีบางอย่าง เช่น การขาดออกซิเจน การขาดเลือด ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ สิ่งเป็นพิษต่อประสาท การติดเชื้อไวรัส เป็นต้น ทำให้เกิดความผิดปกติบริเวณฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) คือ การยับยั้งการสร้างเซลล์ประสาท (Neurogenesis) ทำให้เกิดการฝ่อของเซลล์ (Cellular atrophy) ทำให้ปริมาณของสมองส่วนนี้ลดลง ผลที่ตามมาคือ ความบกพร่องเกี่ยวกับการรู้ (Cognitive deficits) ของภาวะซึมเศร้า (Sapolsky, 2001)

3. สาเหตุด้านจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีทฤษฎีที่ได้อธิบายถึงสาเหตุด้านจิตใจที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนี้

3.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) กล่าวถึงความซึมเศร้าเป็นภาวะหมดหวัง ไร้ที่พึ่งพิง ไร้อำนาจ ซึ่งเกิดภายหลังการเจ็บป่วย การล้มเหลวหรือโคดเดี่ยว โดยทฤษฎีนี้ให้ความสนใจองค์ประกอบภายในที่กระตุ้นให้เกิดความซึมเศร้าตั้งแต่แรกเกิดจนตลอดชีวิตของบุคคล ทั้งการแสดงออก ผลกระทบต่อความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ ตลอดจนความขัดแย้งต่าง ๆ ที่เป็นเหตุของความไม่สมหวังในชีวิต ซิกส์มอน ฟรอยด์ (Sigmund Freud) ได้อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการสูญเสียสิ่งที่ตนรักหรือตนพอใจ (Loss of love object) ที่เกิดขึ้นในช่วงปีแรกของชีวิต (Oral stage) และบุคคลจะเก็บกดไว้ในจิตใต้สำนึก (Unconscious) เป็นความสูญเสียที่ไม่ได้รับการแก้ไข ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้บุคคลรู้สึกว่าเขาเองไม่มีคุณค่าและมีแนวโน้มที่จะใช้กลไกทางจิตชนิดกล่าวโทษตัวเอง (Introjection) หรือระบายความโกรธเข้าสู่ตัวเอง (Anger tuned inward) เมื่อบุคคลเผชิญกับปัญหาหรือความไม่สบายใจต่าง ๆ (อาโพรพรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2553)

3.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ความสิ้นหวัง (Learned helplessness theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการรู้สึกว่าหมดหนทาง และจากการเรียนรู้หลาย ๆ ครั้งว่าการดิ้นรนไม่เกิดประโยชน์ จะทำให้เกิดบุคลิกลักษณะบางอย่างเกิดขึ้น เช่น จำยอม ไม่ขุ่นเคือง ไม่เป็นปรีภย ต่ำหนืดตนเองอยู่เสมอ ซึ่งได้ทำการทดลองในสุนัขโดยใช้การช็อกด้วยกระแสไฟฟ้าอย่างต่อเนื่อง สุนัขไม่มีทางหนีพ้นได้ไม่ว่าจะพยายามหลีกเลี่ยงไปที่ไหน ผลสุดท้ายสุนัขจะเลิกความพยายามดังกล่าวและเกิดมีปฏิกิริยาที่เรียกว่า ความปราศจากการช่วยเหลือหรือความทอดอาลัย (Helplessness) เกิดความรู้สึกว่าสิ้นหวัง หมดกำลังใจและทำอะไรต่อไปไม่ได้ เชื่อว่าทฤษฎีของความปราศจากการช่วยเหลือที่เกิดจากการเรียนรู้ มีส่วนสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในมนุษย์ ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าหลายคนเคยผ่านเคยเผชิญกับเหตุการณ์เลวร้ายทำนองเดียวกัน จนขาดกำลังใจและจิตใจที่จะต่อสู้ต่อไปอีก ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าและความหมาย รวมทั้งความภูมิใจแห่งตนที่ลดลง (Low self-esteem) (Seligman, Rashid & Parks, 2006)

3.3 ทฤษฎีการลดการเสริมแรงทางบวก (Reduced positive reinforcement) ของ เลวินสัน (Lewinsohn, n.d. cited in Jackman-Cram, Dobson & Martin, 2006) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากผลการลดการเสริมแรงทางบวกให้ตนเองอย่างไม่ตั้งใจ ทั้งจากการคิด เช่น การรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Low self-esteem) ความรู้สึกผิด (Guilt) และการมองโลกในแง่ร้าย (Pessimism) การไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวได้ และเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ประสบในชีวิตยังทำให้บุคคลลดการเสริมแรงตนเองในทางบวก ผลที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลลดการตระหนักรู้ในตนเอง (Self awareness) และมุ่งเน้นที่ตนเอง (Focus on the self) เพิ่มการจับผิดตนเอง (Self-criticism) มากขึ้น และคาดหวังอนาคตในทางลบ (Negative expectation) นามาสู่ความไม่พึงพอใจ กังวลใจ (Dysphoria) และบกพร่องทางพฤติกรรม ความคิด และสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Garber, 2000)

3.4 ทฤษฎีทางปัญญา (Cognitive theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงพฤติกรรมของมนุษย์ว่า เกิดจากการเรียนรู้โดยการทางานของกระบวนการทางปัญญา (Beck, 2007) กล่าวคือ เมื่อบุคคลรับสิ่งเร้าเข้าไป กระบวนการทางปัญญาจะรับรู้และแปรผลสิ่งเร้าที่เข้ามา ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ต่อสิ่งเร้านั้น ๆ ส่วนพฤติกรรมและอารมณ์จะมีอิทธิพลย้อนกลับต่อกระบวนการทางปัญญาด้วย ตามความเชื่อพื้นฐานทางทฤษฎีนี้ จึงทำให้เกิดข้อเสนอในการแก้ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่กระบวนการทางปัญญา โดยการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ ความคาดหวัง จึงจะส่งผลให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงตามมา ดังนั้นพฤติกรรมของคนจึงแตกต่างกัน แม้จะได้รับสิ่งเร้าเดียวกัน เนื่องจากบุคคลมีโครงสร้างทางปัญญาที่มีความสลับซับซ้อนและมีความเฉพาะเจาะจงแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ตามโครงสร้างทางความคิดที่แตกต่างกัน ซึ่งโครงสร้างทางความคิดจะเป็นตัวจัดการกระทำกับสถานการณ์ต่าง ๆ หรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบนั้นได้แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ยังผลให้บุคคลมีพฤติกรรมโต้ตอบสิ่งเร้าที่เหมือนกันและแตกต่างกันได้

จากทฤษฎีปัญญานิยม เบ็ค (Beck, 2007) ได้เสนอรูปแบบปัญญานิยมของภาวะซึมเศร้าที่ประกอบไปด้วย องค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประการ คือ ความคิดหลัก 3 ประการ (Cognitive triad) โครงสร้างความคิด (Schema) และความคิดที่บิดเบือน (Cognitive error or faulty information processing) ดังนี้

1. ความคิดหลัก 3 ประการ (Cognitive triad) เป็นความคิดที่บุคคลพิจารณาตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตของเขาในทางที่บิดเบือนไป คือ การมองตนเองในทางลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองว่า บกพร่องไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีคุณค่า ส่งผลให้เกิดความบกพร่อง

ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จริยธรรมในตนเองมีแนวโน้มที่จะโทษตนเองเมื่อเกิดความผิดพลาดต่าง ๆ ขึ้น โดยคิดว่าความผิดพลาดที่เกิดขึ้นทั้งหมดเป็นความผิดพลาดของตนเอง การมองสิ่งแวดล้อมหรือโลกทางลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปรการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงความสูญเสีย รู้สึกถูกบีบบังคับ และเรียกร้องจากสังคมรอบตัวจะมองชีวิตเต็มไปด้วยภาระอุปสรรคหรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด เป็นโลกแห่งความพ่ายแพ้ โลกของการถูกลงโทษ และการมองอนาคตในทางลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำนายว่าความยากลำบากหรือความทุกข์ยากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด และมีมุมมองต่ออนาคตว่าชีวิตจะมีแต่ความยากลำบากที่ไม่มีวันลดน้อยลง จะมีแต่ความคับข้องใจและการสูญเสีย ทำให้ท้อแท้ต่ออนาคตของตนเอง สูญเสียความหวังในอนาคต ซึ่งทั้งหมดนี้จะทำให้คุณค่าของตนเองลดลง ส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบ และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2. โครงสร้างทางความคิด (Schema) โครงสร้างทางความคิด แบ่งออกเป็น การแปรความหมาย การประเมินค่า และการอธิบายความหมายของเหตุการณ์ต่าง ๆ โครงสร้างทางความคิดของแต่ละบุคคลอาจจะปรับเปลี่ยนได้ดีหรือบิดเบือน (Adaption-maladaption) เป็นเชิงบวกหรือเชิงลบ เป็นลักษณะเฉพาะตัว สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบและมีลักษณะความเชื่อเฉพาะตัว (Idiosyn-cratic) เช่น โครงสร้างทางความคิดจะแอบแฝงอยู่ในบุคคล แต่จะถูกกระตุ้นโดยสถานการณ์บางอย่างที่คล้ายกับประสบการณ์จริง ๆ ที่เคยทำให้เกิดความคิดในทางลบ หรืออาจเป็นปฏิกิริยาที่มีต่อประสบการณ์ที่เจ็บปวดเกินกว่าที่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทนได้ ทำให้บุคคลนั้นเสียสมดุลของการพัฒนาโครงสร้างทางความคิด (Beck & Brad, 2009)

3. ความคิดที่บิดเบือน (Cognitive errors) เบ็ค และบราด (Beck & Brad, 2009) ได้แบ่งลักษณะความคิดที่บิดเบือน ดังนี้คือ การด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (Arbitrary inference) การเลือกสนใจคิดเฉพาะประสบการณ์ในทางลบเพียงด้านเดียว (Selective abstraction) การคิดและการแปรความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง (Overgeneralization) การขยายต่อเติมหรือการตัดทอนเรื่องราว (Magnification and minimization) มีความคิดที่เอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับตนเอง (Personalization) และมีความคิดเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด (Dichotomous thinking) ซึ่งในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดโน้มเอียงไปในทางลบมากกว่าทางบวก องค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประการ ของรูปแบบปัญญานิยมของภาวะซึมเศร้ามีความเชื่อมโยงกันจากประสบการณ์ในช่วงต้นชีวิตของบุคคล ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีโครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบที่เกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลกและอนาคต โครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนไปจะถูกกระตุ้นได้เมื่อบุคคลนั้นประสบกับภาวะวิกฤตในชีวิตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนไปนี้

จะทำให้มีการประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบอย่างเป็นระบบ และเป็นความคิดที่บิดเบือนไปโดยอัตโนมัติควบคุมไม่ได้ หรือเป็นความคิดอัตโนมัติในทางลบส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ยิ่งภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นความคิดอัตโนมัติในทางลบก็จะเพิ่มมากขึ้น เป็นวงจรอย่างนี้เรื่อยไป (Beck, 1967; Beck & Brad, 2009)

4. เหตุการณ์ชีวิตและความเครียดจากสิ่งแวดล้อม ทฤษฎีหนึ่งที่พยายามอธิบายว่า ความเครียดที่เกิดร่วมกับภาวะซึมเศร้าระยะแรก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ถาวรและยาวนาน ภายในสมอง ปรากฏการณ์เช่นนี้ มีผลกระทบต่อการทำงานของสารส่งผ่านประสาท และระบบสัญญาณภายในเซลล์ประสาท การเปลี่ยนแปลงในลักษณะดังกล่าวยังรวมไปถึงการสูญเสียเซลล์ประสาทและการลดลงอย่างมากของการสัมผัสที่จุดประสานประสาท (Synaptic contacts) (Gerard & Duman, 2002) มีหลักฐานชัดเจนที่แสดงว่าเหตุการณ์ชีวิตมีบทบาทสำคัญในภาวะซึมเศร้า คือ การสูญเสียพ่อหรือแม่ก่อนอายุ 11 ขวบ การเผชิญกับความเครียดซ้ำ ๆ สามารถนำไปสู่การฝ่อหรือการทลายของเซลล์ประสาทมากขึ้นเรื่อย ๆ จนทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2557) และพบว่า เหตุการณ์ชีวิตที่ทำให้เกิดความเครียดมากที่สุด คือ การตายของกลุ่มสมรส บังคับเสียอย่างอื่น ได้แก่ การว่างงาน คนที่ตกงานมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการซึมเศร้าที่รุนแรงมากกว่าคนที่มียานทำถึงสามเท่า (Holmes & Rahe, 2007) สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดเพียงเล็กน้อยสำหรับบางคน แต่กับอีกคนกลายเป็นเรื่องที่รุนแรง และยังไปกระตุ้นปัญหาหรือความขัดแย้งเดิมในจิตไร้สำนึกอีกด้วย ดังนั้นการแปลความหมายของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจึงแตกต่างกันไปในแต่ละคน และสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดอย่างเดียวกัน คนหนึ่งมองดูว่าไม่มีผลกระทบเท่าใด แต่สำหรับอีกคนหนึ่งกลับมีความสำคัญทางจิตใจอย่างรุนแรง (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2557)

ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ การเจ็บป่วย และลักษณะครอบครัว พอสรุปได้ ดังนี้

1. เพศ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของเบ็ค กล่าวถึง เพศหญิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าของคะแนนภาวะซึมเศร้า ($r = .18$) มีแนวโน้มที่จะพบภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Beck, 2007) และแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย จากการศึกษางานวิจัยเชิงระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้า พบว่า โรคซึมเศร้าพบในเพศหญิงมากกว่าชาย (Kuehner, 2003) ซึ่งพบอุบัติการณ์ในผู้หญิงประมาณ 2 เท่าของผู้ชาย (Vikram, 2005)

สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษาของกรมสุขภาพจิตพบความชุกของโรคซึมเศร้าในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อัตราส่วน 1.6 ต่อ 1 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล และ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2553) ศึกษาการปรับปรุงเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า KKU-DI เพื่อให้มีความไวต่อเพศภาวะ พบอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 1.5 เท่า องค์การอนามัยโลก กล่าวว่า เพศมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงและผู้ชายแตกต่างกัน (WHO, 2002) ซึ่งเกิดจากความคาดหวังของสังคมเป็นสิ่งที่เรียนรู้ ถ่ายทอดผ่านกระบวนการเรียนรู้ และขัดเกลาทางสังคม (Social construction) และมีความแตกต่างในแต่ละสังคมขึ้นอยู่กับค่านิยม ความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรม การศึกษา ชนชั้น (Piccinelli & Wilkinson, 2000) ซึ่งความแตกต่างของการเกิดภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงและชาย อาจจะเป็นผลมาจาก ความค่านิยม ความเชื่อของผู้หญิง มีความอดทนน้อยกว่าผู้ชาย และมีแนวโน้มจะรายงานอาการไม่สบายทางกายแสดงออกทางอารมณ์ ชัดกว่า รวมถึงมาใช้บริการดูแลสุขภาพมากกว่าผู้ชาย ขณะที่สังคมคาดหวังต่อความเป็นชาย ว่าต้องเข้มแข็ง อดทน อดกลั้น ไม่แสดงความอ่อนไหว ร้องไห้ออกมาให้คนเห็น ทำให้ผู้ชายไม่ค่อยแสดงออกทางอารมณ์ หรือยอมรับว่าตนเองมีปัญหา (Loewenthal, 2002) หรืออาจจะเป็นผลเนื่องมาจากผู้หญิงต้องประสบกับความเครียดหลายอย่างในชีวิต การทำงานบ้าน การหารายได้มาจุนเจือครอบครัว การตั้งครรถ์ การให้กำเนิดบุตร การเลี้ยงดูบุตร และต้องดูแลสมาชิกในครอบครัว หรืออาจเกี่ยวข้องกับฮอร์โมนเพศหญิง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของระดับเอสโตรเจน (Estrogen) ในระหว่างมีรอบเดือน การตั้งครรถ์ และวัยใกล้หมดประจำเดือน จะมีผลต่อภาวะอารมณ์ในระยะที่รุนแรงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (พูนศรี รังสีขจี, 2549) และผู้หญิงมีแนวโน้มในการพึ่งพาค่อนข้างสูง ฉะนั้นเมื่อสัมพันธ์ภาพถูกรบกวนหรือได้รับการตำหนิ จะรู้สึกมีคุณค่าตนเองต่ำ ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย (Hughes-Hammer, Martsolf & Zeller, 1998) ซึ่งการศึกษาความแตกต่างในด้านเพศในการเกิดปัญหาสุขภาพจะนำไปสู่การให้บริการสุขภาพที่เท่าเทียม และเป็นธรรมชาติระหว่างเพศหญิงและชาย (Piccinelli & Wilkinson, 2000)

2. อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของเบ็ค (Beck, 2007) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ชั่วขณะหนึ่ง (Moment correlation) กล่าวคือ ภาวะซึมเศร้าสามารถพบได้ทุกช่วงอายุ มักพบในวัยกลางคน หรือวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและวัยสูงอายุ มากกว่าวัยอื่น ๆ จากการศึกษาในประเทศนอร์เวย์ เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างอายุและภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้มีอายุระหว่าง 30-39 ปี 40-49 ปี 50-59 ปี 60-69 ปี 70-79 ปี และ 80-89 ปี มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า 0.71, 1.51, 2.45, 2.84, 3.72 และ 4.93 เท่า ตามลำดับ เมื่อเทียบกับผู้มีอายุ 20-29 ปี แสดงให้เห็นว่าอายุ ที่สูงขึ้นมีแนวโน้มมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น (Stordal, Mykletun, & Dahl, 2003) นักจิตวิทยาได้แบ่งพัฒนาการของมนุษย์ตามวัย (สุชา จันทร์เอม, 2550) วัยรุ่น (ช่วงอายุ 15-19 ปี)

เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงร่างกายมาก มีพลังมาก มีความกระตือรือร้น ตัดสินใจเร็วแต่ไม่รอบคอบ มีความคิดสร้างสรรค์ ชอบทดลอง ต้องการความเป็นอิสระและพึ่งตนเอง และต้องการการยอมรับจากสังคม จากการศึกษาเพื่อทดสอบทฤษฎีของอิริคสันต่อช่วงวิกฤตของการเปลี่ยนแปลงต่อการค้นหาเอกลักษณ์แห่งตนในวัยรุ่น พบว่า หากวัยรุ่นไม่สามารถค้นหาเอกลักษณ์แห่งตนในระยะนี้ได้แล้วจะทำให้วัยรุ่นเกิดความสับสน ไม่มีบุคลิกภาพเฉพาะตัว ขาดความมั่นใจในตนเอง ความคิดใน

การมองตนเองบกพร่องไป อารมณ์แปรปรวน เกิดอารมณ์ซึมเศร้า กระบวนการตัดสินใจบกพร่อง และยังเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาอื่นอีกมากมายตามมา (Kidwell, 2005) วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (ช่วงอายุ 20-40 ปี) เป็นวัยที่เริ่มวางแผนชีวิตให้กับตนเอง เริ่มคิดถึงการเลือกอาชีพ การสร้างฐานะ การเลือกคู่ครอง วัยผู้ใหญ่ตอนกลางหรือวัยกลางคน (ช่วงอายุ 40-60 ปี) ต่อมาเพศทำการผลิตฮอร์โมนลดลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ หงุดหงิดง่าย สมาธิสั้น ซึมเศร้า หดหู่ ควบคุมอารมณ์ได้น้อยลง สมรรถภาพการทำงานลดน้อยลง อาจเกิดจากการเบื่อง่ายในงานที่ซ้ำซากจำเจ วัยผู้ใหญ่ตอนต้น และวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง เป็นวัยที่มีภาระความรับผิดชอบที่มากขึ้น ต้องสร้างรากฐานของชีวิต ความคาดหวังต่อการมีครอบครัวที่อบอุ่น การมีรายได้สูงและมั่นคง เกิดสะสมเป็นความเครียด (พูนศรี รังสีจี, 2549) การเกิดภาวะซึมเศร้าในครั้งแรกนั้น มักจะเกิดหลังจากประสบเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต และจะไม่เกิดรุนแรงทันทีทันใด โดยทั่วไปอาการซึมเศร้าจะค่อย ๆ เพิ่มความรุนแรง ทำให้พบผู้มีภาวะซึมเศร้าหรือเกิดโรคซึมเศร้าในวัยที่มีอายุสูงขึ้น (Kessler, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ จำลอง ดิษยวิช และพริ้มเพรา ดิษยวิช (2557) พบว่า การเผชิญกับความเครียดซ้ำ ๆ สามารถนำไปสู่การฟ้อหรือการทำลายของเซลล์ประสาทมากขึ้นเรื่อย ๆ จนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ และวัยผู้ใหญ่ตอนปลายหรือวัยสูงอายุ (ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป) ถือเป็นระยะสุดท้ายของชีวิต มีความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย บทบาททางสังคมถูกจำกัด เนื่องจากสุขภาพไม่เอื้ออำนวย ถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้านลำพัง หรือเป็นภาระให้คนใกล้ชิด บางรายสูญเสียคนที่รักและใกล้ชิด บางรายอาจไม่ได้รับการเอาใจใส่จากคนในครอบครัว ทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ เหงา น้อยใจง่าย สิ้นหวัง หงุดหงิดง่าย เครียด ซ้ำบ่น เป็นต้น

3. สถานภาพสมรส จากการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสถานภาพสมรสเป็นสิ่งที่แสดงถึงการสนับสนุนประคับประคอง (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2553) วิกิพีเดีย (Wikipedia, 2008) กล่าวว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่าง ๆ ได้แก่ การดูแลเอาใจใส่ ความหวังใจ ความปรารถนาดี การเห็นคุณค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การแบ่งปันประสบการณ์ และการช่วยเหลือด้านการปฏิบัติ จากบุคคลในครอบครัวเป็นปัจจัยที่ช่วยลดการเกิดโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า จากการศึกษา

ของประเทศสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของมารดาเด็กบกพร่องทางสติปัญญา พบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับสถานสมรส (Glidden & Scoolcraft, 2003) และผลการศึกษาในประเทศอังกฤษเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของบิดามารดาเด็กบกพร่องทางสติปัญญา พบว่า สถานสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (White & Hastings, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ เจษฎา ทองเถาว์ (2552) ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า สถานสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และการศึกษาในประเทศสวีเดนเกี่ยวกับพื้นฐานความเชื่อสาเหตุของโรคซึมเศร้า พบว่าการประสบปัญหาในกลุ่มสมรสเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า ร้อยละ 56.6 (Lauber, Falcató, Nordt, & Rossler, 2003) และจากการศึกษาของ พิเศษฐ์ อุดมรัตน์, สุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล และมาโนช หล่อตระกูล (2550) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงโรคซึมเศร้าของคนไทย ปี พ.ศ. 2549 พบว่า ปัจจัยเสี่ยงการเลิกกับคนรักหรือสามี หรือภรรยา ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า 6.65 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ไม่มีความเสี่ยง ซึ่งอุมพร ตรังคสมบัติ (2547) กล่าวว่าชีวิตคู่มักมีการเปลี่ยนแปลงหลายขั้นตอน มีหลายสิ่งหลายอย่างเกิดขึ้น ทั้งภาระหน้าที่ ความตึงเครียด ความสุขและความทุกข์ สถานภาพสมรสต่าง ๆ ไม่ได้เป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า แต่ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสด้วย และระยะเวลาที่อยู่ด้วยกันมีผลกับการเกิดภาวะซึมเศร้า กล่าวคือในช่วง 5 ปีแรกของการแต่งงาน จะเป็นช่วงของการปรับตัว ให้ถ้อยกันและกัน มีความอดทนเพราะต่างก็มองว่าเป็นช่วงที่ต้องปรับตัว แต่หลังจาก 5 ปีไปแล้ว จะเป็นการอยู่แบบพึ่งพากันและเริ่มมีความคาดหวังจากกันและกันมากขึ้น ประกอบกับภาระความรับผิดชอบที่มากขึ้น เกิดการสะสมเป็นความเครียดในช่วงหลังของชีวิตสมรส จึงพบอัตราโรคซึมเศร้าสูงในกลุ่มสมรสที่อยู่กันมานาน (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2554) ประกอบกับคำนิยามของสังคมไทยควรเป็นการแต่งงานครั้งเดียว การหย่าร้างหมายถึงความล้มเหลวของชีวิต ในบางรายพบว่าแม้จะไม่หย่าร้างแต่ก็อยู่กันด้วยความรู้สึกทั้งรักและเบียดเบียน ต้องพึ่งพิงกันเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัว การเลี้ยงดูบุตร รวมถึงบทบาททางสังคม จึงนำมาสู่ความเครียดและเกิดความรู้สึกซึมเศร้า (พูนศรี รังสิขจิ, 2549)

4. ระดับการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า เบ็ค (Beck, 1967) กล่าวว่า ระดับการศึกษาเป็นตัวชี้บ่งสถานะทางสังคม จากการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายว่า ผู้ที่มีการศึกษาดำเนินคะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้มีการศึกษาสูง จากการศึกษาของ เจษฎา ทองเถาว์ (2552) ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า ผู้ที่จบปริญญาตรีมีความชุกของภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่จบปริญญาโท คือ ร้อยละ 35.1 และร้อยละ 21.5 ตามลำดับ ซึ่ง ชาญกัญญา ตันติลีปกร (2547) กล่าวว่า การศึกษาดำเนินจะมีตำแหน่งหน้าที่ การงานที่ไม่ดี เกิดความไม่มั่นคงในงาน ขาดสวัสดิการหรือรายได้ที่แน่นอน ที่ทำให้ไม่สามารถตอบสนอง

ความต้องการของตนเองได้ นอกจากนี้ผู้มีการศึกษาน้อยจะมีข้อจำกัดในการนำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับมาแก้ปัญหา หรือป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำอีก (Jenkins, n.d. cited in Jalowice & Power, 1986) ระดับการศึกษามีผลต่อสภาวะทางอารมณ์ เพราะการศึกษาสูงจะมีส่วนช่วยให้มีแนวทางการคิดแก้ไขปัญหาได้ดีขึ้น แต่ในบางการศึกษากลับพบโรคซึมเศร้าในคนที่มีการศึกษาสูง เช่น การศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยที่ติดสุราที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ของ พูนศรีรังสีขจี (2549) อธิบายว่า จากมีความกดดันจากการถูกคาดหวังของสังคม และบทบาทที่ถูกมองจากครอบครัว จึงทำให้เกิดความเครียดและเป็นโรคซึมเศร้า

5. รายได้ หลายการศึกษา พบว่า รายได้เป็นปัจจัยที่อิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า บทบาทของคนทำงาน เป็นบทบาทที่ทำให้บทบาทอื่น ๆ คงอยู่และประสานกัน การมีอาชีพทำให้เป็นที่ยอมรับ เป็นคนที่มีคุณค่า สร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจให้กับตนเองและครอบครัว ดังนั้นเพื่อตอบสนองความต้องการดังกล่าว บุคคลอาจจะต้องใช้ความพยายามเป็นอย่างมาก อาจจะต้องสละสิ่งหนึ่ง เพื่อให้ได้มาเพื่อสิ่งหนึ่ง เช่น อาจจะต้องทนทำงานหนัก และน่าเบื่อ เพื่อให้มีรายได้เพียงพอสำหรับเลี้ยงตนเองและครอบครัว (Miller, Smith & Larry, 2003) รายได้ เป็นปัจจัยที่ช่วยตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของสมาชิกในครอบครัว และการดำรงชีวิตประจำวันให้ดำเนินไปด้วยความราบรื่น เป็นที่ยอมรับของสังคม ครอบครัวที่มีรายได้ไม่เพียงพอ จะทำให้การดำรงชีวิตในสังคมดำเนินไปด้วยความยากลำบาก ขาดแคลนโอกาสในด้านต่าง ๆ เช่น การเข้าถึงบริการพื้นฐานทางสังคม (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาแห่งชาติ, 2551) จากรายงานของกรมสุขภาพจิต (2556) กล่าวว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การมีปัญหากการเงิน รายได้ที่ไม่เพียงพอทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ และครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีของครอบครัว ทำให้เกิดการรับรู้ว่าเป็นสถานการณ์วิกฤติที่ลดลง จากการศึกษาของ วรณภา ด้านธนวานิช (2551) ศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า แสดงให้เห็นว่ารายได้ของครอบครัวที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ พูนศรี รังสีขจี (2549) ศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยโรคติดสุรา ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า ผู้ที่มีรายได้สูงเป็นโรคซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ อธิบายว่าการมีรายได้สูงและความมั่นคงจะช่วยลดความเครียดต่อปัญหาเศรษฐกิจได้ และจากการศึกษาของ ธรณินทร์ กองสุข (2551) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับการเกิดโรคซึมเศร้า ในผู้ป่วยที่มาใช้บริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 5 แห่ง ปี พ.ศ. 2549 พบว่าการมีปัญหานักทางการเงินมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคซึมเศร้า

6. การเจ็บป่วย จากการศึกษาพบว่า การเจ็บป่วยส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ภาวะร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ ความเครียดจากสุขภาพ การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย ส่งผลให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้า (นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ, 2548) เนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้บุคคลรู้สึกกังวล ไม่แน่ใจ หวาดกลัว รู้สึกตนเองไร้ค่า เป็นภาระแก่คนอื่น รู้สึกท้อแท้ พ่ายแพ้ สูญเสียและหมดหวัง (ธนา นิลชัย โกวิทย์ และดาวชมพู พัฒนประภาพันธ์, 2548) การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สภาวะของโรค การกำเริบบ่อย อาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีพยาธิสภาพเสื่อมถอยลง ความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวันที่ลดลง จะมีผลกระทบต่อมโนทัศน์ของตนเอง รู้สึกสูญเสียความสามารถในการ พึ่งตนเอง อีกทั้งทำให้รู้สึกโกรธ เมื่อไม่ได้ตั้งใจหรือไม่พึงพอใจ และไม่ภาคภูมิใจในตนเองจาก สมรรถภาพที่ลดลง นำไปสู่ปัญหาทางด้านจิตใจได้ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ประกอบกับการที่ต้อง เข้ารับการรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ในการวางแผนชีวิตตนเอง และครอบครัว นำไปสู่การขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติกรดูแลตนเอง และส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ บางรายอยู่ในโรงพยาบาลนาน จะยิ่งทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ทำให้เกิดความรู้สึก หมดหวัง (ซัดเจน จันทรพัฒน์, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของ พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ (2550) ศึกษา เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคซึมเศร้าของคนไทย ปี พ.ศ. 2549 พบว่า การมีโรคประจำตัวรุนแรงเป็นปัจจัย เสี่ยงทำให้เกิดโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 4.13 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มียปัจจัยเสี่ยง และจากการศึกษาของ ซัดเจน จันทรพัฒน์ (2547) ศึกษา ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ทั่วไปภาคใต้ของไทย พบว่า คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวก กับภาวะซึมเศร้าในระดับค่อนข้างต่ำ ($r = .36$) แสดงว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมาก มีแนวโน้มที่จะมีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูง อธิบายว่า บุคคลที่มีความรู้ดีกว่าความเจ็บป่วยอยู่มี ความรุนแรง ทำให้เกิดความรู้สึกกลัว วิดกกังวล ไม่แน่ใจและไม่มั่นใจต่อสภาพความเจ็บป่วยที่ เกิดขึ้นหรือสิ่งที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ รู้สึกว่าเหตุการณ์ในอนาคตเป็นสิ่งไม่แน่นอน ทำให้เกิดภาวะ ซึมเศร้าตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ ลีคอฟ, เคลียร์ และเวสเทิล (Leakoff, Cleary & Wetle, 2007) ที่พบว่า มีความสัมพันธ์กันระหว่างการประเมินหรือการรับรู้ภาวะสุขภาพตนว่าอยู่ในสภาพ ที่แย่มาก หรือไม่ดีกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่ง เบ็ค (Beck, 2007) อธิบายว่า การเจ็บป่วยด้วยโรค ทางกาย หรือความผิดปกติที่กระตุ้นให้เกิดความคิดเกี่ยวกับความเสื่อมทางกายและความตาย เป็น สถานการณ์ในชีวิตที่บุคคลแปลความว่าเป็นภาวะวิกฤต เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลพัฒนาความคิด ในทางลบอย่างเหนียวแน่น ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า

7. ลักษณะครอบครัว เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน ครอบครัวจัดเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลเผชิญกับปัญหาที่ไปเกี่ยวข้องได้ดี สมาชิก

มีหน้าที่หลัก คือ การให้ความรัก ความอบอุ่นแก่กัน อีกทั้งจะเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลเชื่อว่ามีคน ให้ความรัก ความเอาใจใส่ ยกย่องและเห็นคุณค่า จึงเกิดพลังแรงจูงใจให้สามารถเผชิญอุปสรรค ต่าง ๆ ได้ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อย (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2547) การที่บุคคลขาดการติดต่อกับ ครอบครัว หรือจากครอบครัวเป็นเวลานาน จะทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ขาดที่พึ่ง และเมื่อต้องเผชิญ ความเครียดตามลำพัง ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า หมดหวัง ท้อแท้ (พัชรี พรหมทัต, 2551) จากการศึกษาของพิมพ์พร สุขเสถียร และมาโนช หล่อตระกูล (2552) ศึกษาความพึงพอใจใน ชีวิตสมรสของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตสมรส คือ ความช่วยเหลือจากคนอื่นในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ โคนิก (Koenig., 2003) พบว่า เมื่อใดที่บุคคลไม่ได้รับความรัก ไม่ได้รับความเอาใจใส่ ไม่ได้รับการยอมรับในบทบาทเดิม ขาดการปลอบ โยนหรือผู้คอยให้กำลังใจ ขาดคนคอยปรับทุกข์หรือบอกความคับข้องใจต่าง ๆ จะทำให้เกิดความรู้สึกเหงา อ้างว้าง ขาดที่พึ่งรู้สึก รู้สึกคล้ายกับอยู่คนเดียวในโลก มีอาการ เหม่อลอย ว้าวุ่น และซึมเศร้าได้

จากการทบทวนวรรณกรรม มีความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าดังกล่าวข้างต้น และ จากสถิติของผู้ป่วยที่มีอาการแสดงออกทางกายที่แสดงถึงภาวะซึมเศร้า พบว่า มีหลายปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งภาวะซึมเศร้านั้นไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเท่านั้น แต่เป็นสาเหตุร่วมกันของปัจจัยต่าง ๆ แต่ปัจจัยที่น่าสนใจศึกษา และมีแนวโน้มมีความสัมพันธ์ กับภาวะซึมเศร้า รวมทั้งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การเจ็บป่วย และ ลักษณะครอบครัว เนื่องจากเป็นปัจจัยของบุคคล ตามบทบาทของนักจิตวิทยาการปรึกษาสามารถจัดรูปแบบกิจกรรม ให้สอดคล้องหรือทำการปรับแก้ได้ง่ายกว่าปัจจัยภายนอกอื่น ๆ ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาภาวะซึมเศร้า เพื่อนำความรู้ที่ได้มาวางแผนในการค้นหาผู้มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่เริ่มแรก ไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้า ในระดับรุนแรงและเรื้อรัง เป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดระบบรองรับ และดำเนินการให้ ความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ให้สอดคล้องกับปัญหาพื้นที่ได้อย่างเหมาะสมและทันต่อ เหตุการณ์

ระดับและอาการของผู้มีภาวะซึมเศร้า

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีอาการและอาการแสดงที่แสดงถึงความแปรปรวนด้านต่าง ๆ ซึ่งแบ่งได้เป็น 4 ด้าน คือ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ และด้านร่างกายและพฤติกรรม และแบ่งภาวะซึมเศร้า ออกได้เป็น 4 ระดับ คือ ภาวะซึมเศร้าระดับปกติ ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง โดยมีอาการ และอาการแสดงที่

แตกต่างกันระดับภาวะซึมเศร้า ดังนี้ (Beck, 2007)

1. ภาวะซึมเศร้าระดับปกติ เป็นภาวะความคิด ความรู้สึกของคนทั่วไป ที่มีอารมณ์ไม่รู้สึกรู้หา ไม่ได้มองโลกในแง่ร้าย หรือไม่ท้อแท้เกี่ยวกับอนาคต ไม่รู้สึกล้มเหลวในชีวิต มีความพึงพอใจในสิ่งต่าง ๆ ไม่รู้สึกผิดหรือรู้สึกที่ตนเองถูกลดโทษ ไม่รู้สึกผิดหวังในตนเอง ไม่ได้คิดว่าตนเองเลวกว่าคนอื่น ๆ ไม่มีความคิดที่จะทำร้ายตนเอง ไม่ได้ร้องไห้มากกว่าคนปกติ ไม่รู้สึกหงุดหงิดง่าย มีความสนใจในคนอื่น ตัดสินใจได้ดี ไม่รู้สึกว่าตนเองไม่น่ามอง มีความสามารถทำงานได้ดี นอนหลับได้ดี ไม่รู้สึกเหนื่อยง่ายกว่าปกติ รับประทานอาหารได้ดี น้ำหนักตัวไม่ได้ลดลง ไม่กังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากขึ้น และไม่ได้เปลี่ยนแปลงความรู้สึกทางเพศ

2. ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ด้านความคิด คิดว่าตนเองด้อยกว่าผู้อื่น คิดว่าปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นความผิดตัวเอง รู้สึกเกินกว่าเหตุ มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจช้า ไม่พอใจภาพลักษณ์ของตัวเอง ด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้า ไม่สดชื่นแจ่มใส ซึ่งอารมณ์เศร้านี้ มีการเปลี่ยนแปลงขึ้น ๆ ลง ๆ หนึ่งวัน แต่ก็ยังมีบางช่วงเวลาที่อารมณ์สดชื่น บางครั้งอารมณ์เศร้านี้ก็เกิดขึ้นโดยไม่มีสาเหตุ รู้สึกผิดหวังในตัวเอง สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง ร้องไห้มากกว่าปกติ ด้านแรงจูงใจ ไม่อยากปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หลีกเลี้ยงหรือพักผ่อนการทากิจกรรมต่าง ๆ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีความต้องการที่จะตาย และด้านร่างกาย และพฤติกรรม มีความอยากอาหารลดลง นอนหลับยาก ความต้องการทางเพศลดลง เหนื่อยง่าย

3. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ด้านความคิด มักคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว ไม่มีประสิทธิภาพ มองปัญหารุนแรงเกินกว่าความเป็นจริง มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง โทษตัวเอง แม้แต่เรื่องที่ไม่ได้อยู่ในความรับผิดชอบของตนหรือเป็นเรื่องที่ไม่สามารถควบคุมได้ ตัดสินใจไม่ได้แม้แต่เรื่องเล็กน้อย เช่น การเลือกเสื้อผ้าใส่ วิตกกังวลว่าร่างกายจะผิดปกติ ทั้งที่ยังไม่มีอาการใดเกิดขึ้น ด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้ายุ้นแรงและเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและยาวนาน มักมีอาการรุนแรงที่สุดหลังตื่นนอนตอนเช้า คุณกตัวเอง เบื่อหน่ายเกือบตลอดเวลา สนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อมลดลง ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล ด้านแรงจูงใจ ไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแต่ยังสามารถบังคับตัวเองหรือได้รับการกระตุ้นจากผู้อื่นให้ทำได้ รู้สึกจำเป็นที่จะได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ไม่ต้องการที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ หลีกเลี้ยงและแยกตัวออกจากสังคม มีความต้องการที่จะตายรุนแรงและถี่ขึ้น มีความพยายามฆ่าตัวตายและด้านร่างกายและพฤติกรรม ไม่อยากรับประทานอาหาร บางครั้งลืมรับประทานอาหารไปเลย ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ นอนหลับไม่สนิท รู้สึกอ่อนเพลียตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้า เหนื่อยง่าย ไม่อยากทากิจกรรมใด ๆ

4. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ด้านความคิด มีความคิดด้วยคุณค่า เช่น เป็นคนไร้ค่า เป็นที่รังเกียจของสังคม เป็นคนไม่ดี สร้างภาระให้กับผู้อื่น ตัดสินใจอะไรไม่ได้ คิดว่าร่างกายผิดปกติ ด้านอารมณ์ มักมีอาการเศร้ารุนแรงตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมาก สิ้นหวัง ไม่อยากมีชีวิตอยู่ไม่สนใจคน ด้านแรงจูงใจ หหมดแรงจูงใจที่จะกิจกรรมต่าง ๆ ทุกชนิดแม้จะได้รับการกระตุ้นจากผู้อื่น ต้องการการดูแลจากผู้อื่นทุกอย่าง รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากจนไม่อยากมีชีวิตอยู่ และด้านร่างกายและพฤติกรรม ไม่รับประทานอาหารจนน้ำหนักลด ตื่นนอนแล้วไม่สามารถหลับต่อได้อีก หรือนอนไม่หลับเลย ไม่มีความต้องการทางเพศ ไม่มีเรี่ยวแรงที่จะทำกิจกรรมใด ๆ ได้ ระดับและอาการของภาวะซึมเศร้าที่กล่าวมา พบว่า ยิ่งบุคคลมีความคิดทางลบและบิดเบือนความจริงมากเท่าใด บุคคลมีโอกาสดเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้นเท่านั้น ส่งผลให้บุคคลพัฒนาความคิดและพฤติกรรมถอยห่างจากความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น และสนับสนุนให้บุคคลมีความคิดในทางลบและบิดเบือนความจริงมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง รู้สึกหมดกำลังใจมากขึ้น รู้สึกเศร้าหมอง สมาธิลดลง ต่ำหนิตตนเองสูง มีแม้กระทั่งความคิดทางลบต่ออาการซึมเศร้าของตนเอง เป็นวงจรส่งเสริมให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องและรุนแรงมากขึ้น (Beck, 2007)

การประเมินภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย แบ่งตามเป้าหมายในการประเมินเป็น 3 ประเภทใหญ่ ๆ พอสรุปได้ ดังนี้

1. เป้าหมายเพื่อคัดกรองผู้ที่อยู่ในชุมชน เครื่องมือจะต้องใช้ง่าย สะดวก ประหยัด ค่าใช้จ่าย ใช้เวลาน้อย ใช้ได้กับคนจำนวนมาก ๆ เครื่องมือที่นิยมนำมาใช้ในการคัดกรองที่รู้จักกันแพร่หลาย ได้แก่

1.1 แบบประเมินระดับความวิตกกังวลของภาวะซึมเศร้าในชุมชน (Center for epidemiology studies-depression scale (CES-D)) แปลและปรับเป็นฉบับภาษาไทย โดยอุมาพร ตรังคสมบัติ, วิจิระ ลากบุญทรัพย์ และปิยลัมพร หะวานนท์ (2550) ได้นำมาประเมินความเชื่อที่เกิดจากการรู้คิด (Cognitive beliefs) อารมณ์ความรู้สึก (Affect feeling) พฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral manifestation) และอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Somatic disturbance) ใช้เวลาในการตอบ 10-15 นาที เครื่องมือนี้ มีความแม่นยำตรงในการวัดสูงเหมาะสมที่สุดในการนำไปคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง แต่มีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถแยกว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นก่อน หรือหลังการเจ็บป่วย ไม่สามารถบอกความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้ มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.53

1.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck depression inventory (BDI-IA))
ได้รับการแปลและปรับเป็นฉบับภาษาไทย โดย มุกดา ศรียงค์ (ม.ป.ป. อ้างถึงใน ลัดดา แสนสีหา,
2556) ทดลองกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.86

1.3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของซุง (Zung self-rating depression scale (SDS))
แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดย นันทิกา ทวิชาชาติ (2553) ประเมินด้านความสมดุลด้านอารมณ์
(Affect disturbance) ด้านร่างกาย (Physiology disturbance) ด้านระบบประสาทควบคุมการทำงาน
ร่างกาย (Psychomotor disturbance) และด้านจิตใจ (Psychological disturbance) ค่าความเชื่อมั่น
หรือความตรงของเครื่องมือ ใช้เวลาในการตอบ 10-15 นาที ข้อดี คือ สามารถวัดการเปลี่ยนแปลง
ด้านร่างกายและจิตใจ ที่มักแสดงให้เห็นได้ง่ายในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ ข้อจำกัด คือ ไม่สามารถ
ประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดี โดยเฉพาะผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability)
เท่ากับ 0.73

1.4 แบบสอบถามปัญหาสุขภาพ เพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้าในประชากรไทย
(Health-related self-reported (HRSR) scale: The diagnostic screening test for depression in
Thai population) ได้รับการแปลและปรับเป็นฉบับภาษาไทย โดย ดวงใจ กสานติกุล (2550)
แยกเป็นอาการทางกาย ความกระตือรือร้น อาการทางความคิด และทางอารมณ์ มีข้อคำถามที่เป็น
ด้านบวก 3 ข้อ เพื่อช่วยแยกบุคคลทั่วไปออกจากผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้า ข้อจำกัด คือ ผู้นำไปใช้
ควรนำหลักการให้คำปรึกษาเบื้องต้นมากับผู้ตอบ มีความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.92

1.5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของไทย (Thai depression inventory (TDI)) พัฒนา
โดย มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (2552) เพื่อประเมินความรุนแรงของระดับภาวะ
ซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย ข้อดี คือ สะดวกแก่การนำไปใช้ เข้าใจง่าย และใช้เวลาสั้น ไม่มีข้อแตกต่าง
ทางด้านวัฒนธรรม และมีค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์ดี

1.6 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าสำหรับคนไทยในชุมชน (KhonKaen University
depression inventory (KKU-DI)) พัฒนาโดยสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล (2549) ใช้คัดกรองภาวะ
ซึมเศร้าของคนไทยอีสานทั้งในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.8

1.7 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai 37ounselin depression scale: TGDS)
แปลเป็นภาษาไทย เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า โดย อรวรรณ ถีทองอินทร์ (2545) และพัฒนาเป็น
แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ โดยคณะกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2547) เน้นการประเมินภาวะ
ซึมเศร้าด้านอารมณ์ (Emotion) ความคาดหวังด้านลบ (Negativewill) การเคลื่อนไหว ด้านร่างกาย
(Psychomotor) การรู้คิด (Cognitive) และการแยกตัว (Isolation) บอกระดับความรุนแรงของภาวะ

ซึมเศร้าได้ ข้อดี คือ สะดวกแก่การนำไปใช้และเข้าใจง่าย ใช้เวลาสั้น ข้อจำกัด คือ ไม่สามารถนำไปใช้ประเมินผู้ที่มีความบกพร่องในการรู้คิด อ่านหนังสือไม่ออก ขาดทักษะการเขียน บกพร่องด้านสติปัญญาและการรับรู้ มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.85

1.8 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต 15 ข้อ (Depression screening test) พัฒนาโดย ทวี ตั้งเสรี และคณะ (2556) มีจำนวนคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แบบคัดกรองมี 3 องค์ประกอบ คือ 1) Mood component 2) Cognitive behavior component และ 3) Somatic component มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.88 ข้อดี ใช้เวลาคำถามประมาณ 5 นาที ข้อจำกัด คือ ไม่สามารถบอกความถี่หรือความรุนแรงของอาการแต่ละข้อ ใช้ในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป

นอกจากนี้ยังมีแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ซึ่งได้รับการพัฒนาสำหรับคนไทย โดยเฉพาะ ได้แก่ แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต (General health questionnaires (GHQ)) แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับและแบบวัดสุขภาพจิต (Symtoms check list (SCL-90)) และแบบประเมินภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาล (Hospital anxiety and depression screen (HAD)) ซึ่งมีหลายมิติหรือหลายกลุ่มอาการ แต่มีอยู่หนึ่งมิติที่ประเมินภาวะซึมเศร้า

2. เป้าหมายเพื่อการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า เครื่องมือการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าที่เป็นที่ยอมรับกัน ซึ่งโดยทั่วไปแล้วพยาบาลไม่มีหน้าที่ในการวินิจฉัยโรค นอกจากนี้ในบางพื้นที่ที่ไม่มีแพทย์หรือแพทย์มีเวลาน้อย ไม่มีเวลาที่จะสัมภาษณ์และพูดคุยกับผู้ป่วยได้เวลานาน ๆ พยาบาลอาจจำเป็นต้องทำการประเมินเบื้องต้น เพื่อรายงานข้อมูลให้แพทย์ทำการวินิจฉัยและสั่งการรักษาต่อไป เครื่องมือที่เป็นที่รู้จักทั่วไปและมีการใช้บ่อย ได้แก่

2.1 แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง ที่พัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโรค สำหรับการวินิจฉัยโรคในระบบ ICD 10 (Structured clinical interview for DSM IV (SCID-IV))

2.2 แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวช (Mini interview neuropsychiatric interview (M.I.N.I)) แปลเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และ มธุริน ควางศปีน (2548) เป็นเครื่องมือสัมภาษณ์อย่างสั้นเพื่อการวินิจฉัยโรคจิตเวช ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชใดบ้าง ได้ระบุนกรอบระยะเวลาชัดเจน เช่น กำลังป่วยอยู่ (Current) หรือเคยป่วยในอดีต (Past) หรือเป็นการเจ็บป่วยในช่วงตลอดชีวิตที่ผ่านมา (Lifetime)

2.3 แบบประเมินโรคซึมเศร้าชนิด 9 คำถาม (The patient health questionnaire: PHQ-9) พัฒนาโดย โรเบิร์ต และคณะ (Spitzer, Kroenke & Williams, 1988) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นใหม่และเป็นที่ยอมรับใช้วัดความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในระดับปฐมภูมิ ซึ่งพัฒนาแปล

เป็นภาษาไทยและภาษาอีสาน โดยจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน (2549) มีค่าความไว (Sensitivity) เท่ากับ 75.68% และมีค่าความจำเพาะ (Specificity) เท่ากับ 92.85% ค่าความตรง (Correctly classified) เท่ากับ 92.22% แบ่งระดับความรุนแรงเป็น 3 ระดับ คะแนน 7-12 เป็นโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 13-18 เป็นโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง มากกว่า 9 คะแนน เป็นโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

3. เป้าหมายเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าก่อนและภายหลังได้รับการบำบัดรักษา ในกรณีผู้ป่วยซึมเศร้าอยู่ในความดูแล ประเมินอาการซึมเศร้าเพื่อทราบความก้าวหน้าของการบำบัดรักษา และเพื่อประเมินผลลัพธ์ของการดูแล เครื่องมือประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าที่นิยมนำมาใช้ มักเป็นแบบผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้สัมภาษณ์ (Clinician rating scale) ที่ผู้ประเมินเป็นผู้สังเกตและสอบถามอาการจากผู้ป่วย/ หรือจากคนรอบข้างตามหัวข้อที่มีใบประเมินอย่างเป็นระบบ (Structural interview) ได้แก่

3.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของแฮมิลตัน (Hamilton Rating scale for depression (HRSD-17)) แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดย มาโนช หล่อตระกูล (2539) ข้อดี คือ มีจำนวนข้อไม่มาก มีความแม่นยำในการวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคสูง ข้อจำกัด คือ มีข้อคำถามที่มีอาการทางด้านร่างกายมาก ทำให้ความชุกของภาวะซึมเศร้ามากกว่าปกติ เหมาะที่จะใช้กับผู้ป่วยที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลและผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.86

3.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของมอนท์โกเมอรีและแฮสเบอร์ก (Montgomery-asberg 39ounseling rating scale: MADRS) แปลโดย รณชัย คงสกนธ์ (2546) เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการและอาการแสดงที่รุนแรงของภาวะซึมเศร้า ใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงในการรักษาและใช้เป็นเครื่องมือสำหรับแพทย์ หรือผู้ประเมินที่ไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวช ข้อจกของแบบประเมินนี้ต้องใช้การสัมภาษณ์ประกอบการสังเกตสภาพจิตใจจะได้ผลสมบูรณ์

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck depression inventory: BDI-1A) ซึ่งเป็นการประเมินตนเอง มีการใช้กันอย่างแพร่หลายจนถึงปัจจุบันและมีการนำมาใช้ในประเทศไทย เช่น ลัดดา แสนสีหา (2546) ทดลองใช้ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 เอี่ยมเดือน เนตรแซม (2541) ทดลองใช้กับผู้ที่เสพติดสุราเรื้อรัง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 และชาลินี สุวรรณยศ (2542) ได้ทดลองใช้ในบุคคลที่สูญเสียแขนขา ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.83 จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงตรงสูง และมีค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ ไม่มีปัญหาในการประเมินข้ามวัฒนธรรม และแบบประเมินยังสามารถใช้ได้ง่าย ใช้เวลาในการตอบประมาณ 5-10 นาที สามารถวัดซ้ำได้ ผู้ศึกษาจึงเห็นว่าแบบประเมินนี้มีความเหมาะสมในการศึกษาภาวะซึมเศร้า ซึ่งแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck, 2007)

ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า จำนวน 21 ข้อคำถาม โดยเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางด้านจิตใจและอาการทางกาย ดังต่อไปนี้ อาการทางด้านจิตใจ 15 ข้อ ได้แก่ อารมณ์เศร้า (Sadness) การมองโลกในแง่ร้าย (Pessimism) ความรู้สึกผิด (Guilt) การคาดหวังว่าจะถูกลงโทษ (Expectation of punishment) การไม่ชอบตนเอง (Self-dislike) การตำหนิตนเอง (Self accusation) การคิดอยากฆ่าตัวตาย (Suicidal ideation) การร้องไห้ (Crying) ความหงุดหงิด (Irritability) การแยกตัวออกจากสังคม (Social withdrawal) การลังเลในการตัดสินใจ (Indecisiveness) และอาการทางกาย 6 ข้อ ได้แก่ มีความจุกัดในการทำงาน (Work inhabitation) การนอนไม่หลับ (Insomnia) ความอ่อนเพลียของร่างกาย (Fatigability) การเบื่ออาหาร (Loss of appetite) น้ำหนักลด (Weight loss) และการขาดความสนใจทางเพศ (Loss of libido) โดยแต่ละข้อ ประกอบด้วย 4 ตัวเลือก เริ่มตั้งแต่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย (คะแนน 0) ต่อเนื่องไปจนถึงอาการรุนแรง (คะแนน 3) ให้เลือกตอบ 1 ข้อ การให้คะแนนในแต่ละคำตอบให้เป็น 0, 1, 2 และ 3 คะแนน ตามลำดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า แล้วนับคะแนนในทุกข้อคำถามรวมกัน ซึ่งค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง 63 หลังจากนั้นแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าเป็น 6 ระดับ (Beck, 2007) ดังนี้

0-10 อยู่ในเกณฑ์ปกติ (Normal)

11-16 อารมณ์แปรปรวนไปเล็กน้อย (Mild mood disturbance)

17-20 เข้าข่ายมีอาการซึมเศร้าในทางคลินิก (Borderline clinical depression)

21-30 มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง (Moderate depression)

31-40 มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง (Severe depression)

41-63 มีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรงมาก (Extreme depression)

การรักษาผู้มีภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การบำบัดรักษาผู้มีภาวะซึมเศร้า มีแนวทางการช่วยเหลือหลากหลายวิธี มีรูปแบบ และมีเป้าหมายชัดเจน พิจารณาตามสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า หรือระดับของภาวะซึมเศร้า ได้แก่

1. การรักษาด້วยยา (Psych pharmacotherapy) เป้าหมายของการรักษาด້วยยา เพื่อเพิ่มภาวะตัวอ่อนทางประสาท (Neuroplasticity) และการกลับคืนสู่สภาพเดิมของเซลล์ (Cellular resilience) กลไกการออกฤทธิ์ของยาแก้ซึมเศร้า (Antidepressant) ในสมองจะเกิดขึ้นภายในระยะเวลาอันสั้น แต่มีผลทำให้เกิดสัญญาณระหว่างเซลล์ประสาท (Interneuron signals) ที่ช่วยทำให้มีการสื่อสารซึ่งกันและกันไปตามลำดับขั้น กลุ่มของเซลล์ประสาทจะทำงานร่วมกันเป็นวงจร มีผลต่อหน้าที่ของสมองที่ละเอียดและซับซ้อน (ภาวะตัวอ่อนทางประสาทเป็นความสามารถ

ของสมองในการเรียนรู้และการสร้างความจำจากประสบการณ์ต่าง ๆ รวมทั้งการปรับตัวอย่างเหมาะสมต่อสิ่งเร้าภายในและภายนอก) มีรายงานว่า ยากลุ่ม SSRE (Selective serotonin reuptake enhancer) เช่น ยา Tianeptine (Stablon) ทำให้การฟ้อหรือการทลายเซลล์ประสาทลดลง และเพิ่มปริมาตร Hippocampus ที่ลดลงให้กลับสู่สภาพเดิม จากการทดลองในกลุ่ม SSRIS (Selective serotonin reuptake inhibitor เช่น Fluoxetine หรือกลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCAs) เช่น Desipramine กลับไม่มีผลเหมือนกลุ่ม SSRE และมีการพัฒนายาต้านซึมเศร้ากลุ่มใหม่ ได้แก่ NMDA antagonists เช่น Memantine เพิ่มภาวะตัวอ่อนทางประสาทและการอยู่รอดของเซลล์ ยา Riluzole และ Felbamate จะมีปฏิกิริยาต่อ Na⁺ channels ทำให้การปลดปล่อยของ Glutamate ลดลง เป็นต้น (จำลอง คิชยวิช และพริ้มเพรา คิชยวิช, 2557)

2. การทำจิตบำบัด (Psychotherapy) การรักษาด้วยจิตบำบัด เป็นการเรียนรู้แบบหนึ่งสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่จุดประสานประสาท (Synapses) และในวิถีสัญญาณในเซลล์ (Intracellular signaling pathway) (Kandel, 2009) จากการทบทวนวรรณกรรม จิตบำบัดที่นิยมนำมารักษาผู้มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่

2.1 จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy) เป็นจิตบำบัดระยะสั้น ที่มุ่งให้ความสนใจและแก้ไขประเด็นปัญหาสำคัญของผู้รับบริการ (Focus psychotherapy) ซึ่งเป็นปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในปัจจุบันด้านหนึ่งใน 4 ด้านที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าประกอบไปด้วย

2.1.1 ความรู้สึกเศร้าเสียใจจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Grief or bereavement)

2.1.2 ความขัดแย้งกับบุคคลที่สำคัญในชีวิต (Interpersonal role disputes)

2.1.3 การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม (Role transitions)

2.1.4 การขาดสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น (Interpersonal deficits)

โดยใช้วิธีการเชื่อมโยงความเกี่ยวข้องระหว่างปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในปัจจุบันกับอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น และเมื่อแก้ไขปัญหาระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นได้ อาการซึมเศร้าก็จะดีขึ้น (พีรพนธ์ ลือบุญวิรัชย์, 2549)

2.2 พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) การรักษาวีธีนี้ เฟอร์สเตอร์ (Ferster, n.d. cited in Kazdin, 2001) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริมในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น พฤติกรรมบำบัดมีหลักการว่าเมื่อพฤติกรรมเปลี่ยน อารมณ์และความคิดจะเปลี่ยนไปด้วย ดังนั้นจึงบำบัดเพื่อสร้างเสริมสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น ซึ่งเป็นการเสริมแรงด้านบวกในทางบวก

(Positive reinforcement) และลดความขัดแย้งซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบลง การพบแต่เหตุการณ์ดี ๆ จะทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้รับการบำบัดดีขึ้น

2.3 การบำบัดทางปัญญา (Cognitive therapy) มีพื้นฐานความเชื่อว่าภาวะซึมเศร้า เกิดจากการรับรู้ที่บิดเบือนไม่ถูกต้อง เลือกลงใจแต่ในแง่ลบของเหตุการณ์และไม่เป็นความจริง วิธีการ คือ ช่วยให้บุคคลเข้าใจและค้นหาความคิดด้านลบ แล้วปรับเปลี่ยนการคิดไปอีกทางที่ ยืดหยุ่นและเป็นทางบวก นอกจากนี้ยังพบว่า การบำบัดทางปัญญาสามารถลดภาวะซึมเศร้าและ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีความซึมเศร้าระดับน้อย ถึงปานกลาง (Gloaguen et al., 1998) มีการศึกษาพบว่า จิตบำบัดมีผลต่อ Serotonin metabolism (Viinamaki et al., 2008) จากการศึกษาผู้ป่วย 2 ราย ไม่ได้ได้รับการรักษาด้วยจิตบำบัดหรือการรักษา อย่างอื่น ช่วงแรก พบว่า Serotonin uptake (การดูดกลับสารสื่อประสาทซีโรโทนินของเซลล์ ประสาท) ลดลง ศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม จำนวน 10 คน ที่ได้รับการรักษาด้วยจิตบำบัด ครบหนึ่งปี พบว่า กลุ่มไม่ได้รับจิตบำบัดยังคงมี Serotonin uptake ลดลงเหมือนเดิม ผู้ที่ได้รับจิตบำบัด มี Serotonin uptake ปกติ จากการศึกษาี้แสดงว่าจิตบำบัดสามารถทำให้ Serotonin metabolism กลับคืนสู่สภาวะปกติได้ (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2557)

3. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสมอง ระหว่างที่ผู้ป่วยชัก จะพบว่า มีเลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้น มีเมตาบอลิซึมสูงขึ้น มีการใช้ออกซิเจน และกลูโคสมากขึ้น แต่หลังจากชักแล้ว เมตาบอลิซึม การใช้ออกซิเจน กลูโคส รวมทั้งเลือดที่ไป เลี้ยงสมองจะน้อยลง ซึ่งจากการวิจัย พบว่า ภาวะที่มีการลดลงของเมตาบอลิซึมนี้เอง คือ สิ่งสำคัญ ของการรักษาด้วยวิธีนี้ นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง ซึ่งเป็น ลักษณะเดียวกับที่พบในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า (รัตนานา สหายพานิชย์, 2554)

4. การรักษาด้วยแสงสว่าง (Light therapy) หรืออาจเรียกว่าการรักษาด้วยแสงจ้า (Bright light therapy) ใช้แสงจ้าเพื่อทำให้เกิดการเลื่อนจังหวะวงจร (Circadian rhythm) เช่น การหลับ/ การตื่น การหลั่งสาร Melatonin การหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) และอุณหภูมิ ในร่างกาย (Core body temperature) เช่น การให้แสงในช่วงเย็นจะทำให้จังหวะวงจรเลื่อนช้า ออกไป (Phase delay) การให้แสงในช่วงเช้าจะทำให้จังหวะวงจรเลื่อนเร็วขึ้น (Phase advance) (สรยุทธ วาสิณานนท์, 2549) ผลการรักษาเทียบเท่ากับการรักษาด้วยยาแก้ซึมเศร้า อัตรา ตอบสนองต่อการรักษาในช่วงเช้า ประมาณร้อยละ 60-70 (Lam et al., 2006) เป็นทางเลือก ในผู้ที่ปฏิเสธการรักษาด้วยยาหรือไม่ตอบสนองด้วยยา หรือไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียง ของยา หรือผู้ที่มีข้อห้ามในการรักษาด้วยยา เช่น หญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น (สรยุทธ วาสิณานนท์, 2549)

5. การรักษาด้วยทางเลือกอื่น (Alternative treatment) ได้แก่

5.1 การออกกำลังกาย (Exercise therapy) จะเพิ่มการทำงานของสารสื่อประสาทผลิตฮอร์โมนเอ็นดอร์ฟิน (Endorphine) ระวังความเจ็บปวดและมีความสุข ปลดปล่อยสารอะดรีนาลีน (Adrenaline) และซีโรโทนิน (Serotonin) อันเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้จะช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดความเครียด และเพิ่มความรู้สึกสำเร็จในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นต้น (เอกอุมา วิเชียรทอง, 2549) ใช้ได้กับทุกวัยที่ไม่มีข้อห้ามในการออกกำลังกาย ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง พบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic) นาน 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ด้วยน้ำหนัก 60-80% ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด ต่อเนื่องอย่างน้อย 8 สัปดาห์ จะมีประสิทธิภาพการรักษาโรคซึมเศร้า (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2554)

5.2 การนวด (Massage therapy) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการกระตุ้นกระแสประสาทจากสมองส่วนหน้าด้านขวา (ซึ่งเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้า) ไปเป็นจากสมองส่วนด้านซ้าย หรือมีการกระตุ้นจากทั้งสองซีกเท่ากัน (ซึ่งเกี่ยวข้องกับอารมณ์ที่เป็นสุข) และการนวดจะเพิ่มการทำงานของเส้นประสาทเวกัส (Vagus nerve) และกระตุ้นการแสดงออกทางสีหน้า จะช่วยลดอารมณ์เศร้า (Field, 2008) การช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า ต้องอาศัยแนวคิดแบบองค์รวม (Holistic approach) คือ มีการรักษาที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย เช่น การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาด้วยแสง เป็นต้น และการรักษาทางจิตสังคม เช่น การทำจิตบำบัด (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2557)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การใช้ยาแก้ซึมเศร้าได้ผลเท่ากับการทำจิตบำบัด บางการศึกษาพบว่าการใช้ยาแก้ซึมเศร้า ร่วมกับการทำจิตบำบัด ได้ผลดีกว่าการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว หรือในรายที่มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย การรักษาด้วยทางเลือกอื่น เช่น การออกกำลังกาย การนวดแผนไทย ช่วยรักษาอาการซึมเศร้าได้ การพิจารณาการรักษาอาจต้องพิจารณาถึงสาเหตุ ระดับและความรุนแรงของอาการซึมเศร้า หรือพิจารณาถึงความแตกต่างของบุคคล ทั้งเพศ ภาวะ อายุ หรือข้อจำกัดต่าง ๆ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการแก้อาการซึมเศร้า

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการบูรณาการการปรึกษาแบบพหุทฤษฎี

การปรึกษาแบบบูรณาการ (Integrative counseling) เป็นทฤษฎีและเทคนิควิธีที่ใช้ในการเลือกสรร วิเคราะห์ และสังเคราะห์จุดเด่นของทฤษฎี และเทคนิควิธีการปรึกษาต่าง ๆ เพื่อนำมาบูรณาการเข้าเป็นทฤษฎีและเทคนิควิธีการปรึกษา อีกทฤษฎีหนึ่ง การบูรณาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหาแนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

การศึกษาแบบบูรณาการนี้ได้รับความนิยมมากขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 เป็นต้นมา จนถึงปัจจุบัน ว่าเป็นแนวทางใหม่ในการศึกษา คอร์เรย์ (Corey, 2009, p. 88 อ้างถึงใน สุรินทร์ สุทธิชาติพิทย์, 2554) ได้อ้างผลการสำรวจของ Psychotherapy networker ในปี ค.ศ. 2007 โดยสำรวจ นักจิตวิทยาและผู้ให้การปรึกษา จำนวน 2,281 คน เกี่ยวกับทฤษฎีและเทคนิควิธีการที่ได้ใช้ในการทำจิตบำบัด การปรึกษา และพบว่า มีเพียงร้อยละ 4.2 เท่านั้น ที่ยึดมั่นในการใช้ทฤษฎีใด ทฤษฎีหนึ่งที่น่าสังเกต คือ ส่วนมากถึงร้อยละ 95.8 ประยุกต์และบูรณาการทฤษฎีและเทคนิค วิธีการต่าง ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการบำบัด การปรึกษา (สุรินทร์ สุทธิชาติพิทย์, 2554)

ประวัติย่อของจิตวิทยาบูรณาการ Integrative psychology ในการประชุมสมาคมจิตวิทยาแห่งอเมริกัน APA ครั้งที่ 88 เฟรนช์ (French, 1933 อ้างถึงใน สุรินทร์ สุทธิชาติพิทย์, 2557) ได้เสนอหัวข้อการอภิปรายเพื่อนำสู่การบูรณาการด้านจิตวิทยาวิเคราะห์แนวคิดระหว่างกลุ่มจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) กับกลุ่มพฤติกรรมนิยม (Behaviorism) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ การเก็บกด (Repression) ที่ทั้งสองทฤษฎียอมรับว่า มีความคล้ายกัน แต่ใช้ศัพท์ต่างกัน แนวคิดของเขาได้รับการอภิปรายทั้งเห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างมาก ปี ค.ศ. 1934 คูบี (Kubie, 1934 อ้างถึงใน สุรินทร์ สุทธิชาติพิทย์, 2557) สนับสนุนแนวคิด ของเฟรนช์เกี่ยวกับการเก็บกด โดยอ้างว่า พาฟลอฟ (Pavlov) มีสมมติฐานว่า การเชื่อมโยงระหว่าง สิ่งเร้าและการตอบสนองที่อยู่นอกเหนือการตระหนักของผู้บุคคล คือ พฤติกรรมการยับยั้ง (Inhibition) ซึ่งพฤติกรรมเช่นนี้บำบัดได้ โดยใช้ Free association techniques ของกลุ่ม Psychoanalysis เพื่อบำบัด Unconscious obstacles (สุรินทร์ สุทธิชาติพิทย์, 2557) แนวคิดที่ปูพื้นฐานมั่นคงให้แก่ Common factor ซึ่งดอลลาร์ด และมิลเลอร์ (Dollard & Miller, 1950 อ้างถึงใน สุรินทร์ สุทธิชาติพิทย์, 2557) ได้เขียนหนังสือเรื่อง Personality and psychotherapy ที่อธิบายรายละเอียดถึงหลักการของกลุ่มจิตวิเคราะห์ที่เกี่ยวกับพฤติกรรม Regression, displacement and repression ที่มีแนวคิดเช่นเดียวกับทฤษฎีการเรียนรู้ Learning theory ดอลลาร์ด และมิลเลอร์ สรุปว่า มีหลักการร่วมหรือเทคนิคร่วมอย่างแน่นอน ในกลุ่มการบำบัดทั้งหลาย เช่น ความร่วมรู้สึก (Empathy) หรือการเสริมแรง (Reinforcement) เป็นต้น ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1960 เป็นต้นมา จิตวิทยาบูรณาการ Integrative psychology ได้พัฒนาอย่างเด่นชัดมาก แฟรงค์ (Frank, 1961 อ้างถึงใน สุรินทร์ สุทธิชาติพิทย์, 2557) ได้เขียนหนังสือเรื่อง Persuasion and healing ซึ่งกล่าวถึง Common factor จากกลุ่มต่าง ๆ เขากล่าวว่า จุดมุ่งหมายหลักของจิตบำบัด การปรึกษาทุกทฤษฎี คือ การสร้างให้บุคคลมีความหวัง เพิ่มการเห็นคุณค่าของตนเอง เพื่อปรับปรุงชีวิตของเขาให้พึงประสงค์มากขึ้น และตั้งแต่ปี ค.ศ. 1960 นี้เอง ที่นักจิตวิทยา นักบำบัด และผู้ให้การปรึกษาทั้งหลายต่างยอมรับกันว่าการยึดอยู่กับทฤษฎีหลักเพียงทฤษฎีเดียวนั้น ไม่เพียงพอต่อการทำจิตบำบัดและการปรึกษาแล้ว ดังนั้น การบูรณาการจึงเป็นเรื่องจำเป็นที่ต้องศึกษา และนำมาปฏิบัติต่อไป ลาซารัส (Lazarus, 1967

อ้างอิงใน สุรินทร์ สุทธิธาพิทย์, 2557) เป็นผู้ริเริ่มใช้จิตวิทยา บูรณาการด้านเทคนิควิธี Technical eclectic approach และเรียกใหม่ว่า Multimodal therapy ต่อมาในปี ค.ศ. 1970 เขาแนะนำว่า นักบำบัดควรจะใช้เทคนิคต่าง ๆ จากกลุ่มจิตวิทยาทั้งหลาย โดยไม่จำเป็นต้องยึดทฤษฎีเหล่านั้น เพียงแต่ใช้เทคนิคเท่านั้น ลาซาร์สเชื่อว่า เทคนิคต่าง ๆ เหล่านั้นเป็นเทคนิคที่มีระบบที่ได้รับการพิสูจน์ยอมรับแล้วว่าเชื่อถือและนำไปบำบัดหรือให้การช่วยเหลือบุคคลที่ประสบปัญหาได้ จิตวิทยาบูรณาการมีการพัฒนา 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ลาซาร์ส ได้พิมพ์หนังสือเรื่อง Multimodal behavior therapy เพื่อเสนอแนวคิด และการปฏิบัติที่เขายึดตามแนวคิดของกลุ่มพฤติกรรมบำบัด Behavior therapy ไปสู่การบำบัดที่เป็นระบบ โดยใช้คำว่า Basic I.D. ซึ่งหมายถึง Behavior, affect, sensation, image, cognition, interpersonal relationship and drugs/ physiological state เพื่อวิเคราะห์ปัญหาของคนไข้ก่อน ว่าเกิดจากพฤติกรรมด้านใดของ BASIC I.D. ปี ค.ศ. 1980 จิตวิทยาบูรณาการได้รับการยอมรับว่าเป็นจิตวิทยาการบำบัดอีกสาขาหนึ่ง ที่พัฒนาอย่างรวดเร็ว มีบทความเกี่ยวกับจิตวิทยาบูรณาการถึง 200 เรื่อง ซึ่ง โกลด์เฟรนด์ (Goldfriend, 1980 อ้างถึงใน สุรินทร์ สุทธิธาพิทย์, 2557) แนะนำว่า ในการบูรณาการนั้น การวิเคราะห์และการเปรียบเทียบระหว่างทฤษฎีอาจเริ่มจากการเลือกเทคนิคเฉพาะและทฤษฎี เฉพาะเพื่อประยุกต์ใช้ เขาได้ใช้คำอีกคำหนึ่งว่า Clinical strategy แทน ระยะที่ 2 นักจิตวิทยาและนักบำบัด และผู้ให้การปรึกษาจากหลายสาขาวิชา ให้ความสนใจการบูรณาการหลากหลายทฤษฎี เช่น Cognitive behavioral, Gestalt, Existential and neo 45ounseling45 นอกจากนี้ ได้มีการประเมินผลเกี่ยวกับการบูรณาการของกลุ่มจิตวิทยาหลัก 3 กลุ่มใหญ่ คือ Big three schools of psychology: Psychodynamic, behaviorism and humanistic การประชุมสัมมนาเกี่ยวกับหัวข้อการบูรณาการมีเพิ่มขึ้น และขยายไปสู่นานาชาติ ได้มีหนังสือเกี่ยวกับ Eclectic approaches กล่าวถึงเทคนิคเฉพาะที่สามารถนำไปใช้ได้กับคนไข้เฉพาะ ดังนั้น ความสนใจบูรณาการระหว่างเทคนิคที่ใช้กับคนไข้ Client-technique จึงเกิดขึ้น ดังตัวอย่างที่ เฟนสเตอร์เฮม และ กลาสเซอร์ (Fensterheim & Glazer, 1983 อ้างถึงใน สุรินทร์ สุทธิธาพิทย์, 2557) ได้เสนอแนะว่า อาจใช้ Psychoanalytic approach บูรณาการเพื่อการตั้งสมมติฐาน ในขณะที่ใช้ Behavioral approach บูรณาการเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ในปี ค.ศ. 1983 ได้มีการจัดตั้ง The society for the exploration of psychotherapy integration (SEPI) เพื่อสร้างสถาบันทางวิชาการ สำหรับนักบำบัดวิชาชีพชั้นสูงที่สนใจในจิตวิทยา บูรณาการได้แลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์ระหว่างกัน ปัจจุบัน SEPI เป็นสถาบันนานาชาติ ที่ยอมรับกันทางวิชาการ วารสารทางวิชาการเกิดขึ้น 2 ฉบับ คือ Journal of integrative and eclectic psychology และ International journal of eclectic psychotherapy เพื่อส่งเสริมด้านทฤษฎีและการประชุมสัมมนา Integrative psychology approaches ปัจจุบันจิตวิทยา

บูรณาการได้พัฒนาเป็นทั้งหมด 6 ประเภท ได้แก่

1. Meta-theoretical integration
2. Technical eclectic
3. Common factor
4. Assimilative integration
5. Complimentary
6. Neurobiological

1. The meta-theoretical models หรือ Theoretical factors หมายถึง การบูรณาการเชิงทฤษฎี ซึ่งวิธีการนี้ค่อนข้างจะเป็นอุดมคติมาก วิธีการนี้ใช้การสังเคราะห์ทฤษฎีต่าง ๆ โดยมีข้อสมมติฐานว่า หลายทฤษฎีจะมีผลต่อกระบวนการบำบัดหรือการปรึกษามากกว่าทฤษฎีเดียว ดังนั้น วิธีนี้จึงผสมผสานแนวคิด หลักการที่สำคัญและเทคนิคของแต่ละทฤษฎี

2. Technical eclectic approaches model (Originally inspired by Lazarus in 1967) บูรณาการเชิงการเลือกสรรเทคนิควิธี ซึ่งเป็นวิธีที่มีข้อมูลเชิงประจักษ์รับรองวิธีการนี้ ที่ไม่มุ่งเน้นที่ ทฤษฎีบุคลิกภาพหรือทฤษฎีจิตบำบัดใด ๆ แต่เป็นวิธีการที่รับรองโดยการวิจัยที่เน้นเทคนิควิธีที่มีประสิทธิผลมากและเหมาะสมสำหรับแต่ละบุคคล และแต่ละปัญหาที่เกิดขึ้น วิธีการนี้เริ่มจากการประเมินปัญหาของคนไข้ โดยเลือกใช้กระบวนการปรึกษาที่เฉพาะและเหมาะสมกับคนไข้ ในกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ข้อวิพากษ์สำหรับวิธีการนี้ คือ ความไม่สอดคล้องกันระหว่างเทคนิคกับความสามารถ และทักษะของนักบำบัดและผู้ให้การศึกษา นอกจากนี้ยังไม่สนใจเรื่องบริบทของคนไข้ด้วย เช่น วัฒนธรรม ความแตกต่างระหว่างบุคคล ตลอดจนความคิดเกี่ยวกับตนเอง

3. Common factors model การบูรณาการโดยใช้หลักการร่วม วิธีการนี้ได้เริ่มมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1930 และมุ่งเน้นที่หลักการร่วมหรือปัจจัยร่วมของทฤษฎีต่าง ๆ ที่นำมาบูรณาการ ข้อวิพากษ์สำหรับวิธีการนี้คือ ถ้าการบำบัดใช้เพียงองค์ประกอบร่วมเป็นพื้นฐานแล้ว ผู้บำบัดอาจจะพลาดข้อเด่นพิเศษต่าง ๆ ของแต่ละทฤษฎีและเทคนิคได้

4. Assimilative integration model วิธีบูรณาการแบบนี้ยังคงยึดทฤษฎีเดิมอยู่ ในขณะที่ใช้เทคนิคจากทฤษฎีอื่น ๆ เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ในเทคนิคมากขึ้น ข้อวิพากษ์สำหรับวิธีการนี้คือ อิทธิพลของทฤษฎีหลักจะยังคงมีมากอยู่นั่นเอง

5. Complimentary model วิธีนี้ประยุกต์มากกว่า 2 ทฤษฎีที่แตกต่างกันเข้ามาเป็นหนึ่งวิธีการ ข้อวิพากษ์สำหรับวิธีการนี้ คือ แต่ละทฤษฎีที่แตกต่างกันและนำมาประยุกต์เข้าด้วยกันนั้น อาจพลาดความสอดคล้องระหว่างกันได้

6. Neurobiological model วิธีนี้มุ่งที่ใช้ความรู้เกี่ยวกับประสาทชีววิทยาที่เป็นฐานของปัจจัยด้านจิตวิทยา ข้อวิพากษ์สำหรับวิธีการนี้ คือ งานวิจัยที่รับรองการบูรณาการยังมีน้อย เพราะเป็นเรื่องใหม่ในวงการ

ประสิทธิผลของการรักษาขึ้นอยู่กับปัจจัยดังต่อไปนี้

1. ร้อยละ 40 ขึ้นอยู่กับคนไข้หรือผู้รับการรักษา (Client factors) ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการรักษา/ การบำบัดการปรึกษาหรือการบำบัดจะประสบความสำเร็จหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ของผู้รับการรักษาและบริบทของผู้รับการรักษา เช่น ความเปิดเผย ศรัทธา ความคิดเชิงบวก ตลอดจนการสนับสนุนจากครอบครัว กลุ่มเพื่อน สังคม ที่ทำงาน การสนับสนุนทางด้านจิตใจ แรงจูงใจ และเขาวนปัญหาของผู้รับการรักษา เป็นต้น

2. ร้อยละ 30 ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ในกระบวนการปรึกษา (Therapeutic relationship factors) ซึ่งได้แก่ ความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้การรักษาและผู้รับการรักษา การสนับสนุนกำลังใจ ความเอื้ออาทร ห่วงใย ความอบอุ่น ความร่วมรู้สึก และการยอมรับ เป็นต้น

3. ร้อยละ 15 ขึ้นอยู่กับทฤษฎี เทคนิคที่เฉพาะเจาะจงกับการปรึกษานั้น ๆ (Model/ Technique factors)

4. ร้อยละ 15 ขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความคาดหวัง (Expectancy/ Placebo factors) ของผู้รับการรักษาที่จะได้รับความช่วยเหลือจากนักบำบัด/ ผู้ให้การรักษาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้พึงประสงค์มากขึ้น

จากการศึกษาเรื่อง บทความฟื้นฟูวิชาการ: จิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัดแบบผสมผสาน (นันทิชาติ สกฤตพงศ์, 2557) พบว่า จิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัดแบบผสมผสานนั้นมีหลายวิธี แต่วิธีที่ได้รับความนิยมสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ประเภท ได้แก่ การผสมผสานทางทฤษฎี (Theoretical integration) การผสมผสานทางเทคนิค (Technical 47ounseling47) การ

ผสมผสานทางทฤษฎีแบบมีทฤษฎีหลัก (Assimilative integration) และการมีปัจจัยการบำบัดร่วม (Common factors) การผสมผสานทางทฤษฎี (Theoretical integration) คือ การผสมผสานทฤษฎีการปรึกษาและจิตบำบัด ทั้งในด้านของความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ แนวคิดพื้นฐานของการเกิดความคิดปกติทางจิตใจและบุคลิกภาพ รวมทั้งเทคนิคต่าง ๆ ของตั้งแต่ 2 ทฤษฎีขึ้นไป จนเกิดเป็นทฤษฎีการปรึกษาและจิตบำบัดแบบใหม่ โดยการผสมผสานนั้น อาจมาจากทฤษฎีที่มีแนวคิดพื้นฐานคล้ายคลึงกันหรือตรงกันข้ามกันเลยก็ได้ การผสมผสานแบบนี้ถือได้ว่ามีความซับซ้อน และยากมากที่สุด การผสมผสานทางทฤษฎีที่ได้รับความนิยมในการอ้างอิงถึงและ

มีงานวิจัยรองรับ ได้แก่ รูปแบบ Cyclical psychodynamic ของวาเชล และคณะ (Wachel et al.) และรูปแบบ Transtheoretical approach ของโพรชาสกา และคณะ (Prochaska et al.) ดังนี้

1. รูปแบบ Cyclical psychodynamic พัฒนาโดย วาเชล และคณะ (Wachel et al.)

โดยเริ่มแรกเป็นการผสมผสานแนวคิด ระหว่างการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavior model) กับการบำบัดแบบจิตพลวัต (Psychodynamic model) เข้าด้วยกัน ต่อมาเริ่มผสมผสานแนวคิดจากทฤษฎีเชิงระบบ (System theory) ซึ่งเป็นพื้นฐานของการช่วยเหลือครอบครัว และปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมมามีส่วนในการพัฒนาทฤษฎีด้วย แนวคิดนี้เชื่อว่าประสบการณ์ในวัยเด็กมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลในปัจจุบัน แต่การตระหนักรู้ (Insight) ต่อประสบการณ์ในวัยเด็กเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล จึงจำเป็นที่จะต้องผสมผสานเอาแนวคิดด้านการรู้คิดพฤติกรรม มามีส่วนช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมที่ชัดเจนมากขึ้น ตัวอย่างเช่น การบำบัดรายกรณีของ จูดี (Judy) วัย 40 ปี ที่มาขอรับการช่วยเหลือด้วยอาการซึมเศร้าเรื้อรังร่วมกับมีอาการทางกายที่หลากหลาย นักบำบัดที่ใช้แนวคิดของ Cyclical psychodynamic จะเริ่มประเมินปมขัดแย้ง ทางจิตใจที่ส่งผลต่อพฤติกรรม และขณะเดียวกันก็ประเมินถึงสิ่งเสริมแรงหรือการลงโทษ ต่อพฤติกรรมที่ส่งผลต่อปมขัดแย้งทางจิตใจให้ฝังแน่นมากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามความเชื่อพื้นฐานของ ทฤษฎีบุคลิกภาพมนุษย์ใน Cyclical psychodynamic ที่เชื่อว่า ปมขัดแย้งทางจิตใจและสิ่งเสริมแรง จากสิ่งแวดล้อมล้วนมีผลกระทบซึ่งกันและกัน จากนั้นก็ใช้เทคนิค คือ การตีความ (Interpretation) เพื่อตีความปมขัดแย้งทางจิตใจในอดีต ร่วมกับเทคนิคการลดความรู้สึกอ่อนไหวอย่างเป็นระบบ (Systematic desensitization) และฝึกให้ผู้รับบริการมีพฤติกรรมกล้าแสดงออกมากขึ้นกว่าการมีพฤติกรรมแบบยอมตามที่นำไปสู่การเก็บกดความโกรธไว้ภายในจิตใจ จนแสดงออกมาเป็นอาการทางกายและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น ผลการบำบัด พบว่า จูดีมีพฤติกรรมกล้าแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2. รูปแบบ Transtheoretical approach พัฒนาโดย โพรชาสกา และคณะ (Prochaska et al.)

รูปแบบการบำบัดแบบนี้ถือได้ว่าเป็นรูปแบบการผสมผสานทางทฤษฎีที่มีงานวิจัยรองรับมากที่สุดวิธีหนึ่ง พัฒนารวมขึ้นเริ่มแรก เพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด คือ บุหรี่ ต่อมา มีการประยุกต์ใช้กับกลุ่มต่าง ๆ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การลดน้ำหนัก และการควบคุมอาหาร การวางแผนครอบครัวสำหรับวัยรุ่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาเบาหวาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในผู้ติดเชื้อ HIV รวมทั้งพฤติกรรมอื่น ๆ เช่น การรังแกกันในโรงเรียนและการทารุณกรรมในครอบครัว เป็นต้น

รูปแบบ Transtheoretical approach เกิดจากการผสมผสานทฤษฎีการบำบัดจากสำนักต่าง ๆ เข้าด้วยกัน อันได้แก่ กลุ่มจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) เกสตัลท์ (Gestalt) อัจฉิภาวนิยม (Existential) การบำบัดแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Client-centered) และการบำบัดแบบการรู้คิด พฤติกรรม (Cognitive-behavior) ในด้านเทคนิคที่ใช้ขึ้นนั้น จะมีการผสมผสานเทคนิคการบำบัดจากสำนักดังกล่าวข้างต้น มาใช้ให้เหมาะสมกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงของบุคคล (Stage of change) การผสมผสานทางเทคนิค (Technical 49ounseling49) คือ การผสมผสานทางเทคนิค จัดได้ว่าเป็นรูปแบบการผสมผสานที่นิยมใช้มากที่สุดวิธีหนึ่ง โดยเป็นการหยิบยกเอาเฉพาะเทคนิค จากทฤษฎีการปรึกษาและจิตบำบัด ต่าง ๆ ซึ่งเป็นเทคนิคที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (Empirically supported interventions) มาใช้ให้เหมาะสมกับการช่วยเหลือผู้รับบริการแต่ละราย โดยมีได้ยึดถือทฤษฎีการปรึกษาหรือจิตบำบัดใดเป็นทฤษฎีหลัก การผสมผสานทางทฤษฎีแบบมีทฤษฎีหลัก (Assimilative integration) คือ ผู้ให้การปรึกษา หรือนักจิตบำบัด ยึดทฤษฎีการบำบัด ทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งเป็นหลัก จากนั้นจะทำการหยิบยืมเทคนิค จากทฤษฎีการบำบัดอื่นมาใช้ร่วมด้วย โดยเทคนิคที่ถูกหยิบยืมมาใช้ขึ้นนั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อตอบสนองเป้าหมายการบำบัด ตามทฤษฎีหลักที่นักจิตบำบัดยึดถือ การมีปัจจัยการบำบัดร่วม (Common factors) คือ เป็นวิธีพิจารณาคุณลักษณะร่วมหรือปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นภายหลังได้รับการปรึกษาหรือการทำจิตบำบัด โดยมีได้ขึ้นอยู่กับว่าใช้ทฤษฎีการปรึกษาหรือจิตบำบัดทฤษฎีใด ตัวอย่างเช่น สัมพันธภาพที่ดี ระหว่างนักจิตบำบัดและผู้รับบริการ ถือว่าเป็นปัจจัยการบำบัด ร่วมที่ทำให้ผู้รับบริการดีขึ้นไม่ว่านักจิตบำบัด จะใช้ทฤษฎีใดในการบำบัด รักษา

การศึกษารูปแบบจิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัด แบบผสมผสานในประเทศไทยสามารถพบได้ในวิทยานิพนธ์ต่าง ๆ แต่มีจำนวนไม่มาก ส่วนใหญ่จะทำการศึกษาประสิทธิภาพการบำบัด แบบ Transtheoretical approach แต่การผสมผสานในรูปแบบอื่น ๆ ยังไม่ชัดเจน และผู้วิจัยไม่ระบุงานวิจัยของตนใช้รูปแบบของการผสมผสานแบบใด เช่น การศึกษาและพัฒนาการมองโลกในแง่ดีของนักเรียนวัยรุ่น โดยการให้คำปรึกษากลุ่มที่ออกแบบการปรึกษากลุ่ม ในรูปแบบที่บูรณาการทั้งเทคนิคและแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมตามกระแสกลุ่ม (Group process) ทว่ายังขาดแนวคิดที่สนับสนุนถึงการผสมผสานบูรณาการว่ามีที่มาหรืออ้างอิง จากแนวคิดใด ดังนั้น ในประเทศไทยจึงต้องการงานวิจัยสนับสนุนอีกเป็นจำนวนมากถึงแนวคิด การผสมผสานด้านจิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัด รวมทั้งประสิทธิผลของการผสมผสาน รูปแบบต่าง ๆ ในกลุ่มคนไทย ศาสตราจารย์เจอร์รี คอรัเรย์ (Gerald Corey) (Corey, 2013 อ้างถึงใน นันทิชาติศักดิ์สกุลพงศ์, 2557) เป็นศาสตราจารย์เกียรติคุณในสาขาบริการมนุษย์และการปรึกษาที่ California

State University at Fullerton ได้รับรางวัลศาสตราจารย์ดีเด่นแห่งปี (Outstanding professor) ในปี ค.ศ. 1991 จาก California State University at Fullerton ศาสตราจารย์คอร์เรย์ได้เขียนหนังสือด้านจิตวิทยาการศึกษาที่ตีพิมพ์เผยแพร่แล้วถึง 16 เล่ม และแปลเป็นภาษาต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นภาษาอาหรับ อินโดนีเซีย โปรตุเกส ตุรกี เกาหลี จีน ญี่ปุ่น สเปน รัสเซีย และหนังสือเล่มนี้ก็คือเป็นหนังสือเล่มล่าสุดที่เขาเขียน ซึ่งศาสตราจารย์คอร์เรย์เชื่อว่า การผสมผสานด้านการให้คำปรึกษานั้น ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ผู้ให้คำปรึกษาสามารถเลือกทฤษฎีการศึกษาที่มองแล้วว่ามีความสอดคล้องกับความเชื่อของตนเองเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ แล้วทำการศึกษาฝึกฝนตนเองตามทฤษฎี การศึกษานั้นให้มากที่สุด จากนั้นก็เริ่มบูรณาการทฤษฎีที่ตนยึดถือเป็นหลัก กับทฤษฎีการศึกษาอื่น ๆ ที่มีแนวคิดใกล้เคียงกัน ในการนำมาใช้กับผู้รับบริการ ซึ่งศาสตราจารย์คอร์เรย์ มีความคิด ความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์และการให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการ ตามแนวทางการศึกษาแบบอัตถิภาวนิยม (Existential counseling) แต่ขณะเดียวกันก็ผสมผสานวิธีการหรือเทคนิคจากทฤษฎีการศึกษาอื่น ๆ เช่น การบำบัดแบบเกสตัลท์และละครบำบัด เป็นต้น มาใช้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการศึกษาทางจิตวิทยา

สรุปงานวิจัยชิ้นนี้ ใช้การบูรณาการให้การศึกษาระหว่างทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม ซึ่งการบูรณาการพหุทฤษฎีมีดังต่อไปนี้

การบูรณาการการศึกษาแบบพหุทฤษฎี (Multitheoretical psychotherapy)

การบูรณาการการศึกษาแบบพหุทฤษฎี (Multitheoretical psychotherapy: MTP) เป็นการศึกษาแบบบูรณาการแนวทางใหม่ที่ได้รับการพัฒนาโดย เจฟฟ์ อี. บรูคส์ แฮร์ริส (Jeff E. Brooks-Harris, 2007) ที่มหาวิทยาลัยฮาวาย โดยการศึกษาแบบนี้จะเป็นการออกแบบการศึกษาได้ให้กับผู้รับบริการได้เฉพาะเจาะจงตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ

1. ข้อตกลงเบื้องต้น 4 ประการ ของการบูรณาการการศึกษาแบบพหุทฤษฎี (MTP)

Four lessons of multitheoretical psychotherapy: MTP

ประการที่ 1 หลักการสำคัญของบูรณาการทางจิตวิทยา 5 อย่าง (Five principles for integrative psychotherapy)

ประการที่ 2 ข้อตกลงมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน (Working interactively)

ประการที่ 3 บริบทในการทำงาน (Working contextually)

ประการที่ 4 การวางแผนในการให้การศึกษาระบบบูรณาการ (Integrative treatment planning)

ประการที่ 1 (Lesson one)

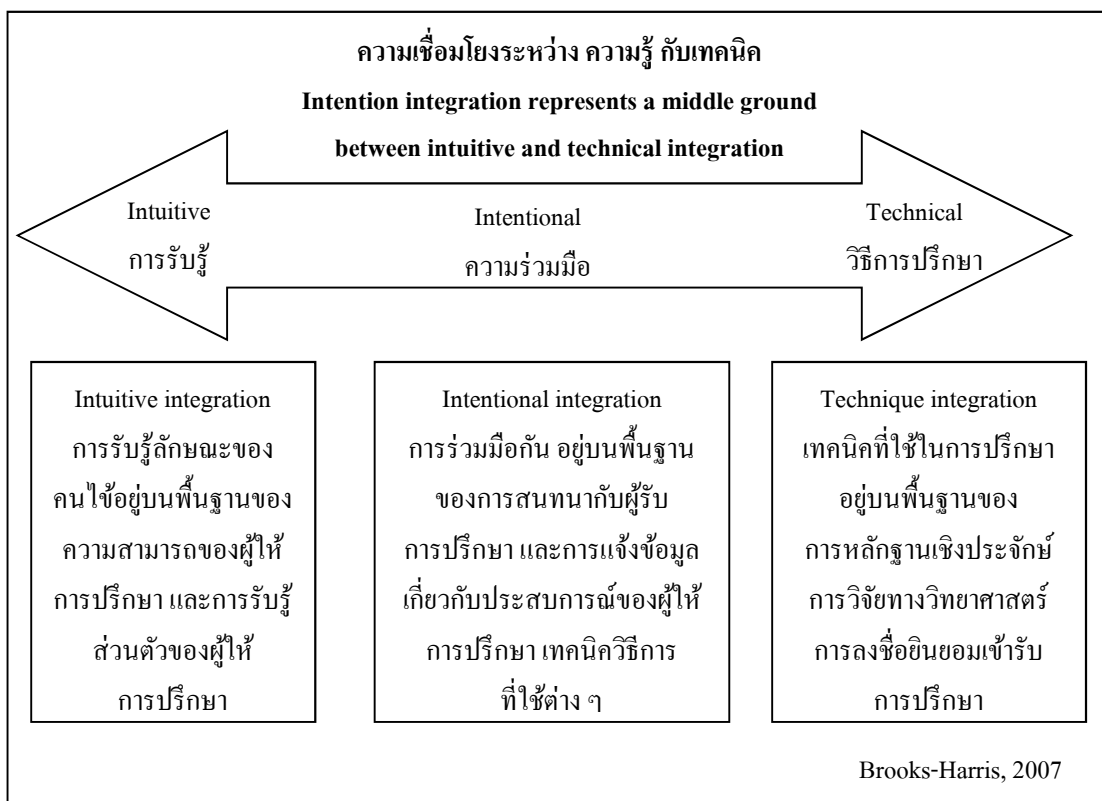
หลักการสำคัญของบูรณาการทางจิตวิทยา 5 อย่าง (Five principles for integrative psychotherapy) ประกอบด้วย

1. ตั้งใจมุ่งมั่น(Intentional)
2. มิติต่าง ๆ ในการปรึกษา (Multidimensional)
3. การบูรณาการหลากหลายทฤษฎี (Multitheoretical)
4. กลยุทธ์ที่ใช้ (Strategy-based)
5. เชิงสัมพันธ์ (Relational)

หลักการที่ 1 (Principal 1)

ความตั้งใจมุ่งมั่นในการบูรณาการ (Intentional integration)

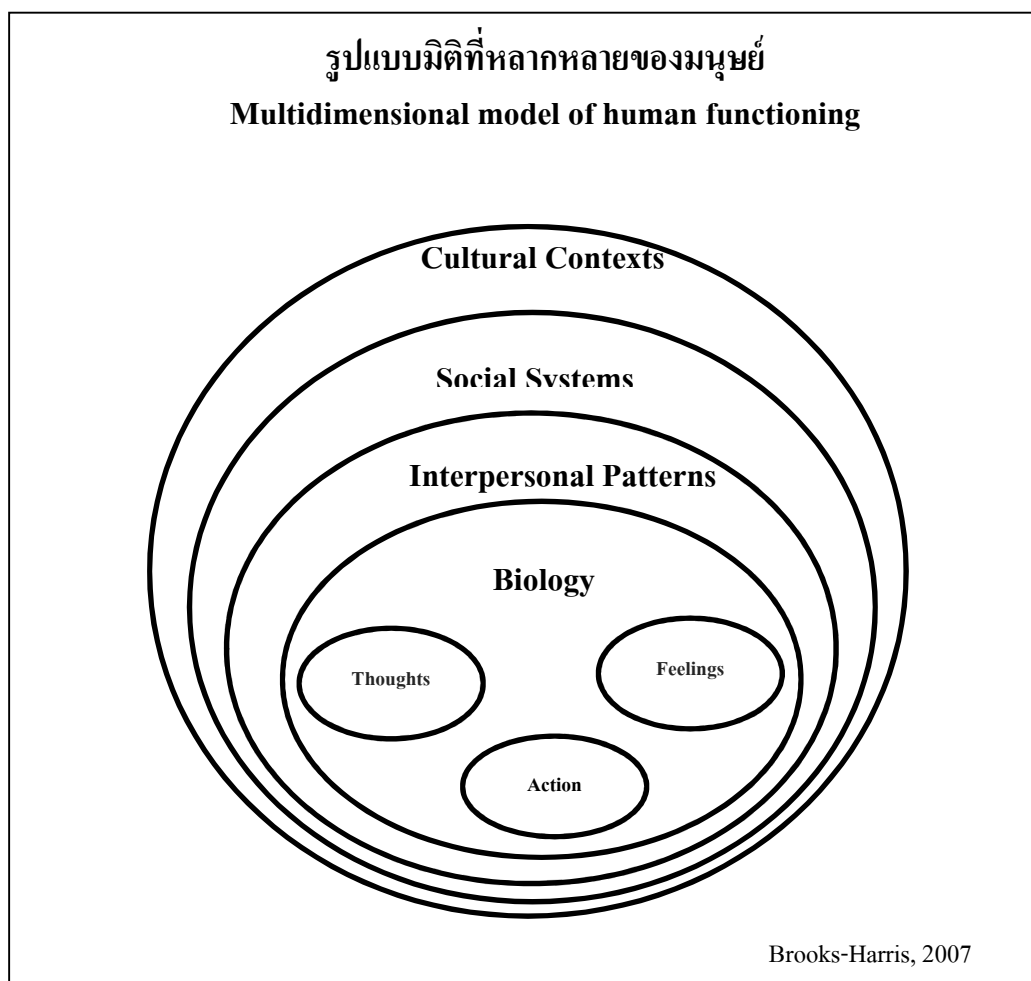
1. การให้การปรึกษาคควรขึ้นอยู่กับมีทางเลือกในการให้ช่วยเหลือได้หลากหลาย
2. ความตั้งใจจะเป็นเครื่องนำทางให้ผู้ให้การปรึกษามีทางเลือก แนวคิด และกลยุทธ์ที่จะนำมาใช้การปรึกษา รู้จักที่เลือกใช้ทฤษฎี เทคนิควิธีการต่าง ๆ มาใช้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด
3. ความมุ่งมั่น ให้ความสำคัญกับประวัติการรักษาของผู้รับบริการ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ให้การปรึกษาได้รู้ถึงความจำเป็นของคนไข้แต่ละคนที่พวกเขามีความต้องการที่แตกต่างกันไป แง่มุมที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้รับบริการ
4. การปรึกษาแบบบูรณาการนั้นจำเป็นต้องส่งเสริมในหลากหลายมิติให้สามารถเกิดการปรับตัวได้ในทุก ๆ มิติ เช่น ความสามารถในการคิด การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ และการปรับความรู้สึกที่จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษานั้นสามารถปรับใช้ได้ดีกับทางร่างกาย ความสัมพันธ์ โครงสร้าง และวัฒนธรรมด้วย



ภาพที่ 6 ภาพแสดงรูปแบบมิติที่หลากหลายของมนุษย์

การบูรณาการแบบหลากหลายมิติ (Multidimensional integration)

1. การให้การปรึกษา ควรตระหนักว่า มีปฏิสัมพันธ์มากมายที่เกิดขึ้นในหลากหลายแง่มุมที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้รับการปรึกษา
2. การปรึกษาแบบบูรณาการนั้นจำเป็นต้องส่งเสริมในหลากหลายมิติให้สามารถเกิดการปรับตัวได้ในทุก ๆ มิติ เช่น ความสามารถในการคิด การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ และการปรับความรู้สึกลึกที่จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษานั้นสามารถปรับใช้ได้ดีกับทางร่างกาย ความสัมพันธ์ โครงสร้างและวัฒนธรรมด้วย



ภาพที่ 7 ภาพแสดงรูปแบบมิติที่หลากหลายของมนุษย์

หลักการที่ 3 (Principal 3)

การบูรณาการแบบพหุทฤษฎี (Multitheoretical integration)

1. ผู้ให้การปรึกษาแบบบูรณาการจะต้องใช้ประโยชน์จากทฤษฎีที่ตรงกันข้ามกัน เพื่อทำความเข้าใจผู้รับการปรึกษาและเป็นแนวทางในการสร้าง โปรแกรมการปรึกษา
2. แนวคิดแบบพหุทฤษฎีนี้ช่วยให้ผู้ให้การปรึกษามองเห็นสิ่งที่เอื้อประโยชน์ต่อกันของทฤษฎีต่าง ๆ เพื่อใช้ในการสร้าง โปรแกรมการปรึกษาได้อย่างรอบคอบ
3. การฝึกฝนตามแบบพหุทฤษฎีนี้ต้องใช้เทคนิควิธีการต่าง ๆ ที่มาจากทฤษฎีพื้นฐานที่แตกต่างกัน

4. การบูรณาการแบบพหุทฤษฎี เน้นให้ใช้ประโยชน์จากปรัชญาที่หลากหลายที่มีความแตกต่างกันมากกว่าปรัชญาที่เหมือนกัน และ มีการประยุกต์ใช้วิธีการที่หลากหลายมากกว่าการใช้วิธีการเดียว

กรอบแนวคิดการบูรณาการทฤษฎีแบบพหุทฤษฎี Multitheoretical framework for psychotherapy	
กลุ่มทฤษฎี (Theoretical approaches)	มิติพื้นฐาน (Focal dimension)
ทฤษฎีกลุ่มปัญหา (Cognitive approach)	ความคิด (Thoughts)
ทฤษฎีกลุ่มพฤติกรรม (Behavioral approach)	พฤติกรรม (Action)
ทฤษฎีกลุ่มประสบการณ์นิยม (Experiential approach)	ความรู้สึก (Feeling)
ทฤษฎีกลุ่มร่างกาย อารมณ์ สังคม (Biopsychosocial)	ชีววิทยา (Biology)
ทฤษฎีกลุ่มจิตวิเคราะห์ (Psychodynamic)	รูปแบบปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal pattern)
ทฤษฎีกลุ่มโครงสร้าง (Systemic)	ระบบโครงสร้างทางสังคม (Social systems)
ทฤษฎีกลุ่มพหุวัฒนธรรม (Multicultural)	บริบททางวัฒนธรรม (Cultural context)

Brooks-Harris, 2007

ภาพที่ 8 แสดงกรอบแนวคิดการบูรณาการทฤษฎีแบบพหุทฤษฎี

หลักการที่ 4 (Principal 4)

กลยุทธ์ที่ใช้ในการบูรณาการ (Strategy-based integration)

1. ผู้ให้การปรึกษาแบบบูรณาการจะต้องเลือกใช้ประโยชน์จากเทคนิคเฉพาะที่มีประสิทธิภาพจากกลุ่มทฤษฎีพื้นฐานที่มีความแตกต่างกัน
2. การบูรณาการโดยใช้เทคนิคเป็นฐานช่วยทำให้ปรัชญาในการปฏิบัตินั้นมีความชัดเจนมากขึ้น สามารถทำให้ทฤษฎีกลายมาเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้จริง
3. การบูรณาการเกิดขึ้นเมื่อกลยุทธ์นั้นมาจากกลุ่มทฤษฎีที่แตกต่างกันถูกนำมาใช้ร่วมกัน
4. การใช้ทฤษฎีไม่คำนึงถึงลำดับความสำคัญของทฤษฎี แต่คำนึงถึงความจำเป็นของผู้รับบริการปรึกษา

หลักการที่ 5 (Principal 5)

การบูรณาการเชิงสัมพันธ์ (Relational integration)

1. การปรึกษาแบบบูรณาการควรเกิดขึ้นภายใต้บริบทของความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้การศึกษาและผู้รับการปรึกษา
2. รูปแบบสัมพันธ์ที่แตกต่างกันสามารถช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้รับการพัฒนาไปตามความจำเป็นของปัญหา

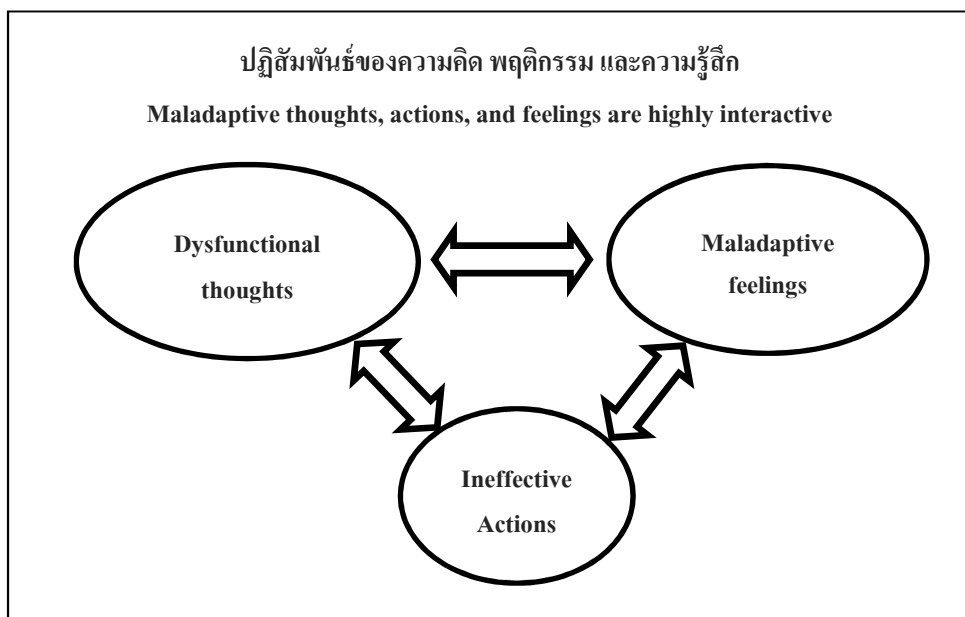
รูปแบบของสัมพันธ์ภาพตามแนวคิดทฤษฎีที่แตกต่างกัน	
Relationship styles encouraged by different theoretical approaches	
กลุ่มทฤษฎี (Theoretical approaches)	รูปแบบของสัมพันธ์ภาพ (Relationship styles)
ทฤษฎีกลุ่มปัญหา (Cognitive approach)	ความร่วมมือที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน
ทฤษฎีกลุ่มพฤติกรรม (Behavioral approach)	การเสริมแรงต่าง ๆ การเสริมแรงทางสังคม
ทฤษฎีกลุ่มประสบการณ์นิยม (Experiential approach)	การร่วมรู้สึก
ทฤษฎีกลุ่มร่างกาย อารมณ์ สังคม (Biopsychosocial)	การส่งเสริมสุขภาพ
ทฤษฎีกลุ่มจิตวิเคราะห์ (Psychodynamic)	การสังเกต การมีส่วนร่วม
ทฤษฎีกลุ่มโครงสร้าง (Systemic)	กฎเกณฑ์ทางสังคม
ทฤษฎีกลุ่มพหุวัฒนธรรม (Multicultural)	การอยู่ร่วมกันในหลากหลายวัฒนธรรม

Brooks-Harris, 2007

ภาพที่ 9 แสดงรูปแบบของสัมพันธ์ภาพตามแนวคิดทฤษฎีที่แตกต่างกัน

ประการที่ 2 (Lesson two)

การมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันของความคิด พฤติกรรมและความรู้สึก (Working interactively with, thoughts, actions, & feelings)



Brooks-Harris, 2007

ภาพที่ 10 แสดงปฏิสัมพันธ์ของความคิด พฤติกรรม และความรู้สึก

ปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดี (Maladaptive interaction) ได้แก่

1. ความรู้สึกที่ไม่ดี (Maladaptive feeling) เช่น ความสิ้นหวัง
2. ความคิดที่ทำหน้าที่ผิดปกติ (Dysfunction thoughts) เช่น “ฉันเป็นคนขี้แพ้”

“ไม่มีใครต้องการออกเดทกับฉัน” เป็นต้น

3. พฤติกรรมที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Ineffective action) เช่น การแยกตัว

ปฏิสัมพันธ์ที่ดี (Adaptive interaction) ได้แก่

1. ความรู้สึกที่ดี (Adaptive feeling) เช่น ความหวัง ความปรารถนาที่จะก้าวข้าม

ความรู้สึกโดดเดี่ยว

2. ความคิดที่ทำหน้าที่ที่ดี (Functional thoughts) เช่น บางทีฉันอาจจะพบคนดี ๆ สักคน
ในงานเลี้ยงครั้งนี้

3. พฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ (Effective action) เช่น การก้าวข้ามความกลัวและ
การกล้าพูดกับคนแปลกหน้าในสังคม

การทำงานกับปฏิสัมพันธ์ (Working interactively)

1. ผู้ให้การปรึกษาสามารถจัดการกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างความคิด พฤติกรรม และ
ความรู้สึกได้เพื่อสนับสนุนให้เกิดการปรับตัวในทุกด้าน และการเกิดการเปลี่ยนแปลง

2. ประเด็นที่แตกต่างไปทางคลินิกสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้กับคนไข้ที่แตกต่างกัน หรือในการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่แตกต่างกันกับคนไข้คนเดิม

กลยุทธ์ทางปัญญา (Cognitive strategies)

1. การบำบัดทางปัญญา ให้ความสำคัญกับความคิด และใช้ประโยชน์จากความคิด เหล่านั้นมาเป็นประเด็นสำคัญทางคลินิก เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

2. กลยุทธ์ทางปัญญา กระตุ้นให้เกิดการคิดที่ดีมีเหตุผล มีหลักฐาน และช่วยให้เกิดการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประการที่ 3 (Lesson three)

การสำรวจทางชีววิทยา, สัมพันธภาพระหว่างบุคคล, ระบบสังคม, และบริบททาง วัฒนธรรม (Exploring biological, interpersonal, systemic, and cultural contexts)

การทำงานกับบริบทต่าง ๆ (Working contextually) ผู้ให้การปรึกษาแบบบูรณาการ ต้องค้นหาและทำงานภายใต้บริบทของร่างกาย สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ระบบสังคม และ บริบททางวัฒนธรรม เพื่อสนับสนุนให้เกิดการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมเหล่านั้น

ประการที่ 4 (Lesson four)

การวางแผนในการให้การปรึกษาแบบบูรณาการ (Integrative treatment planning)

การออกแบบการปรึกษา (Customizing treatment)

1. ผู้ให้การปรึกษาต้องกระตือรือร้นในการสร้างสรรค์รูปแบบการปรึกษาใหม่ ๆ สำหรับผู้รับการปรึกษาแต่ละคน

2. การวางแผนการปรึกษาแบบบูรณาการ ต้องเป็นวิธีการที่ปฏิบัติได้จริง ที่ได้รับการออกแบบตามความจำเป็นของคนไข้แต่ละคนที่มีความแตกต่างกัน

การวางแผนการปรึกษาแบบบูรณาการ

1. สำรวจมิติต่าง ๆ ของคนไข้

2. สร้างปฏิสัมพันธ์โดยให้ความสำคัญ 2 หรือ 3 มิติ

3. สร้างกรอบแนวคิดแบบพหุทฤษฎี

4. เลือกวิธีการบำบัดในตารางกลยุทธ์

จากหลักการสำคัญของการบูรณาการการปรึกษาแบบพหุทฤษฎี จะเห็นได้ว่าสามารถ นำเทคนิคที่เป็นประโยชน์ในทฤษฎีต่าง ๆ มาใช้ได้กับคนไข้ที่มีความต้องการที่แตกต่างกัน ดังนั้น ผู้ป่วยซึมเศร้า ถึงแม้ว่าจะถูกวินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน แต่เมื่อพิจารณาตามมิติของหน้าที่มนุษย์ (Multidimensional of human functioning) แล้ว ผู้ป่วยแต่ละคนก็ยังคงมีความแตกต่างกันในหลายมิติ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการบูรณาการการปรึกษาแบบพหุทฤษฎีเพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าใน

ผู้ป่วยซึมเศร้า เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวในการใช้ชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาในส่วนของกระบวนการบูรณาการพหุทฤษฎีระหว่างทฤษฎีปัญญานิยม กับทฤษฎีมนุษยนิยมเพื่อบูรณาการในโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยมีการสร้างโปรแกรมตามกรอบแนวคิดการบูรณาการพหุทฤษฎี ตามข้อตกลงในเบื้องต้นทั้ง 4 ประการ โดยมีกิจกรรม 9 ครั้ง ดังนี้

ข้อตกลงเบื้องต้น 4 ประการ ของการบูรณาการปรึกษาแบบพหุทฤษฎี (MTP)

ประการที่ 1 หลักการสำคัญของบูรณาการทางจิตวิทยา 5 อย่าง (Five principles for integrative psychotherapy)

- กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

- กิจกรรมที่ 2 การวิเคราะห์ตัวตน

ประการที่ 2 ข้อตกลงมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน (Working interactively)

- กิจกรรมที่ 3 การระบุนิยามความคิดและความรู้สึก

- กิจกรรมที่ 4 การสร้างความเข้าใจ

ประการที่ 3 บริบทในการทำงาน (Working contextually)

- กิจกรรมที่ 5 การยอมรับเพื่อปรับเปลี่ยน

ประการที่ 4 การวางแผนในการให้การปรึกษาแบบบูรณาการ (Integrative treatment planning)

- กิจกรรมที่ 6 วางแผนในการปรับเปลี่ยน

- กิจกรรมที่ 7 ทดลองปรับเปลี่ยน

- กิจกรรมที่ 8 ทำความเข้าใจและยอมรับผลในการปรับเปลี่ยน

- กิจกรรมที่ 9 สรุปผลและให้กำลังใจ

เทคนิคที่ใช้ในการบูรณาการ โปรแกรมมี ดังนี้

เทคนิคทางด้านความคิด มีทั้งหมด 15 เทคนิคหลักที่ใช้ในการบำบัด ซึ่งมาจากหลายหลายทฤษฎีตั้งแต่ Cognitive therapy (Beck, 1967; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Beck, 1995; McMullin, 2000) Rational emotive behavior therapy (Ellis, 1962, 2000), Schema-focused therapy (Young, 1999), Cognitive-behavior modification (Meichenbaum, 1977), Reality therapy (Glasser, 1965, 2000), Multimodal therapy (Lazarus, 1981), Problem solving (Dixon & Glover, 1984), Dialectical behavior therapy (Linehan, 1993), และ Mindfulness-based cognitive therapy (Segal, Williams & Mark, 2004)

COG-1 ระบุนิยามความคิด (Identifying thoughts)

- COG-2 ทำความเข้าใจอิทธิพลของความคิด (Clarifying the impact of thoughts)
- COG-3 ท้าทายความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล (Challenging irrational thoughts)
- COG-4 สร้างความกระจ่างให้กับความคิดหลัก (Illuminating core beliefs)
- COG-5 ประเมินเหตุการณ์ (Evaluating evidence)
- COG-6 ทดสอบสมมติฐาน (Testing hypothesis)
- COG-7 ปรับเปลี่ยนความเชื่อ (Modifying beliefs)
- COG-8 เสริมแรงกับความคิดที่เหมาะสม (Reinforcing adaptive cognitions)
- COG-9 กระตุ้นการรับรู้ตามความจริง (Encouraging accurate perceptions)
- COG-10 ส่งเสริมการคิดเชิงวิพากษ์ (Supporting dialectical thinking)
- COG-11 สนับสนุนการรู้สึกตัว/ สมาธิ (Fostering mindful awareness)
- COG-12 สร้างจินตนาการ (Working with imagery)
- COG-13 ระดมสมองหาทางออก (Brainstorming solution)
- COG-14 ให้ความรู้ด้านจิตวิทยา (Providing psychoeducation)
- COG-15 สนับสนุนการบำบัดด้วยการค้นคว้าข้อมูล (Supporting bibliotherapy)

เทคนิคของทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม ได้มาจาก Emotion-focused therapy (Greenberg & Paivio, 1997; Greenberg, 2002), Gestalt therapy (Perls, Hefferline & Goodman, 1951; Perls, 1969; Polster & Polster, 1973; Yontef, 1993), จิตวิทยากลุ่มมนุษยนิยม (Maslow, 1968) Person-centered therapy (Rogers, 1951, 1957; Raskin & Rogers, 2000) จิตวิทยากลุ่มอัตถิภาวะนิยม (Bugental, 1965; Frankl, 1969; Yalom, 1985) และการปรึกษาแนวประสบการณ์นิยม (Gendlin, 1973, 1978; Mahrer, 1986) เทคนิคแนวประสบการณ์นิยมทั้ง 12 เทคนิค ได้หมายความถึงการนำเสนอประเภทของทักษะที่สามารถใช้ประโยชน์ในการสำรวจความรู้สึกและประสบการณ์ส่วนบุคคล กระตุ้นความงอกงามส่วนบุคคล และเผชิญหน้ากับสิ่งที่เกิดขึ้น เทคนิคแนวประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม

- EXP-1 การระบุความรู้สึก (Identifying feeling)
- EXP-2 การทำความเข้าใจอิทธิพลของความรู้สึก (Clarifying the impact of feeling)
- EXP-3 การกระตุ้นการแสดงความรู้สึก (Encouraging expression of feeling)
- EXP-4 การสนับสนุนให้เกิดความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง (Fostering self — actualization)
- EXP-5 การสื่อสารด้วยการร่วมรู้สึกและการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข (Communicating empathy and positive regard)

- EXP-6 การให้การสนับสนุนด้วยความจริงแท้ (Supporting authenticity)
- EXP-7 การบูรณาการตัวตน (Integrative parts of self)
- EXP-8 การให้ความสำคัญกับการใส่ใจ (Focusing attention)
- EXP-9 การสนับสนุนให้ตระหนักรู้ ที่นี้ และเดี๋ยวนี้ (Fostering here-and-now awareness)
- EXP-10 การสร้างสรรค์การทดสอบใหม่ ๆ (Creating experiment)
- EXP-11 การยอมรับอิสระและความรับผิดชอบ (Accepting freedom and responsibility)
- EXP-12 การระลึกถึงข้อจำกัดที่มีอยู่ (Recognizing existential limitation)

ผู้วิจัยได้บูรณาการเทคนิคทั้ง 2 ทฤษฎีเพื่อสร้าง โปรแกรมการบริการรายบุคคลแบบพหุ
ทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีทางปัญญาร่วมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม ดังที่แสดงไว้
เทคนิคที่ใช้ในกิจกรรมทั้ง 9 กิจกรรมมีแสดงไว้ ดังนี้

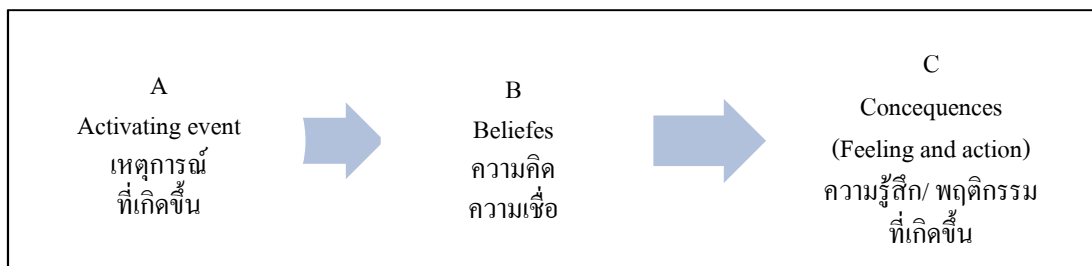
กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ EXP-5 Communicating empathy and positive regard EXP-6 Supporting authenticity	กิจกรรมที่ 5 การยอมรับเพื่อปรับเปลี่ยน COG-4 Illuminating core beliefs EXP-11 Fostering mindful awareness
กิจกรรมที่ 2 การวิเคราะห์ตัวตน EXP-7 Integrating parts of self EXP-4 Fostering self-actualization	กิจกรรมที่ 6 วางแผนในการปรับเปลี่ยน COG-5 Evaluating evidence COG-6 Testing hypotheses
กิจกรรมที่ 3 การระบุนึกคิดและความรู้สึก EXP-1 Identifying feelings COG-1 Identifying thought	กิจกรรมที่ 7 ทดลองปรับเปลี่ยน COG-7 Modifying beliefs EXP -9 Fostering here and now awareness
กิจกรรมที่ 4 การสร้างความเข้าใจ EXP-2 Clarifying the impact of feelings COG-2 Clarifying the impact of thought	กิจกรรมที่ 8 ทำความเข้าใจและยอมรับผล ในการปรับเปลี่ยน COG-13 Brainstorming solutions COG-14 Providing psycho education
กิจกรรมที่ 9 การประเมินผลและให้กำลังใจ	

ภาพที่ 11 แสดงโปรแกรมการบูรณาการพหุทฤษฎี โดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการบำบัดแบบปัญญานิยม (**Cognitive psychotherapy: CT**) ความสำคัญของความคิด การปรึกษาแบบปัญญานิยมให้ความสำคัญกับความคิดของผู้รับ การปรึกษา และอิทธิพลของความคิดที่มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของผู้รับการปรึกษา ถ้าผู้ให้ การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาคัดสินใจว่า ปัญหาของผู้รับการปรึกษาในเบื้องต้นมีความเกี่ยวข้องกับความคิดของพวกเขา มันจะเกิดประโยชน์อย่างมากในการที่จะค้นหาความคิดหรือความเชื่อของผู้รับการปรึกษา และนำมาสร้างกรอบแนวคิดในการให้การปรึกษา หลักสำคัญ คือ การระบุมุมมองความคิดที่กำลังส่งผลกระทบต่อวิธีการที่ผู้รับการปรึกษาดตอบสนองต่อสถานการณ์ที่พวกเขา กำลังเผชิญอยู่

กรอบแนวคิดหลัก

แสดงวิธีการที่ความคิด ความเชื่อ มีเชื่อมโยงระหว่างเหตุการณ์และความรู้สึก/ พฤติกรรม ที่เกิดขึ้น



ภาพที่ 12 แสดงความคิดความเชื่อเชื่อมโยงระหว่างเหตุการณ์และความรู้สึก/ พฤติกรรม

รูปแบบที่สำคัญในการปรึกษาแบบปัญญานิยม คือ การมองเห็นว่า ความคิด ความเชื่อ มีบทบาทสำคัญที่เป็นตัวแปรคั่นกลาง ที่ส่งผลให้เหตุการณ์นั้นมีผลต่อความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้รับการปรึกษา การระบุมุมมองที่เฉพาะเจาะจงนี้และอิทธิพลของมันนั้น เป็นหัวใจสำคัญในการสร้างกรอบแนวคิดในการปรึกษาแบบปัญญานิยม

กรอบแนวคิดพื้นฐานการปรึกษาแบบปัญญานิยม (Simple cognitive conceptualization)

การสร้างกรอบแนวคิดพื้นฐานของการปรึกษาแบบปัญญานิยม จะต้องมีส่วนประกอบ 3 ส่วน คือ โครงสร้างแบบ A-B-C โดยที่ A คือ เหตุการณ์ที่เข้ามากระตุ้น B คือ ความคิดหรือความเชื่อของผู้รับการปรึกษา และ C คือ ผลที่เกิดขึ้นซึ่งแสดงออกมาในรูปแบบของอารมณ์หรือพฤติกรรม โครงสร้างนี้มีประโยชน์อย่างมากในการสอนให้ผู้รับการปรึกษาได้รับรู้ถึงความสัมพันธ์ตามโครงสร้างนี้ และกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษานำไปปรับใช้ในชีวิตของพวกเขา ในชีวิตประจำวัน เราพบได้บ่อยครั้งที่เหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ามากระตุ้นให้บุคคลเกิดอารมณ์และความรู้สึกตามมา หลักการสำคัญของกรอบแนวคิดการปรึกษาแบบปัญญานิยม คือ การทำให้

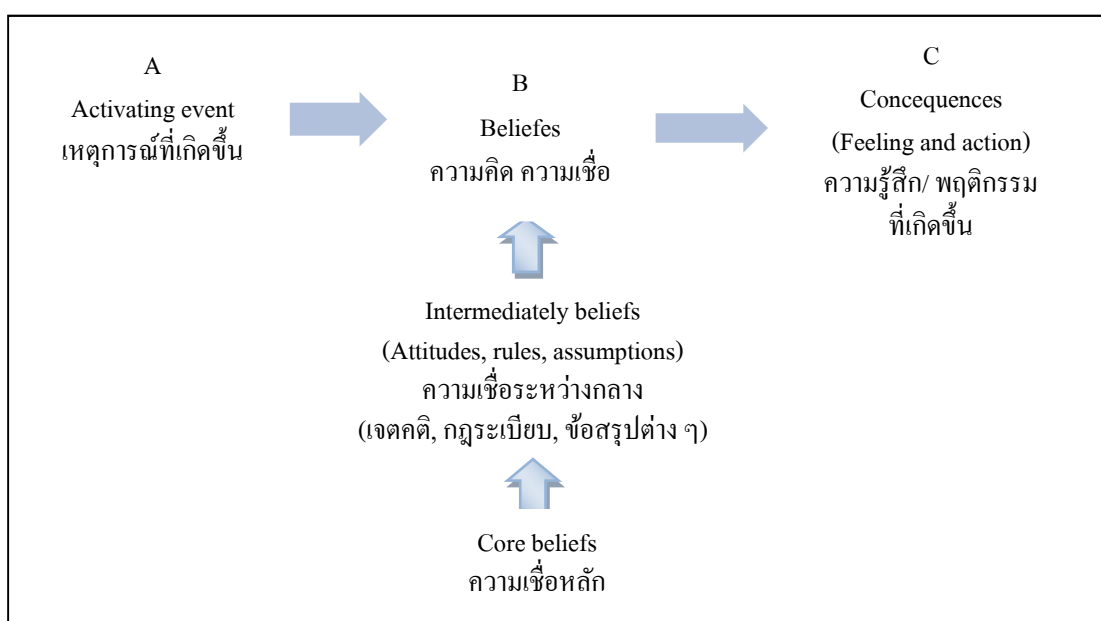
ตระหนักถึงบทบาทของตัวแปรคั่นกลาง นั่นคือ ความคิด ความเชื่อที่เกิดขึ้น ที่มีบทบาทในการแปลความหมายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และก่อให้เกิดอารมณ์หรือพฤติกรรม ดังนั้นการที่คุณจะสำรวจรูปแบบความคิด ความเชื่อนี้ คุณจะต้องพยายามตอบคำถามที่มีความเกี่ยวข้องกัน 3 คำถาม คือ 1) สถานการณ์อะไรที่ทำให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความเศร้า 2) อารมณ์หรือความรู้สึกของผู้รับการปรึกษาคืออะไร และ 3) ความคิดที่เกิดขึ้นระหว่างกลางต่อสถานการณ์นั้นคืออะไร ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดอารมณ์หรือพฤติกรรมที่ผู้รับการปรึกษาคอบสนอง

ตัวอย่างเช่น บุคคลต้องการได้รับการสัมภาษณ์งาน (Activated event: สถานการณ์) ความเศร้าและความกลัวการถูกปฏิเสธเกิดขึ้น (Consequence: อารมณ์ที่เกิดขึ้น) ดังนั้น ผู้ให้การปรึกษาต้องทำการสำรวจหาความคิด ความเชื่อของผู้รับการปรึกษาที่มีต่อสถานการณ์ อาจพบว่า “ฉันไม่มีอะไรดีที่ได้รับการจ้างงาน” หรือ “ฉันไม่มีคุณค่าพอ” (Belief: ความคิด ความเชื่อ)

หลังจากการอธิบายรูปแบบความคิดโดยใช้โครงสร้าง A-B-C แล้ว ผู้ให้การปรึกษาสามารถช่วยให้ผู้รับการปรึกษาคัดสินใจได้ว่าความคิดไหนดีหรือไม่ดี เหมาะสมหรือไม่เหมาะสม เหตุสมผลหรือไม่สมเหตุไม่สมผล

กรอบแนวคิดเชิงซ้อนของการปรึกษาแบบปัญญานิยม (Complex cognitive conceptualization)

นักบำบัดจิตต้องการพัฒนากรอบแนวคิดที่มีความซับซ้อนมากขึ้นเพื่อระบุระดับชั้นความคิด 3 ระดับที่ได้รับการอธิบายโดย Beck (1995 cited in Brook 2008) และแสดงไว้ตามภาพที่ 13



ภาพที่ 13 แสดงกรอบแนวคิดเชิงซ้อนที่ระบุถึงความเชื่อทันทีทันใดและความเชื่อหลักที่แสดงออกในรูปของความคิดอัตโนมัติ

ความคิด 3 ระดับ ได้แก่ หนึ่ง ความคิดอัตโนมัติที่อยู่ระดับบนสุด รวมไปถึง “คำพูดหรือภาพที่ปรากฏขึ้นจริงในความคิดของบุคคล” ที่มีต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ส่วนความคิดระดับลึกที่สุดคือ ความเชื่อหลัก (Core beliefs) เป็นตัวแทนของความเชื่อที่ “เหมารวม ยึดติด และการขยายความเกินจริง” ความเชื่อเกี่ยวกับตัวเอง คนอื่น ๆ และ โลกใบนี้ ความเชื่อระหว่างกลาง (Intermediately beliefs) ประกอบด้วย เจตคติ กฎระเบียบ และข้อสรุปที่ไม่ชัดเจน แต่มีอิทธิพลต่อการมองสถานการณ์ของเรา (Beck, 1995, p. 16 cited in Brook 2008) เมื่อพิจารณาความคิดทั้ง 3 ระดับแล้ว ความเชื่อหลัก (Core beliefs) มีอิทธิพลในการพัฒนาความเชื่อระหว่างกลาง (Intermediately beliefs) ซึ่งเป็นความเชื่อที่จะขยายไปสู่ความคิดอัตโนมัติ (Automatic thought) ต่อสถานการณ์หนึ่ง ๆ ผลที่ตามมา คือ ปฏิกริยาทางอารมณ์ ตัวอย่างเช่น “ฉันไม่คนไม่ค่า” ความคิดนี้อาจมาจากความเชื่อหลัก (Core beliefs) ซึ่งขยายไปสู่ความเชื่อระหว่างกลาง (Intermediately beliefs) เช่น “ฉันไม่มีอะไรที่จะไปนำเสนอให้นายจ้างเห็น” ซึ่งความคิดนี้จะส่งไปยังความคิดอัตโนมัติ (Automatic thought) คือ “ทำไมการสมัครงานจึงรบกวนจิตใจฉัน” ในการสรุปกรอบแนวคิดนี้จะมีประโยชน์มากในการคิดเรื่องความคิดที่เหมาะสมที่คุณควรจะต้องให้ผู้รับการปรึกษาได้นำไปใช้ ตัวอย่างคำถามที่จะใช้เพื่อการสำรวจความคิดของผู้รับการปรึกษาและสร้างกรอบแนวคิดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คำถามสำหรับการสร้างกรอบแนวคิดแบบปัญญานิยม

คำถามสำหรับการสร้างกรอบแนวคิดแบบปัญญานิยม

เหตุการณ์กระตุ้น/ ความคิด ความเชื่อ/ อารมณ์ที่เกิดตามมา

Activating events/ Thoughts or beliefs/ Emotional consequences

1. สถานการณ์แบบไหนที่ทำให้คุณเสียใจมากที่สุด
2. คุณพอจะยกตัวอย่างสถานการณ์แบบนั้นได้หรือไม่
3. มีความอะไรที่กำลังเกิดขึ้นในสมองของคุณตอนนี้
4. คุณคิดว่า ความคิดของคุณมีผลอย่างไรกับอารมณ์ของคุณ

ความเชื่อระหว่างกลาง/ ความเชื่อหลัก

Intermediately or core beliefs

1. ตอนนี้เราจะมาระบุความคิดอัตโนมัติบางอย่างของคุณ ฉันต้องค้นหาความหมายของความคิดพวกนี้ ถ้าความคิดพวกนี้ เกิดขึ้นเป็นสถานการณ์จริง ๆ มันจะหมายความว่า คุณเป็นคนอย่างไร
-

ตารางที่ 1 (ต่อ)

คำถามสำหรับการสร้างกรอบแนวคิดแบบปัญญานิยม

2. หากความคิดทางลบเหล่านี้มีพื้นฐานมาจากการพยายามปฏิบัติตามกฎ ดังนั้น เรากำลังจะค้นหาสิ่งที่เป็นแนวทางของกฎเหล่านี้ มีกฎอะไรบ้างที่คุณต้องปฏิบัติตาม
3. จากสถานการณ์ที่แตกต่างกัน ดูเหมือนว่าคุณกำลังคิดแบบเดียวกัน อะไรคือสิ่งที่คุณจะบอกเกี่ยวกับ โครงสร้างนี้ซึ่งเป็นความคิดทั้งหมดที่คุณอยากจะเล่า

กรณีตัวอย่างในการสร้างกรอบแนวคิดทางปัญญานิยม (Case examples of cognitive conceptualization)

กรอบแนวคิดแบบปัญญานิยมที่มีต่อความซึมเศร้า (Cognitive conceptualization of depression)

ในการพยายามทำความเข้าใจกับอาการซึมเศร้าของ Claire Dr. P ทำการฟังอย่างตั้งใจถึงความคิดที่ Claire ได้กำลังอธิบาย ดูเหมือนว่า Claire กำลังคิดว่าการที่แม่ของเธอเสียชีวิตไปนั้นทำให้เธอไม่สามารถเอาชนะแม่ของเธอได้ มากกว่าความเสียใจที่เกิดขึ้น แต่การสูญเสียนั้นก็สิ่งที่เลี่ยงไม่ได้

- สถานการณ์ (Activating event) แม่ของ Claire เสียชีวิต เมื่อปีก่อนหลังจากที่เจ็บป่วยมายาวนานซึ่งในขณะนั้น Claire เป็นผู้ดูแลแม่ของเธอ Claire ใกล้ชิดกับแม่มาก และพิสูจน์คุณค่าของตัวเองในบทบาทของลูกสาวที่ซื่อสัตย์ต่อแม่ พ่อของ Claire เสียชีวิตเมื่อ 10 ปีก่อน น้องสาวของ Claire 2 คน แต่งงานและมีลูก

- อารมณ์ที่เกิดขึ้น (Consequences) Claire รู้สึกเสียใจและสิ้นหวัง เธอมีพฤติกรรมที่เฉยชา และแยกตัว

- ความคิดอัตโนมัติ (Automatic thought) เมื่อถามถึงความคิดของ Claire เธอตอบว่ามีความคิดอยู่ 2 อย่าง ที่มีเกิดขึ้นตลอดทั้งวัน คือ “ฉันไม่รู้ว่าจะทำอะไร” และ “ฉันรู้สึกโดดเดี่ยว”

- ความเชื่อระหว่างกลาง (Intermediate beliefs) ในความคิดที่ลึกลงไป Claire ค้นพบกฎหลักที่ยึดถือไว้สำหรับบทบาทของเธอที่มีต่อแม่ “หน้าที่ของฉัน คือ การดูแลแม่” “แม่ของฉันต้องการฉัน” และ “มีแต่แม่ของฉันเท่านั้นที่เข้าใจฉัน” ดังนั้นเมื่อแม่ของเธอเสียชีวิตไปเมื่อปีที่แล้ว แต่ Claire ยังคงมีความเชื่อเหล่านี้อยู่ในปัจจุบัน

- ความเชื่อหลัก (Core beliefs) ความคิดระดับลึกที่สุด Claire สามารถตระหนักรู้ได้ว่า ความเชื่อหลักของเธอ เกี่ยวกับการที่เธอไม่มีคุณค่าในตนเอง “ฉันอยู่ไม่ได้หากไม่มีแม่อยู่” และ “ฉันไม่มีอะไรในตัวเอง”

กรอบแนวคิดแบบปัญญานิยมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Cognitive conceptualization of health behaviors)

พฤติกรรมสุขภาพของ Abe พบว่า มีความเชื่อมโยงเกี่ยวกับความคิดของเขา ความเชื่อที่เขาได้เรียนรู้มากครอบครัวเดิมที่เป็นต้นกำเนิดของวิถีชีวิตแบบเสพติดงาน (Workaholic) ซึ่งเป็นสิ่งคุกคามสุขภาพและชีวิตครอบครัว

- สถานการณ์ (Activating event) Abe ได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคหัวใจ และเขากังวลเรื่องสุขภาพ เขารู้สึกว่าเขทำงานมากเกินไปและทำให้เกิดความเครียด

- อารมณ์ที่เกิดขึ้น (Consequences) Abe รู้สึกวิตกกังวลอย่างมาก เมื่อเขาไม่ได้ทำงาน เขาเกรงว่าเขาจะล้มเหลวในชีวิตการทำงาน ถ้าเขาไม่ทำงานอย่างหนัก Abe ทำงานมากเกินไป และเขาไม่เคยมีเวลาให้กับครอบครัว

- ความคิดอัตโนมัติ (Automatic thought) Abe มีความคิดเกี่ยวกับงานบ่อย ๆ ว่า “ฉันจำเป็นต้องทำงานในสุดสัปดาห์” และ “ถ้าฉันไม่ทำงานจนดีก ฉันจะพรีอมนในการประชุมในวันพรุ่งนี้”

- ความเชื่อระหว่างกลาง (Intermediate beliefs) Dr. P ได้ตั้งสมมติฐานไว้ว่า ความคิดที่ถูกซ่อนอยู่ซึ่งเป็นความเชื่อระหว่างกลางที่เขาได้สร้างไว้สำหรับตัวเอง คือ Abe มีพฤติกรรมตามความเชื่อระหว่างกลางได้กำหนดไว้ คือ “ถ้าฉันทำงานหนัก ฉันจะสามารถพิสูจน์ให้คนอื่นเห็นได้ว่า ฉันมีคุณค่าพอที่ได้รับความนับถือ”

- ความเชื่อหลัก (Core beliefs) ในความคิดระดับลึกที่สุด Abe มีความเชื่อหลักที่มีความเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์ภาพระหว่างพ่อ มันปรากฏให้ Dr. P ได้เห็น ซึ่ง Abe ได้เรียนรู้จากความคิดว่า

พ่อจะไม่รักเขาถ้าเขาไม่เชื่อแบบนั้น เช่น “บางทีฉันอาจจะไม่ได้มีชีวิตอยู่เพื่อความคาดหวังของพ่อ” “บางทีฉันอาจไม่มีค่าพอ” และ “ถ้าฉันไม่พิสูจน์ตัวเอง ฉันอาจไม่ได้รับการยอมรับจากพ่อ”

เทคนิคทางด้านความคิด (Cognitive strategies)

เทคนิคทางด้านความคิด มีทั้งหมด 15 เทคนิคหลักที่ใช้ในการบำบัด ซึ่งมาจากหลายหลายทฤษฎีตั้งแต่ Cognitive therapy (Beck, 1967; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979, Beck, 1995; McMullin, 2000) Rational emotive behavior therapy (Ellis, 1962, 2000), Schema-focused

therapy (Young, 19999), Cognitive-behavior modification (Meichenbaum, 1977), Reality therapy (Glasser, 1965, 2000), Multimodal therapy (Lazarus, 1981), Problem solving (Dixon & Glover, 1984), Dialectical behavior therapy (Linehan, 1993) และ Mindfulness-based cognitive therapy (Segal et al., 2004) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เทคนิคทางความคิด

เทคนิค	รายละเอียด
COG-1	ระบุความคิด (Identifying thoughts)
COG-2	ทำความเข้าใจอิทธิพลของความคิด (Clarifying the impact of thoughts)
COG-3	ท้าทายความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล (Challenging irrational thoughts)
COG-4	สร้างความกระจ่างให้กับความคิดหลัก (Illuminating core beliefs)
COG-5	ประเมินเหตุการณ์ (Evaluating evidence)
COG-6	ทดสอบสมมติฐาน (Testing hypothesis)
COG-7	ปรับเปลี่ยนความเชื่อ (Modifying beliefs)
COG-8	เสริมแรงกับความคิดที่เหมาะสม (Reinforcing adaptive cognitions)
COG-9	กระตุ้นการรับรู้ตามความจริง (Encouraging accurate perceptions)
COG-10	ส่งเสริมการคิดเชิงวิพากษ์ (Supporting dialectical thinking)
COG-11	สนับสนุนการรู้สึกตัว/ สมาธิ (Fostering mindful awareness)
COG-12	สร้างจินตนาการ (Working with imagery)
COG-13	ระดมสมองหาทางออก (Brainstorming solution)
COG-14	ให้ความรู้ด้านจิตวิทยา (Providing psychoeducation)
COG-15	สนับสนุนการบำบัดด้วยการค้นคว้าข้อมูล (Supporting bibliotherapy)

COG-1 ระบุความคิด (Identifying thoughts)

เทคนิค COG-1 ระบุความคิดอัตโนมัติ การบอกตนเอง (Self-talk) และรูปแบบการคิด การอธิบายเชิงทฤษฎี (Theoretical context)

ทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม (REBT) และทฤษฎีการปรึกษาแบบปัญญานิยม (CT) ทั้งสองทฤษฎีให้เน้นการให้ความสำคัญกับการมองหาถึงสิ่งที่ผู้รับการปรึกษากำลังคิดอยู่ เพื่อทำความเข้าใจรูปแบบที่สร้างปัญหาให้กับผู้รับการปรึกษา Ellis

(1962) กล่าวว่า มันเป็นสิ่งสำคัญมากในการค้นหา “การบอกตนเอง (Self-talk)” ของผู้รับการรับการปรึกษาซึ่งมีอิทธิพลต่ออารมณ์ของพวกเขา ส่วน Beck (1967) เรียกมันว่า “ความคิดอัตโนมัติ” (Automatic thoughts) ซึ่งมาจากการสังเกตของเขาว่า “ความคิดอัตโนมัติ คือ รูปแบบความคิดที่ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าที่ถูกทำให้เข้มข้นซึ่งแสดงออกในรูปแบบของความคิดที่มีความซับซ้อน” (Beck, 1967, p. 321 Cited in Brooks, 2008) การให้ความสำคัญกับเทคนิคที่ 1 ของการคิด คือ การค้นหาความคิดที่เกิดขึ้นในทุกช่วงของความคิดภายใต้สถานการณ์หนึ่ง หลังจากนั้นจึงทำการวิเคราะห์โดยให้ความสำคัญกับความเชื่อที่อาจมีอิทธิพลต่อการคิด McMullin (2000 cited in Brooks, 2008) กล่าวถึงความสำคัญของการตรวจสอบความเชื่อที่เกิดขึ้นว่า นั่นคือ สาเหตุของปัญหา เขาแนะนำวิธีการแยกแยะความแตกต่างระหว่างความเชื่อกับความคิดคาดหวัง, ความเชื่อศักยภาพของตนเอง (Self-efficacy), การรับรู้ตนเอง (Self-concept), ความใส่ใจ และความจำ ลักษณะของความคิดเหล่านี้สามารถก่อให้เกิดอารมณ์หรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้

จุดเด่นของเทคนิค (Strategy marker)

การระบุ การบอกตนเอง (Self-talk) ให้ได้มีประโยชน์มาก เมื่อผู้รับการปรึกษาไม่รู้ตัวว่ามีกระบวนการประเมินเกิดขึ้นภายในตนเอง และการรับรู้กระบวนการเหล่านี้ทำให้มีผลโดยตรงกับอารมณ์และเกิดการเลือกทำพฤติกรรมบางอย่างตามมา เทคนิคนี้แสดงให้เห็นถึงวิธีที่จะทำให้ทุกอย่างช้าลง เมื่อผู้รับการปรึกษาไม่ได้สนใจความคิดหรือผลกระบวนการของมัน การระบุความคิดส่วนบุคคลที่มีต่อสถานการณ์นั้น มีประโยชน์เมื่อผู้ให้การปรึกษาต้องการช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้เกิดการประเมินความคิดของตนเองที่อาจส่งผลทำให้เกิดปัญหา

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ (Suggestions for use)

ในการช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้ตระหนักถึงการบอกตนเอง หรือความคิดอัตโนมัติให้ได้มากขึ้นนั้น สิ่งที่ดีที่สุด คือ การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งจะกระตุ้นความคิดเฉพาะที่สามารถทำให้มองเห็นชัดเจน เมื่อคุณฟังผู้รับการปรึกษาพูด คุณต้องสร้างกรอบแนวคิดของคุณเองด้วยตั้งสมมติฐานถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมหรืออิทธิพลของความคิดหลัก (Core belief) ที่มีต่อความคิดอัตโนมัติ โดยค้นหาจากสถานการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น คุณสามารถเปรียบเทียบความคิดของคิดกับประสบการณ์ของผู้รับการปรึกษาอันดับแรก การระบุความคิดที่เฉพาะเจาะจงนี้ควรเกิดขึ้นในเฉพาะชั่วโมงการปรึกษาเท่านั้น แต่อย่างไรก็ตาม ถ้าการพิสูจน์เช่นนี้เป็นเทคนิคที่มีประโยชน์อย่างมาก ผู้รับการปรึกษาจะได้รับประโยชน์จากการตรวจสอบความคิดของพวกเขาในระหว่างชั่วโมงการปรึกษาด้วยการใช้เทคนิคการคิด COG-1 เป็นเทคนิคง่าย ๆ ที่คุณอาจต้องใช้คำถามปลายเปิด เช่น “อะไรคือสิ่งที่คุณกำลัง

คิดอยู่ในสถานการณ์นี้” หรือนำไปใช้ให้มีระดับความยากขึ้นอีก ร่วมกับการบันทึกแบบฟอร์ม “แบบบันทึกความคิดทางลบ” (Dysfunctional thought record) ซึ่งช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้ บันทึกและประเมินความคิดของพวกเขาลงในกระดาษ (Beck, 1995 cited in Brooks, 2008)

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected consequence)

เมื่อคุณได้ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเพิ่งความสนใจไปยังความคิดอัตโนมัติแล้ว ผลที่คาดหวัง คือ การรู้เท่าทันความคิดจะเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ ผู้รับการปรึกษาที่ไม่สามารถระบุความคิดตัวเอง ได้ การฝึกด้วยเทคนิคนี้ พวกเขาจะสามารถรู้ทันความคิดนี้เมื่อเกิดขึ้นในสถานการณ์อื่น ๆ และ เริ่มต้น “ได้ยั้ง” เสียงที่พวกเขาบอกตัวเอง (Self-talk) มากขึ้น เมื่อบุคคลได้รู้จักความคิดของตัวเอง การประเมินและการเปลี่ยนแปลง คือ สิ่งที่เป็นไปได้

COG-2 การทำความเข้าใจอิทธิพลของความคิด (Clarifying the impact of thoughts)

COG-2 การทำความเข้าใจอิทธิพลของความคิด ที่มีต่อ อารมณ์ พฤติกรรมและ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล

การอธิบายเชิงทฤษฎี (Theoretical context)

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับเทคนิค คือ CBT และ REBT โดยที่ CBT ให้ความสำคัญต่อบทบาทของความคิด ที่มีอิทธิพลต่อมนุษย์ ส่วน REBT ให้ความสำคัญต่อการระบุความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล ที่นำไปสู่การเกิดอารมณ์ตามมา ดังนั้น การบำบัดในกลุ่มการรู้คิด จึงเกี่ยวข้องกับวิธีการที่ผู้รับการปรึกษากำลังคิด และอิทธิพลของรูปแบบความคิดเหล่านี้ส่งผลกระทบกับการดำเนินชีวิตของพวกเขา

เป้าหมายของเทคนิค (Strategy marker)

เทคนิคนี้มีประโยชน์สำหรับผู้รับการปรึกษาที่ไม่มีความตระหนักถึงวิธีการรับรู้และการประเมินว่ามีผลกระทบต่อตัวเองอย่างไร ผู้รับการปรึกษามีการประมวลข้อมูลแบบมีอคติ เทคนิคนี้จะช่วยให้พวกเขาเข้าใจถึงวิธีที่พวกเขาได้รับรู้และแปลความหมาย ซึ่งกำลังมีผลกระทบต่ออารมณ์ และพฤติกรรมรวมทั้งความสัมพันธ์ของพวกเขาด้วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ (Suggestions for use)

การให้ความสำคัญต่ออิทธิพลของความคิด เป็นทักษะพื้นฐานของการบำบัดแบบรู้คิด ถ้าคุณวางแผนจะใช้เทคนิคในกลุ่มการรู้คิด ควรเริ่มต้นจากการให้ความสำคัญกับความคิด ดังนั้น ผู้รับการปรึกษาสามารถรับรู้ได้ถึงอิทธิพลของมันที่มีผลต่อด้านต่าง ๆ ของชีวิตพวกเขา

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected consequence)

ผู้รับการปรึกษาจะมีให้ความสนใจกับความคิดมากขึ้นและเริ่มที่มองเห็นอิทธิพลของความคิดที่มีต่อชีวิตของพวกเขาในส่วนอื่น ๆ ด้วย

COG-3 ทำทลายความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล (Challenging Irrational thoughts)

COG-3 การท้าทายหรือโต้แย้งความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล หรือความเชื่อที่ไม่เป็นจริง

การอธิบายเชิงทฤษฎี (Theoretical context)

COG-3 เป็นเทคนิคที่นำมาจากทฤษฎี REBT ส่วน COG-4-COG-6 เป็นเทคนิคของ CBT ความแตกต่างอยู่ที่ REBT ของ Ellis นั้นสนับสนุนการจูงใจโดยตรงของ Beck ที่สนับสนุนให้เกิด “การความร่วมมือเชิงประจักษ์” (Collaborative empiricisms) Ellis ได้ใช้การจูงใจให้เกิดการโต้แย้งกับความคิดที่บิดเบือนและกล่าวไว้ว่า ผู้ให้การปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ ควรเปิดเผยคิดของผู้รับการปรึกษา และความคิดในปัจจุบันที่ผิดตระการหรือการพูดกล่าวโทษตนเอง โดย 1) ทำให้พวกเขาได้เห็นมาใส่ใจหรือให้มีสติ 2) แสดงให้พวกเขาเห็นว่า การมีความสุขของพวกเขา มันเกิดขึ้นได้อย่างไร 3) แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างความคิดไม่สมเหตุสมผลกับคำพูดภายในตัวเองของพวกเขา และ 4) สอนเขาถึงวิธีการคิดใหม่ ท้าทาย โต้แย้ง การเปลี่ยนแปลงคำพูดใหม่ ดังนั้นความคิดที่เกิดขึ้นภายในนั้นจะกลายเป็นความคิดที่มีตรรกะและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เป้าหมายของเทคนิค (Strategy marker)

ผู้รับการปรึกษาที่มีความคิดโทษตัวเอง ผู้ให้การปรึกษาต้องท้าทายความคิดเหล่านั้นโดยตรง ลักษณะของการโต้แย้งจะเป็นประโยชน์กับความคิดที่มีข้อมูลผิดพลาด หรือความเชื่อที่บิดเบือน การท้าทายโดยตรง จะต้องเป็นข้อมูลที่สรุปที่เกิดขึ้นจริง จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาระหนักและเข้าใจได้ง่ายขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ (Suggestions for use)

ผู้รับการปรึกษาบางคน รู้สึกอึดอัดเมื่อต้องถูกท้าทายความคิด วิธีการอย่างเป็นระบบเพื่อท้าทายความเชื่อเหล่านั้น คือ การให้ความสำคัญเฉพาะความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล การเน้นเฉพาะความคิด พวกเขาจะเริ่มสูญเสียอำนาจ การท้าทายอย่างเป็นระบบจึงเป็นสิ่งจำเป็น McMullin (2000, p. 178) แนะนำว่า คำถามเหล่านี้สามารถช่วยโต้แย้งความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลได้

1. ความเชื่ออะไรที่มันรบกวนคุณอยู่
2. คุณมีเหตุอะไรในการสนับสนุนความเชื่อนี้บ้าง
3. มีหลักฐานอะไรบ้างสำหรับความคิดที่เกิดขึ้น
4. หลักฐานที่มีอยู่นั้นมันเชื่อถือได้หรือไม่
5. ความจริงและเป้าหมายอะไร คือ สิ่งที่คุณต้องการให้เกิดขึ้น เมื่อคุณคิดเช่นนั้น
6. อะไรจะเกิดขึ้นถ้าคุณไม่คิดเช่นนั้น

หลักสำคัญ คือ การค้นหาเหตุผลในความเชื่อส่วนบุคคลของผู้รับการปรึกษา ความเชื่อ
มากมายเกิดขึ้นโดยไม่มีการพิสูจน์อย่างชัดเจน และสามารถเปลี่ยนได้ด้วยการคิดอย่างมีเหตุผล

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected consequence)

ผู้รับการปรึกษาที่มีการทำท่ายอย่างจริงจัง ผลลัพธ์ คือ การรับรู้ความคิดที่ไม่
สมเหตุสมผลของตนเอง และความต้องการที่ปรับเปลี่ยนความเชื่อให้นั้นให้ตรงกับความเป็นจริง
และมีเหตุผลมากขึ้น แต่ถ้าผู้รับการปรึกษาไม่เต็มใจในการถูกทำท่ายหรือโต้แย้งความคิด อาจมี
แนวโน้มที่ป้องกันความเชื่อของตัวเอง ในกรณีนี้ อาจต้องใช้เทคนิคอื่นเข้ามาช่วย

COG-4 สร้างความกระจ่างให้กับความเชื่อหลัก (Illuminating core beliefs)

COG-4 สร้างความกระจ่างให้กับความเชื่อหลัก หรือกรอบแนวคิด โดยการสำรวจ
ความหมายของความคิด และรูปแบบความคิด

การอธิบายเชิงทฤษฎี (Theoretical context)

การบำบัดแบบรู้คิด Cognitive therapy ให้ความสำคัญกับความคิดอัตโนมัติที่ซ่อนอยู่
ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นั้นมาจากความเชื่อหลักหรือกรอบแนวคิดที่มีอิทธิพลต่อการคิดใน
สถานการณ์อื่น การฟังความคิดที่ผู้รับการปรึกษาได้อธิบายนั้นมากกว่า 1 สถานการณ์ ผู้ให้
การปรึกษาต้องสามารถคัดเลือกรูปแบบที่เป็นความเชื่อหลักให้ได้ ความเชื่อหลักอาจมีมากมาย
ในเรื่องเดียวกัน หรือความคิดหลักมีหลายความคิด แต่แบ่งเป็น 2 ลักษณะ Jeffery Young
ได้พัฒนารูปแบบการบำบัดแบบรู้คิด เรียกว่า Schema-therapy เพื่อช่วยให้การระบุ และปรับ
ความเชื่อที่ไม่เหมาะสมที่ได้เรียนรู้มาตั้งแต่วัยเด็ก

เป้าหมายของเทคนิค (Strategy marker)

มันมีประโยชน์มากในการค้นหาความเชื่อหลักหลังจากที่ค้นพบรูปแบบความคิด
ที่ไม่เป็นจริง เนื่องจากโครงสร้างเหล่านี้เป็นรูปแบบที่เกิดขึ้นมายาวนาน การทำความเข้าใจมัน
จะเป็นประโยชน์ต่อการเปลี่ยนแปลง อย่างไรก็ตามพันธะสัญญาในการบำบัดและการเปลี่ยนแปลง
ส่วนบุคคล คือ สิ่งจำเป็นอันดับแรกในการบำบัด

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ (Suggestions for use)

การที่ผู้รับการปรึกษามีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับวิธีการที่พวกเขาคิดมีอิทธิพลต่อ
ความรู้และพฤติกรรม และการเปิดโอกาสให้ได้ปรับเปลี่ยนวิธีการคิดแล้ว มันจะดีมากหากมี
การทดสอบความคิดหลัก ที่อยู่ลึกลงไปและก่อให้เกิดความคิดอัตโนมัติ การถามคำถามเกี่ยวกับ
ความหมายส่วนตัวของความคิดอัตโนมัติ จะช่วยนำสู่การค้นหาความคิดหลักได้ คุณต้องต้อง
รอคอยจนกว่าคุณจะรู้ว่า ความคิดหลักคืออะไรก่อนที่คุณจะกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาได้มองหา

รูปแบบความคิดที่อยู่ลึกกลงไปนั้น นี่คือแนวทางที่ช่วยนำผู้รับการปรึกษาให้มองเห็นรูปแบบความคิดที่อาจสร้างความไม่สบายใจให้กับพวกเขาหากพวกเขารับรู้มัน ความคิดหลักที่ถูกระบุได้ มันจะถูกสำรวจและทดสอบ เช่นเดียวกับการฝึกปฏิบัติ ผู้รับการปรึกษาสามารถปรับความคิดให้เหมาะสมและมีความเชื่อที่ดีสำหรับการดำเนินชีวิต

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected consequence)

ผู้รับการปรึกษาจะมีการตระหนักรู้เกี่ยวกับรูปแบบความคิดที่มีมายาวนานและมีบทบาทเหมือนตัวรับสัญญาณส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของเหตุการณ์ที่ตรงกันข้าม เมื่อความเชื่อหลักถูกค้นพบ จะเกิดความเข้าใจประสบการณ์ได้อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้รับการปรึกษาจะมีความชัดเจนกับสิ่งที่มีอิทธิพลในชีวิต และมันเป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องเกิดการรับรู้โดยไม่พยายามที่จะเปลี่ยนแปลงมัน

COG-5 ประเมินเหตุการณ์ (Evaluating evidence)

COG-5 การประเมินเหตุการณ์ที่ช่วยสนับสนุนหรือท้าทายความคิดของผู้รับการปรึกษา

การอธิบายเชิงทฤษฎี (Theoretical context)

เทคนิคนี้ จุดเด่นอยู่ที่โครงสร้างสำคัญของทฤษฎี Cognitive therapy ของ Beck คือ “การร่วมมือค้นหาข้อเท็จจริง” (Collaborative empiricism) มันมากกว่าการทำทลายความเชื่อของผู้รับการปรึกษาโดยตรง

“การร่วมมือค้นหาข้อเท็จจริง” (Collaborative empiricism) หมายถึง ความร่วมกันระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา ในการทดสอบความคิดและความเชื่อ เพื่อทดสอบการนำไปใช้และผลกระทบ และพัฒนาวิธีการปรับความคิดให้เหมาะสม

เป้าหมายของเทคนิค (Strategy marker)

เมื่อผู้รับการปรึกษาได้มองเห็นเหตุการณ์ที่ทำให้พวกเขามีความคิดที่บิดเบือนได้ชัดเจน คุณสามารถใช้โครงสร้างของเทคนิคในการกระตุ้นให้เกิดมุมมองที่สมดุลมากขึ้น ความคิดที่เฉพาะเจาะจงที่ถูกแยกออกมา คุณจะสามารถระบุมันได้จากประสบการณ์ของผู้รับการปรึกษา การพิจารณาความจริงเหล่านี้ รวมทั้งหลักฐานอาจช่วยเกิดความสอดคล้องกับความเชื่อของผู้รับการปรึกษาได้ดี เทคนิคนี้จะมีประโยชน์อย่างมาก เมื่อคุณสังเกตเห็นบางอย่างที่มีอคติของผู้รับการปรึกษา แต่เมื่อผู้รับการปรึกษา ไม่ตระหนักถึงความคิดที่บิดเบือนของตนเอง การกระตุ้นให้เกิดการร่วมมือนี้ คุณจะต้องกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาใช้ความฉลาดของพวกเขาในการแก้ไขความคิดที่เป็นปัญหาคด้วยตัวเอง

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ (Suggestions for use)

คุณสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดได้ด้วยการกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาได้มองเห็นถึงความสัมพันธ์ของเหตุการณ์กับข้อสรุปที่พวกเขาสร้างขึ้น ข้อมูลที่ได้รวบรวมและทำการประเมินแล้วนั้นจะช่วยกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงได้เมื่อผู้รับการปรึกษามีความตระหนักถึงสิ่งเหล่านั้น กระบวนการประเมินมีความยุ่งยาก การประเมินเช่นนี้เกิดขึ้นในช่วงการบำบัดช่วงแรก โดยการสะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์ปัจจุบัน คำถามที่ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้ประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง ดังนี้

1. หลักฐานคืออะไร ? อะไรคือหลักฐานที่ใช้สนับสนุนความคิดนั้น ? อะไรคือหลักฐานที่หักล้างความคิดนั้น ?
2. มีการอธิบายที่กว้างกว่านี้อีกมั๊ย ?
3. อะไรคือสิ่งที่แย่ที่สุดที่จะเกิดขึ้นได้ ? ฉันจะสามารถอยู่ร่วมกับสิ่งนั้นได้หรือไม่? อะไรคือสิ่งที่ดีที่สุดที่จะเกิดขึ้นได้? อะไรคือสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ตามความเป็นจริงได้มากที่สุด ?
4. อะไรคือผลของความคิดอัตโนมัติทางลบที่มีผลต่อความเชื่อของฉัน อะไรคือผลที่จะเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงความคิดของฉัน
5. อะไรที่ฉันจะทำได้เกี่ยวกับสิ่งนั้น
6. อะไรคือสิ่งที่ฉันจะบอกกับเพื่อน ถ้าพวกเขาอยู่ในสถานการณ์เดียวกับคุณ

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected consequence)

เมื่อหลักฐานได้รับการประเมิน ผลที่ได้คือ การความรู้ว่า ข้อสรุปของบุคคลไม่ได้ถูกต้องตามความจริงเสมอไป ผู้รับการปรึกษาที่ไม่ได้สนใจหลักฐานที่ไม่สนับสนุนความคิดอัตโนมัติทางลบเหล่านั้น อาจต้องประหลาดใจ เมื่อการค้นพบสิ่งนั้นเป็นเรื่องสิ่งที่ผิด มีความสับสนใจหรือต่อต้าน ก่อนที่ผู้รับการปรึกษาจะพร้อมที่ปรับเปลี่ยนวิธีการคิดของพวกเขาเกี่ยวกับมุมมองที่สำคัญในชีวิต เมื่อผู้รับการปรึกษาตระหนักได้ถึงผลลัพธ์ทางบวกที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ความคิดทางลบแล้ว พวกเขาจะเกิดการผ่อนคลายและมีความหวังในอนาคตอีกครั้ง

COG-6 การพิสูจน์สมมติฐาน (Testing hypothesis)

COG-6 การตั้งและการพิสูจน์สมมติฐานเกี่ยวกับความเชื่อและการรับรู้ของผู้รับการปรึกษา

การอธิบายเชิงทฤษฎี (Theoretical context)

เทคนิคนี้มาจาก Cognitive therapy ให้ความสำคัญในการร่วมมือค้นหาข้อเท็จจริง ซึ่งแนะนำว่าควรใช้เป็นเทคนิคสุดท้าย แทนการประเมินเหตุการณ์หรือการทบทวนอดีต เทคนิคนี้

เป็นเทคนิคที่เป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ โดยการกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาลองคาดเดา สิ่งที่จะเกิดขึ้นด้วยการพิสูจน์สมมติฐาน โดยอาศัยพื้นฐานความเชื่อของพวกเขา Beck ได้แนะนำ ขั้นตอนที่ใช้เพื่อแก้ปัญหา ดังนี้

1. ระบุปัญหา
2. ตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหา
3. สร้างวิธีการเพื่อทำการพิสูจน์สมมติฐานนั้น
4. ประเมินผลลัพธ์จากการพิสูจน์
5. ยอมรับ หรือปฏิเสธ หรือปรับเปลี่ยนสมมติฐาน เพื่อให้เหมาะสมกับผลลัพธ์

ที่เกิดขึ้นจากการพิสูจน์

การใช้เทคนิคนี้ มีความสำคัญกับผู้รับการปรึกษาเป็นอย่างมากในการทำอะไรบางอย่าง นอกชั่วโมงการบำบัด ซึ่งได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการความคิดที่ได้รับการประเมินแล้ว

เป้าหมายของเทคนิค (Strategy marker)

เมื่อความคิดของผู้รับการปรึกษาได้ตอบสนองต่อการสำรวจ หรือการประเมิน เหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นในอดีต เทคนิคสามารถนำมาใช้เพื่อให้เกิดการทดลองเพื่อทำการพิสูจน์ ความคิดเหล่านั้น โดยตรง การพิสูจน์สมมติฐานควรใช้เมื่อผู้รับการปรึกษามีความไว้วางใจต่อ ผู้ให้การศึกษาเพียงพอต่อการพยายามที่จะทำสิ่งที่แตกต่างออกไปภายนอกชั่วโมงการบำบัด หลักสำคัญในการออกแบบการทดลองเพื่อพิสูจน์สมมติฐานนี้ เพื่อสร้างประสบการณ์ใหม่ ให้กับผู้รับการปรึกษานำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในกระบวนการบำบัด และความคิดในรูปแบบใหม่

ข้อแนะนำสำหรับการนำไปใช้ (Suggestions for use)

เมื่อเลือกใช้เทคนิคนี้ สำคัญมากในการเลือกประสบการณ์ที่ไม่ยากนักและมีแนวโน้มที่จะสำเร็จเพื่อทำให้ผู้รับการปรึกษาเกิดแรงจูงใจในการพิสูจน์ สำหรับการตัดสินใจเลือกเทคนิคนี้ คุณควรจะต้องเลือกสิ่งสามารถจะเกิดขึ้นจริงได้ เพื่อเป็นแรงจูงใจ และไม่เสี่ยงมากเกินไปที่จะเกิดความล้มเหลว

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected consequence)

การใช้ประสบการณ์จริง สามารถจูงใจผู้รับการปรึกษาได้ เนื่องจากบุคคลจะมีพฤติกรรมเกิดขึ้นในวิธีที่พวกเขายืนยันกับความเชื่อของพวกเขาแล้ว การพิสูจน์สมมติฐาน ทำให้ความคิดของผู้รับการปรึกษาได้ถูกใช้กับประสบการณ์ใหม่ของพวกเขา ที่อาจไม่เหมาะสมกับในอดีต การให้ผู้รับการปรึกษาเผชิญหน้ากับประสบการณ์ใหม่ที่มีความท้าทายกับวิธีการคิด มันคือ ความเปลี่ยนแปลงที่สามารถทำให้สำเร็จได้ด้วยการอธิบายด้วยภาษาอย่างเดียว

COG-7 ปรับเปลี่ยนความเชื่อ (Modifying beliefs)

COG-7 การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เฉพาะเจาะจงให้เหมาะสม

การอธิบายเชิงทฤษฎี (Theoretical context)

ผลลัพธ์ของใช้เทคนิคทางความคิดของการบำบัด คือ ระบบความเชื่อใหม่ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความคิดที่เหมาะสมที่ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ Cognitive therapy สรุปว่า ความเชื่อที่ไม่มีเหมาะสมนั้น ไม่รับการเรียนรู้ แต่ความเชื่อใหม่ที่เป็นจริงมากขึ้นและเหมาะสม สามารถพัฒนาและเรียนรู้ผ่านกระบวนการบำบัดได้

เป้าหมายของเทคนิค (Strategy marker)

ผู้รับการปรึกษาที่มีความตระหนักรู้ในความไม่เที่ยงตรงในความคิดของพวกเขา มันคือเวลาที่เหมาะสมในการระบุนวัตกรรมใหม่ ที่จะมีผลทางบวกเกิดขึ้นกับการทำหน้าที่ของความคิด ผู้รับการปรึกษาที่มีความเชื่อที่ได้รับการประเมินความเชื่อที่เป็นต้นเหตุของความรู้สึกที่รบกวนจิตใจหรือพฤติกรรม ความคิดเหล่านั้นจะได้รับการปรับเปลี่ยน หลังจากการทดสอบหรือทดลองความคิดเหล่านั้นแล้ว ผู้รับการปรึกษาจะพร้อมต่อการยอมรับต่อความจริงและการคิดที่เหมาะสมมากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ (Suggestions for use)

เมื่อระบุนวัตกรรมใหม่ได้แล้ว การนำไปใช้ได้อย่างเหมาะสม จึงมีความสำคัญ เช่นเดียวกัน ความเชื่อ 2 อย่าง อาจมีความถูกต้องเท่า ๆ กัน แต่ความเชื่อหนึ่งอาจใช้ได้ผลดีกว่า อีกความเชื่อหนึ่ง ความเชื่อใหม่ ที่ทำหน้าที่ได้เหมาะสมกว่าจะได้รับการเลือกมาใช้ และผู้รับการปรึกษาจะต้องจำความเชื่อใหม่ ๆ นั้นให้ได้ และนำไปใช้ด้วยการเขียนความเชื่อใหม่และจดจำมั่นในทุก ๆ วัน เป็นวิธีการที่สำคัญที่จะป้องกันความเชื่อเก่าให้กลับมาไม่มีอิทธิพลได้

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected consequence)

ความเชื่อที่ได้รับการปรับเปลี่ยนให้มีความถูกต้องและเหมาะสมนั้น ผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้คือ ภาวะความทุกข์ลดน้อยลง และมีความรู้สึกที่เหมาะสม และพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ ความเชื่อที่ได้รับการปรับเปลี่ยนแล้ว ผลลัพธ์คือ อาการทางลบ ความวิตกกังวล หรือความซึมเศร้าที่ลดน้อยลง ผลลัพธ์นี้อาจไม่เกิดขึ้นทันทีทันใด และอาจขึ้นอยู่กับความเชื่อต่อเหตุการณ์อื่น ๆ ในชีวิตด้วย

COG-8 เสริมแรงกับความคิดที่เหมาะสม (Reinforcing adaptive cognitions)

COG-8 สนับสนุนความคิดที่เหมาะสม และหยุดความคิดที่ไม่เหมาะสม

การอธิบายเชิงทฤษฎี (Theoretical context)

สิ่งสำคัญในการประยุกต์ใช้ทฤษฎี Cognitive therapy คือ ความคิดที่สามารถมองเห็นได้ในรูปแบบของพฤติกรรม ที่ได้รับการตอบสนองต่อการวางเงื่อนไข การบำบัดควรจะนำเรื่องการเสริมแรงเข้าใช้ร่วมกับการปรับรูปแบบความคิด และการหยุดความคิดไม่เหมาะสม การประยุกต์ใช้การเสริมแรงนี้ คือ ไม่ใช่ให้การเสริมจากสิ่งของภายนอก แต่ต้องเป็นสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาคิด และพูดออกด้วยตัวของพวกเขาเอง เกี่ยวกับพฤติกรรมและการตอบสนองจากผู้อื่นที่จะมีอิทธิพลต่อผลการบำบัด

เป้าหมายของเทคนิค (Strategy marker)

ผู้รับการปรึกษาที่สามารถระบุวิธีการคิดที่เหมาะสมมากขึ้น ผู้ให้การปรึกษาคควรจทำการเสริมแรงกับความคิดเหล่านั้น ความคิดที่เหมาะสมกับที่เกิดขึ้นในช่วงโม่งการบำบัดถือเป็นต้นแบบ โอกาสในการฝึกฝนวิธีคิดเช่นนี้ เพื่อเป็นการเพิ่มความแข็งแกร่งให้กับความเชื่อใหม่ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ชีวิตจริง ผู้รับการปรึกษาสามารถเรียนรู้ที่จะให้รางวัลกับตนเองที่สามารถปรับความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ (Suggestions for use)

เมื่อผู้รับการปรึกษาแสดงให้เห็นถึงความคิดที่เป็นการปรับตัวที่เหมาะสมต่อสถานการณ์ มันสำคัญมากที่จะต้องให้ความสำคัญและการให้การเสริมแรงกับความคิดใหม่และคุณค่าของมัน ที่มีต่อการปรับตัว เพื่อเพิ่มความเป็นไปได้ว่าผู้รับการปรึกษาจะสามารถคิดเช่นนี้อย่างต่อเนื่องในอนาคต เมื่อผู้รับการปรึกษาเริ่มต้นคิดในวิธีทางใหม่ ๆ ที่มีประสิทธิภาพต่อชีวิตของเขา ความเชื่อที่เหมาะสมเหล่านี้ควรได้รับการรับรู้และได้รางวัล การเสริมแรงควรจะเกิดขึ้นภายในช่วงโม่งการบำบัด และต่อเนื่อง ผู้ให้การปรึกษาต้องสามารถใช้การยืนยันของตนเองในรูปแบบของการเสริมแรง เช่น การใช้คำพูดที่ให้ความสำคัญต่อความคิด ความเชื่อใหม่ ๆ ของผู้รับการปรึกษา และกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาได้พูดซ้ำด้วยเสียงดัง ๆ และเขียนมันเอาไว้ในบัตรคำ และอ่านมันบ่อย ๆ Beck เรียกมัน “บัตรคำแก้ปัญหา” (Coping card) เอาไว้ใช้เมื่อมีการสำรวจ และพยายามค้นหาความคิดใหม่ในช่วงโม่งบำบัด ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญก่อนที่จะแสดงตัวอย่างและให้การเสริมแรง

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected consequence)

ผลลัพธ์ที่ได้จากการเสริมแรงคือ ช่วยให้ผู้รับการปรึกษามั่นใจในวิธีการคิดในรูปแบบใหม่ ซึ่งรูปแบบของการให้แรงเสริมนั้นจะเข้มข้น ถ้าผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาสามารถระบุสถานการณ์จริงที่จะแสดงให้เห็นได้และได้รับรางวัลเมื่อมีความคิดใหม่ ๆ เกิดขึ้น

COG-9 กระตุ้นการรับรู้ตามความจริง (Encouraging accurate perceptions)

COG-9 กระตุ้นการรับรู้ตามความจริงของแรงผลักดันที่มีอิทธิพลต่อชีวิตของผู้รับการปรึกษา

การอธิบายเชิงทฤษฎี (Theoretical context)

ความคาดหวังที่ไม่เป็นจริงและการรับรู้ที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง มักทำให้เกิดภาวะยากลำบากทางจิตวิทยา Reality therapy โดย William Glasser ได้ให้ความสำคัญกับการกระตุ้นคนไข้อย่างจริงจังในการมองหาสถานการณ์ในชีวิตของพวกเขาสร้างทางเลือกที่เป็นไปได้ บนพื้นฐานที่สามารถประเมินได้ตามความเป็นจริง วิธีการนี้มีความแตกต่างเล็กน้อยกับเทคนิคของ Cognitive therapy หรือ REBT แทนที่จะเน้นความสำคัญกระบวนการรับรู้ภายในตัวบุคคล (เช่น ฉันไม่ดีพอ) แต่ Reality therapy กระตุ้นให้เกิดการรับรู้โลกภายนอกตัวบุคคล และวิธีการสร้างทางเลือกที่มีผลต่อการปรับตัวที่เหมาะสม (เช่น งานนี้เหมาะกับฉัน ฉันต้องการแนวทางที่ชัดเจนในอาชีพของฉัน) ด้วยการเน้นความสำคัญแบบ Reality therapy นี้ ผู้ให้การปรึกษาจะสามารถช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเลือกพฤติกรรมที่สามารถปรับปรุงสัมพันธภาพใหม่ที่พึงพอใจตามที่พวกเขาต้องการในวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เป้าหมายของเทคนิค (Strategy marker)

เมื่อผู้รับการปรึกษากำลังให้ความสำคัญกับความหวังที่ไม่มีเป็นจริง ซึ่งรบกวนประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาของพวกเขา การกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ตามความเป็นจริง และการเกิดการสร้างทางเลือกที่เหมาะสม จึงเป็นเทคนิคที่เหมาะสมกับสถานการณ์เช่นนี้ บุคคลจะใช้เวลามากเกินไปในการคิดว่าจะทำอย่างไรให้ชีวิตดีขึ้น ถ้าพวกเขาอยู่ในสถานการณ์ที่แตกต่างออกไป เมื่อออกคิดเช่นนี้เกิดขึ้น มันจะรบกวนความสามารถในการจัดการปัญหาได้ในสถานการณ์จริง จึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาปรับตัวต่อสถานการณ์มากกว่าการสร้าง ความหวังว่าจะเกิดความแตกต่าง

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ (Suggestions for use)

การกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ตามความเป็นจริงให้ความสำคัญกับโลกภายนอกมากกว่าเทคนิคทางด้านความคิด เทคนิคนี้มีประโยชน์ในการประเมินสถานการณ์ภายนอกมากกว่าการรับรู้ภายใน เมื่อผู้รับการปรึกษายึดติดความคาดหวังที่ไม่เป็นจริงหรือออกคิดส่วนตัว ควรใช้เทคนิคนี้ ผู้ให้การปรึกษาต้องรับรู้สิ่งที่ผู้รับการปรึกษาได้ยึดติดสิ่งที่ไม่เป็นจริงมาก่อน คุณจึงสามารถถามคำถามเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของเหตุการณ์หรือระบุข้อมูลที่ผู้รับการปรึกษาไม่ได้ตระหนักถึงได้ ผลคือ

การประเมินตามสภาพความเป็นจริงจะทำให้ผู้รับการปรึกษาดตอบสนองได้อย่างเหมาะสม และยอมทุ่มเทศักยภาพเพื่อผลลัพธ์ที่พวกเขาต้องการ

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected consequence)

การกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ตามความเป็นจริงช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดมุมมองต่อสถานการณ์ได้ตามความเป็นจริงมากขึ้น มีการตอบสนองที่มีประสิทธิภาพ และมีทางเลือกในการปรับตัว ถ้าผู้รับการปรึกษาสามารถยอมรับความจริงที่เกิดขึ้นได้ พวกเขาสามารถเลือกพฤติกรรมที่จะส่งผลให้พบกับเป้าหมายที่ต้องการได้ในวิธีการที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ

COG-10 ส่งเสริมการคิดเชิงวิพากษ์ (Supporting dialectical thinking)

COG-10 ส่งเสริมการคิดเชิงวิพากษ์ (Supporting dialectical thinking) และการช่วยให้ผู้รับการปรึกษาฝึกการคิดเชิงสังเคราะห์มากกว่าการให้ความสนใจอยู่กับ “ความคิด” เพียงอย่างเดียว

การอธิบายเชิงทฤษฎี (Theoretical context)

ส่วนใหญ่ผู้รับการปรึกษาที่มีความทุกข์ เนื่องจากการยึดติดหรือมีรูปแบบความคิดที่สุดโต่งเกินไป ดังนั้น มันจะมีเกิดประโยชน์อย่างมากในการกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาคิดในรูปแบบที่สมดุลขึ้นหรือยืดหยุ่นมากขึ้น Linehan (1993 cited in Brooks, 2008) ได้พัฒนาการบำบัดแบบบูรณาการสำหรับอาการผิดปกติทางบุคลิกภาพแปรปรวน (Borderline personality disorders) ชื่อว่า Dialectical behavior therapy โดยมีเป้าหมายของการบำบัดด้วยวิธีการนี้ คือ ช่วยให้ผู้รับการปรึกษารู้จักและก้าวข้ามความคิดที่สุดขั้วที่เป็นสาเหตุของความไม่มั่นคงทางสัมพันธภาพและพฤติกรรมทางอารมณ์รุนแรง ผู้รับการปรึกษาถูกกระตุ้นเพื่อให้รู้จักและยอมรับมากขึ้น

การวิพากษ์อย่างมีเหตุผล ต้องการให้บุคคลสรุปออกมาเป็นพฤติกรรม เพื่อไปให้ถึงสาเหตุอย่างมีเหตุผล และการวิเคราะห์ด้วยปัญญา เหมือนเป็นทางเดียวเพื่อให้ได้มาซึ่งความจริง และยอมรับความรู้ที่เกิดขึ้น ผู้ให้การปรึกษาแบบการวิพากษ์ ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถสังเคราะห์ข้อมูลที่เป็นลักษณะคัดค้านกับข้อมูลเดิม มากกว่าการเน้นให้ได้แย้งกัน ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเปลี่ยนจาก “อันใด อันหนึ่ง” (Either-or) มาเป็น “ทั้ง 2 อย่าง” (Both-and) (Linehan, 1993 cited in Brooks, 2008)

การสนับสนุนความคิดเชิงวิพากษ์ เกี่ยวข้องกับการช่วยให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักว่าความจริง ถูกสร้างขึ้นจากแรงกระตุ้นที่เกิดจากการตรวจสอบอารมณ์ต่อบุคคลอื่น เป้าหมายสำหรับเทคนิคนี้ คือ การสังเคราะห์และการรวมกันของการไม่เห็นด้วย ด้วยวิธีการใหม่ ๆ หลักการสำคัญที่ทำทนายสำหรับผู้ให้การปรึกษาที่กำลังแก้ไขอารมณ์ระหว่าง การยอมรับผู้รับการปรึกษา และการเปลี่ยนแปลงผู้รับการปรึกษา (Heard & Linehan, 2005 cited in Brooks, 2007)

เป้าหมายของเทคนิค (Strategy marker)

ในกรณีที่ผู้รับการปรึกษากำลังมีความคิดที่สับสน จะมีประโยชน์มากที่จะช่วยให้เกิดการคิดเชิงวิพากษ์ขึ้น ที่จะทำให้รู้จักและยอมรับความคิดที่ตรงกันข้ามเพื่อทำการสังเคราะห์ ถ้าผู้รับการปรึกษาเล่าถึงการรับรู้ได้ถึงสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ไม่มั่นคง หรืออารมณ์ที่รุนแรง มันเป็นประโยชน์อย่างมากที่จะมองหารูปแบบของความคิดซึ่งเป็นผลทำให้เกิดการตอบเช่นนั้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ (Suggestions for use)

การสนับสนุนให้เกิดการคิดเชิงวิพากษ์ บ่อยครั้งที่เกี่ยวข้องกับการค้นหาเพื่อการสังเคราะห์ระหว่างความคิด และความรู้สึก มันเป็นประโยชน์ในการช่วยกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาพิจารณาทั้งปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่มีต่อสถานการณ์นั้น และความคิดอย่างสมเหตุสมผลก่อนที่พวกเขาจะตัดสินใจ Linehan (1993) กล่าวว่า การสังเคราะห์ ความรู้และความคิด เปรียบเหมือน ความคิดด้วยปัญญา (Wise mind) ของบุคคล ถ้าผู้รับการปรึกษาสามารถชะลอการตัดสินใจไว้ก่อนจนกระทั่งพวกเขาสามารถสังเคราะห์ด้วยสติปัญญาได้ระหว่างอารมณ์และเหตุผลแล้ว พวกเขาจะใจเย็นและสงบลงหลังจากความวุ่นวายที่ได้รับการกระตุ้นจากประสบการณ์ดั้งเดิมของพวกเขา ในขณะที่มีการกระตุ้นให้เกิดการวิพากษ์ความคิดนั้น มันจะเป็นประโยชน์อย่างมากที่จะสนับสนุนให้ใช้เครื่องมือทางภาษา เช่น ประโยค ที่ว่า “..... แต่ ในทางตรงกันข้าม.....” (...But, on the other hand....) ถ้าผู้ให้การปรึกษา มีผู้รับการปรึกษาที่มีการใช้ภาษาแบบสุดโต่ง คุณสามารถช่วยให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักถึงมุมมองด้านตรงข้ามโดยแนะนำประโยคดังกล่าว และขอร้องให้ผู้รับการปรึกษาอธิบายความคิดที่ตรงกันข้าม ด้วยการฝึกในชั่วโมงการปรึกษา ผู้รับการปรึกษาจะสามารถได้ยืนภาษาสุดโต่งที่พวกเขาใช้ และเริ่มต้นในการใช้ “..... แต่ ในทางตรงกันข้าม..... “ ในชีวิตประจำวันของพวกเขา เพื่อให้ตระหนักถึงมุมมองที่ตรงกันข้าม และเกิดการสังเคราะห์มากขึ้น

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected consequence)

การสนับสนุนให้เกิดความคิดเชิงวิพากษ์ ช่วยให้เกิดความคิดที่สมดุลมากขึ้น และมีพฤติกรรมที่สมดุลมากขึ้น โดยส่วนมากการรวมกันระหว่างอารมณ์และเหตุผลนั้น มาจากประสบการณ์ดั้งเดิม ดังนั้น ผลการของคิดที่สมดุล ผู้รับการปรึกษาจะมีการรับรู้ในสัมพันธภาพที่ไม่มั่นคงหรือความเข้มข้นทางอารมณ์น้อยลง

COG-11 การฝึกสติ สมาธิ (Fostering mindful awareness)

COG-11 การฝึกสังเกตอารมณ์ และการมีสติ จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีชีวิตอยู่ในปัจจุบันมากกว่าการตัดสินใจ

การอธิบายเชิงทฤษฎี (Theoretical context)

การให้การปรึกษาทฤษฎีรู้คิด (Cognitive) แบบดั้งเดิม ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเปลี่ยนความคิดจากความคิดที่ไม่มั่นคง มาเป็นความคิดที่มั่นคงมากขึ้น จากความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล มาเป็นความคิดที่สมเหตุสมผลมากขึ้น ส่วนนักทฤษฎีการรู้คิดร่วมสมัยบางคนใช้วิธีการที่แตกต่างกันออกไป เพื่อที่จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาคิดด้วยวิธีใหม่ ๆ มากกว่าการฝึกคิดที่แตกต่างจากเดิม การฝึกสติ (Mindfulness) ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการรักษาความเครียดและวิตกกังวล (Kabat-Zinn, 1990) ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ (Linehan, 1993) และ โรคซึมเศร้า (Segal, Williams & Teasdale, 2001) Segal et al. ได้อธิบายถึงการฝึกสติ ว่าเป็นวิธีการคิดที่แตกต่างไปจากเดิม ไว้ว่า

การฝึกสติ คือ รูปแบบการคิดที่แตกต่างไปจากเดิม ซึ่งให้ความสำคัญกับกระบวนการว่าเป็นระดับของการแสดงออก ไม่ใช่เพียงแนวคิด และความแตกต่างที่เฉพาะเจาะจงเช่นนี้ ไม่ใช่ประเด็นที่สำคัญของกระบวนการนั้น แนวคิดดั้งเดิมของการฝึกสติได้ถูกอธิบายไว้ว่า คือ “เป็นอยู่” (Being) มากกว่า “ทำอยู่” (Doing) (Segal et al., 2004)

การฝึกสติ สามารถใช้ช่วยเหลือผู้รับการปรึกษาให้ตระหนักว่าถกความคิดที่บิดเบือนหรือความคิดที่เจ็บปวดนั้นว่า “เป็นเพียงความคิด” และมันไม่ใช่ความจริง (Kabat-Zinn, 1990 cited in Brooks, 2008) Linehan แนะนำความ การฝึกสตินั้นรวมไปถึงการสังเกต (Observation), การบรรยาย (Describes) และการมีส่วนร่วม (Participating) Linehan ได้อธิบายถึงกระบวนการทั้ง 3 ไว้ดังนี้

การสังเกต (Observation) คือ การให้ความสนใจกับเหตุการณ์ อารมณ์ และปฏิกิริยาทางร่างกายอื่น ๆ แม้ว่าเรื่องเหล่านั้นจะเป็นความทุกข์.... การอธิบายเหตุการณ์ (Describes) และปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น เป็นความสามารถในการประยุกต์ใช้ภาษาเพื่อบอกเหตุการณ์หรือพฤติกรรมนั้น ๆ การมีส่วนร่วม (Participating) โดยปราศจากการรู้สึกตัว (Self-consciousness) คือ การเข้าไปอยู่ในกิจกรรมที่กำลังเกิดขึ้นในขณะนั้น ๆ โดยไม่แยกตัวเองออกเหตุการณ์และปฏิสัมพันธ์นั้น ๆ (Linehan, 1993)

ดังนั้น ผลลัพธ์ของการฝึกสติ คือ ผู้รับการปรึกษาจะมีประสบการณ์ความเครียดน้อยลง และปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่ลดลงเช่นกัน ส่วนประโยชน์อื่นของการฝึกสติ คือ การลดความคิดแบบตัดสิน ซึ่งเป็นปัจจัยหลักของความคิดที่ไม่เหมาะสม การตระหนักถึงสติเกี่ยวข้องกับ “การระมัดระวังต่อความไม่พึงพอใจต่าง ๆ กับมุมมองของการเปิดใจและการยอมรับ” (Segal et al., 2004 cited in Brooks, 2008) ดังนั้น การฝึกสติมีความเกี่ยวข้องกับการกระตุ้นให้เกิดการยอมรับส่วนบุคคลนั่นเอง (เทคนิค BHV-11)

เป้าหมายของเทคนิค (Strategy marker)

เมื่อผู้รับการปรึกษามีความทุกข์เนื่องจากการคิดแบบการตัดสินแบบสุดขั้ว มันมีประโยชน์มากที่จะช่วยให้มีจิตใจที่จดจ่ออยู่กับการสังเกตสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดจากการประเมิน การตัดสินที่เป็นอันตราย ในกรณีที่ผู้รับการปรึกษากำลังมีพฤติกรรมที่ซ้ำ ๆ และกำลังใช้ชีวิตแบบไม่มีขีด การกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาเรียนรู้ที่ติดตามความคิดเหล่านั้นไปเรื่อย ๆ จะช่วยให้พวกเขามีชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ (Suggestions for use)

ในการกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาเป็นบุคคลที่มีสติมากขึ้นนั้น คือ การสอนวิธีการเปลี่ยนการเพ่งความสนใจในความคิดไปเป็นการให้ความสนใจที่ปฏิกิริยาทางร่างกายแทน การฝึกสติ คือ การส่วนให้ผู้รับการปรึกษาเพ่งพิจารณาที่ลมหายใจของพวกเขา นั่นคือการปลดปล่อยความรู้สึกทุก ๆ การเฝ้าสังเกตลมหายใจของตนเอง และการตระหนักรู้ภาวะในร่างกายที่เกิดขึ้นจากการหายใจ คือ วิธีการที่ปฏิบัติของการฝึกสติ การขอร้องให้ผู้รับการปรึกษาใช้การสังเกตอย่างมีสติ นั่นเป็นวิธีการที่แยกความคิดหรือความรู้สึกออกอย่างเป็นกระบวนการ เช่น การคิดว่า “ฉันนี่ก็เลย” ควรกระตุ้นผู้รับการปรึกษาให้พูดว่า “ฉันกำลังสังเกตเห็นความคิดของฉัน คือ ฉันนี่ก็เลย” มันกำลังเกิดขึ้นในหัวของฉันอีกครั้ง” ตัวอย่างนี้ เป็นการสังเกต และการบรรยายความคิดของบุคคล มากกว่า ความเชื่อว่าความคิดนั้นคือเรื่องจริง

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected consequence)

เมื่อผู้รับการปรึกษาได้พัฒนาทักษะการฝึกสติ ผลที่ได้คือ ความคิดฟุ้งซ่านจะลดน้อยลง ปฏิกริยาทางอารมณ์ และพฤติกรรมซ้ำ ๆ จะลดลง ผู้รับการปรึกษาได้เรียนรู้ที่จะสังเกตภาษาที่เกิดขึ้นรอบ ๆ ตัวเอง พวกเขาอาจรู้สึกทุกข์น้อยลง และเป็นจุดเริ่มต้นของพฤติกรรมที่ดีขึ้น เมื่อบุคคลสามารถมีส่วนร่วมในการตระหนักรู้ชีวิตของตนเอง ผลลัพธ์ คือ พฤติกรรมที่ดี ซึ่งเกิดขึ้นโดยการให้ความใส่ใจและเป็นลักษณะเฉพาะของการฝึกสติ (Linehan, 1993 cited in Brooks, 2008)

COG-12 สร้างจินตนาการ (Working with imagery)

COG-12 สร้างจินตนาการ (Working with imagery) คำเปรียบเปรย (Metaphor) หรือเรื่องราวที่ช่วยลดภาพความคิดในทางลบ และกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาใช้มองเห็นภาพด้วยการจินตนาการ และใช้คำเปรียบเปรยทางบวก

การอธิบายเชิงทฤษฎี (Theoretical context)

เทคนิคการรู้คิดส่วนใหญ่ที่ใช้ในการปรึกษา เป็นวิธีที่ใช้ภาษาเป็นพื้นฐานของการคิด ลักษณะของกิจกรรมทางจิตใจง่าย ๆ ที่สามารถนำเสนอออกมาในรูปแบบของคำพูด ทฤษฎี Multimodal therapy ของ Lazarus (1981) กล่าวไว้ว่า การจินตนาการ คือการทาบทาบทำให้ชัดเจน

มากขึ้น และถูกมองว่าเป็นสัญลักษณ์เพื่อใช้ในการประเมิน เป็นส่วนหนึ่งจากภาษาที่ใช้ในการคิด เช่นเดียวกับความคิด หรือความเชื่อ Lazarus (2005) ได้แสดงตัวอย่างของการถามเพื่อใช้ในการประเมินจินตนาการ ดังนี้

มีภาพอะไรที่เกิดขึ้นในจินตนาการของคุณ ? สิ่งที่คุณมองเห็นตนเอง มีอะไรบ้าง ? มีความสำเร็จหรือความล้มเหลวอะไรบ้าง ที่คุณมองเห็น ? มีภาพอะไรที่โผล่ขึ้นมาบ้าง? (ภาพเหตุการณ์ในอดีต หรือประสบการณ์ที่เจ็บปวด หรือไม่น่าพึงพอใจ) และภาพเหล่านั้นที่เกิดขึ้นมา ทำให้คุณคิด รู้สึก หรือมีพฤติกรรมอะไรบ้าง ?

McMullin (2000 cited in Brooks, 2008) แนะนำว่า การจินตนาการสามารถใช้ช่วยเหลือผู้รับการปรึกษาให้เปลี่ยนวิธีการรับรู้โลก นักนักบำบัดแนวการรู้คิด มักใช้ คำพังเพย เรื่องราว หรือนิทาน ในช่วงของการบำบัด การเล่าเรื่องราว สามารถช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดให้เป็นวิธีการที่แตกต่างไปจากการทำหาย หรือการพิสูจน์ด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือการทดสอบต่าง ๆ McMullin เสนอว่า เรื่องเล่าต้องสัมพันธ์กับสถานการณ์ของผู้รับการปรึกษาในแต่ละคน และต้องเป็นสะพานเชื่อมจากความคิดที่บิดเบือน ไปสู่ความเชื่อใหม่ที่ดีขึ้นกว่าเดิม

เป้าหมายของเทคนิค (Strategy marker)

เมื่อผู้รับการปรึกษาเล่าถึงภาพเกี่ยวกับตนเองในทางลบ หรือเริ่มใช้ภาษาที่เป็นคำพังเพย หรือสุภาษิต การช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้สำรวจภาพที่กำลังเกิดขึ้นในชีวิตของพวกเขาจะเป็นประโยชน์อย่างมาก และมันมีประโยชน์สำหรับผู้ให้การปรึกษาสำหรับการใช้เทคนิคจินตนาการ หรือการใช้สุภาษิต คำพังเพย เรื่องเล่า หรือนิทานต่าง ๆ ในการเปลี่ยนภาพที่ไม่เหมาะสม ให้เป็นการบรรยายชีวิตให้เหมาะสมมากขึ้น ผู้ให้การปรึกษาสามารถใช้เรื่องราวเพื่ออธิบายกระบวนการเปลี่ยนแปลงเพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษามองเห็นว่าชีวิตของพวกเขาสามารถเปลี่ยนแปลงได้

ข้อแนะนำสำหรับการนำไปใช้ (Suggestions for use)

เมื่อต้องใช้เทคนิคการจินตนาการ สุภาษิต หรือนิทาน มันจะดีมากถ้าเริ่มต้นจากประสบการณ์ของผู้รับการปรึกษาก่อน ด้วยการถามผู้รับการปรึกษาถึงวิธีการที่พวกเขามองเห็นสถานการณ์ในจินตนาการ และปรับเปลี่ยนภาพเหล่านั้น ตัวอย่างเช่น ถ้าผู้รับการปรึกษากลัวที่สูง อาจช่วยให้จินตนาการเห็นสะพานซึ่งสามารถข้ามที่สูงนั้นได้ และสามารถปกป้องเธอจากอันตรายที่จะเกิดขึ้น ถ้าผู้รับการปรึกษากำลังพบกับประสบการณ์ที่เลวร้าย การจินตนาการว่า อยู่บนหลังม้า อาจไม่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ที่ไม่มีความสามารถขี่ม้า ดังนั้น การเปรียบเทียบ หรือนิทานควรจะถูกเลือกด้วยตัวของผู้รับการปรึกษาเอง บางครั้งมันเป็นเรื่องยากสำหรับผู้รับการปรึกษาบางคนในการจินตนาการด้วยตัวเอง เนื่องจากพวกเขามีกลไกป้องกันตนเองจากความเจ็บปวด มันอาจง่ายกว่าสำหรับบางคนที่จะสร้างลักษณะเรื่องราวก่อน และค่อยเชื่อมโยงไปสู่ชีวิตจริงของพวกเขา

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected consequence)

หากคุณใช้การจินตนาการ คำเปรียบเทียบ หรือนิทาน ผลที่คาดว่าจะได้รับ คือ การเปลี่ยนแปลงวิธีที่ผู้รับการปรึกษาใช้มองสถานการณ์ของตนเอง นี่คือลักษณะหนึ่งของการคิดที่แตกต่างไปจากการใช้คำพูด หรือการคิดในทางตรงกันข้าม ดังนั้น การจินตนาการ คือ การนำไปสู่หรือการสนับสนุนให้เกิดการคิดในรูปแบบอื่น ๆ โดยที่เป้าหมายทั้งหมด คือ ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาจินตนาการถึงการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปได้ด้วยวิธีที่ช่วยให้พวกเขาได้ลองทำมัน

COG-13 การระดมสมองหาทางออก (Brainstorming solutions)

COG-13 การระดมสมองเพื่อมองหาทางออกที่แตกต่างเป็นส่วนหนึ่งของการแก้ไขปัญหานั้นที่ได้ผล

การอธิบายเชิงทฤษฎี (Theoretical context)

การใช้ทักษะการคิด เพื่อแก้ไขปัญหานั้นมีประสิทธิภาพมากกว่า คือ บางสิ่งที่ผู้รับการปรึกษามักเรียนรู้ได้จากชั่วโมงการปรึกษา กระบวนการแก้ไขปัญหานั้น อาจเกี่ยวกับสภาพปัญหาที่เฉพาะเจาะจง ทางออกที่เป็นไปได้ทั่ว ๆ ไป, การเลือกวิธีการแก้ไข, การลงมือทำ และการประเมินผลสำหรับผู้รับการปรึกษาส่วนใหญ่ หลักสำคัญ คือ การเรียนรู้ที่จะประยุกต์ใช้วิธีการที่เป็นไปได้มากกว่าการแก้ไขปัญหาคด้วยวิธีการเดิม ๆ การใช้วิธีการที่หลากหลายก่อนการประเมินใด ๆ เพื่อที่จะพบทางเลือกที่สร้างสรรค์ คือวิธีการที่เราู้จักกันว่า “การระดมสมอง” (Brainstorming) Dixon และ Glover (1984 cited in Brooks, 2008) กล่าวว่า การแก้ไขปัญหาค คือ หลักการสำคัญของการบำบัด และได้นำเสนอเทคนิค 4 อย่าง เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถค้นหาทางออกได้อย่างหลากหลายได้แก่ อย่างแรก มันเป็นเรื่องสำคัญมากสำหรับผู้ให้การศึกษาในเตรียมการทดลองและแรงเสริมเพื่อให้เกิดการค้นหา และรางวัลเมื่อพบทางเลือกที่เหมาะสม ลำดับที่สอง สำหรับผู้รับการปรึกษาค้นหาทางออกได้ แต่มันเป็นไปได้ไม่ได้ ควรต้องได้รับการประเมิน ลำดับที่สาม ผู้ให้การศึกษาอาจจำเป็นต้องเริ่มค้นหาทางเลือกที่แตกต่างก่อนเป็นอันดับแรก โดยการนำเสนอตัวอย่างและให้ผู้รับการปรึกษาทดลองทำตาม ลำดับที่สี่ เมื่อผู้รับการปรึกษาคเริ่มต้นคิดถึงทางเลือก ผู้ให้การศึกษาสามารถช่วยพวกเขาสร้างความคิด และขยายไปสู่ทางเลือกที่เป็นไปได้

เป้าหมายของเทคนิค (Strategy marker)

เมื่อผู้รับการปรึกษาไม่มีทักษะในการแก้ไขปัญหาค มันจำเป็นอย่างมากสำหรับตัวอย่างที่เป็นกระบวนการอย่างเป็นขั้นเป็นตอน ซึ่งเกี่ยวข้องกับสภาพปัญหาที่มีรูปแบบเฉพาะ การสร้างทางเลือกที่เป็นไปได้ และการเลือกวิธีการที่สามารถลงมือทำได้ ถ้าผู้รับการปรึกษาคพยายามที่จะแก้ปัญหาคด้วยวิธีการเดิม ๆ ที่ไม่มีประสิทธิภาพเช่นเดียวกับในอดีต พวกเขาต้องเรียนรู้ที่จะค้นหา

วิธีการที่แตกต่างก่อนที่จะเริ่มต้นด้วยวิธีการเพียงวิธีเดียว

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ (Suggestions for use)

เมื่อผู้รับการปรึกษาไม่สามารถแก้ไขปัญหาคำนี้ได้ ที่เป็นเช่นนี้บ่อยครั้งเนื่องจากพวกเขาไม่มีทักษะในการสร้างทางออกที่หลากหลาย และมักพยายามใช้วิธีการเดิมที่ไม่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาคำ ในกรณีนี้ การให้ความสำคัญกับวิธีการแก้ไขปัญหาคำ และกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษายกถึงวิธีการที่แตกต่างออกไปจากเดิมให้ได้จำนวนมากที่สุด เพื่อที่ค้นพบวิธีการใหม่ ๆ ในการแก้ไขปัญหาคำ หลังจากแนะนำผู้รับการปรึกษาโดยผ่านกระบวนการแก้ไขปัญหาคำแล้ว คุณควรเน้นย้ำขั้นตอนเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถใช้กระบวนการนั้นซ้ำได้ด้วยตัวเองนอกชั่วโมงการปรึกษาคำด้วย

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected consequence)

ผู้ให้การปรึกษาที่ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาระดมความคิดเพื่อค้นหาวิธีการที่แตกต่างนั้น ผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ คือ การคิดที่หลากหลาย และความเป็นไปได้ที่สร้างสรรค์ขึ้นเพื่อเพิ่มโอกาสในการประสบความสำเร็จ โดยการมีส่วนร่วมในการกระบวนการที่มีโครงสร้างชัดเจนของการแก้ไขปัญหาคำ ผู้รับการปรึกษาจะสามารถระบุวิธีการได้มากขึ้น โดยที่พวกเขาเต็มใจที่จะลงมือทำด้วย การทำให้การแก้ไขปัญหาคำนั้นมีโครงสร้างที่ชัดเจนทำให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจของผู้รับการปรึกษา และมันจะเป็นกระบวนการที่ผู้รับการปรึกษาสามารถใช้ได้ในอนาคต

COG-14 การให้ความรู้ด้านจิตวิทยา (Providing psychoeducation)

COG-14 การให้ความรู้ด้านจิตวิทยา (Providing psychoeducation) โดยการแบ่งปันข้อมูลจากทฤษฎีและงานวิจัยต่าง ๆ ออกมาเป็นสื่อเพื่อใช้ในกระบวนการปรึกษา

การอธิบายเชิงทฤษฎี (Theoretical context)

การให้ความรู้กับผู้รับการปรึกษาเกี่ยวกับหลักการทางจิตวิทยา โดยทั่วไปเรียกว่า Psychoeducation และมันเป็นทักษะที่สำคัญในการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด การสอนให้ผู้รับการปรึกษาเกี่ยวกับสิ่งที่พวกเขากำลังประสบอยู่เพื่อให้พวกเขาเข้าใจแนวคิด และช่วยจัดการระบบความคิด และเตรียมพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น Beck (1995 cited in Brooks, 2008) กล่าวถึง การให้ความรู้เชิงจิตวิทยาไว้ 3 ชนิด ที่มักใช้ในกระบวนการปรึกษาแบบรู้คิด ชนิดแรก ผู้ให้การปรึกษาสามารถสอนให้ผู้รับการปรึกษาเกี่ยวกับกระบวนการปรึกษาที่พวกเขาสามารถมีส่วนร่วมเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ ถ้าผู้รับการปรึกษาได้รับการสอนเรื่องกระบวนการปรึกษา ความกลัวและความวิตกกังวลจะลดลงด้วย และผู้รับการปรึกษาสามารถมีส่วนร่วมในกระบวนการเปลี่ยนแปลงได้ด้วย ชนิดที่สอง ผู้รับการปรึกษาสามารถเรียนรู้หลักการทางจิตวิทยาได้ตามที่พวกเขาได้จากกระบวนการแก้ไขปัญหาคำด้วยความยากลำบากหลังจากที่

พวกเขาออกจากชั่วโมงการศึกษาไปแล้ว ตัวอย่างเช่น การเรียนรู้วิธีการระบุนิยามความคิดอัตโนมัติ และการตระหนักรู้ถึงความเชื่อที่ผิด สามารถเป็นประโยชน์ต่อผู้รับการศึกษานานเท่าที่พวกเขาสามารถสรุปงานของพวกเขาให้กับผู้ให้การศึกษา ชนิดที่สาม ผู้รับการศึกษารับการสอนเกี่ยวกับการพิจารณาวิจักษ์ หรือความผิดปกติที่พวกเขาารู้สึก และพวกเขาได้รู้ว่าผู้ให้การศึกษาได้ช่วยเหลือบุคคลอื่น ๆ มาแล้วในอดีต การให้ความรู้เชิงจิตวิทยาทั้ง 3 ชนิด ถูกใช้สร้างเป็นรูปแบบหรือแผนที่ทางความคิด ซึ่งผู้รับการศึกษามีความสามารถเข้าใจประสบการณ์ของตนเอง การใช้แผนที่ทั้ง 3 ชนิดสามารถช่วยให้บุคคลเข้าใจสภาวะรอบตัวเอง และรู้ว่าอะไรคือสิ่งที่ท้าทายต่อไป

เป้าหมายของเทคนิค (Strategy marker)

ถ้าผู้รับการศึกษาค้นข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ของพวกเขา มันจะมีประโยชน์สำหรับการให้ความรู้เชิงจิตวิทยา ถ้าผู้รับการศึกษารู้สึกโดดเดี่ยว หรือรู้สึกถูกรบกวน ผู้ให้การศึกษาอาจให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีที่พวกเขาต้องเผชิญหน้า และวิธีการแก้ไขในลักษณะใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ (Suggestions for use)

ความทุกข์ที่มีปัจจัยด้านจิตวิทยา บ่อยครั้งที่พบว่าเนื่องจากการได้รับข้อมูลแบบผิด ๆ ดังนั้นการให้ความรู้เชิงจิตวิทยา จึงเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้รับการศึกษามองตัวเองและโลกรอบ ๆ ตัวของพวกเขาตามความเป็นมามากขึ้น ผู้ให้การศึกษาช่วยเหลือผู้รับการศึกษาดูด้วยการให้ข้อมูลถึงสิ่งที่เกี่ยวข้องกับพวกเขา ซึ่งเป็นรูปแบบทั่ว ๆ ไป ตัวอย่างเช่น ผู้รับการศึกษานี้ถูกทำร้ายจากการมีความสัมพันธ์ ควรได้รับการสอนเกี่ยวกับวงจรของการทำร้าย การอธิบายถึงวิธีที่เกิดขึ้นในระยะแรกระหว่างการถูกทำร้าย เมื่อให้ความรู้เชิงจิตวิทยาแล้ว บุคคลจะมีความเข้าใจในสถานการณ์ของตนเองก่อนที่จะเริ่มอธิบายสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง ก่อนที่จะเริ่มต้นให้ความรู้ อาจทำให้ผู้รับการศึกษาก่อความรู้สึกเข้าใจผิด ช่วงเวลาที่เหมาะสมเป็นเรื่องสำคัญ เลือกรูปแบบการให้ความรู้เมื่อต้องการเปลี่ยนจากการค้นหาข้อมูลเป็นการให้ข้อมูล สิ่งอื่นที่สำคัญที่ควรให้ความสนใจ คือ เครื่องมือในการให้ความรู้มีผลต่อระดับการศึกษาของผู้รับการศึกษ และความสนใจส่วนบุคคล ผู้รับการศึกษบางคนอาจมีความสนใจเกี่ยวกับข้อค้นพบจากงานวิจัยล่าสุดซึ่งอาจพบได้ในผู้รับการศึกษามีระดับการศึกษาที่สูง ดังนั้นการให้ความรู้เชิงจิตวิทยากับผู้รับการศึกษานั้น คุณต้องมั่นใจว่าได้เตรียมข้อมูลที่เป็นประโยชน์และให้ในเวลาที่เหมาะสม

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected consequence)

การให้ความรู้เชิงจิตวิทยากับผู้รับการศึกษานั้นด้วยข้อมูลที่มีประโยชน์ จะช่วยให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น หากการให้ความรู้เชิงจิตวิทยาช่วยให้ผู้รับการศึกษามองเห็นอุปสรรคส่วนบุคคลซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาหรือรูปแบบทั่ว ๆ ไปที่บุคคลอื่นก็เป็นเช่นเดียวกันนั้น

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คือ ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวหรือความสิ้นหวังได้

COG-15 สนับสนุนการบำบัดด้วยข้อมูล (Supporting bibliotherapy)

COG-15 สนับสนุนการบำบัดด้วยการค้นคว้าข้อมูล (Supporting bibliotherapy) โดยการแนะนำหนังสือหรือบทความที่เกี่ยวข้องที่ช่วยสนับสนุนการเรียนรู้ในกระบวนการปรึกษา

การอธิบายเชิงทฤษฎี (Theoretical context)

การใช้การอ่านเพื่อนช่วยการเปลี่ยนแปลงในการกระบวนการปรึกษา คือ การบำบัดด้วยข้อมูล (Bibliotherapy) การอ่านและการเรียนรู้เกี่ยวกับประเด็นที่เกี่ยวข้องของบุคคลสามารถขยายขอบเขตการเรียนรู้ทางจิตวิทยา และช่วยทำให้เกิดก้าวหน้าในชั่วโมงการบำบัดในแต่ละสัปดาห์ นี่เป็นวิธีการที่มีประโยชน์ในการช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงจิตวิทยา และเป็นการเสริมแรงในกระบวนการปรึกษา (Beck, 1995 cited in Brooks, 2008) ตัวอย่างเช่น ถ้าคุณต้องการช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจกระบวนการปรึกษาแบบรู้คิด คุณต้องแนะนำหนังสือเรื่อง *The feeling good handbook: Using the new mood therapy in everyday life* (Burn, 1989) หรือ *Mind over mood: A cognitive therapy treatment manual for clients* (Greenberg & Padesky, 1995) เป็นต้น การบำบัดด้วยข้อมูล สามารถใช้สอนให้ผู้รับการปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องปัญหาทางจิตวิทยา เช่นเดียวกับการถูกทำร้ายทางเพศ หรือการจัดการความวิตกกังวล และความกลัว ตัวอย่างของแหล่งข้อมูลลักษณะนี้ เช่น *The courage to hell* (Bass & Davis, 1994) และ *The anxiety and phobia workbook* (Bourne, 2005) ในการเตรียมตัวเพื่อให้การแนะนำนั้นทำได้อย่างเหมาะสมนั้น คุณต้องอ่านหนังสือเล่มนี้ก่อน *Authoritative guide to self-help recourse in mental health* (Norcross, Santrock, Campbell & Smith, 2000) ซึ่งเป็นการรวบรวมและจัดลำดับหนังสือ วีดีโอ และเว็บไซต์ สำหรับการเยียวยาตนเอง 100 อันดับ

เป้าหมายของเทคนิค (Strategy marker)

ในกรณีที่ผู้รับการปรึกษาต้องการข้อมูลที่มากขึ้น เกี่ยวกับประเด็นเฉพาะ หรือถ้าการอ่านนั้นจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ การบำบัดด้วยข้อมูลอาจนำเข้าไปใช้ได้ การอ่านมีประโยชน์กับผู้รับการปรึกษา เมื่อผู้รับการปรึกษาถูกกระตุ้นให้ทำการบ้านนอกชั่วโมงการปรึกษา และต้องการข้อมูลที่มากขึ้นเกี่ยวกับประเด็นที่พวกเขาต้องเผชิญ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ (Suggestions for use)

การอ่านเรื่องราวที่เกี่ยวข้อง คือ วิธีที่ช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีพัฒนาการในการเข้าใจตนเอง และเตรียมพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงในระหว่างการนัดหมายกับผู้ให้การปรึกษา ถ้าคุณต้องการใช้วิธีการบำบัดด้วยข้อมูลกับผู้รับการปรึกษา คุณควรต้องทำความเข้าใจกับหนังสือที่คุณจะแนะนำ

ให้กับผู้รับการปรึกษา มันจะมีประโยชน์ในการซื้อและอ่านหนังสือที่เขียนเกี่ยวกับเรื่องราวที่คุณกำลังให้ความช่วยเหลือ ถ้าคุณไม่คุ้นเคยกับหนังสือ คุณสามารถกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาไปร้านหนังสือที่มีหนังสือประเภทการเยียวยาตนเอง และเลือกจากที่ผู้รับการปรึกษาให้ความสนใจ คุณสามารถเตรียมพร้อมให้พวกเขาด้วยการพูดคุยถึงชนิดของหนังสือและวิธีการเลือกซื้อหนังสือที่มีประโยชน์

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected consequence)

ถ้าผู้รับการปรึกษาอ่านหนังสือหรือบทความที่เกี่ยวข้องกับประเด็นในการปรึกษ ความเข้าใจในเรื่องราวของตนเองก็จะเพิ่มมากขึ้น และมีความก้าวหน้าในกระบวนการปรึกษาด้วยความก้าวหน้านั้นจะเป็นไปอย่างรวดเร็ว เนื่องจากการอ่านช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้บางอย่างจากสิ่งที่เขาอ่าน และเขาสามารถทำได้ทุกวันเพื่อไปให้ถึงเป้าหมายในการปรึกษา

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาแบบประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม

(Experiential-Humanistic Psychotherapy)

กรอบแนวคิดแบบประสบการณ์นิยม (Experiential conceptualization)

ความสำคัญของความรู้สึก (Focusing on feeling)

กรอบแนวคิดแบบประสบการณ์นิยมจะให้ความสำคัญกับความรู้สึก (Feeling) และบทบาทของความรู้สึกต่อการทำหน้าที่ของมนุษย์ ถ้าคุณตัดสินใจว่าปัญหาของผู้รับการปรึกษามีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกดั้งเดิมของพวกเขา Greenberg and Paivio (1997) อธิบายกระบวนการของกรอบแนวคิดของอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ที่เฉพาะเจาะจงส่วนบุคคลและเข้าใจวัตถุประสงค์ที่พวกเขาต้องการ ความรู้สึกส่วนใหญ่สามารถแยกประเภทได้ 5 อารมณ์พื้นฐาน คือ 1) อารมณ์โกรธ 2) อารมณ์เศร้าหรือเสียใจ 3) อารมณ์กลัวหรือวิตกกังวล 4) อารมณ์ละอายใจ 5) อารมณ์พอใจ (เช่น มีความสุข หรือรัก) กรอบแนวคิดแบบประสบการณ์นิยม เกี่ยวข้องกับความรู้สึกของผู้รับการปรึกษาที่กำลังประสบอยู่ และตัดสินใจว่าพวกเขาจะแสดงอารมณ์แรกเริ่ม (Primary emotion) อารมณ์ที่สอง (Secondary emotion) อารมณ์เป็นสื่อ (Instrumental emotion)

อารมณ์แรกเริ่ม (Primary emotions)

อารมณ์แรกเริ่ม เป็นอารมณ์พื้นฐานที่ตอบสนองโดยการแสดงออกต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์ใหม่ และทำให้ปรับตัวได้เหมาะสมหรือไม่เหมาะสม อารมณ์แรกเริ่มช่วยให้ปรับตัวได้ เมื่อบุคคลมีบทบาทในทางบวกที่จะปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ ตัวอย่างเช่น ความกลัว คือ ปฏิกริยาที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เป็นอันตราย นี่คือการปรับตัวที่เหมาะสม เช่นเดียวกับความโกรธ จะตอบสนองได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ที่รุนแรงและ โศกเศร้า นั่นคือ การปรับตัวต่อการสูญเสีย การปรึกษาสามารถกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาได้แสดงความรู้สึกและตระหนักรู้ถึงการปรับตัวโดยใช้ อารมณ์แรกเริ่ม ที่พวกเขาสามารถแสดงออก และทำให้การปรับตัวนั้นเป็นไปในทิศทางที่เหมาะสม

อารมณ์แรกเริ่ม สามารถทำให้การปรับตัวเกิดปัญหาได้ เช่น ความกลัวต่อเหตุการณ์หรือสิ่งของที่ไม่เป็นอันตราย (ปฏิกิริยาของโรคกลัวเกินเหตุ) อารมณ์แรกเริ่มที่ไม่เหมาะสมมักเกิดขึ้นบ่อย ๆ ในรูปแบบของความกลัว หรือความรู้สึกกละอาย (Greenberg & Paivio, 1997 cited in Brooks-Harris, 2008) เมื่อระบุนอารมณ์แรกเริ่มของผู้รับการปรึกษาได้แล้ว ผู้ให้การปรึกษาจะมองเห็นได้เมื่อความรู้สึกเหล่านั้นปรากฏขึ้นให้เห็นต่อการปรับตัวว่าเหมาะสมหรือไม่

อารมณ์ที่ 2 (Secondary emotion)

อารมณ์ที่ 2 คือ ปฏิกิริยาที่มีต่ออารมณ์แรก หรือต่อการคิด ปฏิกิริยาของอารมณ์ที่ 2 ต่ออารมณ์แรกอาจเกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่แสดงออกเพื่อให้ได้การยอมรับทางสังคมเมื่อบุคคลรู้สึกไม่สบายใจที่แสดงอารมณ์แรกของเขาออกมา ตัวอย่างเช่น ผู้ชายมักแสดงอารมณ์โกรธ เมื่อพวกเขารู้สึกกลัว ในกรณีเช่นนี้ ความกลัวอาจเป็นอารมณ์แรก (Primary emotion) ที่เป็นผลทำให้แสดงอารมณ์ที่ 2 (Secondary emotion) คือ อารมณ์โกรธ ในทางตรงกันข้าม ผู้หญิงมักจะแสดงความรู้สึกเศร้าออกมาเป็นอารมณ์ที่ 2 เมื่อเกิดอารมณ์แรก คือ อารมณ์โกรธ การสลับกันระหว่างอารมณ์แรกและอารมณ์ที่ 2 นั้นเกิดขึ้นบ่อยโดยไม่รู้ตัว บุคคลอาจไม่รู้ตัวว่าเกิดอารมณ์แรกจนกระทั่งมีการสำรวจโดยผู้ให้การปรึกษา อารมณ์ที่ 2 มักจะถูกรวมอยู่กับความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากความคิด เช่น อารมณ์เศร้าเมื่อบุคคลคิดเรื่องความล้มเหลว (Greenberg & Paivio, 1997 cited in Brooks-Harris, 2008)

อารมณ์สี่ (Instrumental emotion)

อารมณ์สี่ คือ การแสดงความรู้สึกหรือประสบการณ์เพราะมันเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบุคคลอื่น บุคคลเรียนรู้ที่จะแสดงความรู้สึกในวิธีที่พวกเขาเชื่อว่าเกิดประโยชน์อย่างไรจากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ตัวอย่างเช่น ถ้าความรู้สึกโกรธเมื่อพบกับการถูกปฏิเสธและแสดงออกด้วยความรู้สึกเศร้า บุคคลจะรู้สึกสบายกว่า กรณีนี้บุคคลจะเรียนรู้ที่แสดงความรู้สึกเศร้าเมื่ออารมณ์แรกเริ่มที่แท้จริง คือ อารมณ์โกรธ (Greenberg & Paivio, 1997 cited in Brooks-Harris, 2008) อารมณ์ที่ 2 (Secondary emotion) หรืออารมณ์เป็นสี่ (Instrumental emotion) มักเป็นอุปสรรคต่อการรับรู้อารมณ์แรกเริ่ม (Primary emotion) ในกรณีนี้ต้องแยกแยะอารมณ์ทั้ง 3 ชนิดนี้ คุณจำเป็นต้องสำรวจความรู้สึกที่ผู้รับการปรึกษาแสดงออกในปัจจุบัน อารมณ์แรกเริ่มเป็นอารมณ์ที่สะท้อนจากส่วนลึกและอยู่ในเรื่องราวของผู้รับการปรึกษาและมักแสดงออกอย่างชัดเจนทางใบหน้าหรือท่าทางอย่างอื่น ตรงกันข้าม อารมณ์ที่ 2 และอารมณ์สี่ มักไม่สอดคล้องกับภาษากายและการแสดงออก หรืออาจเป็นการแสดงออกต่อสถานการณ์มากกว่า ตัวอย่างเช่น ถ้าผู้รับการปรึกษาบอกว่ารู้สึกผ่อนคลายหรือสบายใจด้วยการกัดฟันแน่น คุณอาจต้องค้นหา อารมณ์แรกเริ่มที่ซ่อนอยู่เบื้องหลังการรู้สึกตัวของผู้รับการปรึกษา เมื่อความรู้สึกที่ปรากฏได้รับการสำรวจด้วยการปรึกษา อารมณ์แรกเริ่มที่อยู่ลึกลงไปก็ได้รับการเปิดเผย ตัวอย่างเช่น หลังจากที่แสดงอารมณ์โกรธอย่างรุนแรงเกี่ยวกับการสูญเสียที่เกิดขึ้น

ผู้รับการปรึกษาอาจเริ่มร้องไห้ ในกรณีนี้แสดงว่าอารมณ์แรกเริ่มของความโศกเศร้านั้นถูกซ่อนอยู่ใต้ อารมณ์ที่ 2 หรืออารมณ์สื่อของความโกรธ

ตารางที่ 3 แสดงการแบ่งประเภทของอารมณ์

อารมณ์แรกเริ่ม คือ ประสบการณ์ที่บุคคลรับรู้ได้เป็นบางครั้ง

อารมณ์แรกเริ่ม กับการปรับตัวอย่างเหมาะสม (Adaptive primary emotion)	อารมณ์แรกเริ่มกับการปรับตัวไม่เหมาะสม (Maladaptive primary emotion)
มีพื้นฐานมาจากการปรับตัวได้ตามความจริง	เรียนรู้จากการปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ ที่ไม่ถูกต้อง
ตัวอย่าง	ตัวอย่าง
- เศร้าจากการสูญเสีย	- กลัวจากบางอย่างที่ไม่เป็นอันตราย
- โกรธจากการถูกทำร้าย	อายต่อการแสดงอารมณ์ของตนเอง
กลัวจากการความไม่ปลอดภัย	
อารมณ์แรกเริ่ม บางครั้งถูกซ่อนอยู่ภายใต้การรับรู้ของบุคคล เมื่ออารมณ์แรกเริ่มถูกซ่อนไว้, อารมณ์ที่ 2 และการอารมณ์สื่อจึงปรากฏขึ้น	
อารมณ์ที่ 2	อารมณ์สื่อ
ปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่มีต่ออารมณ์แรกเริ่ม หรือการคิดของบุคคล	การแสดงออกทางอารมณ์เพื่อให้มีอิทธิพล ต่อผู้อื่น
ตัวอย่าง	ตัวอย่าง
- แสดงความโกรธ เมื่อกลัว	- แสดงความเศร้าเพื่อจะได้รับความเห็นใจ
- รู้สึกเศร้าเมื่อคิดเรื่องล้มเหลว	- แสดงความโกรธเพื่อต้องการให้คนอื่น รู้สึกกลัว
ระบุความรู้สึก (Identifying feeling)	
- ความรู้สึกอะไรที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้บ้าง	
- คุณเคยรู้สึกเศร้า กลัว โกรธ หรืออาย กับสถานการณ์แบบนี้ไหม	
อารมณ์แรกเริ่ม, อารมณ์ที่ 2, อารมณ์สื่อ (Primary, Secondary & Instrumental emotion)	
- ความรู้สึกเหล่านี้ช่วยให้คุณแก้ไขสิ่งต่าง ๆ หรือทำให้สิ่งต่าง ๆ แย่ลง	
- มีอารมณ์อื่น ๆ อีกมั๊ยที่คุณอาจจะรู้สึกอยู่ข้างในลึก ๆ	

ตารางที่ 3 (ต่อ)

อารมณ์แรกเริ่ม คือ ประสบการณ์ที่บุคคลรับรู้ได้เป็นบางครั้ง

- ความรู้สึกที่คุณแสดงออกไปนั้น ทำให้คุณได้รับการตอบสนองจากบางคนหรือไม่
- อารมณ์แบบไหนที่คุณมักแสดงออก และแบบไหนที่มักซ่อนมันเอาไว้

การตอบสนองที่เหมาะสม (Proportional response)

- มีครั้งไหนบ้างที่ความรู้สึกของคุณที่สอดคล้องกับสถานการณ์
 - คุณรู้สึกว่าอารมณ์ของคุณถูกจำกัดหรือถูกปิดบังไว้ หรือคุณไม่สามารถแสดงออกได้ว่าแท้จริงแล้วคุณรู้สึกอย่างไร บ้างหรือไม่
-

การตอบสนองที่เหมาะสม (Proportional response)

ความรู้สึกที่เหมาะสม คือ การตอบสนองทางอารมณ์ที่พอเหมาะพอดีกับสถานการณ์ คือการช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีการรับรู้ถึงอารมณ์ที่ถูกต้อง และความรู้นี้จะเป็นประสบการณ์ที่มีความเข้มข้น (Volume) ที่พอดี มีหลักฐานที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการแสดงออก คือความเครียดระดับกลางมีผลดีต่อพฤติกรรม ตัวอย่างเช่น ถ้านักกีฬาไม่มีความรู้สึกกดดันก่อนการแข่งขันที่สำคัญ นักกีฬาอาจมีผลการแข่งขันได้ไม่ดีเท่ากับมีความกดดันในระดับปานกลางเพื่อเป็นตัวกระตุ้นและมีความตื่นตัวไปกับการแข่งขัน ตรงกันข้าม หากนักกีฬาต้องจัดการความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับการแข่งขันอย่างหนัก มันจะไปรบกวนความสามารถของนักกีฬาในการเล่นเกมส์อย่างมากเช่นกัน และจากความสัมพันธ์นี้ สามารถนำมาปรับใช้ในเรื่องของความรู้สึกได้ ในสถานการณ์ที่อันตราย ความกลัวในระดับปานกลางจะทำให้เกิดการปรับตัวได้ดีที่สุด ตัวอย่างเช่น ถ้ามีคนเดินข้ามหน้าผาสูงโดยไม่เคยมีความรู้สึกกลัว เขาอาจจะไม่ระวังตัวและพลัดตกหน้าผาไป แต่ถ้าคนนั้นมีความกลัวว่าจะตกหน้าผา เขาจะรู้สึกขานขยับตัวไม่ได้ หรืออาจหาตำแหน่งที่มีความปลอดภัยมากกว่า ดังนั้นเมื่อต้องสร้างกรอบแนวคิดของการบำบัดแบบประสบการณ์นิยม การประเมินความเข้มข้นของความรู้สึกของผู้รับการปรึกษาจึงเป็นเรื่องสำคัญมาก ที่ต้องมองเห็นว่าอารมณ์ของผู้รับการปรึกษามีตอบสนองที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

กรณีตัวอย่างสำหรับการสร้างกรอบแนวคิดแบบประสบการณ์นิยม (Case examples of experiential conceptualization)

กรอบแนวคิดแบบประสบการณ์นิยมกับอาการซึมเศร้า (Experiential conceptualization of depression)

เมื่อ Claire เริ่มบำบัดกับ Dr. P อาการซึมเศร้าของเธอก็มีความเกี่ยวข้องกับความสิ้นหวังและความโศกเศร้า Claire บอกกับ Dr. P ว่า เธอร้องไห้อย่างมากแต่กลับรู้สึกเฉยชา Dr. P สงสัยว่าความรู้สึกที่ 2 (Secondary feeling) ของความสิ้นหวังและความเสียใจนั้นกำลังปิดกั้นความรู้สึกที่เหมาะสมที่ต้องตอบสนองต่อความเศร้าและการสูญเสีย

- อารมณ์ที่ 2 (Secondary emotion) Dr. P ได้ฟัง Claire อธิบายความรู้สึกของเธอแล้ว จึงตั้งสมมติฐานว่า ความรู้สึกสูญเสียเป็นปฏิกิริยาลำดับที่ 2 และเกี่ยวข้องกับอาการเฉยชา และมันขัดขวางความรู้สึกเสียใจที่เหมาะสม นั่นคือ ความรู้สึกเจ็บปวด ควรจะช่วยให้ Claire มีความรู้สึกที่เหมาะสมมากกว่านี้ รวมทั้งความคิด และพฤติกรรมด้วย ความสูญเสียของ Claire เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การแยกตัวออกจากน้องสาว ซึ่งเป็นคนที่สามารถจะช่วยเหลือเธอได้ และควรช่วยให้ Claire มีกระบวนการจัดการความรู้สึกโดยการแบ่งปันความรู้สึกกับน้องสาวของเธอ

- อารมณ์แรกเริ่มที่เหมาะสม (Adaptive primary emotion) Dr.P ตั้งสมมติฐานไว้ว่า ความเสียใจและโศกเศร้า คือ อารมณ์ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของการสูญเสีย แต่ Claire กำลังหนีมัน ในกรณีนี้จะต้องทำให้ความรู้สึกตามธรรมชาติได้รับการปลดปล่อย Dr. P กระตุ้นให้ Claire พูดถึงสิ่งที่เธอรู้สึกคิดถึงเกี่ยวกับแม่ของเธอ และทำให้เธอรู้สึกปลอดภัยเพื่อให้เธอได้ร้องไห้ เมื่อ Claire หยุดปิดกั้นความรู้สึกเศร้าเสียใจ และมีความรู้สึกปลอดภัยที่จะต้องร้องไห้ Dr. P จึงกระตุ้นให้เธอได้พูดถึงความรู้สึกที่มีต่อน้องสาว ซึ่งเป็นคนที่เธอควรจะแบ่งปันความรู้สึกเสียใจได้ อย่างไรก็ดีตาม ในช่วงแรก Claire คิดว่าการร้องไห้ คือ การทำให้เธอมีอาการซึมเศร้า แต่ตอนนี้ เธอตระหนักได้แล้วว่า ความรู้สึกเศร้าใจเนื่องจากการเสียชีวิตของแม่เธอ เป็นเรื่องปกติที่จะต้องเกิดขึ้นและเป็นส่วนหนึ่งของการสูญเสีย Claire จึงยอมปล่อยให้ตัวเองได้รู้สึกเศร้า เธอรู้สึกเฉยชาน้อยลง และอาการซึมเศร้าของเธอก็ลดน้อยลงด้วย

กรอบแนวคิดแบบประสบการณ์นิยมกับความวิตกกังวล (Experiential conceptualization of anxiety)

ความวิตกกังวลของ Ben เกี่ยวข้องกับความกลัวถูกปฏิเสธจากครอบครัว ถ้าครอบครัวพบว่าเขาเป็นเกย์ Dr. P ได้ฟัง Ben พูดถึงความกลัวของเขา จึงตั้งสมมติฐานว่า เกิดจากอารมณ์แรกเริ่มไม่เหมาะสม (Maladaptive primary emotion) และมันอาจปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมได้ ถ้า Ben รู้สึกเสียใจเมื่อเขาต้องสูญเสียความใกล้ชิดจากสมาชิกในครอบครัวไป

- อารมณ์แรกเริ่มไม่เหมาะสม (Maladaptive primary emotion) สถานการณ์ทางสังคมกับครอบครัว Ben ได้เรียนรู้ความกลัวที่มีความใกล้ชิดและนำมาสู่การเปิดเผยว่าเขาเป็นเกย์ เมื่อ Ben มีความกลัวที่แท้จริงซึ่งครอบครัวของเขาอาจจะไม่สบายใจหากรู้ว่าเขาเป็นเกย์ อย่างไรก็ตาม ความวิตกกังวลและความกลัวที่เกิดขึ้นในทุก ๆ วันนั้นเป็นการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมในสถานการณ์นี้ ความรู้สึกนี้ทำให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของ Ben กับบุคคลอื่นบิดเบือนไป และทำให้เขามีพฤติกรรมที่แยกตัวออกไปและ โดดเดี่ยว Dr. P เริ่มต้นจัดการอารมณ์ของ Ben ด้วยการกระตุ้นให้เขาหันมาสนใจความรู้สึกของตัวเอง อารมณ์เหล่านั้นมันมากกว่าอารมณ์กลัวที่เขาารู้สึก Dr. P ช่วยให้เขาเห็นวิธีที่อารมณ์เหล่านั้นกำลังทำให้พฤติกรรมของเขาบิดเบือนไป และช่วยให้เขาประเมินสิ่งที่ทำให้เขากลัว ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อความจริงหรือความรุนแรงที่เกิดจากการจินตนาการ และ Ben ได้สำรวจความกลัวของเขาพบว่าความรู้สึกที่ลึกลงไปก็คือ ความเศร้า

- อารมณ์แรกเริ่มที่เหมาะสม (Adaptive primary emotion) หลังจากการสำรวจความกลัว การถูกปฏิเสธ Ben เริ่มรับรู้ความรู้สึกเศร้าของเขาได้มากขึ้นเกี่ยวกับความรู้สึกเห็นห่างจากครอบครัว Dr.P ช่วยให้เขาได้สำรวจความรู้สึกเจ็บปวดที่เกี่ยวข้องกับสูญเสียความสัมพันธ์ที่พิเศษระหว่างเขาและแม่ เมื่อเขาตัดสินใจไม่เป็นบาทหลวง (Priest) ครั้งนี้ Ben รู้สึกได้ถึงความรู้สึกเศร้า เขาและ Dr.P ได้คุยกันถึงวิธีที่จะรู้สึกใกล้ชิดกับครอบครัวของเขา และช่วยกันพิจารณาเรื่องการเปิดเผยตัวตนเรื่องเป็นเกย์ Dr.P ให้ความสำคัญกับการมีอิทธิพลต่อกันระหว่างความกลัวที่ดึงเขาออกห่างจากครอบครัว และความเศร้าที่พาเขากลับไปหาครอบครัว ครั้งนี้ Ben ตระหนักได้ถึงความรู้สึกทั้ง 2 อย่าง เขาได้รับการเตรียมตัวที่ดีขึ้นเพื่อที่หาวิธีการที่ปลอดภัยที่จะรู้สึกถึงความใกล้ชิด

เทคนิคของทฤษฎีประสบการณ์นิยม (Experiential strategies)

เทคนิคของทฤษฎีประสบการณ์นิยม ได้มาจาก Emotion-focused therapy (Greenberg & Paivio, 1997; Greenberg, 2002), Gestalt therapy (Perls, Hefferline & Goodman, 1951F; Perls, 1969; Polster & Polster, 1973; Yontef, 1993), จิตวิทยาของกลุ่มมนุษย์นิยม (Maslow, 1968) Person-centered therapy (Rogers, 1951, 1957; Raskin & Rogers, 2000) จิตวิทยาของกลุ่มอัตถิภาวนิยม (Bugental, 1965; Frankl, 1969; Yalom, 1985) และการปรึกษาแนวประสบการณ์นิยม (Gendlin, 1973, 1978; Mahrer, 1986) เทคนิคแนวประสบการณ์นิยมทั้ง 12 เทคนิค ได้หมายความถึงการนำเสนอประเภทของทักษะที่สามารถใช้ประโยชน์ในการสำรวจความรู้สึกและประสบการณ์ส่วนบุคคล กระตุ้นความงอกงามส่วนบุคคลและเผชิญหน้ากับสิ่งที่เกิดขึ้น เทคนิคแนวประสบการณ์นิยมแสดงไว้ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เทคนิคแนวประสบการณ์นิยม

เทคนิค	รายละเอียด
EXP-1	การระบุความรู้สึก (Identifying feeling)
EXP-2	การทำความเข้าใจอิทธิพลของความรู้สึก (Clarifying the impact of feeling)
EXP-3	การกระตุ้นการแสดงความรู้สึก (Encouraging expression of feeling)
EXP-4	การสนับสนุนให้เกิดความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง (Fostering self-actualization)
EXP-5	การสื่อสารด้วยการร่วมรู้สึกและการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข (Communicating empathy and positive regard)
EXP-6	การให้การสนับสนุนด้วยความจริงแท้ (Supporting authenticity)
EXP-7	การบูรณาการตัวตน (Integrative parts of self)
EXP-8	การให้ความสำคัญกับการใส่ใจ (Focusing attention)
EXP-9	การสนับสนุนให้ตระหนักรู้ ที่นี่ และเดี๋ยวนี้ (Fostering here-and-now awareness)
EXP-10	การสร้างสรรค์การทดสอบใหม่ ๆ (Creating experiment)
EXP-11	การยอมรับอิสระและความรับผิดชอบ (Accepting freedom and responsibility)
EXP-12	การระลึกถึงข้อจำกัดที่มีอยู่ (Recognizing existential limitation)

EXP-1 การระบุความรู้สึก (Identifying feeling)

เทคนิค EXP-1 การระบุความรู้สึกแบบเฉพาะเจาะจง และแยกออกจากความคิด และความรู้สึกทางที่เกิดจากการรับรู้ทางร่างกาย

คำอธิบายเชิงทฤษฎี (Theoretical context)

กระบวนการปรึกษาในกลุ่มทฤษฎีมนุษยนิยมดั้งเดิม มีชื่อเสียงในเรื่องการให้ความสำคัญกับความรู้สึก ตัวอย่างเช่น Gestalt therapy ที่ได้อธิบายถึงการรวมกันหรือการจัดการของอารมณ์ และวิที่อารมณ์เป็นตัวจัดการข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับความต้องการและการรับรู้ของมนุษย์ (Perls, Hafferline & Goodman, 1951) ส่วน Person-centered therapy มองเห็นอารมณ์ของมนุษย์เป็นผู้อำนวยการความสะดวกให้มนุษย์มีพฤติกรรมที่ต้องการ (Rogers, 1951) ส่วนทฤษฎีร่วมสมัย เช่น ประสบการณ์นิยม ก็ยังคงให้ความสำคัญกับบทบาทของการจัดการและแรงจูงใจของความรู้สึก โดยเฉพาะทฤษฎี Emotional-focused therapy ของ Greenberg ที่มีจุดเด่นอยู่ที่การให้ความสำคัญของการสำรวจปฏิบัติการทางอารมณ์ และบทบาทในการสร้างความหมายของอารมณ์

Emotionally focused therapy (EFT) ไม่ได้ให้ความสำคัญในการสำรวจความคิดอัตโนมัติที่สรุปว่าเป็นต้นเหตุของการกระทำ แต่จะให้ความสำคัญกับการสำรวจการรับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นที่ร่างกายและพฤติกรรมที่มีแนวโน้มจะตอบสนอง การให้ความสำคัญกับกระบวนการก่อตัวของอารมณ์และการแก้ไขความซับซ้อนของความหมายที่ซ่อนอยู่ และโครงสร้างที่ช่วยให้เกิดความรู้สึก และความต้องการหรือเป้าหมายที่พร้อมจะแสดงออก ตัวอย่างเช่น ความคิดที่มักจะเป็นต้นตอกิจกรรมทางความคิดและอารมณ์ที่ซับซ้อน ดังนั้น สิ่งที่สำคัญที่ได้รับการสำรวจ คือ ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นทางร่างกาย หลักฐานในสถานการณ์ ความทรงจำ ความต้องการ เป้าหมาย ความคาดหวัง และความเชื่อมั่นของบุคคล ซึ่งนำไปสู่ความคิด มากกว่าที่จะความคิดที่จะเกิดปัญหาจากตัวของมันเอง

Greenberg (2002) แนะนำว่า การสำรวจอารมณ์ในการบำบัดมีความเกี่ยวข้องกับ การสนับสนุนให้เกิดการตระหนักรู้อารมณ์ตัวเอง เพื่อให้เกิดการยอมรับอารมณ์ที่เกิดขึ้น และช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้แสดงอารมณ์ของตัวเองออกมาทางคำพูด (Words) เทคนิค EXP-1 ให้ความสำคัญกับการระบุความรู้สึกเฉพาะ และเปลี่ยนอารมณ์เหล่านั้นออกมาเป็นคำพูด (words) “การที่บุคคล ได้รู้ว่า พวกเขาารู้สึกเศร้า พวกเขาจะสามารถบอกได้ว่าความเศร้านั้นมาจากไหน และความเศร้านี้มันมีความหมายอย่างไรกับพวกเขา และพวกเขาควรจะทำอย่างไรต่อไป” (Greenberg, 2002 cited in Brooks, 2008)

จุดเด่นของเทคนิค (Strategy marker)

ผู้รับการปรึกษาที่มาด้วยอาการ จำกัดการรับรู้อารมณ์ตนเอง จะต้องช่วยให้พวกเขาได้มีโอกาสได้ระบุความรู้สึกของตัวเอง ถ้าผู้รับการปรึกษารู้สึกคลุมเครือหรือสับสน การระบุว่าพวกเขา กำลังโกรธ เศร้า กลัว หรือละอายมันมีประโยชน์มาก ถ้าผู้รับการปรึกษาถูกรบกวนด้วยความคิด หรือความรู้สึก ไม่สบายทางร่างกาย การระบุความรู้สึกจะเป็นประโยชน์อย่างมากด้วยเช่นกัน

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ (Suggestion for use)

ในการสำรวจความรู้สึก จะต้องแยกแยะให้ได้ระหว่างความรู้สึก (Feeling) กับความคิด (Thought) เช่น “ฉันรู้สึกว่าพี่ชายของฉันเง่เงี้ยว” (I feel like my brother is a jerk) ประโยคนี้ไม่ใช่ความรู้สึก แต่มันคือความคิด และหากสำรวจความคิดนี้ต่อไป อาจทำให้ได้ความรู้สึกที่สำคัญ “ฉันรู้สึกโกรธพี่ชายของฉัน” (I’m angry at my brother) เรื่องของความรู้สึก (Feeling) อาจเกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่เกิดจากการรับสัมผัสทางกาย (Sensory perception) อีกด้วย และมันก็สำคัญที่จะต้องระบุให้ได้ว่า ความรู้สึกนั้นเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นทางร่างกายหรือไม่ เช่น คำถามที่ว่า “อาการรู้สึกปั่นป่วนในกระเพาะอาหารของคุณมันเกี่ยวข้องกับอาการตื่นเต็นหรือความกลัวหรือไม่ ? คำถามนี้

จะช่วยให้ระบุนความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับรับรู้สัมผัสทางกายได้คือ

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected consequence)

เมื่อผู้รับการปรึกษาเริ่มรับรู้ถึงความรู้สึกของตัวเองแล้ว โดยแยกจากความคิดและความรู้สึกทางประสาทสัมผัสอย่างชัดเจน การตระหนักรู้จะเพิ่มขึ้น และการให้ความสำคัญกับผลทางอารมณ์ที่จะมีประสิทธิผลมากขึ้น หลังจากที่ความรู้สึกได้รับการระบุอย่างชัดเจน คุณค่าของความหมายและการปรับตัว ได้รับการสำรวจ และพฤติกรรมที่แสดงออกสามารถเลือกให้เกิดขึ้นได้

EXP-2 การทำความเข้าใจอิทธิพลของความรู้สึก (Clarifying the impact of feeling)

เทคนิค EXP-2 การทำความเข้าใจอิทธิพลของความรู้สึก ที่มีต่อความคิด พฤติกรรม และมิติอื่น ๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล

คำอธิบายเชิงทฤษฎี (Theoretical context)

ทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับความรู้สึกที่มีผลต่อความคิด และพฤติกรรม เช่น Gestalt therapy ที่ได้อธิบายบทบาทสำคัญของอารมณ์ที่มีต่อความคิด และส่งต่อเป็นประสบการณ์โดยรวมของมนุษย์

อารมณ์ คือ ความหมายของความคิด เพื่อไม่ให้อารมณ์เป็นอุปสรรคต่อความคิด จนกระทั่งส่งผลกระทบต่อส่วนการใช้ชีวิตในภาพรวมของมนุษย์ จะต้องทำความเข้าใจและตระหนักถึงอารมณ์ที่เหมาะสมกับสถานการณ์

ส่วน Person-centered therapy ใช้อารมณ์เพื่อช่วยให้เกิดพฤติกรรมทางบวกของมนุษย์ โดยอธิบายว่า อารมณ์เป็นสิ่งที่ช่วยอำนวยความสะดวกให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เพื่อการเติบโตของชีวิต และส่วนกลุ่มประสบการณ์นิยม Experiential approach ให้ความสำคัญกับอารมณ์ที่มีส่วนทำให้บุคคลทำการตัดสินใจและเตรียมตัวต่อการเกิดพฤติกรรม ดังนั้นความสำคัญในการช่วยเหลือผู้รับการปรึกษา คือช่วยให้พวกเขามีความเข้าใจว่าอารมณ์ของพวกเขามีอิทธิพลอย่างไรต่อความคิด พฤติกรรม และส่วนอื่น ๆ ในชีวิตของพวกเขา

เป้าหมายของเทคนิค (Strategy marker)

การช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้รับประโยชน์จากการเข้าใจอิทธิพลของอารมณ์ที่มีผลต่อชีวิต จะช่วยให้เกิดการมองหาอารมณ์ที่เหมาะสม และเกิดการปรับตัว เปลี่ยนแปลงตัวเองไปในทิศทางที่เหมาะสมได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ (Suggestion for use)

ในการช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถเข้าใจอิทธิพลของอารมณ์ที่มีผลต่อชีวิต ผู้ให้การปรึกษาอาจใช้ความสัมพันธ์ของ Multidimensional interactions มาช่วยในการทำให้ผู้รับ

การปรึกษาได้มองเห็นอิทธิพลของอารมณ์ที่มีผลต่อชีวิต หลักสำคัญ คือ ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้ตระหนักถึง อิทธิพลของอารมณ์ที่มีผลต่อชีวิตมากกว่าการมองเห็นอารมณ์ที่เกิดจากความคิดและพฤติกรรม

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected consequence)

เมื่อผู้รับการปรึกษาเข้าใจอิทธิพลของอารมณ์ที่มีผลต่อชีวิต พวกเขาจะมีความชัดเจนและเข้าใจว่าพวกเขาต้องคิด หรือ กระทำอย่างไรต่อไป

EXP-3 การกระตุ้นการแสดงความรู้สึก (Encouraging expression of feeling)

เทคนิค EXP-3 การกระตุ้นเพื่อให้เกิดการตระหนักรู้และแสดงความรู้สึกที่เหมาะสมและปลดปล่อยอารมณ์ไม่เหมาะสมออกไป

คำอธิบายเชิงทฤษฎี (Theoretical context)

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับเทคนิคนี้ได้ Gestalt therapy และ Emotion-focused therapy ที่ได้ให้ความสำคัญกับการแยกแยะอารมณ์ที่เหมาะสมกับอารมณ์ไม่เหมาะสมออกจากกัน และเมื่อผู้รับการปรึกษามีการปรับตัวทางอารมณ์ในทางบวก พวกเขาจะเข้าไปปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้

เป้าหมายของเทคนิค (Strategy marker)

ถ้าหากผู้รับการปรึกษาไม่ตระหนักถึงอารมณ์ที่เกิดขึ้น หรือเพิกเฉยต่ออารมณ์ที่ปิดกั้นไว้ การกระตุ้นให้ตระหนักถึงอารมณ์เหล่านั้น จะช่วยให้เกิดการรับรู้อารมณ์ที่เหมาะสม และไม่เหมาะสม และได้เห็นว่าอารมณ์เหล่านั้นส่งผลต่อการใช้ชีวิตของเขาอย่างไร และการเปลี่ยนแปลงในชีวิตก็จะแสดงออกมาด้วยการกระทำ

ข้อแนะนำสำหรับการนำไปใช้ (Suggestion for use)

การสำรวจอารมณ์เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความเข้าใจเรื่องของการปรับตัวที่เหมาะสม ดังนั้นจะต้องมีกระบวนการอธิบายมุมมองเรื่องอารมณ์ด้วยการตั้งคำถามแบบมีเป้าหมาย ผู้รับการปรึกษาอาจจะไม่คุ้นเคยในการคิดว่า อารมณ์โกรธหรือเศร้า นั้นจะช่วยพวกเขาให้มีการปรับตัวได้อย่างไร กระบวนการแบบประสบการณ์นิยม คุณจะต้องสร้างความร่วมมือให้เกิดขึ้นในกระบวนการบำบัด

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected consequence)

การตระหนักรู้ที่ได้รับการกระตุ้นให้เกิดขึ้น คือสิ่งที่คาดหวังไว้ว่าผู้รับการปรึกษาจะเกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งจากอารมณ์ของตัวเอง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คือ การปลดปล่อยอารมณ์ที่ค้างค้ำและค้นพบอารมณ์ที่เหมาะสมที่ซ่อนอยู่

EXP-4 การสนับสนุนให้เกิดความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง (Fostering self-actualization)

เทคนิค EXP-4 การสนับสนุนให้เกิดความต้องการที่พัฒนาตนเองและเกิดการความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง คือ เป็นความปรารถนาของมนุษย์ที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิด

คำอธิบายเชิงทฤษฎี (Theoretical context)

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับเทคนิคที่ 4 คือ ทฤษฎีในกลุ่ม Humanistic และ Experiential ที่ได้กล่าวถึงความต้องการที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิดของมนุษย์นั้นคือ ความต้องการเติบโต การพัฒนา และปรับปรุงตัวเองให้ดีขึ้น ตามที่ Maslow ได้กล่าวถึงความต้องการของมนุษย์ไว้ ดังนั้น หากมนุษย์มีความต้องการที่พัฒนาตนเองติดตัวมาตั้งแต่แรก พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกิดขึ้น เมื่อศักยภาพในการเจริญเติบโตนั้นถูกปิดกั้น ดังนั้น การช่วยเหลือทางจิตวิทยาสามารถช่วยให้มนุษย์ได้ค้นพบศักยภาพของตนเองที่ติดตัวมาเพื่อความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริงได้

เป้าหมายของเทคนิค (Strategy marker)

การสนับสนุนให้เกิดความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ใช้สำหรับบุคคลที่ไม่มีความกล้าพอในการที่จะแก้ไขปัญหของตนเอง การกระตุ้นให้พวกเขามองเห็นถึงความปรารถนาที่จะพัฒนาตนเองจะเป็นประโยชน์ในกรณีที่ผู้รับการปรึกษารู้สึกว่าไม่มีความกล้าพอและรู้สึกว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดที่จะเกิดขึ้นได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ (Suggestion for use)

วิธีการที่ช่วยเหลือให้บุคคลก้าวข้ามอุปสรรคของเขาไปได้ คือ ต้องสร้างเป้าหมายที่มีเป็นรูปธรรม ความมองอกงาม คือกระบวนการขับเคลื่อน และเมื่อการขับเคลื่อนเกิดขึ้น แล้วมันก็จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ด้วยการกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาเกิดแรงบันดาลใจ โดยการตั้งเป้าหมายที่พวกเขาพอจะทำให้เกิดขึ้นได้ เมื่อเป้าหมายชัดเจน และเป็นไปได้ตามความเป็นจริง จะช่วยให้เกิดความหวัง วิธีการนี้เองเป็นเทคนิคในของกลุ่มประสบการณ์นิยมที่ใช้สนับสนุนความมองอกงามในตนเอง ด้วยการให้ความสำคัญกับการลงมือปฏิบัติ

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected consequence)

เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกที่ดีต่อความหวังในการเติบโต ก็จะมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตัวเอง ในการสนับสนุนให้เกิดการเข้าใจอย่างแท้จริงนั้น ผู้รับการปรึกษาจะต้องรู้สึกถึงความกล้าหาญและประเมินตัวเองว่าสามารถเขาสามารถทำให้เกิดขึ้นจริงได้ เมื่อพวกเขาพร้อมด้วยศักยภาพที่มีอยู่ในตัวเองที่ต้องการพัฒนาตนเองให้มองอกงามเพื่อความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง

EXP-5 การสื่อสารด้วยการร่วมรู้สึกและการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข (Communicating empathy and positive regard)

เทคนิค EXP-5 การสื่อสารด้วยการร่วมรู้สึกและการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไขด้วยความจริงใจ สอดคล้อง จะช่วยกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา

คำอธิบายเชิงทฤษฎี (Theoretical context)

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง คือ Person-centered therapy โดยที่ Rogers ได้สรุปเงื่อนไขที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ในกระบวนการบำบัดไว้ 3 เงื่อนไข

1. ผู้ให้การปรึกษาต้องมีความสอดคล้องกับสัมพันธภาพในการบำบัด
2. ผู้ให้การปรึกษาต้องมีการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไขต่อผู้รับการปรึกษา
3. ผู้ให้การปรึกษาต้องมีความเข้าใจ ร่วมรู้สึกไปกับความเข้าใจของผู้รับการปรึกษา

และต้องสื่อสารสิ่งเหล่านี้ออกไปยังผู้รับการปรึกษาได้รับรู้ด้วย

Rogers เชื่อว่าภายใต้เงื่อนไขทั้ง 3 นี้จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนทางบวกกับผู้รับการปรึกษา Rogers กล่าวว่าสภาพการณ์ทั้ง 3 นี้เกิดขึ้นในกระบวนการสร้างสัมพันธภาพ จะช่วยให้เกิดความร่วมมือในการปรึกษา เมื่อผู้รับการปรึกษาได้รับรู้ถึงสภาพการณ์ทั้ง 3 จากผู้ให้การปรึกษาแล้ว พวกเขาจะมีแนวโน้มในการเปลี่ยนแปลงตัวเอง

เป้าหมายของเทคนิค (Strategy marker)

การสื่อสารด้วยการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข ความสอดคล้องจริงใจ และการเข้าใจ จะช่วยผู้รับการปรึกษาที่ขาดความเชื่อมั่น วิตกกังวลกับกระบวนการปรึกษา ปรากฏให้เห็นในรูปแบบของความกลัวที่ถูกตัดสิน หรือการสร้างกลไกการป้องกันตัวเองขึ้น เงื่อนไขทั้ง 3 ของ Roger นั้นมีความจำเป็นอย่างมากเมื่อผู้รับการปรึกษาไว้วางใจ สัมพันธภาพในการบำบัดก็ตามมา

ข้อแนะนำสำหรับการนำไปใช้ (Suggestion for use)

เทคนิคนี้ใช้สำหรับผู้รับการปรึกษาที่เคยมีประวัติการตัดสินใจอย่างรุนแรงหรือการถูกปฏิเสธ การใช้เทคนิคนี้จะช่วยผู้ปรึกษา รู้สึกผ่อนคลาย เป็นอิสระ เป็นตัวของตัวเอง การร่วมรู้สึกของผู้ให้การปรึกษานั้น เป็นกระบวนการสำคัญในการสำรวจตัวเอง การสำรวจในเรื่องราวที่ไม่เคยรู้มาก่อน เป็นหัวใจสำคัญในการปลดปล่อยความกลัวในอดีต และมุ่งสู่อนาคตที่ต้องการได้

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected consequence)

เทคนิคนี้ ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้รับความผ่อนคลาย ลดการปกป้องตนเอง หลีกเลียงน้อยลง และมีความไว้วางใจมากขึ้น และการร่วมรู้สึกจะช่วยให้เกิดความไว้วางใจและสนับสนุนให้เกิดการสำรวจตนเองมากขึ้น

EXP-6 การสนับสนุนให้อยู่กับความจริงแท้ (Supporting authenticity)

เทคนิค EXP-6 การให้การสนับสนุนให้เปิดเผยแสดงความรู้สึกที่แท้จริงออกมา

คำอธิบายเชิงทฤษฎี (Theoretical context)

ทฤษฎีในกลุ่มประสบการณ์นิยมและมนุษยนิยม ให้ความสำคัญกับการค้นหาความจริงแท้ของบุคคล ผู้รับการปรึกษาหลายคนไม่รู้ว่าจะอะไรคือความต้องการของตนเองที่อยากให้เกิดขึ้น บุคคลได้เรียนรู้ที่ซ่อนความต้องการที่แท้จริงไว้กับตัวเองเพื่อหลีกเลี่ยงการตัดสินจากผู้อื่น การช่วยเหลือต้องช่วยให้ผู้รับการปรึกษาค้นหาสิ่งที่ซ่อนไว้ และเรียนรู้ที่จะแสดงออกมาให้สอดคล้องกับความความต้องการภายในของตัวเอง เพราะการแสดงออกถึงความคิดและความรู้สึกที่แท้จริงนั้นถึงแม้ว่าจะยากในช่วงแรกและอาจนำมาซึ่งความไม่พอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้ แต่กระบวนการบำบัดช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถปรับตัวกับความจริงแท้ของตนเองได้

เป้าหมายของเทคนิค (Strategy marker)

ผู้รับการปรึกษาที่ไม่สอดคล้องในตนเอง เหมาะสมที่จะได้รับการสนับสนุนให้ค้นหาและแสดงออกตัวตนที่แท้จริง และหากผู้รับการปรึกษากำลังซ่อนตัวเองอยู่เบื้องหลังบุคลิกภาพที่เขาสร้างขึ้น การช่วยจัดสภาพแวดล้อมในช่วงเวลาการปรึกษาให้มีความรู้สึกปลอดภัยต่อการสำรวจตนเองของผู้รับการปรึกษาเป็นเรื่องที่สำคัญมาก

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ (Suggestion for use)

ผู้ให้การปรึกษาต้องสร้างบรรยากาศที่ปลอดภัย เพื่อให้เกิดการสำรวจประสบการณ์ที่ผู้รับการปรึกษาซ่อนไว้ เมื่อตัวตนที่แท้จริงปรากฏขึ้น มันสำคัญมากที่ผู้ให้การปรึกษาจะต้องให้เกียรติในกระบวนการนี้ และปกป้องกระบวนการค้นพบตัวเองของผู้รับการปรึกษา การบอกความลับหรือสิ่งที่ซ่อนอยู่ในใจในช่วงแรกอาจต้องทำให้เกิดเป็นรูปธรรม ผู้รับการปรึกษาอาจรู้สึกสบายกว่าที่ซ่อนความต้องการที่แท้จริงไว้กับตัวเองในกระบวนการบำบัด และจำเป็นจะต้องค้นหาวิธีการที่จะทำให้พวกเขาแสดงถึงความตัวเองที่แท้จริงออกมาในช่วงเวลาของบำบัด

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected consequence)

ผู้รับการปรึกษาที่ได้รับการสนับสนุนให้ค้นหาความจริงภายในตนเอง จะสามารถค้นพบวิธีการที่สอดคล้องกับความต้องการของตนเองได้มากขึ้น การค้นพบความต้องการที่แท้จริงในกระบวนการบำบัด จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถปรับตัวเข้าและแสดงออกถึงความต้องการที่แท้จริงของตัวเองต่อผู้อื่นได้

EXP-7 การบูรณาการตัวตน (Integrative parts of self)

เทคนิค EXP-7 การระบุตัวตน ความเชื่อมโยงกัน และการบูรณาการส่วนที่แตกต่างในตนเอง

คำอธิบายเชิงทฤษฎี (Theoretical context)

ทฤษฎี Gestalt มีความเกี่ยวข้องกับ แรงผลักดันที่ตรงกันข้ามกับตัวตน ให้ความสำคัญ แรงผลักดันที่หลากหลายเหล่านี้ และจัดการแบบองค์รวม Marhrer (1986) ได้อธิบายกระบวนการ เชื่อมโยงของส่วนที่แตกต่างกันของบุคคล ว่าเป็นความสัมพันธ์ของประสบการณ์ที่หลอมรวมกัน ของศักยภาพที่ลึกกว่า เขากล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่าง “องค์ประกอบระดับปฏิบัติการ” ที่แสดง ออกมา กับ “ศักยภาพระดับที่ลึกกว่า” ซึ่งเป็นสิ่งที่บุคคลสามารถทำได้ “การเปลี่ยนแปลงทาง จิตวิทยา จะเกิดขึ้นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการบำบัดที่ได้รวมเอาความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวผู้รับการปรึกษาและศักยภาพของเขาเข้าด้วยกัน”

เป้าหมายของเทคนิค (Strategy marker)

ผู้รับการปรึกษาที่ไม่ตระหนักถึงความแตกต่างของส่วนต่าง ๆ ในตนเอง ซึ่งกำลัง แข่งขันหรือเกิดความขัดแย้งกับบุคคลอื่น ๆ หรือไม่มีการติดต่อสื่อสารกัน การให้แต่ละส่วนได้มี โอกาสนำเสนอต่อบุคคล ซึ่งมันอาจเป็นการเริ่มต้นของการเข้ากันได้กับอีกฝ่าย และการค้นพบ วิธีการเชื่อมโยงกันที่จะอยู่ด้วยกันได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ (Suggestion for use)

การสำรวจแต่ละส่วนของบุคคล อาจต้องเริ่มต้นจากการสนทนา โดยอาจเริ่มจากการใช้ เก้าอี้ 2 ตัว ซึ่งผู้รับการปรึกษาจะต้องนั่งเก้าอี้ทั้ง 2 ตัว และแสดงความรู้สึกที่แตกต่างกัน “พื้นฐาน ของเทคนิคนี้ คือ การที่บุคคลจะต้องมีบทสนทนา ระหว่างตัวตนที่ตรงกันข้ามกัน จะช่วยให้ ทั้งส่วนนี้ได้ทำการร่วมมือกันเพื่อพัฒนาทางออกที่เหมาะสม” โครงสร้างการสนทนาระหว่าง 2 ส่วนของบุคคล จะต้องมีการแยกออกอย่างชัดเจน และการแสดงออกทางอารมณ์ที่ชัดเจนมากกว่า จะเป็นการสนทนาทั่วไป ถ้าคุณเลือกใช้เทคนิคนี้ อาจเริ่มต้นด้วยคำถาม “อะไรคือสิ่งที่แต่ละส่วน ต้องการจากอีกฝ่าย” และ “อะไรที่พวกเขาต้องการที่จะบอกอีกฝ่ายก่อนที่จะทำงานร่วมกัน” และ “พวกเขาจะช่วยอีกฝ่ายได้อย่างไร”

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected consequence)

เมื่อส่วนที่แตกต่างกันในตัวตนของผู้รับการปรึกษา ได้ถูกระบุออกมาอย่างชัดเจน มีการติดต่อกัน และเริ่มต้นทำงานร่วมกัน ผลลัพธ์คือ การรับรู้ตัวเองที่มากขึ้น และสอดคล้อง มากขึ้น

EXP-8 การให้ความสำคัญกับความตั้งใจ (Focusing attention)

เทคนิค EXP-8 การให้ความสำคัญกับความตั้งใจ ช่วยเพิ่มการตระหนักรู้ อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และการรับรู้ความรู้สึกทางร่างกาย

คำอธิบายเชิงทฤษฎี (Theoretical context)

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง คือ Gestalt ที่ให้ย้อนกลับไปสนใจกับประสบการณ์ของบุคคล Polster (1995) กล่าวว่า ความสนใจเป็นหัวใจสำคัญในการสร้างประสบการณ์ใหม่ ส่วน Mahrer (1986) กล่าวว่า กระบวนการที่มีโครงสร้างของทฤษฎีประสบการณ์นิยม เริ่มต้นด้วยการกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาย้อนกลับไปประสบการณ์และให้ความสนใจกับความหมายของประสบการณ์นั้น ซึ่งจะเป็นตัวส่วนสุดท้ายที่จะทำให้เกิดการรับรู้ผ่านทางร่างกาย

เป้าหมายของเทคนิค (Strategy marker)

ผู้รับการปรึกษาที่ไม่สนใจความรู้สึก ความคิด พฤติกรรมและการรับรู้ทางร่างกาย เทคนิคนี้จะมีประโยชน์ในการช่วยเพิ่มความสนใจกับสิ่งที่กำลังเกิดขึ้น เมื่อผู้รับการปรึกษาไม่สนใจกับประสบการณ์ที่สำคัญ คุณอาจต้องเพิ่มความสนใจไปกับจุดนั้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ (Suggestion for use)

การให้ความสนใจกับการรับรู้ทางร่างกาย เป็นเครื่องยืนยันความรู้สึกที่แท้จริง หรือ อาจจะเป็นสัญญาณบ่งบอกถึงความเกี่ยวข้องกัน 2 อย่าง คือ หนึ่ง การเคลื่อนไหวของร่างกาย เกี่ยวข้องกับการสิ่งที่เป็คำพูด โดยเน้นไปที่ภาษากาย เช่น เมื่อบุคคลรู้ว่ามึบางอย่างเกิดขึ้นกับร่างกาย ก็จะมีอาการอธิบายด้วยภาษาที่แสดงถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้น

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected consequence)

ผลลัพธ์ของการใช้เทคนิคนี้ ก็คือ ทำให้เกิดความเข้าใจในตัวเอง และทำให้เกิดการปรับตัวแบบบูรณาการและมีการตอบสนองที่เหมาะสม เพิ่มทักษะในการแก้ไขปัญหา การควบคุมตัวเอง

EXP-9 การสนับสนุนให้ตระหนักรู้ ที่นี่ และเดี๋ยวนี้ (Fostering here-and-now awareness)

เทคนิค EXP-9 การสนับสนุนให้ตระหนักรู้ ที่นี่ และ เดี๋ยวนี้ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปิดเผยและการเติบโต

คำอธิบายเชิงทฤษฎี (Theoretical context)

ทฤษฎี Gestalt ให้ความสำคัญกับปัจจุบัน การรับรู้ว่่า ที่นี่และเดี๋ยวนี้ การถามว่า “อะไรทำให้คุณยังทำอย่างนั้น” หรือ “เกิดอะไรขึ้น” ไม่ใช่ให้เกิดการรับรู้ในปัจจุบัน Gestalt จึงใช้คำถามว่า “คุณกำลังทำอะไรอยู่ในตอนนี้” หรือ “คุณกำลังทำมันอย่างไร” และ “อะไรคือสิ่งที่คุณรับรู้ได้ตอนนี้” Gestalt เชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงในอดีตหรือในอนาคตไม่สามารถทำได้ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้จริง คือ การเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน

เป้าหมายของเทคนิค (Strategy marker)

ผู้รับการปรึกษาที่พูดถึงแต่เรื่องในอดีตหรืออนาคต เทคนิคนี้มีประโยชน์มากที่จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้กลับมาตระหนักรู้ถึงภาวะที่แท้จริงในปัจจุบันด้วยการรับรู้แบบที่นี้ และเดี๋ยวนี้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่สามารถเกิดขึ้นได้จริง เมื่อพวกเขารับรู้สภาวะที่แท้จริงในปัจจุบัน พวกเขาจะเริ่มการเปลี่ยนแปลงตามความเป็นจริง แม้ว่าความรู้สึกที่ติดอยู่กับอดีต หรือความต้องการในอนาคตล้วนต้องการการสำรวจในแบบที่นี้ และเดี๋ยวนี้

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ (Suggestion for use)

การนำเทคนิค ที่นี้และเดี๋ยวนี้ ไปใช้ เมื่อคุณกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาเปิดเผยถึงสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นในขณะนี้ อาจต้องกระตุ้นให้เกิดการสำรวจความคิด อารมณ์ที่มีต่อคุณในฐานะผู้บำบัด และในฐานะบุคคลธรรมดาด้วย เมื่อกระตุ้นให้เกิดการเปิดเผยในส่วนของผู้รับการปรึกษาแล้ว คุณต้องตอบสนองด้วยวิธีการเดียวกัน คือ ที่นี้ เดี่ยวนี้ ด้วยการสื่อสาร การสื่อสารที่เชื่อมโยงกับผู้รับการปรึกษาซึ่งเกิดเมื่อมีภาวะที่นี้-เดี๋ยวนี้ที่แท้จริง ซึ่งเป็นวิธีที่สร้างความไว้วางใจ และความเข้าใจวิธีที่ผู้รับการปรึกษาเกี่ยวข้องกับผู้อื่นอย่างไร เมื่อการตระหนักรู้ในปัจจุบันเกิดขึ้น ผู้รับการปรึกษาสามารถเลือกทำในสิ่งที่ปัจจุบันได้มากขึ้น คำถามที่ Gestalt ใช้ คือ “คุณได้อะไรจากการรับรู้ในขณะนี้ และอะไรคือสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับคุณต่อไป”

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected consequence)

ผลลัพธ์จากการใช้เทคนิค ที่นี้และเดี๋ยวนี้ คือ การค้นพบความต้องการภายในและส่งเสริมศักยภาพเพื่อการเปลี่ยนแปลงภายนอก เมื่อผู้รับการปรึกษาได้รู้ถึงการให้ความสนใจในประสบการณ์ในปัจจุบัน พวกเขาจะตอบสนองได้อย่างเหมาะสมกับความต้องการของเขา

EXP-10 การสร้างสรรค์การทดสอบใหม่ ๆ (Creating experiment)

เทคนิค EXP-10 การสร้างสรรค์ประสบการณ์ใหม่ ๆ ในชั่วโมงการบำบัด เพื่อสนับสนุนให้ค้นพบกับการเปลี่ยนแปลง

คำอธิบายเชิงทฤษฎี (Theoretical context)

Gestalt ให้ความสำคัญกับการทดลองทำ การได้ลงมือปฏิบัติ Yontef (1993) กล่าวว่า กิจกรรมที่มีชีวิตในกระบวนการของ Gestalt คือ การทดลองให้เกิดการตระหนักรู้โดยตรง” เป้าหมายคือ กระตุ้นให้เกิดการรับรู้ และค้นพบบางส่วนของตัวเองที่ปิดบังเอาไว้ เนื่องจาก การเข้าใจอย่างแท้จริง และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ไม่ใช่เรื่องที่เกิดขึ้นได้ด้วยการสนทนา ในชั่วโมงการบำบัด การขอให้ผู้รับการปรึกษาได้แสดงออกถึงความรู้สึกที่เจ็บปวด หรือทำทางร่างกายอาจให้ผลดีต่อการรับรู้อารมณ์ การปล่อยให้ผู้รับการปรึกษาแสดงออกถึงความคิด

โดยไม่ได้ผ่านการพูด หรือการใช้ภาษาที่ไม่เหมาะสม จะช่วยให้เกิดการยอมรับในสิ่งอารมณ์ หรือความคิดที่ถูกซ่อนไว้ การขอให้ผู้รับการปรึกษาได้แสดงท่าทางตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น หรือ กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จะช่วยให้พวกเขาเรียนรู้ประสบการณ์และอารมณ์ที่ไม่ได้ รับการสำรวจ

เป้าหมายของเทคนิค (Strategy marker)

เมื่อสิ่งที่ผู้ให้การปรึกษาพูดทั้งหมด ไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้รับการปรึกษา เทคนิคนี้จะช่วยให้เกิดการทดลองในช่วงโมกการบำบัด การทดลองประสบการณ์นี้มีประโยชน์ สำหรับคนไข้ที่ยึดติดหรือรู้สึกไม่เชื่อมโยงกันระหว่างพฤติกรรมกับความรู้สึก

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ (Suggestion for use)

การทดลองประสบการณ์ เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาได้ลองทำพฤติกรรมที่ถูกปิดบัง เอาไว้ ในบางครั้งผู้รับการปรึกษาจะรู้สึกอาย อาจจะต้องเริ่มจากการพูดเสียงดัง ๆ กับคุณก่อนที่จะ เริ่มทำจริง ๆ กับครอบครัวหรือเพื่อน

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected consequence)

ผลลัพธ์ของเทคนิคนี้ คือ ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้ค้นพบความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม ที่ถูกเก็บซ่อนไว้ และการเปลี่ยนแปลงก็จะค่อย ๆ เกิดขึ้น การทดลองประสบการณ์จะให้ผลใน การเรียนรู้จากการทดลองทำ และเพิ่มการตระหนักรู้

EXP-11 การยอมรับอิสระและความรับผิดชอบ (Accepting freedom and responsibility)

เทคนิค EXP-11 สนับสนุนการยอมรับอิสระและรับผิดชอบในสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งนำไปสู่ การตัดสินใจ

คำอธิบายเชิงทฤษฎี (Theoretical context)

ทฤษฎีอัตถิภาวนิยม Existential ให้ความสำคัญกับคุณค่าของอิสระของมนุษย์แต่ต้อง มีความรับผิดชอบในอิสระนั้นด้วย Frankl (1969) ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่าง อิสระและความรับผิดชอบ ผู้รับการปรึกษาที่รู้สึกหมดหวัง ไม่สามารถสร้างความปลอดภัยใน การเปลี่ยนแปลงได้ ผู้ให้การปรึกษาสามารถช่วยให้พวกเขาตระหนักถึงความอิสระที่พวกเขา มี และสร้างทางเลือกต่อเหตุการณ์นั้นขึ้นมา ด้วยการคิดเรื่องความเป็นอิสระที่ต้องมาพร้อมกับ ความรับผิดชอบจะสร้างทางเลือกที่เป็นไปได้ เมื่อบุคคลมีความสามารถที่จะเลือกได้ พวกเขา สามารถเริ่มต้นยอมรับเหตุการณ์ได้ และเริ่มต้นรับผิดชอบในสิ่งที่ตนเองเลือก การเปลี่ยนแปลง ทางบวกก็เริ่มต้นขึ้น

เป้าหมายของเทคนิค (Strategy marker)

ผู้รับการปรึกษาที่รู้สึกกดดันจากมาตรฐานทางสังคม ปฏิบัติตามมาตรฐานของผู้อื่น หรือสูญเสียการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้ให้การปรึกษาต้องกระตุ้นให้พวกเขาตระหนักถึง อิสระที่พวกเขาและความรับผิดชอบที่ต้องเกิดขึ้นตามมา

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ (Suggestion for use)

การกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาคัดสินใจบนพื้นฐานของความรับผิดชอบ มีความเกี่ยวข้องกับ การใช้ภาษาในการอธิบายสิ่งเหล่านั้นในวิธีที่แตกต่างจากเดิม ผู้รับการปรึกษามีทางเลือกในการอธิบายตนเองว่าเป็นผู้ถูกกระทำหรือเป็นผู้กระทำในสถานการณ์นั้น ๆ เมื่อผู้รับการปรึกษาได้อธิบายถึงทางเลือกที่พวกเขาทำได้ จะช่วยให้พวกเขามองเห็นอิสระของตัวเอง และศักยภาพในการเปลี่ยนแปลง แม้ว่าผู้รับการปรึกษาคัดสินใจยังไม่ทำอะไรในตอนนี้อะไรหรือไม่ตัดสินใจ นี้ก็นับว่าเป็นทางเลือกของพวกเขา เมื่อพวกเขาเลือกทางนี้ สิ่งที่ต้องทำให้รู้ต่อไปคือ ความเป็นไปได้ที่เกิดขึ้นในอนาคต และมีอิสระที่ทำบางอย่างที่แตกต่างไปจากเดิม

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected consequence)

เมื่อการยอมรับต่อมามีอิสระและความรับผิดชอบได้รับการสนับสนุน ผลลัพธ์คือ ผู้รับการปรึกษาจะรับรู้ได้ว่าพวกเขามีพลังมากพอที่จะสร้างความหมายให้เกิดขึ้น และทำการตัดสินใจได้อย่างมีวุฒิภาวะในทิศทางและเป้าหมายในชีวิตของพวกเขา และเกิดประสบการณ์ที่มีอิสระและความรับผิดชอบ

EXP-12 การระลึกถึงข้อจำกัดที่มีอยู่ (Recognizing existential limitation)

เทคนิค EXP-12 การช่วยให้ระลึกถึงข้อจำกัดต่าง ๆ เช่น ความตาย ความอิสระ การแยกตัว และการไร้ความหมาย

คำอธิบายเชิงทฤษฎี (Theoretical context)

Existential ให้ความสำคัญกับการเผชิญหน้ากับสิ่งที่ เป็นพื้นฐานของชีวิต และทำความเข้าใจความหมายของสิ่งเหล่านั้น Yalom (1985) ได้ให้ความสำคัญกับการติดขัดของความเป็นมนุษย์ คือ การได้รับเรื่องพื้นฐานของชีวิต เช่น ความตาย การแยกตัว อิสระ และการไร้ความหมาย ข้อจำกัดตามทฤษฎี Existential คือ ความตาย อิสระ การแยกตัว และการไร้ความหมาย คือสิ่งที่เราได้รับรู้อยู่ทุกวัน ซึ่งนำมาสู่การให้ความสำคัญอย่างชัดเจน ประเด็นเหล่านี้มีผลกระทบต่อบุคคลเมื่ออยู่บนพื้นฐานของการไม่รู้ การช่วยเหลือจึงต้องทำให้บุคคลได้สำรวจและเข้าใจประเด็นพื้นฐานเหล่านี้ และการสร้างความหมายให้กับมันเพื่อเป็นการจัดการกับข้อจำกัดเหล่านี้

เป้าหมายของเทคนิค (Strategy marker)

ผู้รับการปรึกษาที่แสดงให้เห็นว่ามีข้อจำกัดในการพัฒนาตนเองอยู่กับการให้ความสำคัญกับเรื่องพื้นฐานของในชีวิตประจำวันมากเกินไป เทคนิคนี้จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้ตระหนักถึงข้อจำกัดที่มีอยู่ตามธรรมชาติ ถ้าผู้รับการปรึกษาต้องเผชิญหน้ากับเหตุการณ์เหล่านี้ด้วยความมีสติ ประเด็นเหล่านี้จะกลายเป็นส่วนหนึ่งในการสำรวจในช่วงโมงการบำบัด

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ (Suggestion for use)

เมื่อคุณต้องให้การปรึกษากับผู้รับการปรึกษาที่ต้องเผชิญหน้ากับข้อจำกัดเหล่านี้ สิ่งสำคัญคือต้องใช้เวลาในการสำรวจประเด็นเหล่านี้ บุคคลมักใช้เวลาไปกับการเผชิญหน้ากับสิ่งชั่วร้าย ก่อนที่พวกเขาจะเจอแสงสว่างที่อีกด้าน การช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเผชิญหน้ากับความตาย เมื่อพวกเขาได้รับการกระตุ้นให้ใช้ชีวิต โดยการสำรวจหาการไร้ความหมาย ผู้รับการปรึกษาอาจสร้างหรือค้นพบกับความหมายส่วนบุคคล เมื่อสนับสนุนให้เกิดการใช้เวลาอยู่กับตนเอง เขาจะรู้ถึงความสำคัญการเชื่อมโยงกันที่ช่วยทำให้เกิดแรงจูงใจในการเข้าใจผู้อื่น เมื่อบุคคลยอมรับอิสระที่เกิดขึ้นในตัวเอง พวกเขาจะรับผิดชอบและทำการตัดสินใจได้อย่างมีวุฒิภาวะมากขึ้น

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected consequence)

ผลลัพธ์ของเทคนิคนี้ คือ พวกเขาจะสามารถทำนายได้ว่าประเด็นที่พวกเขาวิตกกังวลในชีวิตประจำวันนั้น คือ สิ่งที่เป็นธรรมชาติหรือไม่ ผลลัพธ์ คือ พวกเขาจะเริ่มคิดได้ถึงสิ่งที่เป็นสถานการณ์ที่มีอยู่จริงตามธรรมชาติ และเผชิญหน้ากับมันได้

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy: CBT)

การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive therapy) ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยเบ็ค (Beck, 1976) ซึ่งเป็นจิตแพทย์ที่ได้รับการอบรมมาทางด้านจิตวิเคราะห์ และจากการให้การบำบัดผู้เข้ารับการบำบัดโดยใช้วิชาการทางด้านจิตวิเคราะห์ การสังเกตในคลินิกอย่างเป็นระบบ และการทำวิจัย เพื่อที่จะอธิบายเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้า จนกระทั่งในปลายปีทศวรรษที่ 1950 เบ็ค จึงได้เริ่มปฏิรูปการบำบัดของเขาเข้าสู่วิธีการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้า และได้อธิบายถึงเรื่องภาวะซึมเศร้าว่าความคิดเป็นองค์ประกอบสำคัญที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า โดยมีโครงสร้างของเนื้อหาทางความคิดที่มีลักษณะเชื่อมโยงกับภาวะซึมเศร้า และจะมีการบิดเบือนลักษณะเนื้อหาของความคิดอย่างเป็นระบบเกิดขึ้นอัตโนมัติโดยควบคุมไม่ได้รูปแบบการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดจึงมีความเชื่อว่าอารมณ์ที่ผิดปกติของบุคคลนั้นเป็นผลมาจากการบิดเบือนทางความคิด หรือการประเมินเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง และเชื่อว่าอารมณ์กับความคิดนั้นมีความสัมพันธ์กัน และมักจะเสริมแรงซึ่งกันละกันจึงเป็นผลทำให้เกิด

ความบกพร่องทางอารมณ์และความคิด (สม โภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิด มีหลักการสำคัญ และเทคนิคในการบำบัดที่มีพื้นฐานมาจากแนวคิดทางจิตวิทยาสังคม (Social psychology) จิตวิทยาทางความคิด (Cognitive psychology) ทฤษฎีกระบวนการประมวลผลข้อมูล (Information processing theory) แนวคิดการบำบัดแบบยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client-oriented therapy) ของคาร์ล โรเจอร์ รวมถึงเทคนิคในการบำบัดทางพฤติกรรม (สมพร บุรราชิจ และเชียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2542; Rush & Beck, 2000) การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้า ในการบำบัดจะมุ่งเน้นเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า มีการใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมร่วมในการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและมีขั้นตอนต่าง ๆ ในการบำบัด (Beck et al., 1979) ลักษณะทั่วไปของการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดที่อยู่บนพื้นฐานของเหตุผลทางทฤษฎีการเรียนรู้ที่ว่า อารมณ์และพฤติกรรมของบุคคลถูกกำหนดจากการที่บุคคลนั้นมีความคิดต่อสิ่งต่างๆ อย่างไร ซึ่งความคิดดังกล่าวของบุคคล เป็นความคิดที่อยู่ในระดับจิตสำนึก ซึ่งเป็นผลมาจากโครงสร้างทางความคิด (Schemas) ของบุคคลนั้น การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดสามารถใช้บำบัดโรคทางจิตเวชได้หลายโรค นอกจากภาวะซึมเศร้า เช่น วิตกกังวล กลัว เป็นการบำบัดที่มีโครงสร้างและระยะเวลาในการบำบัดที่ชัดเจน (Time-limited) เป็นการบำบัดที่ผู้บำบัดเป็นฝ่ายมีบทบาท (Active) และชี้แนวทาง (Directive) การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นในปัญหาที่กำลังเผชิญของผู้รับการบำบัด และวิธีการแก้ไขปัญหาลักษณะซึมเศร้า การบำบัดจึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือในการบำบัดระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด โดยผู้รับการบำบัดต้องเข้าใจและยอมรับในการที่จะร่วมกันในการแก้ไขปัญหานั้น เป็นการบำบัดที่ทำให้ผู้รับการบำบัดได้เรียนรู้ที่จะพิจารณาความคิดอัตโนมัติในทางลบ และโครงสร้างทางความคิดของตนเองในลักษณะของการตั้งสมมติฐาน และพิสูจน์ว่าเป็นไปตามสมมติฐานนั้นหรือไม่ โดยในการบำบัดจะมีการใช้กระบวนการในการตั้งคำถามเพื่อชี้แนวทางหรือกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดได้คิดหรือพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง มากกว่าการสั่งสอนโต้แย้ง หรือโน้มน้าวส่งเสริมให้ผู้รับการบำบัดได้พัฒนาทักษะการพึ่งตนเอง ในการบำบัดจะใช้เทคนิคการปรับความคิดและเทคนิคการปรับพฤติกรรมซึ่งผู้รับการบำบัดจะต้องได้รับความรู้ และได้รับการฝึกฝนในทักษะและวิธีการต่าง ๆ ตลอดจนการฝึกเป็นการทำงาน (Home work assignment) (Beck et al., 1979) การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดนั้น เบ็ค และคณะ (Beck et al., 1979) การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีข้อตกลงเบื้องต้นในการบำบัดดังนี้ คือ (Beck et al., 1979)

1. การรับรู้และการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมาของบุคคลเป็นกระบวนการที่มีการคิดทบทวนและตรวจสอบความรู้ที่นึกคิดตลอดเวลา

2. ความคิดของบุคคลเป็นผลมาจากสิ่งเร้าทั้งภายใน และภายนอกบุคคล การประเมินสถานการณ์ต่าง ๆ ของบุคคลเป็นผลมาจากความคิดและจินตนาการภาพของเขาเอง
3. ความคิดของบุคคลจะเป็นกระแสความคิดความรู้สึกที่อยู่ในระดับของจิตสำนึกที่รับรู้ได้ ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงลักษณะของบุคคล สิ่งแวดล้อมหรือ โลกของเขา และอดีตที่เขาประสบมารวมทั้งแนวโน้มในอนาคต
4. การเปลี่ยนแปลงลักษณะความคิดที่บิดเบือนมีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของผู้รับการบำบัด
5. ผู้รับการบำบัดสามารถตระหนักถึงความคิดที่บิดเบือนของตนเองได้จากวิธีการบำบัดทางจิตใจ
6. การปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนสามารถที่จะบรรเทาอาการและอาการแสดงทางคลินิกได้

การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในภาวะซึมเศร้ามีวัตถุประสงค์ในการบำบัด คือ (Beck et al., 1979) เพื่อลดอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าโดยให้ผู้รับการบำบัดได้เรียนรู้ถึงการค้นหาและปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบของผู้รับการบำบัด ที่มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงออก โดยฝึกให้ผู้รับการบำบัดประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ให้ความสนใจกับข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์อย่างไม่ลำเอียง คำนึงถึงผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นหลาย ๆ ด้านแล้วตรวจสอบความเป็นจริงที่เกิดขึ้น และเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าซ้ำหลังสิ้นสุดการบำบัด โดยผู้รับการบำบัดมีทักษะในการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนให้ตรงกับความเป็นจริง มีความคิดที่ยืดหยุ่นและมีเหตุผล มีทักษะในการจัดการกับอารมณ์หรือความรู้สึกไม่สบายใจ รวมถึงวิธีการเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่ยุ่ยากและซับซ้อน

ในการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดผู้บำบัดมีการวางแผน กำหนดแนวทางในการบำบัดตาม โครงสร้างของการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อให้สามารถดำเนินการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดได้บรรลุตามวัตถุประสงค์ ซึ่งจะกล่าวถึงโครงสร้างการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดในรายละเอียดต่อไป

โครงสร้างการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในภาวะซึมเศร้า

การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดในภาวะซึมเศร้ามีโครงสร้างในการดำเนินการบำบัด โดยเริ่มตั้งแต่การเตรียมผู้รับการบำบัด การวางแผนการบำบัดในแต่ละครั้ง การกำหนดประเด็นในการบำบัด การตั้งและทดสอบสมมติฐาน การให้ข้อมูลย้อนกลับของผู้รับการบำบัดต่อการบำบัด การสรุปหัวข้อสำคัญต่าง ๆ ในการบำบัด การให้บุคคลสำคัญต่อผู้รับการบำบัดเข้ามามีส่วนร่วม

ในการบำบัดรวมถึงการใช้อุปกรณ์ต่างๆ เข้ามาช่วยในการบำบัด ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้ (Beck et al., 1979)

1. การเตรียมผู้รับการบำบัดในการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิด (Prepare the patient for cognitive therapy) สิ่งสำคัญในการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิด คือ ผู้รับการบำบัดจะต้องเข้าใจถึงลักษณะ และขั้นตอนในการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิด เหตุผลในการบำบัด ความเชื่อมโยงระหว่างความคิดและความรู้สึก สิ่งเหล่านี้ผู้บำบัดจะต้องอธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจ และผู้รับการบำบัดจะต้องยอมรับในวิธีการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิด การบันทึกความคิดอัตโนมัติ การมอบหมายการบ้าน การร่วมกันกับผู้บำบัดในการวางแผนการบำบัด (Set agenda) และการปฏิบัติตามแผนการบำบัดนั้น และผู้รับการบำบัดจะต้องเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในระหว่างการบำบัด และหลังการบำบัดว่าอาจมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้นได้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้รับการบำบัดต้องคาดหวังว่าเมื่อได้รับการบำบัดแล้วภาวะซึมเศร้าจะต้องลดลงอย่างแน่นอน ผู้บำบัดจะต้องอธิบายถึงการดำเนินของภาวะซึมเศร้า และเน้นให้ผู้รับการบำบัดได้เห็นถึงโอกาสในการพิจารณาถึงสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดอาการซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้นในระหว่างการบำบัดหรือหลังการบำบัด ทำให้ผู้รับการบำบัดได้เกิดการเรียนรู้และมีประสบการณ์ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้ามากขึ้น

2. การวางแผนการบำบัดในแต่ละครั้ง (Formulate a therapy plan for each session) ในการวางแผนการบำบัด ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดร่วมกันวางแผนการบำบัดในแต่ละครั้ง โดยยึดวัตถุประสงค์หลักของการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดเป็นหลักคือการลดอาการของภาวะซึมเศร้าและการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าซ้ำ โดยในระยะเริ่มแรกของการบำบัด การลดภาวะซึมเศร้า คือ วัตถุประสงค์หลักในการบำบัดดังนั้นในการวางแผนการบำบัดเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวสิ่งที่จะต้องคำนึงถึงในการวางแผนการบำบัด คือ การให้ผู้รับการบำบัดได้เรียนรู้ถึงการค้นหาและการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนและพฤติกรรมที่ผิดปกติและการให้ความสำคัญและการเปลี่ยนแปลงลักษณะความคิดที่บิดเบือนที่ทำให้เกิดความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยใช้วิธีการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ (Problem solving) สำหรับวัตถุประสงค์ในระยะยาวของการบำบัดคือการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าซ้ำ สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการวางแผนการบำบัดคือ ทักษะในการปรับความคิดที่บิดเบือนหรือการทดสอบความคิดที่บิดเบือนว่าตรงกับความเป็นจริง ความมีเหตุผลมีผลและทัศนคติที่เหมาะสม รวมถึงการพัฒนาวิธีการจัดการกับปัญหาความยุ่งยากซับซ้อนของสิ่งต่าง ๆ รอบตัว การจัดการกับความรู้สึกไม่สบายใจ รวมถึงการใช้ทักษะระหว่างบุคคลของผู้รับการบำบัด

3. การกำหนดประเด็นในการบำบัดตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการบำบัดแต่ละครั้ง (Establish agenda at beginning of session) ในการบำบัด ผู้บำบัดทำหน้าที่เป็นผู้ให้แนวทางในการบำบัด การวางแผนการบำบัด รวมถึงการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการบำบัด โดยอยู่บนพื้นฐานความพร้อมและความต้องการของผู้รับการบำบัดที่จะทำตามแผนการบำบัดนั้น ๆ ดังนั้น ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดจึงต้องร่วมกันในการเสนอหัวข้อในการที่จะนำมาเป็นประเด็นในการบำบัด ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการบำบัดแต่ละครั้ง โดยประเด็นในการบำบัดนั้นมาจากการสรุปจากประสบการณ์ของผู้รับการบำบัดจากการบำบัดครั้งก่อน หรือจากการให้ข้อมูลย้อนกลับจากงานที่ได้รับมอบหมาย เช่น การทำการบ้านที่ได้รับมอบหมาย ประเด็นในการบำบัดแต่ละครั้งควรมีลักษณะเป็นรูปธรรม อยู่ในความสนใจและเป็นเรื่องราวหรือสถานการณ์ที่ผู้รับการบำบัดประสบอยู่ในปัจจุบัน การกำหนดประเด็นในการบำบัดยังขึ้นอยู่กับ ระยะของการบำบัดและความก้าวหน้าในอาการของผู้รับการบำบัด ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และปัญหาที่ทำความยุ่งยากหรือรบกวนผู้รับการบำบัดมากที่สุดในขณะนั้น และเมื่อได้ประเด็นในการบำบัดแล้วควรมีการกำหนดเป้าหมายในการบำบัดในแต่ละครั้งร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด

4. การตั้งและทดสอบสมมติฐาน (Formulate and test concrete hypothesis) การตั้งสมมติฐานในการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิด เป็นการตั้งสมมติฐานจากความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ ในความคิดของผู้รับการบำบัด และผู้บำบัดต้องประเมินว่าผู้รับการบำบัดมีการแปลความหรือบิดเบือนทางความคิดอย่างไร และเมื่อตั้งสมมติฐานแล้วควรตรวจสอบสมมติฐานดังกล่าวว่าตรงกับความคิด ความเข้าใจของผู้รับการบำบัดหรือไม่ แล้วจึงทำการทดสอบสมมติฐานปรับเปลี่ยนสมมติฐานให้เหมาะสม เป็นการทดสอบสมมติฐานจากการใช้ชีวิตประจำวันของผู้รับการบำบัด ในการตั้งสมมติฐานและทดสอบสมมติฐานจะต้องมีการใช้คำถาม และการให้ข้อมูลที่ตรงไปตรงมาและชัดเจนเป็นรูปธรรมเพื่อให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจได้ถูกต้องตรงกันกับผู้บำบัด ทำให้เกิดการตั้งและทดสอบสมมติฐานที่เหมาะสมกับผู้รับการบำบัด การใช้คำถามที่คลุมเครือหรือการให้ข้อมูลที่ไม่ชัดเจนมักจะทำให้ผู้รับการบำบัดเกิดความเข้าใจที่ผิดและแปลความไปในทางลบ

5. การให้ข้อมูลย้อนกลับจากผู้รับการบำบัด (Elicit feedback from the patient) ในการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิด การร่วมมือกันระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดในการค้นหา ประเมิน และทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้รับการบำบัดนั้น ต้องอาศัยการสื่อสารโดยการพูดระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดต้องมีการสังเกตปฏิกิริยาของผู้รับการบำบัดทั้งทางการพูดและภาษาท่าทางซึ่งเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับของผู้รับการบำบัดอย่างหนึ่งซึ่งเป็นที่ส่งเสริมให้การบำบัดเกิดประโยชน์มากขึ้น

และการให้ข้อมูลย้อนกลับของผู้รับการบำบัดสามารถทำได้ในระหว่างการบำบัดในแต่ละครั้ง โดยการให้ผู้รับการบำบัดได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็น การรับรู้ของผู้รับการบำบัดต่อการบำบัด วิธีการบำบัด ตัวผู้บำบัด และการประเมินการบำบัดครั้งที่ผ่านมารวมถึงปฏิกิริยาตอบสนองทั้งทาง คำพูดและท่าทางของผู้รับการบำบัดจากการที่ผู้รับการบำบัดเข้าใจคิดในคำพูดหรือคำอธิบายของผู้บำบัด การให้ข้อมูลย้อนกลับจากผู้รับการบำบัดดังกล่าวเป็นการช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ตรงกัน และการดำเนินการบำบัดเป็นไปในทางเดียวกันระหว่างผู้รับการบำบัดและผู้บำบัด เกิด การปรับเปลี่ยนวิธีการหรือขั้นตอนต่าง ๆ ในการบำบัด และวางแผนการบำบัดให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

6. การสรุปเป็นช่วง ๆ ในการบำบัด (Provide and encourage capsule summaries)

ผู้บำบัดควรมีการสรุปเรื่องราวในระหว่างการบำบัดในแต่ละครั้งซึ่งสามารถทำการสรุปได้ 3 ระยะ คือ ระยะของการกำหนดประเด็นในการบำบัดเป็นการสรุปหัวข้อที่ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดมั่นใจว่าจะนำมาเป็นประเด็นในการบำบัดในครั้งนั้น ระยะต่อมาคือระยะกลางของการบำบัดเป็นการสรุปถึงวิธีการหรือเทคนิคต่าง ๆ ที่นำมาใช้ในประเด็นของการบำบัด และระยะสุดท้ายของการบำบัด เป็นการสรุปสิ่งสำคัญในการบำบัดในครั้งนั้น ซึ่งอาจให้ผู้รับการบำบัดเป็นผู้สรุปก็ได้ นอกจากนี้ การสรุปอาจทำได้ในกรณีที่ต้องการสรุปเพื่อความเข้าใจตรงกันในกรณีที่ไม่แน่ใจในการเนื้อหาของคำพูดของผู้รับการบำบัด หรือเป็นการสรุปเกี่ยวกับอาการของภาวะซึมเศร้า หรือปัญหาของผู้รับการบำบัดในระยะเริ่มแรกของการบำบัด การสรุปเป็นช่วง ๆ เป็นวิธีการที่ทำให้ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดได้ดำเนินการบำบัดไปพร้อม ๆ กันในทุกๆระยะของการบำบัดแต่ละครั้งและช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้มองเห็นถึงปัญหาที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น

การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดสามารถนำบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้รับการบำบัด เข้าร่วมในการบำบัดได้เมื่อผู้บำบัดได้พิจารณาแล้วเห็นว่ามีความเหมาะสมและมีความจำเป็น เช่น ในผู้สูงอายุ การให้บุคคลที่มีความสำคัญเข้าร่วมในการบำบัดทำให้ได้ข้อมูลที่สำคัญของผู้รับการบำบัดเพิ่มเติม เช่น อาการของภาวะซึมเศร้า และเกิดความเข้าใจในวิธีการ และแนวทางการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสามารถกระตุ้น หรือให้การช่วยเหลือผู้รับการบำบัดในการใช้ทักษะหรือวิธีการต่าง ๆ ในการบำบัดได้ เช่น การบันทึกความคิดอัตโนมัติ ในทางลบ งานต่าง ๆ ที่ได้รับมอบหมายเป็นการบ้าน เป็นต้น นอกจากนี้ในการดำเนินการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดสามารถใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ช่วยในการบำบัดโดยมีการออกแบบให้มีความเหมาะสม และเกี่ยวข้องกับเทคนิคในการบำบัด การกำหนดโครงสร้างในการบำบัดโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำให้ผู้บำบัดมีแนวทางในการดำเนินการบำบัดในแต่ละครั้งของการบำบัดเป็นขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดในภาวะซึมเศร้า

การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดในภาวะซึมเศร้า มีขั้นตอนการบำบัด 4 ขั้นตอน คือ (Beck et al., 1979)

1. การหาความคิดอัตโนมัติ (Eliciting automatic thoughts) คือ ขั้นตอนการค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ โดยการวิเคราะห์ข้อความและวิธีการคิดที่คิดไปในทางลบ และบิดเบือนของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นเองแบบอัตโนมัติ (Pattern of negative or distorted automatic thoughts)
2. การทดสอบว่าความคิดนั้นถูกต้องหรือเป็นไปได้หรือไม่ (Testing accuracy and viability) คือ ขั้นตอนการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง
3. การแทนด้วยวิธีการคิดใหม่ที่เหมาะสมตามความเป็นจริง (Developing realistic alternatives) คือ ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนความคิด
4. การค้นหาและท้าทายแบบแผนการแปลข้อมูลที่ไม่เหมาะสม (Identifying and challenging maladaptive schemata) คือ ขั้นตอนการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาการบำบัดอาจใช้เทคนิคหลายอย่างของพฤติกรรมบำบัดมาประกอบตามความเหมาะสม เช่น การชักจูงความคิด การฝึกฝนควบคุมพฤติกรรมด้วยตนเอง การฝึกแสดงบทบาท การจัดกิจกรรม การหัดเอาชนะและมีความพึงพอใจ มีการดำเนินการบำบัดโดยละเอียดได้ ดังนี้

การบำบัดแบบ CBT ในภาวะซึมเศร้าอาจใช้เทคนิคหลายอย่างของพฤติกรรมบำบัดมาประกอบตามความเหมาะสม เช่น การชักจูงความคิด การฝึกฝนควบคุมพฤติกรรมด้วยตนเอง การฝึกแสดงบทบาท การจัดกิจกรรม การหัดเอาชนะและมีความพึงพอใจ มีขั้นตอนการบำบัด 4 ขั้นตอน มีการดำเนินการบำบัดโดยละเอียดได้ดังนี้ คือ (Beck et al., 1979)

1. ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ

ในการค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบของผู้รับการบำบัดผู้รับการบำบัดต้องอธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจถึงความหมายของความคิดอัตโนมัติในทางลบ ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดกับอารมณ์และพฤติกรรม โดยอาจยกตัวอย่างเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ผู้รับการบำบัดเพิ่งจะประสบมา เพื่อให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงความสำคัญของความคิดอัตโนมัติทางลบกับภาวะซึมเศร้า จากนั้นผู้บำบัดฝึกผู้รับการบำบัดให้จับความคิดและค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบของตนเอง โดยการบันทึกความคิดอัตโนมัติในทางลบ ซึ่งเป็นการบันทึกความคิด อารมณ์ที่แสดงออก และสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบ โดยมีวิธีการ ดังนี้ 1) บันทึกความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้นนั้นทันทีทันใด 2) ให้ผู้รับการบำบัดหาช่วงเวลาในแต่ละวัน อาจจะเป็นตอนเย็นของแต่ละวันเพื่อที่จะทบทวนเหตุการณ์

ที่ผ่านมาที่ชักนำให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบ อาจเป็นความคิดที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ แล้วบันทึกความคิดนั้นไว้ 3) ให้ผู้รับการบำบัดค้นหาเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้รู้สึกซึมเศร้า แล้วบันทึกเหตุการณ์ อารมณ์ และความคิดที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์นั้น ๆ เช่น ให้ผู้รับการบำบัดบันทึกถึงเรื่อง “เวลาที่แย่ที่สุดของวันนี้ที่ทำให้ฉันรู้สึกซึมเศร้า” การบันทึกความคิดอัตโนมัติในทางลบสามารถฝึกระหว่างการบำบัด หรืออาจมอบหมายการบ้านให้ผู้รับการบำบัดบันทึกความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าของตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ แล้วให้ผู้รับการบำบัดนำมาพิจารณาและอภิปรายกับผู้รับการบำบัดในการบำบัดครั้งต่อไป เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถจับความคิดอัตโนมัติในทางลบและบันทึกความคิดอัตโนมัติในทางลบได้แล้ว ผู้บำบัดชี้ให้ผู้รับการบำบัดเห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม และพิจารณาความคิดอัตโนมัติที่ทำให้ผู้รับการบำบัดเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีเหตุผล เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบได้แล้ว ผู้บำบัด และผู้รับการบำบัดร่วมกันตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า

2. ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง

การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริงเป็นขั้นตอนที่ต้องใช้ความร่วมมือระหว่างผู้รับการบำบัดและผู้บำบัดในการตรวจสอบความคิดดังกล่าว โดยส่งเสริมให้ผู้รับการบำบัดได้วิเคราะห์สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบออกมาหลาย ๆ แนวทาง และให้ผู้รับการบำบัดได้ตระหนักถึงผลในทางลบของการมีความคิดอัตโนมัติในทางลบดังกล่าว และเมื่อผู้รับการบำบัดแสดงความคิดอัตโนมัติในทางลบเพื่อตรวจสอบร่วมกับผู้บำบัด ผู้บำบัดไม่ควรด่วนสรุปเองว่าความคิดนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริง แต่ผู้บำบัดจะช่วยผู้รับการบำบัดในการตรวจสอบว่าความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้นมีความแม่นยำ มีความสมเหตุสมผล หรือตรงตามสภาพความเป็นจริงเพียงใด โดยผู้บำบัดร่วมกับผู้รับการบำบัดในการวิเคราะห์ว่าความคิดอัตโนมัติในทางลบนั้นมีความหมายอย่างไรต่อผู้รับการบำบัด และพิจารณาหลักฐานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความคิดอัตโนมัติในทางลบ หรือใช้การวิเคราะห์อย่างมีเหตุผลที่บุคคลทั่วไปใช้ในการในการตรวจสอบความเป็นจริง เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบว่าไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือไม่เหมาะสมได้แล้วจะทำให้ผู้รับการบำบัดมีความสามารถที่จะปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบของตนเอง

3. ขั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนความคิด

เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ และตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบได้แล้วจะทำให้ผู้รับการบำบัดสามารถที่จะปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบ การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบจะทำให้ผู้รับการบำบัดมีมุมมองในการคิด

ที่ยืดหยุ่น สมเหตุสมผล ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบ จะใช้เทคนิคการปรับความคิด มาใช้ในการบำบัด (Beck et al., 1979; Beck & Weishaar, 1995; Freeman & Oster, 1998; Wright & Beck, 1999) เช่น การปรับเปลี่ยนความคิดต่อปัจจัยเหตุของ ปัญหา (Reattribution techniques) และการปรับเปลี่ยนความคิดทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา (decatastrophizing) เป็นต้น ซึ่งแต่ละเทคนิคมีวิธีการในการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติใน ทางลบ ดังนี้

การปรับเปลี่ยนความคิดต่อปัจจัยเหตุของปัญหา (Reattribution techniques) จะใช้เมื่อ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีความคิดอัตโนมัติในทางลบเกี่ยวกับตนเอง คิดว่าตนเองมีข้อบกพร่อง ไม่มี ความสามารถ และเป็นสาเหตุทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ในการทำงานหรือสถานการณ์ที่ตนเอง เกี่ยวข้องหรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และตนเองต้องรับผิดชอบ วิธีการปรับเปลี่ยนความคิด ต่อปัจจัยเหตุของปัญหา มีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดร่วมกันทบทวนถึงสิ่งเร้า สถานการณ์ หรือปัญหาที่ทำให้ ผู้รับการบำบัดคิดกำหนดตนเอง ตามสภาพความเป็นจริง
2. ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดร่วมกันพิจารณาอย่างมีเหตุผลถึงปัจจัยเหตุอื่นๆ ที่เป็น สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหา และให้ผู้รับการบำบัดได้พิจารณาว่าปัญหามีสาเหตุมาจากผู้รับการบำบัด เอง และปัจจัยภายนอกอื่น ๆ ร่วมกันไม่ได้มีสาเหตุมาจากผู้รับการบำบัดเพียงอย่างเดียว
3. ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดบอกถึงพฤติกรรมที่แสดงถึงความรับผิดชอบต่อปัญหา นั้น ๆ เปรียบเทียบระหว่างผู้รับการบำบัดและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น
4. ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดได้ทบทวนความคิดของตนเองที่คิดว่า ปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นความรับผิดชอบของตนเองเต็ม 100 เปอร์เซ็นต์หรือไม่ โดยให้ลองคิดพิจารณาให้คะแนน ความรับผิดชอบใหม่อีกครั้ง หลังจากให้ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดฝึกคิดตามวิธีการใน การปรับเปลี่ยนความคิด

การปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา (Decatastrophizing or what-if technique) จะใช้เมื่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่ออนาคตที่จะเกิดขึ้น คือ มีการคาดการณ์ต่อผลลัพธ์ของสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะในทางลบ (Catastrophic thinking) และคิดว่าตนเองไม่สามารถที่จะแก้ไขปัญหานั้น ได้จึง ไม่คิดหาแนวทางในการแก้ไข ปัญหา การปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหาเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้รับการบำบัด ได้ประเมินผลลัพธ์ของปัญหาใหม่ด้วยการส่งเสริมให้ผู้รับการบำบัดมีวิธีการในการเผชิญกับปัญหา และการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม เป็นการให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ตระหนักถึงวิธีการในการเผชิญกับ ปัญหามากกว่าการคาดการณ์ในผลลัพธ์ของปัญหา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสามารถ

แก้ปัญหานั้นได้ วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดของผู้รับการบำบัดจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกี่ยวกับปัญหานั้นตามความเป็นจริง พิจารณาถึงสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงในขณะนั้น แล้วให้ผู้รับการบำบัดพิจารณาถึงสิ่งที่ผู้รับการบำบัดกลัวว่าจะเกิดขึ้นนั้นเกิดขึ้นจริงหรือยัง และถ้าเกิดขึ้นจริงผู้รับการบำบัดมีการวางแผนจะทำอย่างไรบ้าง โดยให้ผู้รับการบำบัดได้ตระหนักถึงความสำคัญของการวางแผนในการแก้ไขปัญหามีความสำคัญต่อตัว ผู้รับการบำบัด บุคคลใกล้ชิด และอนาคตที่จะเกิดขึ้น และให้ผู้รับการบำบัดได้พิจารณาถึงวิธีการในการเผชิญปัญหาที่ผ่านมาในอดีตที่ประสบผลสำเร็จ เป็นการส่งเสริมให้ผู้รับการบำบัดได้เผชิญกับปัญหา และลดการคาดการณ์ในทางลบต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

4. ขั้นตอนที่ 4 การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา

การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาคือเป็นการช่วยผู้รับการบำบัดในการค้นหาแนวทางอื่น ๆ ในการแก้ไขปัญหานั้น เนื่องจากผู้ที่มีความซึมเศร้ามักจะมีความสามารถในการใช้ความคิดที่เป็นเหตุผลลดลง มีรูปแบบและประเด็นในการคิดที่ไม่ยืดหยุ่น มีการคิดต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ในทางลบ ทำให้ไม่มีความหวัง จึงมองปัญหาที่เกิดขึ้นในลักษณะของปัญหาที่ไม่มีแนวทางการแก้ไขและไม่พยายามที่จะหาแนวทางในการแก้ไขปัญหานั้น การปรับเปลี่ยนมุมมองของผู้ที่มีความซึมเศร้าต่อปัญหาต่าง ๆ โดยการช่วยให้ผู้ที่มีความซึมเศร้าได้ค้นหาแนวทางอื่น ๆ ในการแก้ปัญหานั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นการสร้างพื้นฐานการแก้ไขปัญหานั้นอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยผู้บำบัดร่วมกับผู้รับการบำบัดการช่วยผู้รับการบำบัดในการกำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไข แล้วค้นหาแนวทางอื่น ๆ ในการแก้ไขปัญหานั้นที่เป็นไปได้ โดยใช้ความสามารถและศักยภาพของผู้รับการบำบัดที่มีอยู่ ซึ่งผู้บำบัดต้องร่วมกับผู้รับการบำบัดในการค้นหาศักยภาพและความสามารถของผู้รับการบำบัดแล้วนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการแก้ไขปัญหานั้น แล้วช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ลงมือปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหานั้นที่เลือกไว้ เป็นการให้ผู้รับการบำบัดได้แสดงถึงความสามารถในการแก้ไขปัญหานั้นซึ่งจะทำให้ความรู้สึกหรือความคิดต่อปัญหานั้นเปลี่ยนแปลงไป และรู้สึกว่าการค้นหาแนวทางในการแก้ปัญหานั้นมีความหวัง การค้นหาแนวทางในการแก้ปัญหานั้นจึงเป็นวิธีการเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้มองปัญหาในแงุ่มใหม่ แล้วหาแนวทางในการแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างเหมาะสม

ในขั้นตอนต่าง ๆ ของการบำบัดแบบ CBT ในผู้ที่มีความซึมเศร้าจะมีการใช้เทคนิคการปรับความคิดในการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและมีการใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมร่วมในการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อลดภาวะซึมเศร้า

เทคนิคที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

การรักษา CBT เป็นการรักษาที่มีโครงสร้าง (Structure) ผู้รักษามีบทบาท Active ในการรักษา และใช้วิธีชี้ทาง (Directive) เพื่อช่วยแก้ไขตามอาการ และเป็นการแก้ปัญหาโดยไม่ได้สนใจที่ภูมิหลังที่เป็นต้นเหตุของอาการนั้น วิธีการนี้มีประโยชน์ และใช้ระยะเวลาสั้นในการรักษา ผู้ป่วยก็ต้องมีบทบาทและให้ความร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการทำการบ้าน ที่ผู้รักษามอบหมายให้ เป็นที่นิยมใช้ในการรักษาผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และนำไปใช้ร่วมกับการรักษาจิตบำบัดวิธีอื่น ๆ ได้เป็นอย่างดี (Beck, 1991 อ้างถึงใน จันทิมา องค์กรโฆยิต, 2545) การรักษาที่เป็นที่นิยมในปัจจุบันใช้หลักการ 3 อย่าง คือ ทักษะการสอน เทคนิคทางความคิด และเทคนิคทางพฤติกรรมบำบัด

1. ศิลปะการสอน (Didactic aspect) หมายความว่า การที่ผู้รักษาเป็นผู้ให้คำอธิบายแก่ผู้ป่วย เพื่อให้มีความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเอง และเป้าหมายของการรักษาวิธีนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความกระตือรือร้นและให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างเต็มที่ (จันทิมา องค์กรโฆยิต, 2545)

2. เทคนิคของความคิดบำบัด (Cognitive techniques) เริ่มต้นจากการหาขั้นตอนของการหาความคิดอัตโนมัติ (Eliciting automatic thoughts) โดยเน้นวิเคราะห์หาข้อความ และวิธีการคิดที่ผิดและบิดเบือนของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบของความคิดที่ไปในทางลบ (Pattern of negative thoughts) หรือความคิดบิดเบือนที่เกิดขึ้นเองแบบอัตโนมัติ (Distorted automatic thoughts) ผู้รักษาช่วยผู้ป่วยให้มีการทดสอบว่าความคิดนั้นถูกต้องหรือเป็นไปได้หรือไม่ (Testing accuracy and viability) โดยทำหน้าที่เหมือนเป็นครูช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความผิดพลาดและปัญหาของความคิดของตน ฝึกหัดให้มีทักษะแทนด้วยความคิดใหม่ที่เหมาะสมตามความเป็นจริง (Developing realistic alternatives) และสุดท้ายคือการหาและท้าทายแบบแผนการแปลข้อมูลพื้นฐานจากภาวะแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม (Identifying and challenging maladaptive assumptions) (Beck et al., 1976)

3. เทคนิคทางพฤติกรรมบำบัด (Behavioral technique) การรักษาโดยวิธี CBT อาจใช้เทคนิคทางพฤติกรรมบำบัดเป็นส่วนประกอบของการรักษาได้หลายอย่างตามความเหมาะสม ตั้งแต่การจัดกิจกรรม (Scheduling activities) การให้ผู้ป่วยจดกิจกรรมทุกอย่างทุกชั่วโมงหรือผู้ป่วยให้คะแนนการสามารถเอาชนะและความพึงพอใจ (Mastery and pleasure) โดยให้คะแนนจาก 0-10 เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมและความรู้สึกของตนเอง วิธีการนี้มีประโยชน์มากต่อผู้ป่วยที่เริ่มต้นการรักษาและผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่เข้าใจคิดว่าตนเองรู้สึกไม่ดีตลอดเวลา การแยกแยะว่าความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมและอาการทำให้ผู้รักษาสามารถให้ความช่วยเหลือ

ที่ตรงเป้าหมาย ด้วยการจัดกิจกรรมที่ทำให้ความรู้สึกดีขึ้นและเอาชนะได้มากขึ้น รวมถึงการแก้ไขความคิดที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย (Faulty cognitions) โดยที่ผู้รักษาอาจต้องมอบหมายการบ้าน (Home works) และแบบฝึกหัดให้ผู้ผู้ป่วยไปหัดแก้ไขตนเองระหว่างนัดด้วย

เทคนิคการปรับพฤติกรรมที่ใช้ร่วมในการบำบัดแบบ CBT ต่อภาวะซึมเศร้าเป็นเทคนิคที่ช่วยในการลดภาวะซึมเศร้าในช่วงแรก ๆ ของการบำบัด โดยเฉพาะผู้รับการบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง และเป็นการช่วยเตรียมผู้รับการบำบัดในการค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ ซึ่งเมื่อภาวะซึมเศร้าลดลงจะทำให้ผู้รับการบำบัดสามารถใช้ความคิดที่มีเหตุผลได้มากขึ้น จากนั้นจึงจะมีการใช้เทคนิคการปรับความคิดในการบำบัดแบบ CBT

ทักษะของผู้บำบัด

ทักษะทั่วไปของผู้บำบัดที่ใช้การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม Joyce (1996) ได้สรุปทักษะของผู้บำบัด ดังนี้

1. การกำหนดระเบียบวาระ (Agenda setting) ประกอบไปด้วย กระบวนการต่าง ๆ ในการบำบัดแต่ละครั้ง มีระเบียบวาระที่ชัดเจน ช่วยให้การใช้เวลาในการบำบัดได้อย่างเหมาะสม
2. การสรุปความ (Summarizing) การทบทวนเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งของการบำบัดโดยผู้บำบัดใช้เทคนิคนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นถึงความก้าวหน้าที่เกิดขึ้นในการบำบัด
3. การนำไปสู่การค้นพบ (Guide discovery) เป็นคำถามที่ทำให้เกิดข้อสรุปซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นความคิดและความเชื่อที่ผิดปกติของตนได้ชัดเจนขึ้น หรือคือ การค้นหาความคิดอัตโนมัติ นั่นเอง

ในการนำไปสู่การค้นหาคิดอัตโนมัติ สุชาติ พหลภักย์ (2547) ได้สรุปไว้ว่า ส่วนใหญ่จะใช้คำถามปลายเปิด คำถามมาตรฐานในการค้นหาคิดอัตโนมัติ คือ “อะไรผ่านเข้ามาในจิตใจขณะนั้น” หรือจะใช้คำถามปลายเปิดในกรณีต่อไปนี้

- ให้ถามผู้ป่วยด้วยคำถามปลายเปิดทุกครั้งที่คุณเห็นว่าเห็นสีหน้าของผู้ป่วยเปลี่ยนไป หรือสีหน้ารุนแรงขึ้น
- ให้ผู้ป่วยบรรยายเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาหรืออธิบายช่วงที่อารมณ์เปลี่ยนแปลงแล้วถามด้วยคำถามข้างต้น
- ถ้าจำเป็นให้ผู้ป่วยบรรยายเหตุการณ์ที่เป็นปัญหา บรรยายให้ชัดเจนเหมือนกับกำลังเกิดขึ้นในขณะนี้ แล้วถามด้วยคำถามข้างต้น
- ถ้าจำเป็นให้แสดงตามบทบาทที่สมมติขึ้น (Role playing) โดยเล่นเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ที่เป็นปัญหาแล้วถามด้วยคำถามข้างต้น คำถามอื่นที่ใช้ในการค้นหาคิดอัตโนมัติ ได้แก่
 - คุณเดาว่าตอนนั้นคุณคิดอะไรอยู่

- คุณคิดว่าตอนนั้นคุณอาจจะคิดเกี่ยวกับเรื่อง.....หรือ.....ได้ไหม
- คุณกำลังนึกถึงบางอย่างที่อาจจะเกิดขึ้น หรือกำลังจำได้ว่ามีบางสิ่งบางอย่างเกิดขึ้นจริงใช้หรือไม่ เหตุการณ์แบบนี้มีความหมายอย่างไรต่อตัวคุณ
- คุณกำลังคิดเกี่ยวกับ.....(ผู้บำบัดบอกเหตุการณ์ที่เป็นเรื่องตรงกันข้ามกับสิ่งที่คาดหวัง)

4. การสะท้อนกลับ (Feedback) เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงถึงความรู้สึกที่มีต่อการบำบัด การบ้านที่ได้รับ ความรู้สึกที่มีต่อผู้บำบัดและเพื่อให้ผู้บำบัดได้ใช้กระบวนการนี้ประเมินถึงความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีต่อการบำบัด การสะท้อนกลับเป็นส่วนสำคัญที่จะได้ทราบถึงความก้าวหน้าของการบำบัด และผู้บำบัดเองจะได้ตระหนักและเข้าใจในตัวผู้ป่วย

5. การให้การบ้าน (Homework) การมอบการบ้านจะมีทุกครั้งที่ในการพบกันผู้บำบัดจะต้องกำหนดเนื้อหาให้ชัดเจน และบอกเหตุผลเกี่ยวกับการบ้านที่มอบหมายให้ผู้ป่วยในแต่ละครั้ง ค้นหาทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อการบ้านที่มอบหมายให้ รวมทั้งทำความเข้าใจถึงเหตุผลที่ผู้ป่วยไม่ทำการบ้านนั้นให้สำเร็จตามมอบหมาย

ทักษะในการปรับโครงสร้างความคิดใหม่ (Cognitive restructuring) (Joyce, 1996; Stuart, 2005) ประกอบด้วย ทักษะย่อย 6 ประการ ดังนี้

1. การตรวจสอบความคิดและความรู้สึก (Monitoring thought and feelings) ขั้นตอนแรกในการดำเนินการ คือ ต้องตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจสอบความคิดและความรู้สึกของตนเอง ซึ่งสามารถดำเนินการโดยใช้แบบฟอร์มบันทึกความคิดที่ทำให้ทำหน้าที่ต่อไปไม่ได้เป็นการบันทึกเป็นประจำวัน ดังปรากฏในตารางที่ 5 (Stuart, 2005) ดังนี้

ตารางที่ 5 การบันทึกความคิดที่ผิดปกติ (Recording dysfunctional thought)

	ความคิดอัตโนมัติ	อารมณ์ที่	ความคิดใหม่	อารมณ์ที่เกิดขึ้น
	ที่เกิดขึ้นและ	เกิดขึ้นและ	ที่มีเหตุผลและ	ใหม่และให้ค่า
ว.ด.ป/ เหตุการณ์	ให้ค่าคะแนน	ให้ค่าคะแนน	ให้ค่าคะแนน	คะแนนความรู้สึก
	ความรู้สึกจาก	ความรู้สึกจาก	ความคิดนี้จาก	ที่เกิดขึ้นใหม่จาก
	0-100 คะแนน	0-100 คะแนน	0-100 คะแนน	0-100 คะแนน

เมื่อผู้ป่วยบันทึกตามแบบฟอร์มนี้ผู้ป่วยจะเข้าใจตนเองได้ดีขึ้นว่า ความคิด ความเชื่อของตนเองที่แสดงออกโดยความคิดอัตโนมัติจะเกิดผลกระทบต่ออารมณ์ตามมา ช่วยให้ผู้ป่วยเริ่มต้นยอมรับความสัมพันธ์ระหว่างความคิด การปรับตัวที่ไม่ดีทางด้านอารมณ์และพฤติกรรม

2. การใช้คำถามเพื่อหาหลักฐาน (Questioning the evidence) เป็นการใช้คำถามเพื่อหาหลักฐานสนับสนุนว่ามีหลักฐานอะไรที่ทำให้ความเชื่อคงอยู่ คำถามจะเกี่ยวข้องกับแหล่งที่มาของข้อมูลความคิดที่บิดเบือน การให้ผู้ป่วยหาหลักฐานอาจต้องให้ค้นหาจากเจ้าหน้าที่ ครอบครัวและแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ เพื่อแก้ไขความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วย คู่ความคิด ความเชื่อที่เป็นจริงและมีการแปลความหมายอย่างเหมาะสม

3. การตรวจสอบความคิดที่เปลี่ยนไป (Examining alternatives) ผู้ป่วยจำนวนมากมองตนเองว่า เป็นผู้ที่สูญเสียหมดทุกอย่าง ความคิดแบบนี้พบได้ในผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย การตรวจสอบความคิดที่เปลี่ยนแปลงจะเกี่ยวข้องกับการทำงานกับผู้ป่วยไปสู่การเผชิญปัญหาที่เข้มแข็ง

4. ความไม่ล้มเหลว (Decatastrophizing) เป็นเทคนิคที่เกี่ยวข้องกับการช่วยผู้ป่วยในการประเมินสถานการณ์ที่คิดว่าตนเองล้มเหลว หรือ โชคร้ายมากกว่าความเป็นจริง คำถามที่พยาบาลสามารถถาม ได้แก่ “สิ่งเลวร้ายที่สุดที่เกิดขึ้นกับคุณคืออะไร” “มันคงเป็นเรื่องร้ายแรงถ้าสิ่งนั้นเกิดจริง ๆ กับทุกคน” “คนอื่น ๆ เผชิญปัญหากับมันอย่างไร” เป้าหมายของการช่วยเหลือเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นผลที่ตามมาของการดำรงชีวิต เป็นเรื่องที่เกิดได้ทั่วไป ไม่ใช่เกิดกับผู้ป่วยคนเดียวหรือไม่เคยเกิดกับใครเลย ดังนั้นจึงเป็นความล้มเหลวหรือ โชคร้ายที่เกิดเพียงเล็กน้อย

5. การมองปัญหาในแง่มุมใหม่ (Reframing) เป็นกลวิธีในการเปลี่ยนการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อเหตุการณ์หรือพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับการเน้นประเด็นปัญหาหรือสนับสนุนให้ผู้ป่วยมองปัญหาในมุมมองใหม่ที่แตกต่างจากเดิม เช่น แนะนำมารดาที่ไปยุ่งเกี่ยวกับลูกมากเกินไปเป็นเพราะความรักลูกมาก มุมมองใหม่นี้ช่วยให้สถานการณ์ดีขึ้น

กลวิธีดังกล่าวเมื่อความคิดเปลี่ยนไปจะช่วยให้ความรู้สึกละเอียดและพฤติกรรมของคนในครอบครัวดีขึ้น เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมองในแง่มุมใหม่ที่เป็นเชิงบวกหรือการที่บุคคลตกงานไม่มีงานทำก็จะเกิดความเครียด รู้สึกตัวเองแย่ แต่ในขณะเดียวกันก็สามารถมองในมุมมองใหม่ว่ามีโอกาสที่ดีได้งานใหม่และมีเวลาพักผ่อนมากขึ้นในช่วงว่างงาน

6. วิเคราะห์ถึงผลประโยชน์ที่ได้รับ (Cost-benefit analysis) เน้นที่แรงจูงใจของผู้ป่วยที่ยอมรับความคิดความเชื่อด้านลบ เมื่อพบว่ามีความคิดความเชื่อด้านลบไม่เกิดประโยชน์มากกว่ามีประโยชน์ โดยให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักว่าหากคิดในด้านลบแล้วมีแต่โทษต่อร่างกายจิตใจ และการทำหน้าที่ในสังคม ยังคงเชื่อหรือคิดเช่นเดิมหรือไม่

เทคนิคทางพฤติกรรมบำบัด (Behavioral techniques) การรักษาโดยวิธีการ

ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ใช้เทคนิคทางพฤติกรรมบำบัด เป็นส่วนประกอบของการรักษาได้หลายอย่างตามความเหมาะสมตั้งแต่การจัดกิจกรรม (Scheduling activities) การให้ผู้ป่วยจัดกิจกรรมทุกอย่างทุกชั่วโมงหรือให้คะแนนความสามารถเอาชนะและความพึงพอใจ (Mastery and pleasure) โดยให้คะแนนจาก 0-10 เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมและความรู้สึกของตนเอง วิธีนี้มีประโยชน์มากต่อผู้ป่วยที่เริ่มต้นการรักษา และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าใจผิดว่าตนเองรู้สึกไม่ดีตลอดเวลา การแยกแยะว่าความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมที่ทำให้ความรู้สึกที่ดีขึ้นและเอาชนะได้มากขึ้น รวมถึงการแก้ไขความคิดที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย (Faulty cognitions) โดยผู้บำบัดอาจต้องมอบหมายการบ้าน (Home work) และแบบฝึกหัดให้ผู้ผู้ป่วยไปหัดแก้ไขตนเองในระหว่างนัดด้วย โดยมีหลักการว่าผู้ป่วยต้องลงมือทำจริง ๆ การฝึกในแต่ละครั้งต้องมีเวลานานพอ โดยทั่วไปให้ฝึกครั้งละ 1 ชั่วโมง และต้องทำซ้ำๆ อย่างต่อเนื่องทุกวัน หรือ อย่างน้อยวันเว้นวัน จนกว่าอาการจะหาย Graded task assignment หรือการให้ผู้ผู้ป่วยค่อยๆ ทำกิจกรรมโดยแบ่งเป็นขั้น ๆ จากง่ายไปสู่ยาก รวมทั้งการซ้ำซ้อมความคิด (Cognitive rehearsal) การฝึกฝนพฤติกรรมให้สามารถพึ่งตนเอง (Self reliance training) การซ้อมบทบาท (Role playing) เป็นต้น

ทักษะการใช้วิธีการปรับพฤติกรรม (Behavioral procedures) (Wright & Beck, 1995)

ประกอบด้วย ทักษะของการใช้วิธีการ 5 ประการ ดังนี้

1. การจัดตารางกิจกรรมประจำวัน เป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้นำหลักการไปปฏิบัติที่บ้าน ขั้นแรกต้องให้ผู้ผู้ป่วยกรอกกิจกรรมประจำวันตามปกติ เพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานก่อน แล้วจึงร่วมกำหนดตารางกิจกรรมใหม่เป็นการบ้านให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติ

2. การฝึกให้ผู้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองเป็นผู้จัดการกับปัญหา และรู้สึกเพลิดเพลินในการเรียนรู้ (Mastery and pleasure)

3. การฝึกแบ่งปัญหาให้เป็นปัญหาย่อย ๆ แก้ปัญหาจากง่ายไปยากตามลำดับขั้น (Grade task assignment)

4. การซ้ำซ้อมให้ผู้ผู้ป่วยพัฒนาความคิด (Cognitive rehearsal) เช่น

4.1 จากการมองในแง่ไม่ดีเป็นแง่ดีและถูกต้องตามความเป็นจริง

4.2 การฝึกการหยุดคิด (Thought stopping) ใช้ยางรัดข้อมือเวลาคิดบางอย่างที่ไม่ต้องการหรือไม่จำเป็นต้องคิด ใช้ยางติดจนรู้สึกเจ็บ เพื่อเตือนตนเองให้หยุดคิด

4.3 ฝึกให้คิดช้าลง (Thought delay) โดยคิดแยกแยะวิเคราะห์ตนเองและมองความคิดอย่างช้า ๆ และคิดให้มีความสุข

4.4 การฝึกทักษะทางสังคม (Social skill training) ให้สามารถมีความกล้าที่จะทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อตนเองได้อย่างเหมาะสมโดยใช้แบบตัวอย่าง (Modeling) และการแสดงบทบาทสมมติ การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่มีภาวะภาวะซึมเศร้าจะอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีปัญญานิยม โดยสิ่งที่ต่างกันอยู่ที่การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม จะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงทางความคิด เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในขณะที่การปรับพฤติกรรมนั้นจะเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยตรงจะมีการใช้เทคนิคการปรับความคิด ร่วมกับการปรับพฤติกรรมในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะในระยะแรกของการบำบัดจะมีการใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมเป็นส่วนใหญ่ในผู้รับการบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง ซึ่งจะมีพฤติกรรมเฉื่อยชา ไม่สนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ และแยกตัว และมีความคิดว่าตนเองไม่มีความสามารถในการทำสิ่งต่าง ๆ การใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสนใจ และใส่ใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น เป็นการดึงความสนใจของผู้รับการบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงไม่ให้มีความคิดหมกมุ่น และแยกตัว การใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้เห็นถึงความคิดอัตโนมัติในทางลบของตนเอง ลักษณะความคิดที่บิดเบือนซึ่งเป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดอาการ เฉื่อยชา ไม่มีความสนใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ซึ่งไม่ใช่เพราะว่าผู้รับการบำบัดไม่มีความสามารถในการทำสิ่งต่างๆ และเมื่อความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้รับการบำบัดลดลง ความคิดที่มีเหตุผลของผู้รับการบำบัดจะเพิ่มมากขึ้นการใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมก็จะลดลง และมีการใช้เทคนิคการปรับความคิดเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ในแต่ละขั้นตอนของการบำบัด การใช้เทคนิคการปรับความคิดและเทคนิคการปรับพฤติกรรมในระหว่างการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมจะขึ้นอยู่กับระดับของภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และปัญหาของผู้รับการบำบัดในขณะนั้น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อผู้บำบัดในการพิจารณาใช้เทคนิคดังกล่าว เทคนิคการปรับพฤติกรรมที่ใช้ในการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีอยู่ด้วยกันหลายเทคนิค ดังเช่น (Beck et al., 1979)

1. การจัดกิจกรรม (Scheduling activities) การจัดกิจกรรมจะทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มีแรงกระตุ้นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดอาการเฉื่อยชา หมกมุ่นกับความคิดในทางลบของตนเอง ลดความคิดที่ว่าไม่มีความสามารถในการทำสิ่งต่าง ๆ และเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดได้ประเมินศักยภาพของผู้รับการบำบัดตามความเป็นจริง โดยผู้รับการบำบัดและผู้บำบัดร่วมกันวางแผนในการจัดกิจกรรมที่จะทำในแต่ละวัน โดยเริ่มกิจกรรมที่ง่ายไปสู่กิจกรรมที่ยาก

เช่น อาจเริ่มโดยการทำงานบ้านง่าย ๆ เป็นต้น แล้วปฏิบัติตามแผนการจัดกิจกรรมนั้น การวางแผน การทำกิจกรรมจะทำให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกว่ามีสามารถในการจัดการกับเวลาของตนเอง หลังจากนั้นให้ผู้รับการบำบัดบันทึกกิจกรรมที่ทำได้จริงกับที่วางแผนไว้แล้วผู้รับการบำบัดแสดงความรู้สึก และความคิดเห็นในกิจกรรมที่ประสบความสำเร็จการจัดกิจกรรมสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีหลักการสำคัญที่ผู้บำบัดจะต้องให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึง ดังนี้ คือ

1.1 ไม่มีใครที่จะทำทุกสิ่งทุกอย่างได้ทั้งหมดตามแผนที่วางไว้ ดังนั้นไม่ควรเสียใจ หรือมีความรู้สึกที่ไม่ดีเมื่อไม่ได้ทำตามแผนที่วางไว้

1.2 การวางแผนการทำกิจกรรมเป็นการกำหนดว่าจะทำอะไรในแต่ละวันไม่ได้หมายถึงการทำให้สำเร็จในเวลาสั้น เพราะการทำให้เป็นผลสำเร็จขึ้นอยู่กับปัจจัยอย่างอื่นซึ่งเราไม่สามารถกำหนดหรือวางแผนได้ เช่น สภาพอากาศ สิ่งรบกวนอื่น ๆ รวมถึงภาวะสุขภาพ ร่างกายของผู้รับการบำบัดเอง การทำให้สำเร็จนั้นเป็นขั้นตอนที่สำคัญซึ่งจะกำหนดเป็นเป้าหมาย ในขั้นตอนต่อไปของการบำบัด

1.3 ใช้เวลาช่วงเย็นของแต่ละวันในการวางแผนการทำกิจกรรมหลักการดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้รับการบำบัดได้จัดกิจกรรมในการปฏิบัติในแต่ละวัน และการจัดกิจกรรมเป็นวิธีการที่จะช่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบจากการทำกิจกรรมดังกล่าว และทำให้ได้ข้อมูลต่างๆ จากการประเมินการทำกิจกรรมของผู้รับการบำบัด

2. การให้คะแนนความสำเร็จและความพึงพอใจในการทำกิจกรรม (Mastery and pleasure techniques) ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีความสนใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ แต่มีความพึงพอใจหรือมีความสนุกสนานเพลิดเพลินในการทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ทั้งนี้อาจมีสาเหตุได้หลายสาเหตุ แต่เหตุผลที่ได้รับจากผู้รับการบำบัดส่วนใหญ่คือการคิดว่าตนเองไม่สมควรจะมีความสนุกสนานหรือพึงพอใจเพราะไม่สามารถทำอะไรให้สำเร็จได้ การให้คะแนนความสำเร็จและความพึงพอใจในการทำกิจกรรมเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้รับการบำบัดมีอารมณ์ที่ดีขึ้น แม้ว่าจะเป็นการชั่วคราว เป็นการให้ผู้รับการบำบัดได้ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ และการทำกิจกรรมของตนเอง และเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้รับการบำบัดได้ตระหนักถึงความสำเร็จถึงแม้จะเป็นความสำเร็จเพียงเล็กน้อยในช่วงที่มีภาวะซึมเศร้าก็ถือว่าเป็นความสำเร็จและการมีความพึงพอใจในการทำกิจกรรมที่ตนเองทำจะช่วยให้รู้สึกดี สร้างความเชื่อมั่นในตนเอง และสร้างความรู้สึกที่ดี ซึ่งการให้คะแนนความสำเร็จและความพึงพอใจในการทำกิจกรรมสามารถทำได้โดยผู้บำบัดอธิบายถึงความหมายของความสำเร็จ และความพึงพอใจให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจ แล้วให้ผู้รับการบำบัดให้คะแนนความสำเร็จและความพึงพอใจต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ (Scheduling activities) ตามที่วางแผนไว้ โดยมีการให้คะแนนทั้งความสำเร็จ และความพึงพอใจ

แต่ละอย่างได้ตั้งแต่ 0 ถึง 5 คะแนน ในแต่ละกิจกรรม คะแนน 0 หมายถึงไม่มีความสำเร็จหรือความพึงพอใจเลย คะแนน 5 หมายถึง มีความสำเร็จหรือมีความพึงพอใจมากที่สุด การให้คะแนนได้ตั้งแต่ 0 ถึง 5 คะแนนเป็นการทำให้ผู้รับการบำบัดได้ตระหนักถึงความสำคัญของความสำเร็จเพียงบางส่วนหรือความพึงพอใจเพียงเล็กน้อย วิธีการนี้จะช่วยลดลักษณะของการคิดที่บิดเบือนแบบการคิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งในสองด้านที่ตรงกันข้ามกัน (All or nothing) ได้ หลังจากนั้นผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดร่วมกันพิจารณาถึงการให้คะแนนดังกล่าวว่าผู้รับการบำบัดมีความคิดอย่างไรต่อการให้คะแนนในการทำกิจกรรมเป็นการช่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบและลักษณะความคิดที่บิดเบือน

3. การมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอน (Graded task assignment) ในผู้รับการบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้ามักคิดว่าตนเองไม่มีความสามารถในการทำงานให้สำเร็จได้ เมื่อผู้รับการบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถทำกิจกรรมตามวางแผนไว้ได้ สามารถประเมินความสำเร็จและความพึงพอใจต่อกิจกรรมทำ ผู้รับการบำบัดจะมีความรู้สึกทางอารมณ์ดีขึ้นเนื่องจากภาวะซึมเศร้าลดลง มีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมที่ยากขึ้นแล้ว จึงใช้วิธีการการมอบหมายงานให้ผู้รับการบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้าทำเพื่อที่จะแสดงให้เห็นให้ผู้รับการบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้าได้เห็นว่าตนเองสามารถทำงานได้สำเร็จ การมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอนจะต้องมีการประเมินความสามารถของผู้รับการบำบัดก่อนแล้วจึงมอบหมายงานที่เหมาะสม มีการวางแผนในการทำงานร่วมกันระหว่างผู้รับการบำบัดและผู้บำบัด โดยเริ่มจากงานที่ง่ายไปสู่งานที่ยากและซับซ้อนขึ้นตามลำดับ ตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ สิ่งสำคัญในการมอบหมายงานให้ผู้รับการบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้าทำ คือ การให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ประเมินในสิ่งที่ตนเองได้แสดงความสามารถ และมองเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นว่าเป็นผลมาจากความพยายามของตนเอง และเป็นการประเมินความสำเร็จที่ตรงกับความเป็นจริง เพราะในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมองข้ามไม่เห็นความสามารถของตนเอง และจากการประสบความสำเร็จในงานที่ได้รับมอบหมายซ้ำ ๆ กันหลายครั้งจะทำให้ความรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถลดลงได้

ทักษะเฉพาะในการปรับโครงสร้างความคิดใหม่ (Cognitive restructuring)

Joyce (1996) และ Stuart (2005) ได้ศึกษาพบว่า ประกอบด้วย ทักษะย่อย 6 ประการ ดังนี้

1. การเกริ่นนำสู่การบำบัด (Socialization) เป็นการเกริ่นนำให้ผู้ป่วยเริ่มรู้จักการบำบัดในรูปแบบทางความคิด (Cognitive model) และเตรียมการให้ผู้ป่วยรู้ในเบื้องต้นว่าการรักษาจะดำเนินไปอย่างไร

2. การทำให้เป็นเรื่องธรรมดา (Normalization) เป็นการชี้ให้เห็นว่าอาการต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยมีนั้น อาจพบได้ในคนทั่วไปในบางสภาวะ

3. การชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและอารมณ์ (A-B-C technique) เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยวิเคราะห์สถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์แย่ลง

A คือ สถานการณ์ที่เป็นสิ่งกระตุ้น (Activating event)

B คือ ความเชื่อ หรือความคิด (Belief)

C คือ อารมณ์ที่เกิดขึ้นตามมา (Emotional consequences)

โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วย สามารถวิเคราะห์ได้ว่า มีความคิดอะไรที่เกิดขึ้น แล้วมีผลทำให้อารมณ์แย่ลง

4. การประเมินความคิดโดยอาศัยหลักฐาน (Evidence-counter evidence technique) เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยประเมินความคิดที่เกิดขึ้น โดยอาศัย หลักฐานต่างๆ ที่มาสนับสนุนหรือคัดค้านความคิดนั้น ๆ

5. การคิดเป็นแบบอื่น (Alternative technique) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพิจารณาว่าความคิดที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่าง ๆ นั้น ผู้ป่วยสามารถมีความคิดเป็นแบบอื่นได้หรือไม่

6. การลงมือกระทำเพื่อพิสูจน์ความคิด ความเชื่อ (Behavioral reattribution technique) เป็นการนำเทคนิคทางพฤติกรรมบำบัดมาใช้ โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดเดิมของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยลงมือกระทำเพื่อหาหลักฐานมาพิสูจน์ความคิด ความเชื่อนั้น ๆ

การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมีขั้นตอนในการบำบัด 4 ขั้นตอน ดังที่กล่าวมาแล้ว และมีการใช้เทคนิคการปรับความคิด และเทคนิคการปรับพฤติกรรมร่วมในการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ซึ่งเป็นขั้นตอนและเทคนิคการบำบัดที่จะทำให้อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าลดลงและการป้องกันการเกิดซ้ำของภาวะซึมเศร้า ซึ่งการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าทั้งในรูปแบบของการบำบัดรายบุคคล คู่สมรส ครอบครัว และกลุ่ม (Rush & Beck, 2000) และในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าแบบกลุ่มตามแนวคิดของ เบ็ค และคณะ (Beck et al., 1979) ทั้งนี้เนื่องจากการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มเป็นการบำบัดที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าได้เหมือนกับการบำบัดรายบุคคล (Hollon & Shaw, 1979; Koss & Scott cited in Thase & Wright, 1997; Scott & Stradling, Shaffer et al., Zettle et al. cited in Patelis-Siotis, 1999) ซึ่งการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมจะมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการบำบัดผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (Fennell, 1993; Gloaguen et al., 1998) นอกจากนี้การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมรายกลุ่มยังเป็นการบำบัดที่ประหยัดเมื่อประเมินความคุ้มค่าของการบำบัดในรูปประสิทธิผลเปรียบเทียบกับต้นทุน (Thase & Wright,

1997) และยังเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และ/ หรือวิตกกังวลในโรงพยาบาลทั่วไป (Rincon, Hoyos, & Badiel, 2003) และการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมรายกลุ่มเป็นการบำบัดที่มีโครงสร้าง วัตถุประสงค์ เป้าหมาย มีการกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจน และมีบทบาทผู้บำบัดเหมือนกับการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมรายบุคคล ขั้นตอน และเทคนิคต่างๆ ที่ใช้ในการบำบัดรายบุคคลสามารถนำมาใช้ในการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมรายกลุ่มได้ (Hollon & Shaw, 1979) นอกจากนี้ยังได้มีการศึกษาถึงประสิทธิภาพของการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมรายกลุ่มกับการใช้ยาต้านอารมณ์เศร้าต่อภาวะซึมเศร้าพบว่า การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าได้เท่ากับการรักษาด้วยยาต้านอารมณ์เศร้า (Covi & Lippman, Free et al. cited in Wright & Beck, 1999) และในการบำบัดแบบกลุ่มโดยทั่วไปเมื่อเปรียบเทียบกับการบำบัดรายบุคคลแล้ว การบำบัดรายกลุ่มมีจุดเด่น คือ การมีปฏิริยาตอบกลับระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกัน ในระหว่างการบำบัด ทำให้ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดได้สังเกตเห็น อารมณ์ จิตใจ พฤติกรรมที่แสดงออกต่อกันและกันของสมาชิกในกลุ่มซึ่งมีลักษณะที่หลากหลาย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้รับการบำบัดในการเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้รับการบำบัดด้วยกัน (Sadock & Sadock, 2000)

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Jennifer (2002) ได้ศึกษาผลของการบำบัดด้วยกระบวนการของประสบการณ์บำบัด (Experiential psychotherapy) กับการบำบัด โดยมีผู้รับการบำบัดเป็นศูนย์กลาง (Client-centered psychotherapy) โดยทำการทดลองในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 72 คน บำบัด 20 ครั้ง และติดตามผลการบำบัดในระยะยาว 18 เดือน ผลการให้การบำบัดแบบประสบการณ์ทำให้ไม่มีการกลับมาป่วยซ้ำของโรคซึมเศร้า คะแนนซึมเศร่าลดลงในระยะยาวที่ทำการเก็บข้อมูลการมาติดตามนัดในระยะเวลา 18 เดือน

ดอบสัน (Dobson, 1989) ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการบำบัดแบบ CBT ต่อภาวะซึมเศร้า จำนวน 28 คน ในปี ค.ศ 1976 ถึงปี ค.ศ 1987 พบว่า การบำบัดแบบ CBT มีประสิทธิภาพดีกว่าในการลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง และการบำบัดแบบ CBT มีประสิทธิภาพดีกว่าการรักษาด้วยยาต้านอารมณ์เศร้าและพฤติกรรมบำบัด จากการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการบำบัดแบบ CBT ต่อภาวะซึมเศร้า จำนวน 78 คน ในปี ค.ศ 1977 ถึงปี ค.ศ. 1996 ของโกลฎน และคณะ (Gloaguen et al., 1998) พบว่า การบำบัด

แบบ CBT มีประสิทธิภาพดีกว่าในการลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง และการบำบัดแบบ CBT มีประสิทธิภาพดีกว่าการได้รับยาต้านเศร้า การบำบัดปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และจิตบำบัดแบบวิเคราะห์ทฤษฎีทางจิต และจากการศึกษาติดตามผลการบำบัดในระยะ 1 ปี การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพดีกว่าการได้รับยาต้านอารมณ์เศร้าและการป้องกันการเกิดเป็นซ้ำ (Relapse)

บัตเลอร์ และเบ็ค (Butler & Beck, 2000) ศึกษาทบทวนงานการวิเคราะห์งานวิจัยจำนวน 14 คน ของเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการบำบัดแบบ CBT พบว่า การบำบัดแบบ CBT มีประสิทธิภาพดีกว่าในการลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT จะมีอัตราการกลับเป็นซ้ำต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับยาต้านอารมณ์เศร้าเมื่อติดตาม 1 ปี หลังจากสิ้นสุดการรักษา และจากการศึกษาผลลัพธ์ของการบำบัดภาวะซึมเศร้าแบบผสมผสาน ระหว่างรูปแบบ CBT แบบเป็นกลุ่มร่วมกับการใช้ยาต้านเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นเกย์ชาย พบว่า เป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเอาใจใส่ ความร่วมมือที่ดีในการรักษาและระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างเห็นได้ชัดหลังการบำบัดและระยะติดตามผล 1 ปี (Lee et al., 1999)

ไมลิก (Maisiak, 1996, p. 66) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบยี่ดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อสภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยโรคไขข้อ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีสภาวะทางจิตใจเปลี่ยนแปลงดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ลูตวิก (Ludwig, 2001, p. 328) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการบำบัดโดยผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลางสำหรับผู้ป่วยที่บุคลิกภาพผิดปกติ และการผสมผสานร่วมกับการรักษาโดยจิตเภสัชศาสตร์ พบว่า การบำบัดโดยผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลางสามารถช่วยผู้ป่วยดีขึ้นบางส่วน แต่สำหรับการรักษา ร่วมกับจิตเภสัชไม่สามารถช่วยให้เห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนได้

Watkins et al. (2011) ศึกษาผลการบำบัดโดยใช้โปรแกรม CBT ในผู้มีความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดและมีภาวะซึมเศร้าหลังการหยุดใช้สารมาแล้ว 2 สัปดาห์ มีการศึกษาแบบทดลองในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัด 299 คน ที่เป็นผู้มีความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด และพบมีภาวะซึมเศร้า คัดกรองจากใช้แบบประเมิน BDI-II คะแนนมากกว่า 17 ขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงสูง แยกเป็นกลุ่มทดลองใช้โปรแกรมบำบัด 12 Step ร่วมกับใช้ BRIGHT จำนวน 140 คน และกลุ่มควบคุมใช้โปรแกรมบำบัด 12 Step เพียงอย่างเดียว จากการประเมิน ติดตามใน 4 เดือนแรก พบว่า การบำบัดที่นำ BRIGHT มาปรับความคิดสามารถแก้ไขปัญหของผู้เข้ารับการบำบัดได้ตรงจุด หลังการติดตามที่ 3 เดือน และ 6 เดือน พบภาวะซึมเศร้าและการใช้สารเสพติดลดลงมากกว่าครึ่งหนึ่งของการบำบัดสารเสพติดเพียงอย่างเดียว ต่อมามีการศึกษาการเพิ่ม

ประสิทธิภาพให้ผู้บำบัดโดยเข้ารับการอบรมโปรแกรมบำบัด CBT ที่เพิ่ม Session บำบัดภาวะซึมเศร้าแบบกลุ่มเข้าไป พบว่า จำนวนผู้ให้การบำบัดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการทำกลุ่มคือ 2 คน และจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดไม่เกิน 10 (Hepner, Hunter, Paddock, Zhou & Watkins, 2011)

Hunter (2012) นำโปรแกรม CBT ของ Osilla มาศึกษาทดลอง RCT เพื่อติดตามผลการบำบัดแบบกลุ่มในผู้มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับการใช้สารเสพติด พบว่า เหมาะสม และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดได้สูงขึ้น เนื่องจากมีการเข้าไปทำความเข้าใจเกี่ยวกับ อารมณ์เศร้าและปรับที่ความคิดของตนเองให้รับรู้เข้าใจ ไม่เลือกการใช้สารเสพติด ส่งผลให้อารมณ์ เศร้าลดลง และยังลดการใช้สารเสพติดหลังการติดตามที่ 3 เดือน 6 เดือน

Gloaguen et al. (1998) การบำบัดทางปัญญา (Cognitive therapy) มีพื้นฐานความเชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเกิด จากการรับรู้ที่บิดเบือน ไม่ถูกต้อง เลือกสนใจแต่ในแง่ลบของเหตุการณ์และไม่เป็นความจริง วิธีการ คือ ช่วยให้บุคคลเข้าใจและค้นหาความคิดด้านลบ แล้วปรับเปลี่ยนการคิดไปอีกทางที่ยืดหยุ่นและเป็นทางบวก นอกจากนี้ยังพบว่า การบำบัดปัญญาสามารถลดภาวะซึมเศร้าและป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง

Viinamaki et al. (1998) มีการศึกษาพบว่า จิตบำบัดมีผลต่อ Serotonin metabolism จากการศึกษากลุ่มผู้ป่วย 2 ราย ไม่ได้ได้รับการรักษาด้วยจิตบำบัดหรือการรักษาอื่น ช่วงแรกพบว่า Serotonin uptake (การดูดกลับสารสื่อประสาทซีโร โดนินของเซลล์ประสาท) ลดลง ศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม จำนวน 10 คน ที่ได้รับการรักษาด้วยจิตบำบัดครบหนึ่งปี พบว่า กลุ่ม ไม่ได้รับจิตบำบัดยังคงมี Serotonin uptake ลดลงเหมือนเดิม ผู้ที่ได้รับจิตบำบัดมี Serotonin uptake ปกติ จากการศึกษาชี้แจงว่าจิตบำบัดสามารถทำให้ Serotonin metabolism กลับคืนสู่สภาวะปกติได้

Davis (n.d. อ้างถึงใน เบญจมาศ กาญจนวิโรจน์, 2539) แนวคิดมนุษยนิยมที่ให้ความสำคัญต่อบุคคลในฐานะที่เป็นมนุษย์ที่มีอิสระ มีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และมีศักยภาพในการพัฒนาตนเอง เอื้อให้บุคคลเกิดการพัฒนาความคิดรวบยอดเกี่ยวกับตนเอง เกิดความรู้สึกมั่นใจและภูมิใจในเอกลักษณ์ของตน บรรลุศักยภาพแห่งตน กล้าแสดงออกซึ่งความรับผิดชอบ และมีค่านิยมทางบวกในทางสร้างสรรค์ อันจะนำไปสู่ความงอกงามของบุคคลอย่างแท้จริง

เผด็จ หรั่งรอด (2538) ได้ศึกษาการเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล และเป็นกลุ่มที่มีต่อความวิตกกังวลในการดำรงชีวิตภายหลังพ้นโทษของผู้ต้องขังในทัณฑสถานบำบัดพิเศษบางเขน กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ต้องขังที่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

มีความวิตกกังวลในการดำรงชีวิตภายหลังพ้นโทษลดลง ผู้ต้องขังที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม มีความวิตกกังวลในการดำรงชีวิตภายหลังพ้นโทษลดลง ผู้ต้องขังที่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่มมีความวิตกกังวลในการดำรงชีวิตภายหลังพ้นโทษลดลงแตกต่างกัน

อัญชลี ฉัตรแก้ว (2546) เกี่ยวกับผลของการบำบัดแบบ CBT รายกลุ่มของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์ที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์หลังการบำบัดแบบ CBT สิ้นสุดและติดตามผลหลัง 2 สัปดาห์ น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมการบำบัดแบบ CBT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุทธนันท์ ชุนแจ่ม (2011) งานวิจัยในครั้งนี้เป็นการสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2517-2550 เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยและวิเคราะห์รายละเอียดผลวิจัยที่เกี่ยวกับ ภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลออนไลน์สืบค้นด้วยตนเอง และความร่วมมือจากเครือข่าย พบงานวิจัยทั้งหมด จำนวน 183 เรื่อง แบ่งเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ จำนวน 177 เรื่อง การวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 5 เรื่อง และการวิจัยผสมผสาน จำนวน 1 เรื่อง ผลการวิจัย มี 2 ประเด็นหลัก คือ 1) คุณลักษณะของงานวิจัย พบว่า ชนิดงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับมหาบัณฑิต ปี พ.ศ. ที่ตีพิมพ์มากที่สุด คือ พ.ศ. 2547-2550 แหล่งผลิตส่วนใหญ่มาจากทบวงมหาวิทยาลัย ประเภทการวิจัยเป็นการวิจัยพื้นฐาน งานวิจัยทั้งหมด มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิด ส่วนใหญ่สร้างจากจากการทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัยส่วนใหญ่ใช้ทฤษฎีทางจิตสังคมแบบการวิจัยส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบไม่ทดลอง ประชากรส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยทางกายโรคเรื้อรัง มีการใช้ Center for epidemiologic studies depression scale (CES-D), Beck depression inventory (BDI), Thai geriatric depression scale (TGDS) เป็นแบบสอบถามในการประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็นส่วนมาก 2) รายละเอียด ผลการวิจัยวิเคราะห์ตามการวิจัยเชิงปริมาณแบบไม่ทดลอง จำนวน 120 เรื่อง และแบบทดลอง/ แบบกึ่งทดลอง จำนวน 57 เรื่อง พบว่า การวิจัยแบบไม่ทดลองเป็นการศึกษาเกี่ยวกับความชุก และอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้า จำนวน 40 เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายภาวะซึมเศร้า จำนวน 58 เรื่อง และการพัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้า จำนวน 15 เรื่อง ส่วนการวิจัยแบบทดลอง/ แบบกึ่งทดลอง พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผลของการบำบัดทางด้านจิตสังคมที่มี หลากหลายรูปแบบ เช่น การให้คำปรึกษาทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลตามแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ เช่น Gestalt และ Roger เป็นต้น การบำบัดทางความคิด การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การทำสมาธิ และการผ่อนคลาย เป็นต้น จากการสำรวจงานวิจัยในครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า งานวิจัยที่ เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทยเป็นการศึกษาในผู้ป่วยทางกายเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น จึงควร

สนับสนุนให้มีการศึกษาในผู้ป่วยทางจิต หรือในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เช่น กลุ่มผู้ดูแล กลุ่มคนทำงาน เป็นต้น ให้เพิ่มมากขึ้นและสนับสนุนให้มีการวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ในด้านการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูให้มากขึ้น

ศิรินทร์ภูมิมาลา (2553) ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดมนุษยนิยมที่มีต่อการรับรู้คุณค่าและความผาสุกทางจิตใจของนักศึกษาระดับอุดมศึกษารูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงทดลอง ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง นักศึกษาที่เข้าร่วมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดมนุษยนิยมมีการรับรู้คุณค่าที่สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีความผาสุกทางจิตใจสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) หลังการทดลอง นักศึกษาที่เข้าร่วมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดมนุษยนิยมมีการรับรู้คุณค่าที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีความผาสุกทางจิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 3) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ แสดงว่า นักศึกษาที่เข้าร่วมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดมนุษยนิยมได้รับประสบการณ์และมีความรู้สึกนึกคิดที่เป็นไปตามขั้นตอนของการดำเนินกลุ่มสะท้อนให้เห็นได้จากบรรยากาศทางกายภาพ บรรยากาศของการอยู่ร่วมกันภายในกลุ่ม และสัมพันธภาพของสมาชิก นอกจากนี้ นักศึกษายังตระหนักได้ว่าตนเองมีการรับรู้คุณค่าที่ดี และมีความผาสุกทางจิตใจด้วย

ลัดดาวรรณ ณ ระนอง (2560) ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับนักเรียนในปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นปัญหาติดยาเสพติด ปัญหาเด็กติดเกม ปัญหาหนีเรียน ปัญหาประพฤติผิดทางเพศ ปัญหาลักขโมย และอื่น ๆ เมื่อครูแนะแนวหรือครูที่ปรึกษาเข้าไปช่วยเหลือ มักพบ เสมอว่าสาเหตุมาจากครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นการให้การปรึกษานักเรียนในปัจจุบันจึงควรให้ความสนใจและความสำคัญกับการให้การปรึกษาครอบครัวด้วย และผู้ทำหน้าที่ครูที่ปรึกษาสามารถให้การปรึกษาครอบครัว โดยใช้ ทฤษฎีการให้การปรึกษาครอบครัวที่เน้นระบบครอบครัวหรือทฤษฎีเชิงระบบของโบเวน และ ทฤษฎีการให้การปรึกษาครอบครัวที่เน้นประสบการณ์นิยมและมนุษยนิยม ด้วยจุดมุ่งหมายสำคัญของการปรึกษาครอบครัวก็เพื่อช่วยเหลือให้นักเรียนที่สามารถเกิดการเปลี่ยนแปลง เข้าใจตนเอง เรียนรู้ที่จะแก้ปัญหา มีความรู้สึกที่ดีต่อครอบครัว และดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวของนักเรียนได้อย่างมีความสุข

เสาวณี เตชะพัฒน์ (2553) เปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลางกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์หัดจนรบ้านบางแค ที่มีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ลงมา จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม

การเห็นคุณค่าในตนเอง ของผู้สูงอายุ และ โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎียึดบุคคล เป็นศูนย์กลาง ที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ สถิติที่ใช้ในการวิจัย คือ t -test แบบกลุ่ม ตัวอย่างที่ไม่อิสระต่อกัน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วม การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตาม ทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ผู้สูงอายุมีการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการกล้าเปิดเผย ตนเองด้านการเชื่อมั่นในตนเอง ด้านการยอมรับตนเองและผู้อื่น และด้านความต้องการ กระทำตน ให้เป็นประโยชน์ต่อสังคมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านการยอมรับ สถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกผิดหวัง ท้อแท้ใจเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สุริน ชุมสาย ณ อยุธยา (ม.ป.ป. อ้างถึงใน ทิศนา เขมมณี, 2550, หน้า 50-76) กล่าวว่าไว้ ว่า “ทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มมนุษยนิยม (Humanism) นักคิดกลุ่มมนุษยนิยม ให้ความสำคัญของการเป็นมนุษย์ และมองมนุษย์ว่ามีคุณค่า มีความดีงาม มีความสามารถ มีความต้องการ และมีแรงจูงใจภายในที่จะพัฒนาศักยภาพของตน หากบุคคลได้รับอิสรภาพและเสรีภาพ มนุษย์จะ พยายามพัฒนาตนเองไปสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ นักจิตวิทยาคนสำคัญในกลุ่มนี้ คือ มาสโลว์ (Maslow) รอเจอร์ส (Rogers) โคมส์ (Knowles) แฟร์ (Faure) อิลลิช (Illich) และนีล (Neil) “ทฤษฎี การเรียนรู้ของมาสโลว์” แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ของทฤษฎีนี้ คือ มนุษย์ทุกคนมีความต้องการ พื้นฐานตามธรรมชาติเป็นลำดับขั้น และต้องการที่จะรู้จักตนเองและพัฒนาตนเอง ทฤษฎีการเรียนรู้ ของรอเจอร์ แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ของทฤษฎีนี้ คือ มนุษย์สามารถพัฒนาตนเองได้ดีหากอยู่ใน สภาวะที่ผ่อนคลายและเป็นอิสระแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ของ โคมส์ เชื่อว่าความรู้สึกของผู้เรียน มีความสำคัญต่อการเรียนรู้มาก เพราะความรู้สึกและเจตคติของผู้เรียนมีอิทธิพลต่อกระบวนการ เรียนรู้ของผู้เรียน

ฉันทชาติคุณ วิรัตน์ชัชวราภ (2555) กล่าวว่า “นักคิดกลุ่มมนุษยนิยม ให้ความสำคัญ ของความเป็นมนุษย์และมองมนุษย์ว่ามีคุณค่า มีความดีงาม มีความสามารถ มีความต้องการ และมีแรงจูงใจภายในที่จะพัฒนาศักยภาพของตน หากบุคคลมีอิสรภาพและเสรีภาพ มนุษย์ จะพยายามพัฒนาตนเองไปสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์”

บริหารการศึกษา กลุ่มคอนทอง 52 (ม.ป.ป.) กล่าวว่า นักคิดกลุ่มมนุษยนิยมให้ ความสำคัญกับความเป็นมนุษย์ และมองมนุษย์ว่ามีคุณค่ามีความดีงาม มีความสามารถ มีความต้องการ นักจิตวิทยาคนสำคัญในกลุ่มนี้ คือ มาสโลว์, รอเจอร์ส, โคม, โนลส์ แฟร์, อิลลิช และนีล” ทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มมนุษยนิยม นักจิตวิทยาในกลุ่มนี้มีความเห็นตรงกัน ว่า เด็กควรได้รับความช่วยเหลือจากครูในทุกด้านไม่ใช่เฉพาะการได้รับความรู้หรือการมี ความเฉลียวฉลาดเพียงอย่างเดียว แต่ควรได้รับความช่วยเหลือให้รู้จักศึกษาและสำรวจเกี่ยวกับ

อารมณ์ความรู้สึก และทำความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด เจตคติ และจุดมุ่งหมายความต้องการของตนเอง หรืออาจกล่าวได้ว่านักเรียนควรจะได้รับความช่วยเหลือให้มีความเข้าใจในตนเองและมีจุดยืนเป็นของตนเองอย่างชัดเจนว่าตนเองมีความต้องการสิ่งใดแน่และมีจุดมุ่งหมายในชีวิตอย่างไร เพราะในปัจจุบันมีสิ่งที่จะต้องตัดสินใจเลือกมากมาย คนที่มีจุดยืนที่แน่นอนเท่านั้นจึงจะสามารถเลือกสิ่งที่มีความหมายและก่อให้เกิดความพึงพอใจให้กับตนเองให้ดีที่สุด

กัณฑ์ มนัสพล (2561) ศึกษาโปรแกรมการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมทางปัญญาที่ส่งผลต่อความทนทานทางจิตใจ และทดสอบผลการพัฒนาความทนทานทางจิตใจของนักเรียนมัธยมปลาย กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นมัธยมปลาย โรงเรียนเมืองพัทยา 11 จำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามความทนทานทางจิตใจ 48 ข้อ และโปรแกรมการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมทางปัญญาโดยมีแผนการทดลองแบบวัดซ้ำ เปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการทดสอบระหว่างกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า สามารถสร้างโปรแกรมการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมทางปัญญาที่ส่งผลในการพัฒนานาความทนทานทางจิตใจของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายได้ และผลการทดลองพบว่า โปรแกรมการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมทางปัญญาส่งผลต่อการพัฒนาความทนทานทางจิตใจอย่างมากด้วยค่าอิทธิพลของ Cohen ขนาดใหญ่ (Effect size 0.600) และการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความทนทานทางจิตใจ มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ในระยะติดตามผลการทดลอง

จารุวดี บุญขารมย์ (2541, หน้า 73) ซึ่งได้ศึกษาการเปรียบเทียบผลของกิจกรรมกลุ่มแบบยึดบุคคล เป็นศูนย์กลางที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้รับการสงเคราะห์ในสถานคุ้มครองและพัฒนาอาชีพ บ้านเกร็ดตระการ ที่กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มช่วยให้ผู้รับการสงเคราะห์ได้สำรวจตนเองและสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับตนเอง เข้าใจปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาต่าง ๆ เรียนรู้ที่จะนำความคิดหรือประสบการณ์ของกลุ่มไปปฏิบัติ เพื่อให้สามารถเข้าใจตนเอง มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง เห็นถึงความสามารถและคุณค่าในตนเองและยอมรับตนเอง ตลอดทั้งการได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน และการได้รับการยอมรับจากครอบครัว ผลจากการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ธัญรา เฝ้าแสนเมือง (2542, หน้า 111) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีของโรเจอร์สต่อการปรับตัวในการศึกษาภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่าง 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับคำปรึกษาแบบกลุ่ม

ตามทฤษฎีของโรเจอร์ส จะมีการปรับตัวในการศึกษาภาคปฏิบัติได้ดีกว่าก่อนที่ยังไม่ได้รับคำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีของโรเจอร์ และดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับคำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีของโรเจอร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ภัทร ลุสวัตต์ (2542, หน้า 87) ศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์สที่มีต่อการลดความวิตกกังวล อันเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์แรกในโรงพยาบาล ร้อยเอ็ด พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศศิธิยา ไชยสีหา (2543, หน้า 60) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบยี่ดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนหนองบัววิทยาคม อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมก้าวร้าว ในระหว่างการได้รับคำปรึกษาและหลังได้รับคำปรึกษาลดลงจากก่อนได้รับคำปรึกษาแบบยี่ดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

ปริษา เพ็ญสำอาง (2542) การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการของการใช้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มต่อภาวะความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่างที่ปรึกษาเป็นผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งมารับบริการรักษาอาการทางด้านร่างกาย ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลแม่สอด ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2542 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2543 และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้มีจำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 8 คน และกลุ่มควบคุม 8 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 2 ถึง 2.5 ชั่วโมง ติดต่อกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ควบคู่กับการได้รับการบริการตามปกติของโรงพยาบาล ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับเฉพาะการบริการตามปกติของโรงพยาบาลเท่านั้นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบวัดระดับภาวะความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของซิมมอนด์ แอนด์สแนซ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีหาค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดลองความแตกต่างของคะแนนด้วยสถิติ *t-test* ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเอดส์หลังได้รับการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มมีภาวะความวิตกกังวลและความซึมเศร้าน้อยกว่า ก่อนการได้รับการปรึกษาแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเอดส์กลุ่มทดลองหลังได้รับการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มมีภาวะความวิตกกังวลและความซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ป่วยเอดส์กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษานี้ แสดงว่าการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มจะมีประโยชน์ในการช่วยลดภาวะความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ได้ซึ่งมีส่วนช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ดีขึ้น

ศรีวิไล โมกขาว (2554) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมทางความคิด และเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยโรค

ซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอ่าวอุดม อำเภอสัตหีบ จัหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน จับคู่ตามคุณลักษณะที่คล้ายกัน ได้แก่ เพศ แผนการรักษาที่ได้รับ สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายแยกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คือ โปรแกรมบำบัดพฤติกรรมทางความคิด และ 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ของเบค (Beck depressive inventory) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมทางความคิด น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และกลุ่มทดลอง มีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากผลการวิจัยในครั้งนี้ควรมีการนำโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมทางความคิด ไปใช้ เป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ที่มีภาวะซึมเศราร่วม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการให้การพยาบาลผู้ป่วย

ประกายดาว โทสินธิติ (2546) ได้ทำการศึกษาเรื่องผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีของ Rogers ที่มีต่อพฤติกรรมกล้าแสดงออกและความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2545 จำนวน 20 คน โดยสุ่มอย่างง่ายเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีของ Rogers โดยใช้แบบทดสอบพฤติกรรมกล้าแสดงออก แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ แผนการดำเนินการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มและแบบประเมินผลการเข้าร่วมปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีของ Rogers มีพฤติกรรมกล้าแสดงออกและความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่าก่อนได้รับคำปรึกษาและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เบญจวรรณ สิงโตอ่อน (2548) ได้ทำการศึกษาเรื่องการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางตามแนวคิดของ Rogers เพื่อเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนชั้นปี 1 วิทยาลัยฟาร์อีสเทอร์น จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2547 วิทยาลัยฟาร์อีสเทอร์น จังหวัดเชียงใหม่ ภาคเรียนที่ 2 จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์ สมิท ฉบับผู้ใหญ และ โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางเป็นรายบุคคล ผลการวิจัยพบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองทั้งก่อนและหลังการรับบริการคำปรึกษาเป็นรายบุคคล นักศึกษามีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองหลังการเข้ารับบริการคำปรึกษา

เพิ่มขึ้นแตกต่างจากก่อนได้รับคำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 และเมื่อพิจารณาเป็นรายบุคคล พบว่า นักศึกษาทุกคนมีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นเช่นกัน

คาราวรรณ โรจนสุพจน์ (2544) ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ต่อภาวะวิตกกังวล-ซึมเศร้าของนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาสถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตอุเทนถวาย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง จำนวน 60 คน ใช้วิธีสุ่มอย่างแบบง่าย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน คือ กลุ่มทดลองจะได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที รวม 4 ครั้ง กลุ่มควบคุมเข้ากลุ่มกิจกรรมจากชั่วโมงแนะแนวของสถานศึกษาตามปกติ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที รวม 4 ครั้ง นักศึกษาแต่ละคนจะได้รับการประเมินภาวะวิตกกังวล-ซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองโดยแบบประเมินปัญหาสุขภาพ HRSR ของ Kasantikul et al. (1997) ซึ่งทดสอบความเชื่อมั่นของทั้งฉบับได้ค่า 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยการทดสอบค่า *t*-test ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองนักศึกษาในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะวิตกกังวล-ซึมเศร่าลดลง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นักศึกษาในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะวิตกกังวล-ซึมเศร้า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบทั้งสองกลุ่ม พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะวิตกกังวล-ซึมเศร้าของนักศึกษาในกลุ่มทดลองน้อยกว่าในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เพ็ญสุดา ไชยเมือง (2554) ศึกษาผลการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิด สัมพันธภาพระหว่างบุคคล สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และมีปัญหา สัมพันธภาพระหว่างบุคคลด้านใดด้านหนึ่ง คือ 1) อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของบุคคลอื่น เป็นที่รัก 2) ความขัดแย้งกับบุคคลที่สำคัญ 3) การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม 4) การบกพร่อง สัมพันธภาพ โดยใช้แบบสอบถามประเมินปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Thai interpersonal questionnaire) ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ระหว่างวันที่ 14 พฤษภาคม-18 สิงหาคม พ.ศ. 2553 โปรแกรมการให้คำปรึกษาครั้งนี้อิงจาก Interpersonal counseling ของ Judd, Weissman, Davis, Hodgins and Piterman (2004) ซึ่งเป็นรูปแบบที่พัฒนาจาก Interpersonal psychotherapy มีกรอบแนวคิดจากการผสมผสานทฤษฎีความผูกพัน ทฤษฎีการสื่อสารและทฤษฎีสังคม การดำเนินการมี 4 ระยะ ได้แก่ ระยะเริ่มต้น ระยะระบุปัญหา ระยะดำเนินการแก้ปัญหาและระยะสิ้นสุดจำนวน 6 ครั้ง ทุกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 30-45 นาทีประเมินผลก่อน-หลังโดยติดตามหลังการบำบัดอีก 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลคือแบบประเมินภาวะซึมเศร้า HRSD-17 ผลของการศึกษา พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่ผ่านการบำบัด จำนวน 15 คน ในกระบวนการให้คำปรึกษา มีการพัฒนาในด้านการปรับตัวและสร้างสัมพันธภาพในรูปแบบใหม่

มีการถ่ายทอด ความรู้สึกได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและสังคมจากคนรอบข้าง มีการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น มีรูปแบบวิธีการสื่อสารใหม่ที่มีประสิทธิภาพและยอมรับบทบาททางสังคม การปรับตัวดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและอาการซึมเศร้า (Depressive symptom) ลดลง ในช่วงหลังการบำบัดและหลังการติดตามผล 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์

รุ่งรัตน์ สายทอง (2557) การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ศึกษาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy; CBT) รายบุคคลแบบผู้ป่วยนอก ณ คลินิกยาเสพติด โรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ที่ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2556 ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2557 โดยนำร่องการใช้โปรแกรมบำบัดของ Osilla (2009) มุ่งเน้นการปรับความคิดของบุคคล เสริมทักษะการเผชิญกับปัญหาปรับพฤติกรรม ป้องกันตนเองให้ช่วยลดภาวะซึมเศร้าและลดการใช้สารเสพติดพร้อมกันในครั้งเดียว เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน คือ แบบคัดกรองและวัดระดับภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (PHQ9) จากนั้นบำบัดตามหลัก CBT 6 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ 2) การเชื่อมโยงความคิดอารมณ์และการใช้สารเสพติดที่มีความสัมพันธ์กัน 3) ตรวจสอบและเลือก ปรับเปลี่ยนความคิดช่วยลดอารมณ์เศร้า 4) ฝึกทักษะการหยุดความคิดควบคุมอารมณ์ปรับพฤติกรรมไม่เสพยา 5) ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าและควบคุมการกลับไปใช้สารเสพติด 6) การใช้ความคิดที่มีประโยชน์ช่วยเตือนและควบคุมอารมณ์อยากเสพยาในชีวิตประจำวันได้ต่อเนื่องบำบัด 6 ครั้ง ติดต่อกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง วัดคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อน-หลังการบำบัด และติดตามผล 2, 4 และ 6 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป เพื่อวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ร้อยละและสังเคราะห์เนื้อหาผลของการบำบัดรายบุคคล ผลการศึกษาในผู้ที่ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 6 คน มีอายุระหว่าง 19-48 ปี ก่อนบำบัดมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 2 คน ระดับปานกลาง 4 คน เป็นเพศชาย 4 คน เพศหญิง 2 คน ทุกคนมีความคิดด้านรับรู้ตนเองที่ไม่ดีแต่หลังจากบำบัดด้วย CBT และติดตาม 2, 4 และ 6 สัปดาห์ ทุกคนมีคะแนนภาวะซึมเศร่าลดลงจนอยู่ในระดับปกติ ไม่กลับไปใช้สารเสพติดระหว่างการบำบัดและติดตามทุกคนให้ความร่วมมือไม่ออกจากโปรแกรมก่อนกำหนด และมีความพึงพอใจที่เข้าร่วมโครงการ

ปนัดดา พิทยาภรณ์ (2011) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วย 3 ระยะ คือ 1) ก่อนได้รับการให้ คำปรึกษาและเมื่อสิ้นสุดการให้คำปรึกษา 2) ก่อนได้รับการให้คำปรึกษาและภายหลังการผ่าตัด 3 วัน และ 3) เมื่อสิ้นสุดการให้คำปรึกษาและภายหลังการผ่าตัด 3 วัน และเพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วย กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการให้คำปรึกษา

เมื่อสิ้นสุดการให้คำปรึกษาและภายหลังการผ่าตัด 3 วัน ดำเนินการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยโรคหัวใจ และหลอดเลือด จำนวน 12 ราย ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือนเมษายน-กรกฎาคม พ.ศ. 2553 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบวัดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ ที่ผู้วิจัยแปลและพัฒนา มาจาก Cardiac anxiety questionnaire (CAQ) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ 2) โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคล ซึ่งประกอบด้วย การให้คำปรึกษา จำนวน 5 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า เมื่อสิ้นสุดการให้คำปรึกษา และภายหลัง การผ่าตัด 3 วัน กลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของระดับความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมทั้งหลังสิ้นสุดการให้คำปรึกษา และภายหลังการผ่าตัด 3 วัน

สุภลักษณ์ ดรุษย์ธร (2554) ศึกษาผลของการให้การปรึกษารายบุคคลที่มีผลต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรที่เจ็บป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ โดยให้การปรึกษาแบบภาวนานิยมรายบุคคลกับมารดา 5 คน ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่ได้รับการให้การปรึกษารายบุคคลมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พิรพนธ์ ลีอนุชวณิชชัย (2549) จิตบำบัดและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy) เป็นจิตบำบัด ระยะสั้น ที่มุ่งให้ความสนใจและแก้ไขประเด็นปัญหาสำคัญของ ผู้รับบริการ (Focus psychotherapy) ซึ่งเป็นปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในปัจจุบันด้านหนึ่งใน 4 ด้านที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า ประกอบไปด้วย 1) ความรู้สึกเศร้าเสียใจจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Grief or bereavement) 2) ความขัดแย้งกับบุคคลที่สำคัญในชีวิต (Interpersonal role disputes) 3) การเปลี่ยนผ่านบทบาท ทางสังคม (Role transitions) และ 4) การขาดสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Interpersonal deficits) โดยใช้วิธีการเชื่อมโยงความเกี่ยวข้องระหว่างปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในปัจจุบันกับอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น และเมื่อแก้ไขปัญหาลักษณะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นได้ อาการซึมเศร้าก็จะดีขึ้น

ศรีพรหม กาสกุล (2558) การให้ยาแก้ซึมเศร้าได้ผลเท่ากับการทำจิตบำบัด บางการศึกษาพบว่า การให้ยาแก้ซึมเศร้า ร่วมกับการทำจิตบำบัด ได้ผลดีกว่าการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง เพียงอย่างเดียว หรือในรายที่มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย การรักษาด้วยทางเลือกอื่น เช่น การออกกำลังกาย การนวดแผนไทย ช่วยรักษาอาการซึมเศร้าได้ การพิจารณาการรักษาอาจต้องพิจารณา ถึงสาเหตุ ระดับและความรุนแรงของอาการซึมเศร้า หรือพิจารณาถึงความแตกต่างของบุคคลทั้งเพศ ภาวะอายุ หรือข้อจำกัดต่าง ๆ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการแก้ อาการซึมเศร้า

นิสรา คำมณี (2559) ศึกษาการพัฒนาการบูรณาการการปรึกษากลุ่มแบบพหุทฤษฎี ระหว่างทฤษฎีอัตถิภาวะนิยม และทฤษฎีเผชิญความจริง เพื่อเสริมสร้างเหตุผลเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิง การวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา โดยมีรูปแบบดังนี้ R1 ศึกษาเอกสารงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษากลุ่มบูรณาการพหุทฤษฎีและเหตุผลเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ของผู้ต้องขังหญิง D1 สร้างและตรวจสอบรูปแบบการปรึกษากลุ่มบูรณาการพหุทฤษฎี ต่อเหตุผลเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ R2 ทดลองใช้กับผู้ต้องขังหญิง จำนวน 5 ครั้ง D2 ศึกษาผลของโปรแกรมการปรึกษากลุ่มบูรณาการ พหุทฤษฎี จากนั้นทำการรับรองรูปแบบการปรึกษากลุ่มบูรณาการพหุทฤษฎี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ต้องขังหญิงที่มีคดีต้องโทษ 10 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในทัณฑสถานหญิงชลบุรี ที่มีคะแนนแบบวัดเหตุผล เพื่อการดำรงชีวิตอยู่ ในระดับต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 จากนั้นให้ทำแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ของกรมสุขภาพจิต และคัดเลือกเฉพาะผู้ที่ได้คะแนน 8Q เท่ากับ 0 และได้สอบถามความสมัครใจเพื่อเข้าร่วมโปรแกรม ได้จำนวน 22 คน สุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 11 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 11 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบวัดเหตุผลเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) และโปรแกรมการปรึกษากลุ่มบูรณาการพหุทฤษฎี ระหว่างทฤษฎีอัตถิภาวะนิยมและทฤษฎีเผชิญความจริง การทดลองแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรึกษากลุ่มบูรณาการพหุทฤษฎี สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวน 6 สัปดาห์ รวมเป็น 17 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที และกลุ่มควบคุม ไม่ได้รับโปรแกรมการปรึกษากลุ่มบูรณาการพหุทฤษฎี ผลการวิจัย พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ต้องขังหญิงที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษากลุ่มบูรณาการพหุทฤษฎีมีเหตุผลเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ต้องขังหญิงที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษากลุ่มบูรณาการ พหุทฤษฎีมีเหตุผลเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าในระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขวัญใจ นามชื่อ (2549) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (BDI-IA) แปล โดย มุกดา ศรีรงค์ พบว่า ผลของภาวะซึมเศร้า หลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ

กุลวดี ดนะทิพย์ (2558) ศึกษาผลการปรึกษากลุ่มทฤษฎีปัญญานิยมต่อการติดการใช้งานเฟชบุ๊ก ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 10 คน ที่มีคะแนน การติดการใช้งานเฟชบุ๊กสูงกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ขึ้นไป และ

สมัครใจเข้าร่วมการทดลอง โดยประเมินจากแบบวัดการติดการใช้งานเฟซบุ๊กที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างได้รับการปรึกษากลุ่มทฤษฎีปัญญาานิยมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบวัดการติดการใช้งานเฟซบุ๊ก และโปรแกรมการให้การปรึกษากลุ่มทฤษฎีปัญญาานิยม จำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 50-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ผู้วิจัยประเมินการติดการใช้งานเฟซบุ๊กใน ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลการทดลองผลการวิจัยปรากฏว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่ได้รับการปรึกษากลุ่มทฤษฎีปัญญาานิยม มีการติดการใช้งานเฟซบุ๊ก ในระยะหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และนักเรียน มัธยมศึกษาตอนปลายที่ได้รับการปรึกษากลุ่มทฤษฎีปัญญาานิยมมีการติดการใช้งาน เฟซบุ๊กใน ระยะติดตามผลน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการรักษารายบุคคลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยมีกลุ่มทดลอง 3 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม กลุ่มทดลอง ประกอบไปด้วย

1. โปรแกรมการรักษารายบุคคลแบบพหุทฤษฎี (Multitheoretical psychotherapy: MTP)
2. โปรแกรมการรักษารายบุคคลแบบทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive psychotherapy: CT)
3. โปรแกรมการรักษารายบุคคลแบบทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม Experiential-humanistic: EXP)

กลุ่มควบคุมใช้โปรแกรมการรักษารายบุคคลแบบปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral psychotherapy: CBT)

วัตถุประสงค์ 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยมีวิธีดำเนินการตามหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การดำเนินการวิจัย
4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
5. วิธีการดำเนินการทดลอง
6. การเก็บรวบรวมข้อมูล
7. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า Major depressive disorder (F32) ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ ICD-10 เข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ในช่วงเดือน มกราคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2561

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ การเลือกหน่วยตัวอย่างแบบสุ่ม (Random selection) โดยคัดกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้ทั้งหมดจำนวน 48 คน การจัดหน่วยตัวอย่างเข้ากลุ่ม (Random assignment) ได้จำนวน กลุ่มละ 12 คน จำนวน 4 กลุ่ม

และการเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแบบสุ่ม (Random treatment) ทำการแบ่งกลุ่มด้วยการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 3 กลุ่ม กลุ่มละ 12 คน และกลุ่มควบคุม 12 คน ดังนี้

กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับโปรแกรมบูรณาการการปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญา
นิยมร่วมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม (Multitheoretical psychotherapy: MTP)

กลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับโปรแกรมการปรึกษาแบบปัญญานิยม (Cognitive psychotherapy:
CT)

กลุ่มทดลองที่ 3 ได้รับโปรแกรมการปรึกษาแบบประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม (Experiential-
humanistic: EXP)

กลุ่มควบคุม ได้รับโปรแกรมการปรึกษาแบบปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive
behavioral psychotherapy: CBT)

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัย ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10 จาก
จิตแพทย์ ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (F32) ที่มารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช
สระแก้วราชชนครินทร์ ทั้งเพศชาย และหญิง
2. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย
3. มีอายุระหว่าง 20-60 ปี
4. ไม่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย 8Q
5. ไม่มีอาการหลงผิด ไม่มีอาการประสาทหลอน ไม่สามารถติดต่อสื่อสารทางจิตกับ
ผู้อื่นได้ ไม่มีพยาธิสภาพทางกายหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ประเมินด้วยแบบประเมินอาการ
ทางจิต
6. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ค่าคะแนน MMSE มากกว่า 24 คะแนน
7. มีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้า วัดโดยแบบวัดภาวะซึมเศร้าของเบค Beck depression
inventory (BDI) ได้ค่าคะแนนอยู่ระดับ 21-30 คะแนน อยู่ในภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
8. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยทั้งการพูด และเขียนได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

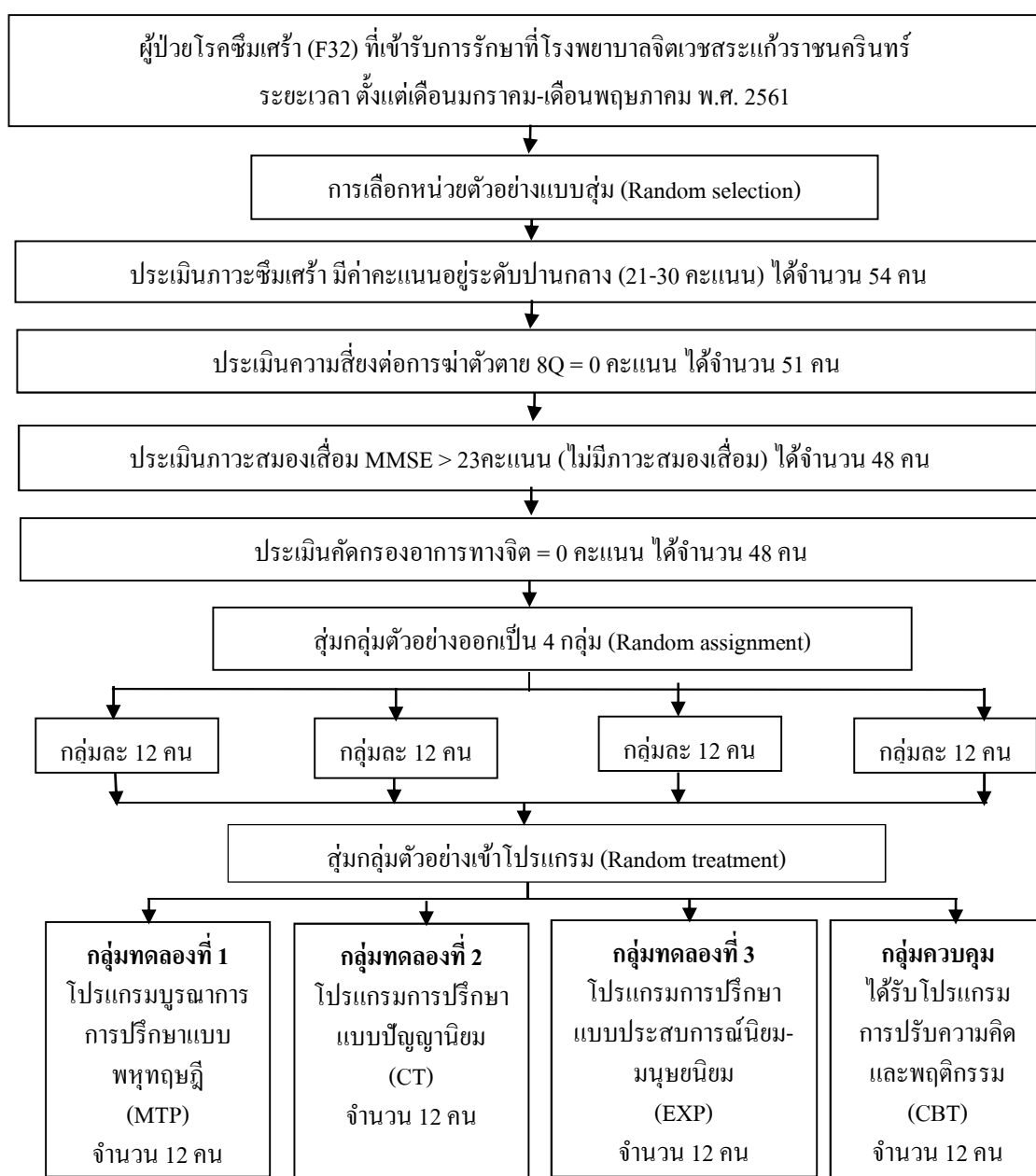
1. ไม่สมัครใจทำกิจกรรมการบำบัดต่อ
2. มีความคิดอยากทำร้ายตัวเอง อยากฆ่าตัวตาย
3. เจ็บป่วยด้วยโรคทางกายไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมต่อเนื่องได้

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้กำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการคำนวณ Power analysis โดยกำหนด

ค่าอำนาจในการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 และขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .50 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับกลางเพื่อลดการเกิด Type I และ Type II error (Burns & Grove, 2005) และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยเปิดตาราง Statistical power table (Repeated anova) ของ Kraemer and Theimann (1987 cited in Burns & Grove, 2005) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 10 รายต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัย จึงได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 12 คน (คิด 20 เปอร์เซ็นต์) รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นได้ 48 คน

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง



ภาพที่ 14 ลำดับขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck depression inventory (BDI-IA))

ฉบับภาษาไทย แปลโดย มุกดา ศรียงค์

1.2 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย Mini-mental state examination:

Thai version (MMSE-Thai 2002) ของกรมสุขภาพจิต

1.3 แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ของกรมสุขภาพจิต

1.4 แบบคัดกรองโรคจิต ของกรมสุขภาพจิต

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck depression inventory (BDI-IA))

ฉบับภาษาไทย แปลโดย มุกดา ศรียงค์

2.2 มาตรวัดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล SUDs (Subjective unit of distress)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

3.1 โปรแกรมการปรึกษานูรณาการปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยม

ร่วมกับทฤษฎีประสบการณ์-มนุษย์นิยม

3.2 โปรแกรมการปรึกษาตามทฤษฎีปัญญานิยม

3.3 โปรแกรมการปรึกษาตามทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษย์นิยม

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck depression inventory) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นโดย เบ็ค (Beck, 2007) มีความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.86 ลักษณะแบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบ เพื่อค้นหาอาการที่มีในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้บำบัดจะให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินนี้ 3 ครั้ง คือ ในช่วงทำการคัดเลือกผู้ป่วยก่อนเข้ารับการบำบัด จบการบำบัดครั้งที่ 9 และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ให้ผู้ป่วยเป็นคนตอบเอง ข้อคำถามแบบประเมินนี้ ประกอบด้วย ข้อความ 21 ข้อ ในแต่ละข้อจะมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 โดยเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ 15 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1-14 และข้อที่ 20 และเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางกายอีก 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 15-19 และ ข้อที่ 21 ซึ่งเป็นอารมณ์ซึมเศร้า การมองโลกในแง่ร้าย ความรู้สึกล้มเหลว การขาดความพึงพอใจ ความรู้สึกกังวล ความรู้สึกลงโทษตนเอง ความผิดหวังในตนเอง การรู้สึกว่าตนเองมีความผิด ความคิดฆ่าตัวตาย ร้องไห้ ความหงุดหงิดรำคาญใจ การปลีกตัวออกจากสังคม การไม่กล้าตัดสินใจ ความรู้สึกว่าร่างกายเปลี่ยนแปลง การทำงานถดถอย การนอนไม่ค่อยหลับ ความอ่อนล้า การเบื่อ

อาหาร น้ำหนักลด ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ ความสนใจทางเพศ ซึ่ง Beck จะแบ่งระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ออกเป็น 6 ระดับ ดังนี้ (Beck, 2007)

คะแนนรวม	ระดับอาการซึมเศร้า
0-10	อยู่ในเกณฑ์ปกติ (Normal)
11-16	อารมณ์แปรปรวนไปเล็กน้อย (Mild mood disturbance)
17-20	เข้าข่ายมีอาการซึมเศร้าในทางคลินิก (Borderline clinical depression)
21-30	มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง (Moderate depression)
31-40	มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง (Severe depression)
41-63	มีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรงมาก (Extreme depression)

ถ้าหากได้คะแนนรวมตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป แสดงว่าบุคคลนั้นต้องได้รับการบำบัดรักษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การประเมินก่อนการบำบัดและหลังการบำบัดใช้แบบประเมินเดียวกัน โดยการประเมินให้ตัวผู้ป่วยประเมินด้วยตนเอง

เครื่องมือประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า

กรุณาขีดเครื่องหมาย \surd ข้อที่ตรงกับท่าน หรือใกล้เคียงมากที่สุด ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

5) (). ฉันไม่รู้สึกรู้สึกซึมเศร้า

- (). ฉันรู้สึกซึมเศร้าเป็นบางช่วง
- (). ฉันรู้สึกซึมเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้
- (). ฉันรู้สึกซึมเศร้าจนทนต่อไปไม่ได้แล้ว

.

.

รวมคะแนน.....

2) แบบวัด SUDs (Subjective unit of distress) ของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้ว

ราชนครินทร์ มีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า (Rating scale)

มีระดับความเครียดตามการรับรู้ของบุคคลมีระดับให้เลือกตั้งแต่ 0-10 ให้เลือกระดับของอุณหภูมิความทุกข์ใจความเครียดก่อนและหลังการบำบัด

จงเขียนเครื่องหมาย \surd ในระดับคะแนนที่ตรงกับความเครียดของท่าน

10	=	รู้สึกไม่สบายสูงสุดที่คุณเคยรู้สึก
9	=	กังวลมาก เป็นทุกข์มาก
8	=	กังวลมาก/ เป็นทุกข์ ไม่สามารถมีสมาธิ
7	=	ค่อนข้างกังวล/ สมรรถนะการตัดสินใจลดลง
6	=	
5	=	ความวิตกกังวล/ ความเครียด/ อึดอัด แต่สามารถดำเนินการต่อได้
4	=	
3	=	ความวิตกกังวล/ ความทุกข์ทรมานเล็กน้อยไม่รบกวนการทำงาน
2	=	ความวิตกกังวล/ ความวิตกกังวลน้อยที่สุด
1	=	ตื่นตัวและตื่นตัวมุ่งความสนใจได้ดี
0	=	ผ่อนคลาย

ภาพที่ 15 มาตรวัดความเครียดตามความรู้สึกของบุคคล

3) แบบวัด Mini-mental state examination (MMSE) เป็นแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย Mini-mental state examination: Thai version (MMSE-Thai 2002) เป็นแบบทดสอบที่กรมสุขภาพจิตใช้คัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะความพิการทางสมองของคณะกรรมการจัดทำ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2543) จาก MMSE ต้นฉบับที่สร้างโดย Folstein, Folstein and McHugh (1975) เป็นการทดสอบความสามารถของผู้ถูกทดสอบ ประกอบด้วย 11 กิจกรรม ได้แก่ การตอบคำถามเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ การจดจำ ชื่อ ความ การคิดคำนวณ การเขียน และการปฏิบัติตามคำสั่ง การให้คะแนนในแต่ละกิจกรรมจะแตกต่างกันออกไปตามความยากง่าย คะแนนความสามารถ ในการทำแบบทดสอบนี้สัมพันธ์กับพื้นฐานความรู้ คะแนนเต็มของแบบทดสอบจึงมีค่าไม่เท่ากัน เมื่อใช้ทดสอบบุคคลที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน เกณฑ์การให้คะแนน

ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนนเต็มเท่ากับ 23 คะแนน

หากได้คะแนนน้อยกว่า หรือเท่ากับ 14 คะแนน แสดงว่า มีภาวะความพิการทางสมอง

ผู้ที่เรียนระดับประถมศึกษา คะแนนเต็มเท่ากับ 30 คะแนน

หากได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน แสดงว่า มีภาวะสมองเสื่อม

4) แบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8Q ของกรมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิตสร้างขึ้นมา มีความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.84 (กรมสุขภาพจิต, 2556)

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)

ลำดับที่	คำถาม ในเดือนที่ผ่านมาวันนี้	ไม่มี	ใช่
1	คิดอยากตาย หรือ คิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2	อยากทำร้ายตัวเอง หรือ ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3	คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ให้ถามต่อ) ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้น ได้หรือไม่ หรือบอกใหม่ว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้	0	6
		ได้	ไม่ได้
4	มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5	ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเอง หรือ เตรียมการจะฆ่าตัวตาย โดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริง ๆ	0	9
6	ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บ แต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	0	4
7	ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวัง/ ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10
8	ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4
รวมคะแนน			
รวม			

หมายเหตุ ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ควรได้รับการบำบัดรักษา และดูแลตามระดับความรุนแรง ซึ่งแบ่งได้ ดังนี้

คะแนน 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน

คะแนน 1-8 คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับน้อย

คะแนน 9-16 คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับปานกลาง

คะแนน ≥ 17 คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับรุนแรง

ภาพที่ 16 แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ของกรมสุขภาพจิต

5) แบบประเมินคัดกรองโรคจิต ของกรมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิตสร้างขึ้นมา มีความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.88 (กรมสุขภาพจิต, 2556)

แบบคัดกรองโรคจิต

อาการที่พบเห็น	จากสัมภาษณ์ญาติ	
	ไม่มี (0)	มี (1)
1. พุดเพื่อเจ้อ		
2. แต่งกายที่มีลักษณะแปลก ไม่เหมาะสม		
3. ก้าวร้าว วุ่นวาย ทำร้ายผู้อื่น		
4. แยกตัวเองออกจากสังคม ไม่สูงถึงกับใคร		
5. หวาดระแวง โดยไม่มีเหตุผล		
6. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา		
7. หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน		
8. มีพฤติกรรมอื่น ๆ ที่ผิดปกติจากคนทั่วไป		
คะแนนรวม		

อาการที่พบเห็น	จากสัมภาษณ์ผู้ป่วย	
	ไม่มี (0)	มี (1)
1. หวาดระแวง โดยไม่มีเหตุผล		
2. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา		
3. หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน		
คะแนนรวม		

ภาพที่ 17 แบบประเมินคัดกรองโรคจิต ของกรมสุขภาพจิต

คู่มือการใช้แบบคัดกรองโรคจิต

โรคจิต หรือตามความเข้าใจของชาวบ้านว่า ผีบ้า บ้า ภายใน 1 เดือน จนถึงปัจจุบัน มีอาการเหล่านี้หรือไม่ (มีอาการอย่างน้อย 6 เดือน และอาการที่เกิดขึ้นต้องมีอาการติดต่อกัน 1 เดือน)

1. พุดเพื่อเจ้อ หมายถึง ลักษณะการพุดที่ผิดปกติข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- 1.1 พุดคนเดียวไปเรื่อย ๆ
- 1.2 เปลี่ยนเรื่องพุดไปเรื่อย ๆ เนื้อหาไม่สัมพันธ์กัน
- 1.3 พุดมากหรือพุดเร็วกว่าปกติ
2. แต่งตัวที่มีลักษณะแปลกไม่เหมาะสม ได้แก่ ความผิดปกติของการแต่งกายข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
 - 2.1 สวมเสื้อผ้าที่สกปรกโดยไม่ยอมเปลี่ยนหรือเปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่วันละหลาย ๆ ครั้ง
 - 2.2 ไม่สนใจความสะอาดของร่างกาย เช่น ไม่อาบน้ำ หนวดเครา หรือผมเผ้ารุงรังสกปรก มีคราบไคลตามตัว หรืออาบนํ้าบ่อย ๆ
 - 2.3 แก้วน้ำในที่สาธารณะ
 - 2.4 ใส่เสื้อผ้าสีฉูดฉาด และแต่งตัวด้วยเครื่องประดับมากกว่าเดิมจนผิดกาลเทศะ เช่น แต่งชุดลเกซิ่งไม่ใช้งานเทศกาลต่าง ๆ
3. ก้าวร้าว วุ่นวาย ทำร้ายผู้อื่น ได้แก่ การอาละวาด ทำลายข้าวของ ทำร้ายผู้อื่นโดยไม่มีเหตุผล
4. แยกตัวเองออกจากสังคม ไม่สูงส่งกับใคร หมายถึง พฤติกรรม ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
 - 4.1 เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง
 - 4.2 แยกตัวเองอยู่คนเดียว ไม่สูงส่งกับใคร
5. หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล มีพฤติกรรมข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 - 5.1 หวาดระแวงกลัวคนจะมาปองร้ายหรือทำร้าย
 - 5.2 คิดว่าตนเองถูกกลั่นแกล้งหรือถูกจับผิด
 - 5.3 ระแวงว่ามีคนคอยติดตาม
 - 5.4 มีความคิดมีอำนาจอย่างมาบังคับ
 - 5.5 คิดว่าคนรอบข้างมักนินทาหรือพุดถึงตนเอง
 - 5.6 มีความเชื่อหรือมีความคิดที่ไม่มีเหตุผลและไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรม
 - 5.7 สะสมอาวุธไว้ป้องกันตัวจากความระแวง
6. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา ได้แก่
 - 6.1 เป็นผู้วิเศษ มีอิทธิฤทธิ์
 - 6.2 คิดว่าตนเองร่ำรวย แจกจ่ายเงิน โดยไม่มีเหตุผลอันสมควร
 - 6.3 คิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญหรือมีความสัมพันธ์กับผู้สูงศักดิ์
7. หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน

- 7.1 ได้ยินเสียงโดยไม่เห็นตัวตนพูด หรือได้ยินเสียงเพียงคนเดียว
- 7.2 เห็นภาพที่คนอื่นไม่ทันเห็น
- 7.3 พูดคนเดียวเหมือนกับได้ตอบใคร
- 7.4 ทำตามเสียงแว่วที่สั่ง
8. มีพฤติกรรมอื่นที่ผิดปกติจากคนทั่วไป
 - 8.1 หัวเราะหรือร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล
 - 8.2 อารมณ์เปลี่ยนแปลงไปมา
 - 8.3 กราบไหว้บ่อยโดยไม่มีเหตุผล
 - 8.4 เก็บสะสมสิ่งของที่ไม่มีประโยชน์ เช่น เศษขยะ เศษกระป๋อง เศษขวด ฯลฯ

โปรแกรมการบูรณาการปรัชญาพุทธทฤษฎี ของ Brook-Harris

โปรแกรมการปรึกษาแบบพุทธทฤษฎี

ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวกับการปรึกษาแบบพุทธทฤษฎีเพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดจุดมุ่งหมายและวิธีดำเนินการที่เหมาะสมในการลดภาวะซึมเศร้า
2. สร้างโปรแกรมการบูรณาการปรัชญาพุทธทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญาานิยมร่วมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยมตาม Integrative multitheoretical psychotherapy (MTP) ของ Brook-Harris (2008) จัดรูปแบบกิจกรรมเป็นโปรแกรมการบูรณาการปรัชญาพุทธทฤษฎีต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎี Cognitive psychotherapy: Encouraging functional thoughts กับทฤษฎี Experiential-humanistic psychotherapy: Exploring feelings and personal experiences มาใช้ในการสร้างโปรแกรมการปรึกษา
 3. สร้างโปรแกรมการปรึกษาตามทฤษฎีปัญญาานิยม
 4. สร้างโปรแกรมการปรึกษาตามทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม
 5. นำโปรแกรมการปรึกษาไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา วิธีการดำเนินการและการประเมินผล ตามกรอบแนวคิดของโปรแกรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย จำนวน 5 ท่าน
 - 5.1 ผู้ทรงคุณวุฒิด้านจิตวิทยา จำนวน 3 ท่าน
 - 5.2 ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จิตแพทย์ จำนวน 2 ท่าน
 6. การสรุปและสังเคราะห์โปรแกรมการปรึกษา ดังจะมีรายละเอียดโปรแกรม ดังนี้

โปรแกรมที่ 1 Multitheoretical psychotherapy (MTP)

ครั้งที่ ดำเนินการ	เทคนิค	กิจกรรม
ครั้งที่ 1	Communicating empathy and positive regard + Supporting authenticity	“ปฐมนิเทศสื่อสารเข้าใจในความรู้อัน”
ครั้งที่ 2	Integrating parts of self + Fostering self-actualization	“ตัวฉัน”
ครั้งที่ 3	Identifying feelings + Identifying thought	“ความรู้สึกและความคิด”
ครั้งที่ 4	Clarifying the impact of feelings + Clarifying the impact of thought	“อิทธิพลความรู้สึกและความคิด”
ครั้งที่ 5	Illuminating core beliefs + Accepting freedom and responsibility	“การยอมรับ”
ครั้งที่ 6	Evaluating evidence + Testing hypotheses	“ทดสอบ”
ครั้งที่ 7	Modifying beliefs + Fostering here and now awareness	“ปรับเปลี่ยน”
ครั้งที่ 8	Brainstorming Solutions + Providing psycho education	“ทางออก”
ครั้งที่ 9	Post test	“ประเมินผล”

ภาพที่ 18 แสดงโปรแกรมที่ 1 Multitheoretical psychotherapy (MTP)

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้ศึกษานำโปรแกรมที่ได้จากการสร้างขึ้น ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านจิตวิทยาและทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย นักจิตวิทยาคลินิก 3 ท่าน จิตแพทย์ 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม เสนอการให้คะแนน การแปลผลและความถูกต้องของการวัด โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน

และสอดคล้องกัน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of item objective congruence) อยู่ระหว่าง 0.6-1.0 ถือว่าใช้ได้ ซึ่งการคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องได้ค่าเท่ากับ 0.83 หลังจากนั้นผู้ศึกษานำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ปรับปรุงกิจกรรมตัวฉันให้มีความชัดเจนในภาษาที่ใช้ให้มากขึ้นและชัดเจน
2. กิจกรรมทดสอบยังไม่ชัดเจนผู้ที่ทำกิจกรรมอาจจะไม่สามารถดำเนินกิจกรรมตามได้
3. ให้ดูเรื่องภาษาที่ใช้ ยังมีคำผิอยู่บางครั้งอาจทำให้ผู้ที่นำโปรแกรมไปใช้เกิดการแปล

ความหมายผิดและเข้าใจผิด

หลังจากปรับแก้แล้ว ผู้ศึกษานำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 1 คน ดำเนินกิจกรรมจนครบ 9 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ความชัดเจนของภาษาและกิจกรรมที่ใช้ กิจกรรมที่นำไปใช้ และความเหมาะสมของเวลารวมถึงปัญหาและอุปสรรคอื่น ๆ อันอาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างการดำเนินการใช้โปรแกรม

โปรแกรมที่ 2 โปรแกรมการปรึกษาแบบปัญญานิยม (Cognitive psychotherapy)

ครั้งที่	เทคนิค	กิจกรรม
ครั้งที่ 1	Identifying thought	“บอกตนเอง”
ครั้งที่ 2	Clarifying the impact of thought + Challenging irrational thoughts	อิทธิพลของความคิด
ครั้งที่ 3	Illuminating core beliefs	ความเชื่อของฉัน
ครั้งที่ 4	Evaluating evidence + Testing hypotheses	สนับสนุน
ครั้งที่ 5	Modifying beliefs	ปรับเปลี่ยน
ครั้งที่ 6	Reinforcing adaptive cognition + Encouraging accurate perception	แรงผลักดัน
ครั้งที่ 7	Brainstorming solutions	ช่วยกันฉันและเธอ
ครั้งที่ 8	Providing psycho education	
ครั้งที่ 9	Post test	ประเมินผล

ภาพที่ 19 แสดงโปรแกรมการปรึกษาแบบปัญญานิยม (Cognitive psychotherapy)

การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้ศึกษานำโปรแกรมที่ได้จากการสร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านจิตวิทยาและทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย นักจิตวิทยาคลินิก 3 ท่าน จิตแพทย์ 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหารูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม เกณฑ์การให้คะแนน การแปลผล และความถูกต้องของการวัด โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน และสอดคล้องกัน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of item objective congruence) อยู่ระหว่าง 0.6-1.0 ถือว่าใช้ได้ ซึ่งการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องในครั้งนี้ได้ค่าเท่ากับ 0.93 หลังจากนั้นผู้ศึกษานำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ให้ทบทวนคู่มือกิจกรรมที่ 1 และ 3 อาจมีการรวมกิจกรรมกันได้ในบางกิจกรรม เพื่อลดขั้นตอนของการบำบัด
2. ให้ดูที่ภาษาเพิ่มเติม

หลังจากปรับแก้แล้ว ผู้ศึกษานำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 1 คน ดำเนินกิจกรรมจนครบ 9 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ความชัดเจนของภาษาและกิจกรรมที่ใช้ กิจกรรมที่นำไปใช้และความเหมาะสมของเวลา รวมถึงปัญหา และอุปสรรคอื่น ๆ อันอาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างการดำเนินการใช้โปรแกรม

โปรแกรมที่ 3 Experiential-humanistic psychotherapy

ครั้งที่ดำเนินการ	เทคนิค	กิจกรรม
ครั้งที่ 1	Identifying feelings	อารมณ์
ครั้งที่ 2	Clarifying the impact of feelings + Encouraging the impact Feelings	อารมณ์ของฉันทัน
ครั้งที่ 3	Fostering self-actualization	ตัวฉันเป็นเช่นไร
ครั้งที่ 4	Communicating empathy and positive regard	สื่อสารเข้าใจ
ครั้งที่ 5	Supporting authenticity	สนับสนุน จริ่งใจ
ครั้งที่ 6	Integrating parts of self	ปรับเปลี่ยนเพิ่มเติม
ครั้งที่ 7	Fostering here and now awareness + Accepting freedom and responsibility	อิสระของใจ
ครั้งที่ 8	Recognizing existential limitation	ข้อจำกัด
ครั้งที่ 9	Post test	ประเมินผล

ภาพที่ 20 แสดงโปรแกรมที่ 3 Experiential-humanistic psychotherapy

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้ศึกษานำโปรแกรมที่ได้จากการสร้างขึ้น ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านจิตวิทยาและทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย นักจิตวิทยาคลินิก 3 ท่าน จิตแพทย์ 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม เสนอการให้คะแนน การแปลผลและความถูกต้องของการวัด โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน และสอดคล้องกัน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of item objective congruence) อยู่ระหว่าง 0.6-1.0 ถือว่าใช้ได้ ซึ่งการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องในครั้งนี้ได้ค่าเท่ากับ 0.86 หลังจากนั้นผู้ศึกษานำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. กิจกรรมที่ให้ดูเป็นสื่อ วิดีทัศน์เป็นการกระตุ้นผู้ป่วยได้ดีในการทำกิจกรรม แต่ให้เพิ่มเติมกรณีผู้ใช้โปรแกรม ไม่มีเครื่องเล่นวีดิทัศน์กิจกรรมข้อนี้จะสามารถดำเนินการได้อย่างไรบ้าง

2. กิจกรรมพอที่จะสื่อเรื่องของอารมณ์ได้

3. เสนอให้มีตัวอย่างประสบการณ์การใช้อารมณ์ในข่าว คนดังที่เป็นที่รู้จัก เพื่อให้เข้าใจและรู้จักอารมณ์ได้ชัดเจนมากขึ้น

หลังจากปรับแก้แล้ว ผู้ศึกษานำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 1 คน ดำเนินกิจกรรมจนครบ 9 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ความชัดเจนของภาษา และกิจกรรมที่ใช้ กิจกรรมที่นำไปใช้ และความเหมาะสมของเวลา รวมถึงปัญหา และอุปสรรคอื่น ๆ อันอาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างการดำเนินการใช้โปรแกรม

โดยการจัดกิจกรรมในการบำบัดทั้ง 3 โปรแกรม ได้ศึกษาโปรแกรมของการปรึกษาแบบปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy: CBT) มาประกอบ เช่น จำนวนครั้งการดำเนินกิจกรรม ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้ไม่เกิดความล้าเอียง และลดปัจจัยแทรกซ้อนในระหว่างการทดลอง โดยจำนวนครั้งในการบำบัดของกลุ่มควบคุมดำเนินกิจกรรม 9 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที โดยมีกิจกรรมการบำบัด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ สำรวจปัญหา

กิจกรรมที่ 2 การกำหนดหัวข้อพูดคุย (Agenda setting)

กิจกรรมที่ 3 ตั้งเป้าหมายของการบำบัด (Goal setting)

กิจกรรมที่ 4 ตารางกิจกรรม (Activity scheduling)

กิจกรรมที่ 5 การบ้าน (Homework)

กิจกรรมที่ 6 การทดสอบความคิดอัตโนมัติ (Testing automatic thought)

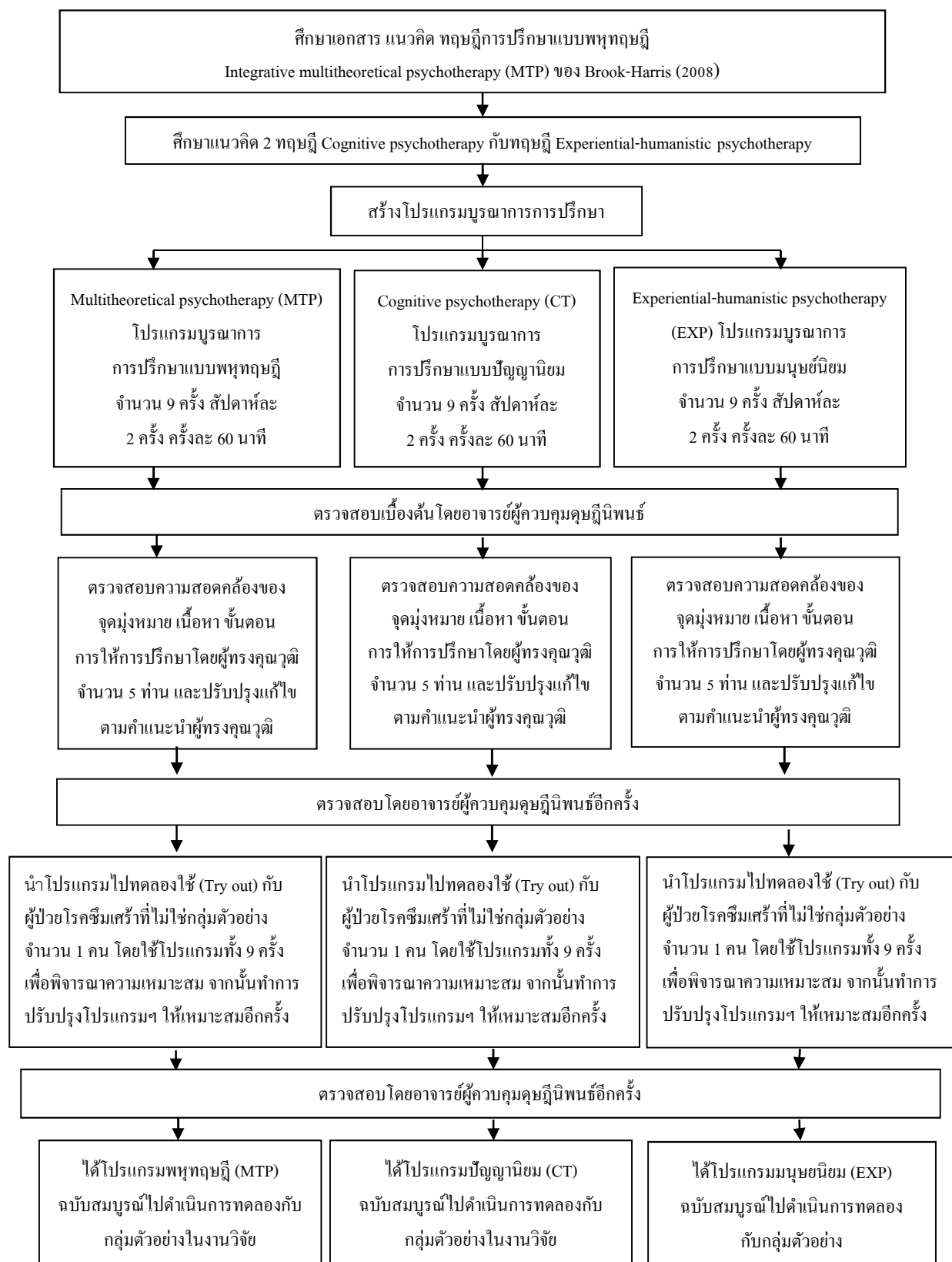
กิจกรรมที่ 7 การตัดแปลงความเชื่อ (Modifying beliefs)

กิจกรรมที่ 8 การสิ้นสุดการบำบัด (Ending therapy)

กิจกรรมที่ 9 ประเมินผล

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ สำรวจปัญหา	กิจกรรมที่ 5 การบ้าน (Homework)
กิจกรรมที่ 2 การกำหนดหัวข้อพูดคุย (Agenda setting)	กิจกรรมที่ 6 การทดสอบความคิดอัตโนมัติ (Testing automatic thought)
กิจกรรมที่ 3 ตั้งเป้าหมายของการบำบัด (Goal setting)	กิจกรรมที่ 7 การดัดแปลงความเชื่อ (Modifying beliefs)
กิจกรรมที่ 4 ตารางกิจกรรม (Activity scheduling)	กิจกรรมที่ 8 การสิ้นสุดการบำบัด (Ending therapy)
กิจกรรมที่ 9 การประเมินผล Post-test	

ภาพที่ 21 แสดงการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม



ภาพที่ 22 สรุปขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมการปรึกษากลุ่มบูรณาการพหุทฤษฎี

การดำเนินการวิจัย

ดำเนินการศึกษา โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการศึกษา ระยะดำเนินการศึกษา และระยะประเมินผลการศึกษา

ระยะเตรียมการ มีขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ดังนี้

1. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการที่ได้กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ
2. เตรียมสถานที่ในการทำการดำเนินการ โดยประสานงานกับโรงพยาบาลจิตเวช

สระแก้วราชชนกรินทร์ เพื่อขอความร่วมมือในการทำการทดลอง โดยขอหนังสือจากคณะศึกษาศาสตร์ พร้อมโครงการศึกษาและเครื่องมือการศึกษาถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนกรินทร์ จำนวน 6 ชุด เพื่อขออนุญาตทำการทดลองและเก็บข้อมูลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยยื่นผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เพื่อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนกรินทร์ โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการและระยะเวลาในการดำเนินการศึกษา เมื่ออนุมัติแล้ว จึงติดต่อขอความร่วมมือในการศึกษาและจัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินการทดลองกับหัวหน้าหอผู้ป่วยนอกโดยตรงในด้านต่าง ๆ ดังนี้

- 2.1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล
- 2.2 ขอใช้สถานที่ในการศึกษา
- 2.3 แจ้งวันและเวลาในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนกระทั่งเสร็จสิ้นการศึกษา

3. การเตรียมตัวของผู้ศึกษา ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎีการปรึกษาแบบบูรณาการพุททฤษฎี ผ่านการฝึกการให้การปรึกษารายบุคคล และรายกลุ่มเป็นจำนวนมากกว่า 2,000 ชั่วโมง จากการศึกษาการฝึกปฏิบัติการให้การปรึกษาภายใต้การนิเทศของคณาจารย์สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

4. เตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นผู้สังเกตการณ์ขณะทำการปรึกษา และเป็นผู้ช่วยผู้ศึกษาในการดำเนินการศึกษา จำนวน 3 คน ประกอบไปด้วย ผู้ช่วยวิจัยในการดำเนินกิจกรรม จำนวน 2 คน และผู้ช่วยวิจัยที่ทำการเก็บข้อมูล จำนวน 1 คน ผู้วิจัยได้ดำเนินการเตรียมผู้ช่วยวิจัย ดังนี้

- 4.1 ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการปรึกษารายบุคคลแบบทฤษฎีปัญญานิยม ผู้ช่วยวิจัยเป็นนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามาอย่างน้อย

3 ปี หรือพยาบาลวิชาชีพที่จบการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป โดยผู้วิจัยมีการอบรม ฝึกการใช้โปรแกรมการบำบัด โดยมีการให้ความรู้ในทฤษฎีที่ใช้ในการบำบัด มีการทดลองใช้โปรแกรมก่อนลงทดลองจริงกับ ผู้รับบริการ จำนวน 1 คน ก่อนเพื่อให้เข้าใจใน โปรแกรมและให้สามารถสอบถามในข้อที่ไม่เข้าใจ ในโปรแกรมที่ต้องนำไปใช้ได้ก่อนนำไปใช้จริง ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา กิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินกลุ่ม และการดำเนินการศึกษาตามขั้นตอน เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยศึกษาเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของตนได้ชัดเจน มีการประเมินผลก่อน และหลังการดำเนินกลุ่มร่วมกันทุกครั้ง ผู้ช่วยวิจัยผ่านการอบรมด้านจริยธรรมการวิจัย พร้อมทั้ง มีใบประกาศรับรองในจริยธรรมการวิจัย

4.2 ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 ดำเนินกิจกรรมใน โปรแกรมการปรึกษารายบุคคลแบบทฤษฎี ประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม ผู้ช่วยวิจัยเป็นนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างน้อย 3 ปี หรือพยาบาลวิชาชีพที่จบการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป โดยผู้วิจัยมีการอบรม ฝึกการใช้ โปรแกรมการบำบัด โดยมีการให้ความรู้ในทฤษฎีที่ใช้ในการบำบัด มีการทดลองใช้โปรแกรม ก่อนลงทดลองจริงกับผู้รับบริการ จำนวน 1 คน ก่อนเพื่อให้เข้าใจใน โปรแกรมและให้สามารถ สอบถามในข้อที่ไม่เข้าใจในโปรแกรมที่ต้องนำไปใช้ได้ก่อนนำไปใช้จริง ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจง วัตถุประสงค์ของการศึกษา กิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินกลุ่ม และการดำเนินการศึกษาตามขั้นตอน เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยศึกษาเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของตนได้ชัดเจน มีการประเมินผลก่อนและหลังการดำเนินกลุ่มร่วมกันทุกครั้ง ผู้ช่วยวิจัยผ่านการอบรมด้าน จริยธรรมการวิจัย พร้อมทั้งมีใบประกาศรับรองในจริยธรรมการวิจัย

4.3 ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 3 ทำการเก็บข้อมูลซึมเศร้าเป็นพยาบาลจิตเวชที่จบเฉพาะทาง ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและมีประสบการณ์การทำงานด้านจิตเวชและผ่านการประเมิน ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 3 ปี ได้รับการพูดคุยจากผู้วิจัยเกี่ยวกับ แบบประเมินซึมเศร้าของ เบค และทำการทดลองประเมินในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 3 ราย และทำ การประเมินพูดคุยปรึกษาถึงข้อสงสัยที่พบระหว่างการทดลองใช้แบบประเมิน แล้วค่อยนำแบบ ประเมินมาใช้ประเมินกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ผู้ช่วยวิจัยผ่านการอบรมด้านจริยธรรมการวิจัย พร้อมทั้งมีใบประกาศรับรองในจริยธรรมการวิจัย

5. ผู้ศึกษาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่กล่าวไว้ในขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการทำการศึกษา

เพื่อขอความร่วมมือและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วม การศึกษาในครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อการรักษา หรือระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะปกปิดเป็นความลับจะไม่มีเปิดเผยให้ผู้ไม่เกี่ยวข้องทราบ ผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการศึกษา ภาวะซึมเศร้า (Pre-test) ก่อนการศึกษาและนัดเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมตามโปรแกรมการการศึกษา ทั้ง 4 กลุ่ม

6. นำโปรแกรมการการศึกษาที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทำการทดลองใช้กับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างและสมัครใจเข้าร่วม การวิจัย โดยประเมินคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการปรึกษา

7. สรุป วิเคราะห์ ประเมินผลการทดลองใช้ของ โปรแกรมการปรึกษา

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยขอรับคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง โดยอ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัย การรักษาความลับ และการใช้ข้อมูลเฉพาะ ตามวัตถุประสงค์การวิจัย การใช้ชื่อสมมติ การนำเสนอผลวิจัยในภาพรวม และการปฏิเสธการเข้าร่วม จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการรักษาแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินดี จึงลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่หลีกเลี่ยงการถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ที่ไม่ได้รับการปรึกษาตาม โปรแกรมการปรึกษาแบบพหุทฤษฎี ผู้วิจัยดำเนินการให้ การปรึกษาตามโปรแกรมการปรึกษาแบบพหุทฤษฎี หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว

วิธีการดำเนินการทดลอง

นำโปรแกรมการปรึกษาแบบพหุทฤษฎีที่ได้รับการปรับปรุงไปใช้ โดยผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

ระยะก่อนการทดลอง

1. รับสมัครผู้ช่วยวิจัย โดยมีคุณสมบัติผู้ช่วยวิจัย ดังนี้

1.1 นักจิตวิทยา หรือพยาบาลจิตเวช ที่มีประสบการณ์ในการบำบัดและดูแลผู้ป่วย ไม่น้อยกว่า 5 ปี

1.2 เคยผ่านการอบรมด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1.3 ยินดีเข้าร่วมทำวิจัยและยินดีเข้าร่วมการฝึกอบรม

2. ผู้วิจัยดำเนินการประชุมและจัดอบรมให้กับผู้ช่วยวิจัย

3. นำผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 48 คน วัดคะแนนภาวะซึมเศร้าเพื่อเป็นคะแนนก่อนการทดลองกำหนดให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 21-30 คะแนน

ระยะทดลอง

1. ดำเนินการปรึกษาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าตามโปรแกรมการปรึกษาระดับปรับปรุงกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองโดยมีการดำเนินการ ดังนี้
2. กลุ่มที่ 1 ดำเนินการโดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมให้การปรึกษาแบบพบทุกสัปดาห์ 12 คน จำนวน 9 กิจกรรม ครั้งละ 60 นาที 2 สัปดาห์ต่อครั้ง
3. กลุ่มที่ 2 ดำเนินการโดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมการให้การปรึกษาโดยใช้รูปแบบ CT จำนวน 12 คน จำนวน 9 ครั้ง ครั้ง ๆ ละ 60 นาที 2 สัปดาห์ต่อครั้ง
4. กลุ่มที่ 3 ดำเนินการโดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมการให้การปรึกษาโดยใช้รูปแบบการปรึกษาตามทฤษฎีมนุษยนิยม จำนวน 9 ครั้ง ครั้ง ๆ ละ 60 นาที 2 สัปดาห์ต่อครั้ง
5. กลุ่มที่ 4 กำหนดให้เป็นกลุ่มควบคุมเข้ารับการบำบัดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามแนวทางการดูแลของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ โดยใช้รูปแบบการปรึกษาตามทฤษฎี CBT จำนวน 9 ครั้ง ครั้ง ๆ ละ 60 นาที 2 สัปดาห์ต่อครั้ง

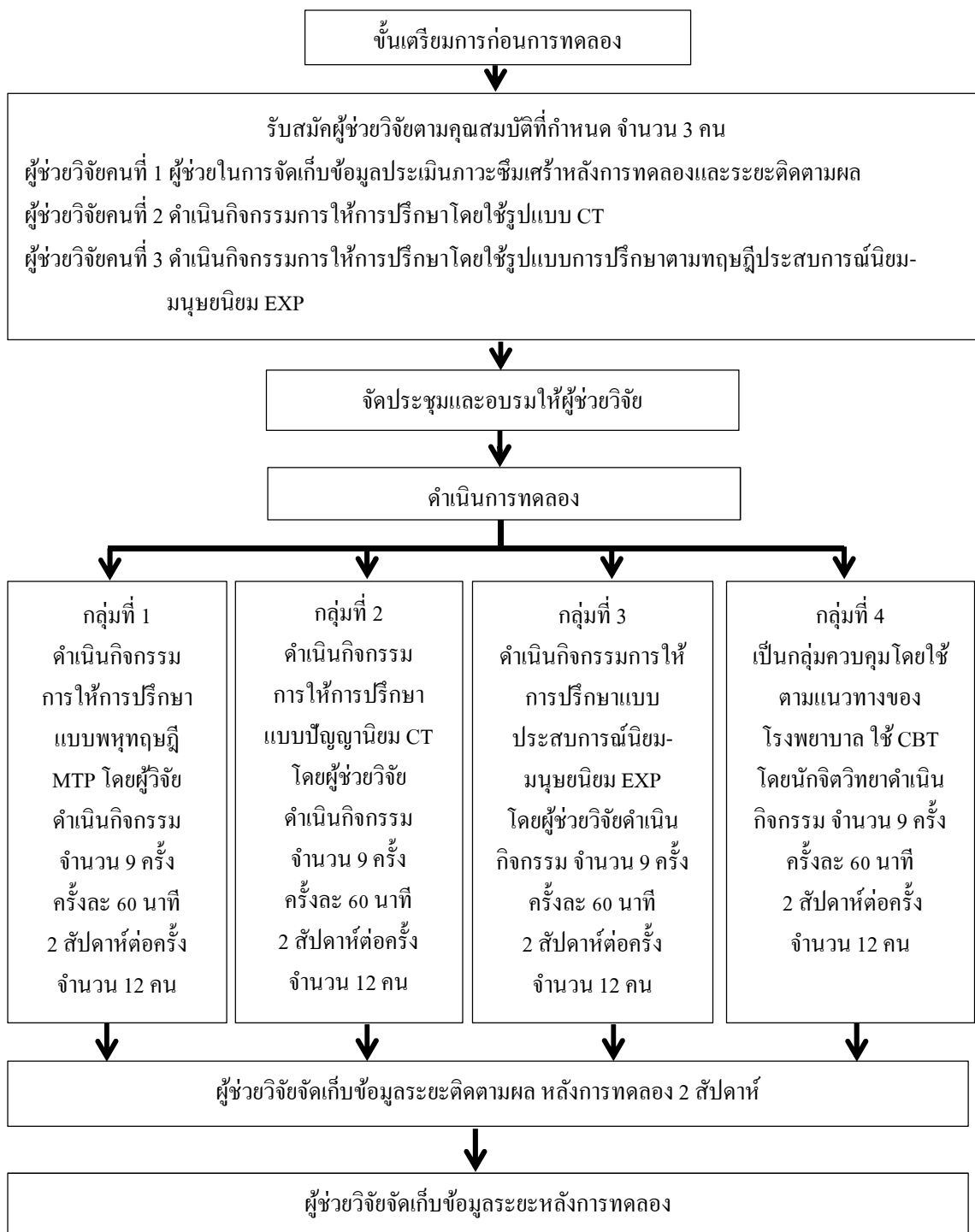
ระยะหลังการทดลอง

1. ประเมินคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลอง ต่อประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรึกษาในกลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่ม ประเมินคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุม (ผู้ช่วยวิจัย)

ระยะติดตามผล

1. ประเมินคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ และสอบถาม
2. ความพึงพอใจและประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรึกษาในกลุ่มทดลอง
3. ประเมินคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุม

สรุปวิธีดำเนินการทดลอง



ภาพที่ 23 สรุปวิธีดำเนินการทดลอง

ตารางที่ 6 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยในระบะการนำโปรแกรมการปรึกษาไปใช้

	ระบะก่อนทดลอง	ระบะทดลอง	ระบะหลัง การทดลอง	ระบะติดตามผล
กลุ่มทดลอง กลุ่มที่ 1	ประเมินซึมเศร้า	ได้รับ โปรแกรม การปรึกษา MTP	ประเมินซึมเศร้า	ประเมินซึมเศร้า หลังการบำบัด 2 สัปดาห์
กลุ่มทดลอง กลุ่มที่ 2	ประเมินซึมเศร้า	ได้รับ โปรแกรม การปรึกษา CT	ประเมินซึมเศร้า	ประเมินซึมเศร้า หลังการบำบัด 2 สัปดาห์
กลุ่มทดลอง กลุ่มที่ 3	ประเมินซึมเศร้า	ได้รับ โปรแกรม การปรึกษา EXP	ประเมินซึมเศร้า	ประเมินซึมเศร้า หลังการบำบัด 2 สัปดาห์
กลุ่มควบคุม	ประเมินซึมเศร้า	ได้รับ โปรแกรม การปรึกษา CBT	ประเมินซึมเศร้า	ประเมินซึมเศร้า หลังการบำบัด 2 สัปดาห์

หมายเหตุ การให้การปรึกษารายบุคคลตั้งแต่เดือนมกราคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2561

แบบแผนการทดลอง

ใช้แบบแผนการวิจัยเชิงทดลองสองตัวประกอบแบบวัดซ้ำหนึ่งตัวประกอบด้วย (Two-factor experiment with repeated measures on one factor) (Winer, Brown & Michels, 1991, p. 509) โดยวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลองและติดตามผล ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แบบแผนการทดลอง

	b1	....	Bj	....	Bq
a1	G1	....	G1	....	G1

.	G12	....	G12	....	G12
a2	H1	....	H1	....	H1

	H12	....	H12	....	H12
a3	I1	....	I1	....	I1

	I12	....	I12	....	I12
a4	J1	....	J1	....	J1

	J12	....	J12	....	J12

- a1 แทน กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาแบบพหุทฤษฎี (MTP)
- a2 แทน กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาแบบปัญญานิยม (CT)
- a3 แทน กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาแบบประสบการณ์-มนุษยนิยม (EXP)
- a4 แทน กลุ่มควบคุม
- b1 แทน ระยะก่อนทดลอง
- bj แทน ระยะหลังการทดลอง
- bq แทน ระยะติดตาม
- G1 แทน จำนวนคนที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาแบบพหุทฤษฎี (MTP)
- H1 แทน จำนวนคนที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาแบบปัญญานิยม (CT)
- I1 แทน จำนวนคนที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาแบบประสบการณ์-มนุษยนิยม (EXP)
- J1 แทน จำนวนกลุ่มควบคุม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

- 1.1 ผู้วิจัยขอหนังสือจากภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- 1.2 ผู้วิจัยนำแบบวัดภาวะซึมเศร้า พร้อมสำเนาหนังสือขออนุญาต ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทำแบบวัดภาวะซึมเศร้า และเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง
- 1.3 รับสมัครผู้ช่วยวิจัย โดยมีคุณสมบัติผู้ช่วยวิจัย ดังนี้
 - 1.3.1 นักจิตวิทยา หรือพยาบาลจิตเวช ที่มีประสบการณ์ในการบำบัดและดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 5 ปี
 - 1.3.2 เคยผ่านการอบรมด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 1.3.3 ยินดีเข้าร่วมทำวิจัยและยินดีเข้าร่วมการฝึกอบรม
- 1.3 ผู้วิจัยดำเนินการประชุมและจัดอบรมให้กับผู้ช่วยวิจัย

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

- 2.1 ระยะเวลาการทดลอง ผู้ช่วยวิจัยนำแบบวัดภาวะซึมเศร้าเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง นับเป็นคะแนนก่อนการทดลอง (Pre-test)
- 2.2 ระยะเวลาการทดลอง
 - 2.2.1 ผู้วิจัยดำเนินการปรึกษาตามโปรแกรม เป็นรายบุคคลกับกลุ่มทดลอง กลุ่มที่ 1 โดยให้การศึกษา 2 สัปดาห์ต่อครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที รวมเป็น 9 ครั้ง
 - 2.2.2 ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการปรึกษาตามโปรแกรม เป็นรายบุคคลกับกลุ่มทดลอง กลุ่มที่ 2 โดยให้การศึกษา 2 สัปดาห์ต่อครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที รวมเป็น 9 ครั้ง
 - 2.2.3 ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการปรึกษาตามโปรแกรม เป็นรายบุคคลกับกลุ่มทดลอง กลุ่มที่ 3 โดยให้การศึกษา 2 สัปดาห์ต่อครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที รวมเป็น 9 ครั้ง
 - 2.2.4 กลุ่มควบคุมดำเนินการปรึกษาตามโปรแกรม เป็นรายบุคคลกับนักจิตวิทยา ที่ทำการบำบัดแบบ CBT ของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ โดยให้การศึกษา 2 สัปดาห์ต่อครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที รวมเป็น 9 ครั้ง
- 2.3 ระยะเวลาหลังการทดลอง เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดภาวะซึมเศร้า หลังการทำกิจกรรมครั้งที่ 9 คะแนนที่ได้เป็นคะแนนในระยะเวลาหลังการทดลอง (Post test)

2.4 ระยะเวลาติดตามผลห่างจากระยะหลังการทดลองเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดภาวะซึมเศร้าอีกครั้ง คะแนนที่ได้เป็นคะแนนในระยะติดตามผล (Follow up)

3. รวบรวมคะแนนจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าทั้งหมด เพื่อตรวจสอบ ความถูกต้อง แล้วจึงนำข้อมูลไปดำเนินการวิเคราะห์ผลการทดลองด้วยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพื้นฐานค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนจากแบบวัดภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

1. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานผลการทดลอง วิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยก่อน ระหว่าง หลังการทดลอง โดยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปร ระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (Repeated-measure analysis of variance: One between-subjects variable and within-subject variable) (Howell, 2007, p. 461) และเมื่อพบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยทำการทดสอบด้วยวิธีการทดสอบรายคู่แบบวิธีการของบอนเฟอโรนนี่ (Bonferroni method)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง บรูณาการการปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการปรึกษารายบุคคลที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าระหว่างวิธีการปรึกษาแบบพหุทฤษฎี วิธีการปรึกษาแบบปัญญานิยมกับวิธีการปรึกษาแบบประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม และวิธีการปรึกษาแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม เพื่อศึกษาผลการปรึกษาส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าระหว่างวิธีการปรึกษาแบบพหุทฤษฎี วิธีการปรึกษาแบบปัญญานิยมกับวิธีการปรึกษาแบบประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม และวิธีการปรึกษาแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า เมื่อเวลาเปลี่ยนไป และเพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการปรึกษาและระยะเวลา โดยผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. สัญลักษณ์และอักษรที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
2. การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการแปลความหมายของผลการทดลองและการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจึงกำหนดสัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

\bar{X}	แทน	คะแนนเฉลี่ย
SD	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
SS	แทน	ผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนแต่ละตัวอย่างยกกำลังสอง
MS	แทน	ค่าความแปรปรวน
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณาการแจกแจงค่าเอฟ
df	แทน	ระดับชั้นของความเป็นอิสระ
*	แทน	ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
I	แทน	ครั้งที่ของการวัดหรือระยะของการทดลอง
G	แทน	วิธีการทดลองหรือกลุ่ม

I x G แทน ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งเป็น 5 ตอน ตามลำดับขั้นตอนต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญาานิยมร่วมกับทฤษฎีมนุษยนิยมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 5 ค่าคะแนนความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล (Subjective units of distress scale: SUDS) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญาานิยมร่วมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยมมนุษยนิยมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และกลุ่มควบคุมมาแสดงให้เห็นด้วยตารางและภาพประกอบดังต่อไปนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน) (<i>n</i> = 48)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	16	33.3
หญิง	32	66.7
อายุ		
20-30 ปี	4	8.3
31-40 ปี	12	25.0
41-50 ปี	16	33.3
51-60 ปี	16	33.3
สถานภาพสมรส		
โสด	4	8.3
คู่	21	43.8
หม้าย	9	18.8
หย่า/ ร้าง	14	29.2

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งหมด 48 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 33.3 และเพศหญิง ร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี และ 51-60 ปี ร้อยละ 33.3 และ 33.3 รองลงมาคืออายุระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.0 มีสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่เป็นคู่ ร้อยละ 43.8 รองลงมา คือ หม้าย/ หย่าร้าง ร้อยละ 29.2 ตามลำดับ

ตารางที่ 9 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน) (n = 48)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	0	0
ประถมศึกษา	12	25.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	2.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	4	8.3
อนุปริญญา/ ปวส.	11	22.9
ปริญญาตรี	14	29.2
สูงกว่าปริญญาตรี	6	12.5

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 29.2 รองลงมา คือ ประถมศึกษา ร้อยละ 25.0 อนุปริญญา/ ปวส. ร้อยละ 22.9 และมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 8.3 มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 2.1 ตามลำดับ

ตารางที่ 10 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน) (n = 48)	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	2.1
รับจ้างทั่วไป	18	37.5
รับราชการ	7	14.6
พนักงานบริษัท	16	33.3
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	6	12.5
รายได้		
ไม่มีรายได้ที่แน่นอน	2	4.2
น้อยกว่า 5,000 บาท	2	4.2
5,001-10,000 บาท	8	16.7
10,001-20,000 บาท	22	45.8
20,001-30,000 บาท	8	16.7
มากกว่า 30,000 บาท	6	12.5
โรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว	7	14.6
ไม่มีโรคประจำตัว	41	85.4

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 37.5 รองลงมา คือ พนักงานบริษัท ร้อยละ 33.3 รับราชการ ร้อยละ 14.6 และประกอบธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 12.5 มีรายได้เฉลี่ย 10001-20,000 บาท รองลงมา คือ 5,001-10,000 บาท ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 85.4 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 14.6 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
 ในระยะก่อนการทดลองระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล

ผู้วิจัยแสดงผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ คะแนนดิบผลรวมของคะแนนดิบ
 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อน
 การทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ดังแสดงในตารางที่ 10 และตารางที่ 11

ตารางที่ 11 คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ระยะ
 หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

คนที่	กลุ่มทดลอง						กลุ่มควบคุม					
	ได้รับโปรแกรม			ได้รับโปรแกรม			ได้รับโปรแกรม			ได้รับโปรแกรม		
	การปรึกษาแบบ			การปรึกษาแบบ			การปรึกษามนุษยนิยม			การปรึกษาแบบความคิด		
	พหุทฤษฎี (MTP)			ปัญญานิยม (CT)			(Experiential-humanistic)			และพฤติกรรม (CBT)		
ระยะการทดลอง			ระยะการทดลอง			ระยะการทดลอง			ระยะการทดลอง			
ก่อน	หลัง	ติดตาม	ก่อน	หลัง	ติดตาม	ก่อน	หลัง	ติดตาม	ก่อน	หลัง	ติดตาม	
1	30	11	10	29	12	13	27	13	15	29	12	12
2	27	9	9	28	11	11	30	12	13	27	11	11
3	28	9	9	29	11	12	28	14	15	29	11	12
4	30	10	10	30	12	12	30	13	13	30	10	10
5	29	10	10	29	11	12	29	11	12	29	10	10
6	28	11	10	30	12	12	28	11	11	28	11	12
7	29	10	10	28	11	12	29	10	12	30	10	11
8	29	9	9	30	11	10	28	13	12	29	10	10
9	29	11	10	28	13	14	29	13	14	28	12	11
10	29	10	10	29	11	12	29	12	13	30	11	12
11	30	10	10	30	11	12	29	12	14	29	10	11
12	28	9	9	29	12	13	30	15	15	28	11	12
\bar{X}	28.83	9.92	9.67	29.08	11.50	12.08	28.83	12.42	13.25	28.83	10.75	11.17
SD	0.94	0.79	0.49	0.79	0.67	1.00	0.94	1.38	1.36	0.94	0.75	0.83

จากตารางที่ 11 พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาแบบพหุทฤษฎี (MTP) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล คือ 28.83, 9.92 และ 9.67 ตามลำดับ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาแบบปัญญานิยม (CT) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล คือ 29.08, 11.50 และ 12.08 ตามลำดับ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาแบบมนุษยนิยม (Experiential-humanistic) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล คือ 28.83, 12.42 และ 13.25 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล คือ 28.83, 10.75 และ 11.17 ตามลำดับ

ตารางที่ 12 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระยะเวลา	กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	<i>SD</i>	Skewness	Kurtosis
ก่อนการ ทดลอง	ได้รับโปรแกรมการศึกษาแบบ พหุทฤษฎี (MTP) <i>n</i> = 12	28.83	0.94	.152	-.427
	ได้รับโปรแกรมการศึกษาแบบ ปัญญานิยม (CT) <i>n</i> = 12	29.08	0.79	.000	-.850
	ได้รับโปรแกรมการศึกษาแบบ ประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม (EXP) <i>n</i> = 12	28.83	0.94	-.412	-.298
	กลุ่มควบคุม <i>n</i> = 12	28.83	0.94	.152	-.427
	รวม	28.90	0.88	-.375	-.561
	ได้รับโปรแกรมการศึกษาแบบ พหุปัญญา (MTP) <i>n</i> = 12	9.92	0.79	.712	.533
หลังการ ทดลอง	ได้รับโปรแกรมการศึกษาแบบ ปัญญานิยม (CT) <i>n</i> = 12	11.50	0.67	.325	.333
	ได้รับโปรแกรมการศึกษาแบบ ประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม (EXP) <i>n</i> = 12	12.42	1.38	.083	.043
	กลุ่มควบคุม <i>n</i> = 12	10.75	0.75	.522	-.637
	รวม	11.15	1.30	.619	.595

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ระยะเวลา	กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	<i>SD</i>	Skewness	Kurtosis
ติดตามผล	ได้รับโปรแกรมการศึกษา แบบพหุปัญญา (MTP) <i>n</i> = 12	9.67	0.49	-.325	.333
	ได้รับโปรแกรมการศึกษา แบบปัญญานิยม (CT) <i>n</i> = 12	12.08	1.00	.192	.219
	ได้รับโปรแกรมการศึกษาแบบ ประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม (EXP) <i>n</i> = 12	13.25	1.36	-.016	-1.163
	กลุ่มควบคุม <i>n</i> = 12	11.17	0.83	.559	-.309
	รวม	11.54	1.62	.389	-.429

จากตารางที่ 12 พบว่า ในระยะก่อนการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาพหุปัญญา (MTP) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า คือ 28.83 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.94 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาแบบปัญญานิยม (CT) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า คือ 29.08 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.79 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาแบบประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม (EXP) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า คือ 28.83 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.94 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า คือ 28.83 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.94

ในระยะหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาพหุปัญญา (MTP) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า คือ 9.92 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.79 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาแบบปัญญานิยม (CT) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า คือ 11.50 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.67 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาแบบประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม (EXP) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า คือ 12.42 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.38 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า คือ 10.75 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.75

และในระยะติดตามผลกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาพหุปัญญา (MTP) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า คือ 0.94 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.49 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาแบบปัญญานิยม (CT) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า คือ 12.08 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.00 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาแบบประสบการณ์

นิยม-มนุษยนิยม (EXP) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า คือ 13.25 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.36 กลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า คือ 11.17 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.83

แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาแบบพหุปัญญา (MTP) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ซึ่งต่างจากกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาแบบปัญญานิยม (CT) และโปรแกรมการศึกษาประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม (EXP) ที่ยังมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

การข้อมูล ได้มีการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลเพื่อตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูลทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล ว่ามีการแจกแจงที่เป็นปกติ ข้อมูลเข้าใกล้โค้งปกติได้ผลมีค่าความเบ้ความโด่งเป็นลักษณะการแจกแจงที่เป็นปกติ ซึ่งมีลักษณะของการแจกแจงข้อมูลใกล้โค้งปกติจึงสามารถวิเคราะห์ด้วย (Repeated-measure analysis of variance: One between-subjects variable and within-subject variable) (Howell, 2007, p. 461) ได้

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง โดยได้แสดงตารางสถิติ Mauchly's test of sphericity ก่อนเพื่อพิจารณาการอ่านค่าสถิติ ของการวิเคราะห์ความแปรปรวน ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 แสดง Mauchly's test of sphericity^a

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon ^b		
					Greenhouse- geisser	Huynh- feldt	Lower- bound
time	.638	19.343	2	.000	.734	.805	.500

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormal zed transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

5. Design: Intercept + Treat

within subjects design: time

b. May be used to adjust the degrees of freedom for the averaged tests of significance. Corrected tests are displayed in the tests of within-subjects effects table.

ในการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบตัวแปรที่มีทั้งตัวแปรวัดซ้ำและตัวแปรต่างกลุ่ม มีข้อตกลงเกี่ยวกับตัวแปรวัดซ้ำว่า สหสัมพันธ์ระหว่างค่าที่วัดซ้ำ (Pre-post-follow up) ต้องมีค่าเท่ากันโดยการทดสอบด้วย Mauchly's test of sphericity ซึ่งพบว่า ได้ค่า Mauchly's W เป็น .638 ค่า $p = .000$ ซึ่งบ่งชี้ว่า สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีค่าไม่เท่ากันจึงจำเป็นต้องปรับค่า df ของการทดสอบ (Howell, 1997, pp. 464-466) ซึ่งในการวิจัยนี้จะปรับค่า df โดยใช้วิธีของ Greenhouse and Geisser (1959) พบผลการวิเคราะห์ แสดงดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างวิธีการทดลองกับ
ระยะเวลาการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>P</i>
Between subjects	139.889	47			
Groups (G)	81.611	3	27.204	20.539*	.000
SS w/ in groups	58.278	44	1.324		
Within subjects	9962.667	68.794			
Interval (I)	9862.181	1.433	6881.246	7.453*	.000
I x G	42.264	4.300	9.830	10.647*	.000
I x SS w/ in groups	58.222	63.061	.923		

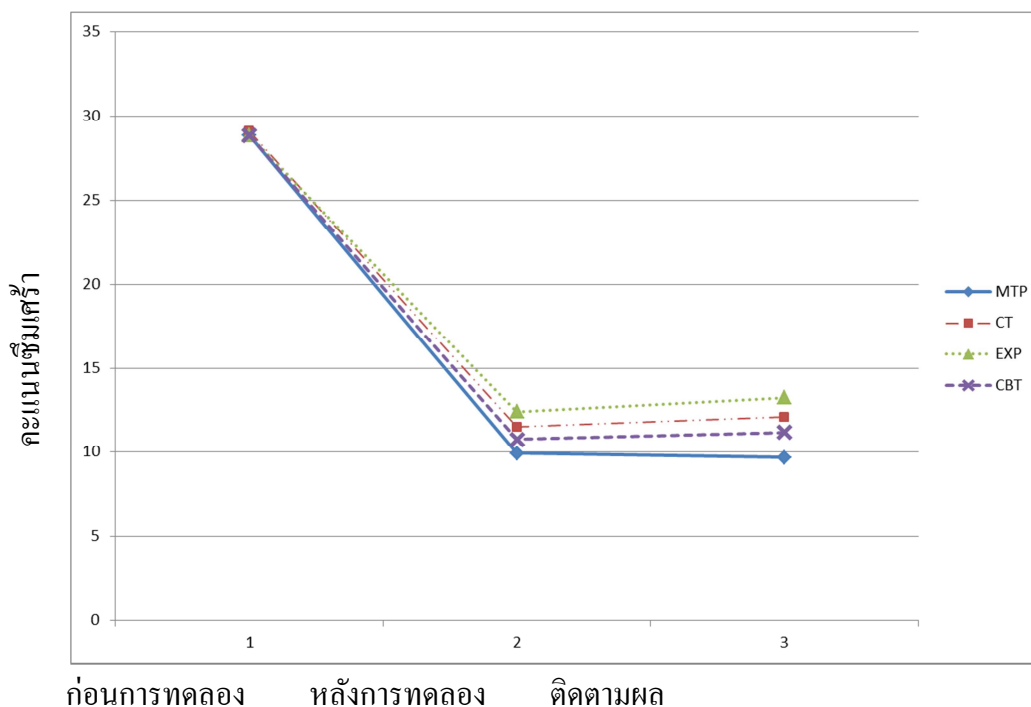
* $p < .05$

หมายเหตุ จากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเรื่อง Sphericity จึงทำการปรับค่า *df* เป็น $F_{.05}(1.433, 63.061)$

จากตารางที่ 14 พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง (I x G) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง ส่งผลร่วมกันต่อคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่า วิธีการทดลองที่แตกต่างกัน (G) และระยะเวลาการทดลองที่แตกต่างกัน (I) มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการวิเคราะห์การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองต่อภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แสดงผลดังภาพที่ 24

กราฟแสดงปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลอง



ภาพที่ 24 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง ต่อคะแนนภาวะชิมเต้า

จากภาพที่ 24 พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง กล่าวคือ วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองส่งผลร่วมกันต่อคะแนนชิมเต้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยพบว่า ในระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีคะแนนชิมเต้าอยู่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ แต่ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล คะแนนชิมเต้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน โดยกลุ่ม MTP จะมีค่าคะแนนชิมเต้าต่ำกว่ากลุ่มทดลอง CT และ EXP และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมกลุ่ม CBT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง
ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ผลการทดสอบผลย่อยของวิธีการทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>P</i>
ระยะก่อนการทดลอง					
Between groups	.562	3	.187	.230	.875
Error	35.917	44	.186		
ระยะหลังการทดลอง					
Between groups	40.896	3	13.632	15.347*	.000
Error	39.083	44	.888		
ระยะติดตามผล					
Between groups	82.417	3	27.472	29.127*	.000
Error	41.500	44	.943		

* $p < .05$

จากตารางที่ 15 พบว่า ผลการวิเคราะห์การทดสอบผลย่อยของวิธีการทดลอง ต่อคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

ในระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ในระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน

ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพบความแตกต่างในการทดสอบผลย่อย จึงทำการทดสอบภายหลัง (Post-hoc) ซึ่งในครั้งนี้นำมาใช้ ได้เลือกวิธีการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีของบอนเฟอโรนนี่ (Bonferroni method) โดยแสดงผลตามตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยวิธีทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีของบอนเฟอโรนนี่ (Bonferroni method)

ระยะเวลา	Mean difference	Std. Error	p
ระยะก่อนการทดลอง			
กลุ่มทดลอง (MTP)-กลุ่ม CBT	.000	.369	1.000
กลุ่มทดลอง (CT)-กลุ่ม CBT	.250	.369	1.000
กลุ่มทดลอง (Experitrial-humanistic)-กลุ่มควบคุม	.000	.369	1.000
ระยะหลังการทดลอง			
กลุ่มทดลอง (MTP)-กลุ่มควบคุม	-.833	.385	.215
กลุ่มทดลอง (CT)-กลุ่มควบคุม	.750	.385	.346
กลุ่มทดลอง (Experitrial-humanistic)-กลุ่มควบคุม	1.667***	.385	.001
ระยะติดตามผล			
กลุ่มทดลอง (MTP)-กลุ่มควบคุม	-1.500*	.396	.003
กลุ่มทดลอง (CT)-กลุ่มควบคุม	.917	.396	.153
กลุ่มทดลอง (Experitrial-humanistic)-กลุ่มควบคุม	2.083***	.396	.000

* $p < .05$

จากตารางที่ 16 พบว่า ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน

ในระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม การบูรณาการการศึกษา พหุทฤษฎี (MTP) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการศึกษาแบบปัญญานิยม (CT) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วน โปรแกรมการศึกษาแบบประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม (EXP) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สรุปผล ในระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการบูรณาการการศึกษาพหุทฤษฎี (MTP) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงไม่แตกต่าง จากกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการศึกษาแบบปรับความคิดและพฤติกรรม(CBT) ในทำนองเดียวกัน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการศึกษาแบบปัญญานิยม (CT) มีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงไม่ แตกต่างจากกลุ่มควบคุมเช่นเดียวกัน ในทางตรงกันข้ามกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการศึกษา แบบประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม (EXP) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มควบคุม นั่นคือ กลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมการศึกษาแบบประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม (EXP) มีประสิทธิผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (CBT)

ในระยะติดตามผล พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการบูรณาการการศึกษา พหุทฤษฎี (MTP) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านตรงข้ามโปรแกรมการศึกษาแบบประสบการณ์นิยม- มนุษยนิยม (EXP) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการศึกษาแบบปัญญานิยม (CT) มีคะแนนซึมเศร้าในระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สรุปผลในระยะติดตามผล เมื่อเวลาผ่านไปโปรแกรมการบูรณาการการศึกษา พหุทฤษฎี (MTP) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม นั่นคือ กลุ่มทดลองที่ใช้ โปรแกรมการศึกษาแบบบูรณาการพหุทฤษฎี (MTP) มีประสิทธิผลต่อการลดภาวะซึมเศร้า มากกว่ากลุ่มควบคุม (CBT) ส่วนกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการศึกษาแบบปัญญานิยม (CT) มีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม ในทางตรงกันข้ามกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการศึกษาแบบประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม (EXP) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า สูงกว่ากลุ่มควบคุม นั่นคือ กลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมการศึกษาแบบประสบการณ์นิยม- มนุษยนิยม (EXP) มีประสิทธิผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (CBT)

ตารางที่ 17 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างวิธีการทดลองของกลุ่มทดลอง
 ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยวิธีทดสอบ
 ความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีของบอนเฟอโรนนี่ (Bonferroni method)

ระยะเวลา	Mean difference	Std.Error	p
ระยะก่อนการทดลอง			
กลุ่มทดลอง (MTP)-กลุ่มทดลอง (CT)	-.250	.369	1.000
กลุ่มทดลอง (MTP)-กลุ่มทดลอง (Experitial-humanistic)	.000	.369	1.000
ระยะหลังการทดลอง			
กลุ่มทดลอง (MTP)-กลุ่มทดลอง (CT)	-1.583***	.385	.001
กลุ่มทดลอง (MTP)-กลุ่มทดลอง (Experitial-humanistic)	-2.500***	.385	.000
ระยะติดตามผล			
กลุ่มทดลอง (MTP)-กลุ่มทดลอง (CT)	-2.417***	.396	.000
กลุ่มทดลอง (MTP)-กลุ่มทดลอง (Experitial-humanistic)	-3.583***	.396	.000

* $p < .05$

จากตารางที่ 17 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างวิธีการทดลองของ
 กลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่า ในระยะ
 ก่อนการทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในระยะหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบูรณาการการศึกษา
 พหุทฤษฎี (MTP) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบูรณาการ
 การศึกษาแบบปัญญานิยม (CT) และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาแบบประสบการณ์
 นิยม-มนุษยนิยม (Experitial-humanistic) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในระยะติดตามผล พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบูรณาการการศึกษา
 พหุทฤษฎี (MTP) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบูรณาการ
 การศึกษาแบบปัญญานิยม (CT) และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาแบบประสบการณ์
 นิยม-มนุษยนิยม (Experitial-humanistic) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้น คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบูรณาการการปรึกษาพหุทฤษฎี (MTP) มีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบูรณาการการปรึกษาแบบปัญญานิยม (CT) และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาแบบประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม (Experiential-humanistic) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ตารางที่ 18 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง ด้วยวิธีทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีของบอนเฟอโรนี (Bonferroni method)

ระยะเวลา	Mean difference	Std. Error	p
กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาแบบพหุทฤษฎี (MTP)			
ระยะหลังการทดลอง-ระยะก่อนการทดลอง	18.917***	.374	.000
ระยะติดตามผล-ระยะก่อนการทดลอง	19.167***	.387	.000
กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาแบบปัญญานิยม (CT)			
ระยะหลังการทดลอง-ระยะก่อนการทดลอง	17.583***	.374	.000
ระยะติดตามผล-ระยะก่อนการทดลอง	17.000***	.387	.000
กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาแบบมนุษยนิยม (Experiential-humanistic)			
ระยะหลังการทดลอง-ระยะก่อนการทดลอง	16.417***	.374	.000
ระยะติดตามผล-ระยะก่อนการทดลอง	15.583***	.387	.000

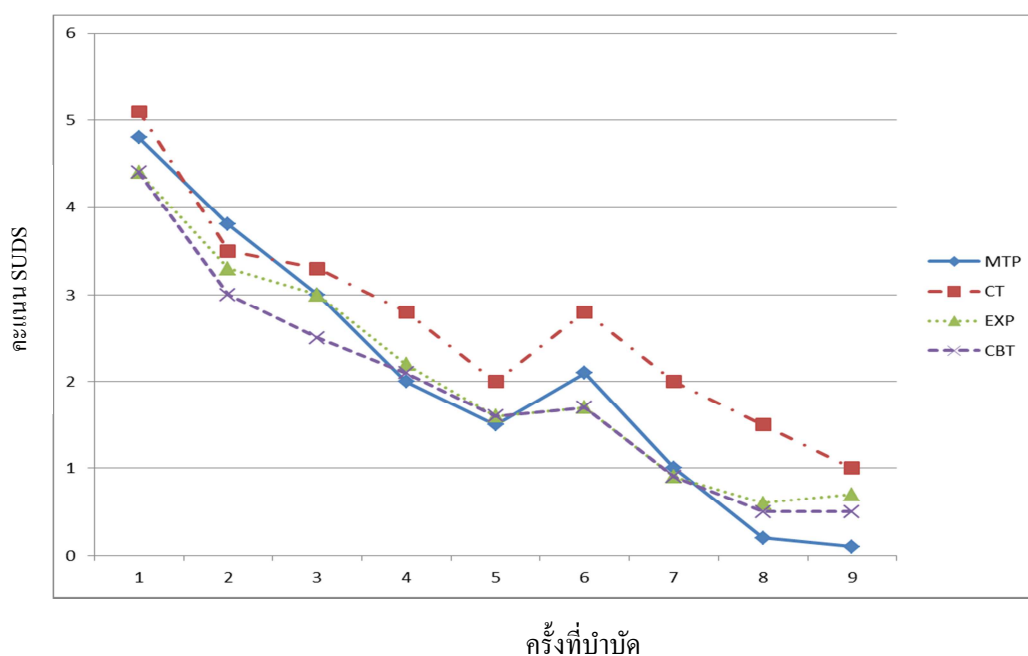
* $p < .05$

จากตารางที่ 18 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยวิธีทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีของบอนเฟอโรนี (Bonferroni method) พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม

การปรึกษาแบบพหุทฤษฎี (MTP) โปรแกรมการศึกษาแบบปัญญานิยม (CT) และโปรแกรมการศึกษาแบบประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม (Experiential-humanistic) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 5 ค่าคะแนนความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล (Subjective units of distress scale: SUDS) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กราฟเปรียบเทียบคะแนน Subjective units of distress scale ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า



ภาพที่ 25 กราฟเปรียบเทียบ Subjective units of distress scale ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง มี 3 กลุ่ม คือ กลุ่ม MTP, กลุ่ม CT, กลุ่ม EXP และกลุ่มควบคุม มี 1 กลุ่ม คือ กลุ่ม CBT

ภาพที่ 25 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนมาตรวัดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล (Subjective units of distress scale: SUDS) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดด้วยทฤษฎีทั้ง 4 ทฤษฎี มีค่า SUDS ลดต่ำลง ซึ่งผู้วิจัยได้เก็บคะแนน SUDS ก่อนและหลังการบำบัด

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) เพื่อศึกษาผลบูรณาการ การปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม เพื่อ ลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยกลุ่มตัวอย่าง มี 4 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 3 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม วัดผล ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล ประชากรที่ใช้ใน การวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง วัดระดับซึมเศร้าโดยใช้ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ เบ็ค (Beck depression inventory (BDI-IA)) ฉบับภาษาไทย แปลโดย มุกดา ศรีรงค์ มีค่าคะแนน อยู่ระดับปานกลาง (21-30 คะแนน) มีความสมัครใจเพื่อเข้าร่วมโปรแกรม ไม่มีอาการทางจิต ประเมินโดยแบบคัดกรองอาการทางจิตของกรมสุขภาพจิต ไม่มีภาวะสมองเสื่อมประเมินโดยใช้ แบบวัด Mini-mental state examination (MMSE) ไม่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายประเมินคัดกรอง โดยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม คัดกรองได้ผู้ที่เขาเกณฑ์การคัดเลือกได้ทั้งหมด (Random selection) จำนวน 48 คน สุ่มจัดหน่วยตัวอย่างเข้ากลุ่ม (Random assignment) ได้จำนวน กลุ่มละ 12 คน จำนวน 4 กลุ่ม และการเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแบบสุ่ม (Random treatment) ทำการแบ่งกลุ่มด้วยการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 3 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มที่ 1 ดำเนินกิจกรรมให้การปรึกษา แบบบูรณาการการปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ ทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม จำนวน 9 ครั้ง กิจกรรมครั้งละ 45-60 นาที 2 สัปดาห์ต่อครั้ง โดยผู้วิจัย

2. กลุ่มที่ 2 ดำเนินกิจกรรมการให้การปรึกษาโดยใช้รูปแบบการปรึกษาตามทฤษฎี ปัญญานิยม จำนวน 12 คน จำนวน 9 ครั้ง กิจกรรมครั้งละ 45-60 นาที 2 สัปดาห์ต่อครั้ง โดย ผู้ช่วยวิจัย

3. กลุ่มที่ 3 ดำเนินกิจกรรมการให้การปรึกษาโดยใช้รูปแบบการปรึกษาตามทฤษฎี ประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม จำนวน 12 คน จำนวน 9 ครั้ง กิจกรรมครั้งละ 45-60 นาที 2 สัปดาห์ต่อครั้ง โดยผู้ช่วยวิจัย

4. กลุ่มที่ 4 กำหนดให้เป็นกลุ่มควบคุมเข้ารับการบำบัดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยใช้ ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรมตามแนวทางการดูแลของ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้ว

ราชนครินทร์ จำนวน 12 คน จำนวน 9 ครั้ง กิจกรรมครั้งละ 45-60 นาที 2 สัปดาห์ต่อครั้ง โดยนักจิตวิทยา

การเก็บข้อมูลดำเนินการวัดคะแนนภาวะซึมเศร้า ทั้ง 4 กลุ่มทดลอง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ซึ่งระยะติดตามผลจะวัดหลังจากทดลองไปแล้วเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

โดยมีผู้ช่วยวิจัยในการช่วยทำการทดลองในครั้งนี้ 3 คน ผู้วิจัยได้อบรมให้ผู้ช่วยวิจัยในโปรแกรมการปรึกษาและทดลองใช้ก่อนลงทดลองจริง

ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมการปรึกษา จำนวน 3 โปรแกรม คือ

1. สร้างโปรแกรมการบูรณาการการปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยมตาม Integrative multitheoretical psychotherapy ของ Brook-Harris (2008) จัดรูปแบบกิจกรรมเป็นโปรแกรมบูรณาการการปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม ต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎี Cognitive psychotherapy กับทฤษฎี Experiential-humanistic psychotherapy มาใช้ในการสร้างโปรแกรมการปรึกษา ได้เป็นโปรแกรมการบูรณาการการปรึกษาพหุทฤษฎี โดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม (Multitheoretical psychotherapy: MTP)

2. สร้างโปรแกรมการปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive therapy: CT)

3. สร้างโปรแกรมการปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม (Experiential-humanistic: EXP)

4. นำโปรแกรมการปรึกษาไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา วิธีการดำเนินการและการประเมินผลตามกรอบแนวคิดของโปรแกรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย

4.1 ผู้ทรงคุณวุฒิด้านจิตวิทยา จำนวน 3 ท่าน

4.2 ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จิตแพทย์ จำนวน 2 ท่าน

สรุปและสังเคราะห์โปรแกรมการปรึกษาทั้งหมด 3 โปรแกรม เพื่อนำมาทำการทดลองในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งมีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการปรึกษาและระยะเวลา

2. เพื่อเปรียบเทียบผลการปรึกษารายบุคคลที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าระหว่างวิธีการปรึกษาแบบพหุทฤษฎี วิธีการปรึกษาแบบปัญญานิยม กับวิธีการปรึกษาแบบประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม และวิธีการปรึกษาแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม

3. เพื่อศึกษาผลการพิจารณารายบุคคลระหว่างวิธีการรักษาแบบพหุทฤษฎี วิธีการรักษาแบบปัญญานิยม กับวิธีการรักษาแบบประสพการณ์นิยม-มนุษย์นิยม และวิธีการรักษาแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม ที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า เมื่อเวลาเปลี่ยนไป

สมมติฐานการวิจัย มีดังนี้

1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีกับระยะเวลา
2. ผลการพิจารณารายบุคคลที่ได้รับ โปรแกรมการบูรณาการการปรึกษาพหุทฤษฎี โดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับทฤษฎีประสพการณ์นิยม-มนุษย์นิยม ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยต่ำกว่าการรักษาแบบปัญญานิยม การปรึกษาแบบประสพการณ์นิยม-มนุษย์นิยม และการปรึกษาแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม ในระยะหลังการทดลองและติดตามผล
3. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ที่ได้รับ โปรแกรมการบูรณาการการปรึกษาพหุทฤษฎี โดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับทฤษฎีประสพการณ์นิยม-มนุษย์นิยม แบบปัญญานิยม และการปรึกษาแบบประสพการณ์นิยม-มนุษย์นิยม หลังการปรึกษาและระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งหมด 48 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 33.3 และเพศหญิง ร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50และ51-60 ปี ร้อยละ 33.3 และ 33.3 รองลงมา มีอายุระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.0 มีสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่เป็นคู่ ร้อยละ 43.8 รองลงมา คือ หม้าย/ หย่าร้าง ร้อยละ 29.2 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 29.2 รองลงมา คือ ประถมศึกษา ร้อยละ 25.0 อนุปริญญา/ ปวส. ร้อยละ 22.9 และมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 8.3 มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 2.1 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 37.5 รองลงมา คือ พนักงานบริษัท ร้อยละ 33.3 รับราชการ ร้อยละ 14.6 และประกอบธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 12.5 มีรายได้เฉลี่ย 10001-20000 บาท รองลงมา คือ 5,001-10,000 บาท ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 85.4 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 14.6 ตามลำดับ

จากข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้วิเคราะห์ค่าคะแนนซึมเศร้าทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลองและติดตามผลการทดลอง ซึ่งมีสมมติฐานการวิจัยและสรุปตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการรักษา และระยะเวลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผลการรักษารายบุคคลที่ได้รับโปรแกรมการบูรณาการการปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยมในระยะหลังการทดลองส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลง แตกต่างกับการรักษาแบบปัญญานิยม และการรักษาแบบประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่แตกต่างกับการรักษาแบบปรับความคิดและพฤติกรรมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ในระยะติดตามผล การรักษารายบุคคลแบบพหุทฤษฎีส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงแตกต่างกับการรักษาแบบปัญญานิยม การรักษาแบบประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม และการปรับความคิดและพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการบูรณาการการปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยมแบบปัญญานิยม และการรักษาแบบประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยมหลังการรักษา และระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยได้ ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1

มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองส่งผลร่วมกันต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทั้งนี้เนื่องจากเหตุผลดังต่อไปนี้ ในระยะก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อเวลาผ่านไปถึงระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ได้ผลที่แตกต่างกัน คือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษากลุ่มบูรณาการพหุทฤษฎีมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำลง เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการปรึกษากลุ่มบูรณาการพหุทฤษฎีที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยบูรณาการทฤษฎีการให้การปรึกษาระหว่างทฤษฎีประสบการณ์นิยมมาประยุกต์ร่วมกับทฤษฎีปัญญานิยม โดยการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลเน้นให้ได้ค้นหาปัญหาของตนเองและแก้ปัญหาในมุมมองที่ตนเองมีความสุข ดังที่ Brooks-Harris (2007) ได้กล่าวไว้ว่าการให้การปรึกษาควรขึ้นอยู่กับมีทางเลือกในการให้ช่วยเหลือได้หลากหลาย ความตั้งใจจะเป็นเครื่องนำทางให้

ผู้ให้การศึกษามีทางเลือก แนวคิด และกลยุทธ์ที่จะนำมาใช้การปรึกษา รู้จักที่เลือกใช้ทฤษฎี เทคนิควิธีการต่าง ๆ มาใช้เพื่อให้เกิดประสิทธิผลมากที่สุด ความมุ่งมั่นให้ความสำคัญกับประวัติ การรักษาของผู้รับบริการ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ให้การปรึกษาได้รู้ถึงความจำเป็นของคนไข้แต่ละคน ที่พวกเขามีความต้องการที่แตกต่างกันไป แง่มุมที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้รับบริการ ทำให้ สามารถระบุและเข้าถึงปัญหาของผู้รับบริการได้ชัดเจนมากขึ้น (Brooks-Harris, 2007) และ การปรึกษาแบบบูรณาการนั้นจำเป็นต้องส่งเสริมในหลากหลายมิติให้สามารถเกิดการปรับตัวได้ ในทุก ๆ มิติ เช่น ความสามารถในการคิด การปฏิบัติที่มีประสิทธิผล และการปรับความรู้สึก ที่จะช่วยให้ผู้รับบริการนั้นสามารถปรับใช้ได้ดีกับทางร่างกาย ความสัมพันธ์ โครงสร้างและ วัฒนธรรมด้วย จึงเหมาะสำหรับปัญหาที่เกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้รับบริการ จึงทำให้รูปแบบการบำบัดนี้สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สรวณีย์ อ้นสะ โก (2548) ศึกษาผลการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีอัตถิภาวะนิยม ต่อความหวังของผู้พิการ โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความหวังจากลำดับท้ายสุดขึ้นไป แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบประเมินความหวังและโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่ม ตามทฤษฎีอัตถิภาวะนิยม ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของ การทดลอง ผู้พิการกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษา มีคะแนนความหวังสูงกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล และผู้พิการ กลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษา ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ตูลาพร น้อยวัฒนา (2551) ศึกษาผลการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริงต่อสุขภาพจิตของ พนักงานบริษัทเอกชนในจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนสุขภาพจิต 98 คะแนนหรือน้อยกว่า (สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 6 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ใหม่ ปี พ.ศ. 2547 และ โปรแกรมการให้คำปรึกษา กลุ่มแบบเผชิญความจริง ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลา ของการทดลอง พนักงานกลุ่มทดลองมีคะแนน เฉลี่ยการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริงมี สุขภาพจิตในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุม พนักงานกลุ่มทดลอง มีสุขภาพจิตในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และพนักงาน ที่ได้รับคำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริง มีสุขภาพจิตระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล แตกต่างกัน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ นิสร่า คำมณี (2559) ศึกษาการพัฒนาการบูรณาการ การปรึกษากลุ่มแบบพหุทฤษฎี ระหว่างทฤษฎีอัตถิภาวะนิยม และทฤษฎีเผชิญความจริง เพื่อ เสริมสร้างเหตุผลเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ ของผู้ต้องขังหญิง ในทัณฑสถานหญิงซึ่ง โปรแกรม การปรึกษากลุ่มบูรณาการพหุทฤษฎีสามารถช่วยเสริมสร้างเหตุผล เพื่อการดำรงชีวิตให้สูงขึ้น

ทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

สรุปได้ว่า โปรแกรมการปรึกษาบูรณาการพหุทฤษฎีสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่กล่าวว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

สมมติฐานข้อที่ 2

ผลการปรึกษารายบุคคลที่ได้รับ โปรแกรมการบูรณาการการปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยมในระยะหลังการทดลองส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงแตกต่างกับการปรึกษาแบบปัญญานิยม และการปรึกษาแบบประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่แตกต่างกับการปรึกษาแบบปรับความคิดและพฤติกรรมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ในระยะติดตามผล การปรึกษารายบุคคลแบบพหุทฤษฎีส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงแตกต่างกับการปรึกษาแบบปัญญานิยม การปรึกษาแบบประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม และการปรับความคิดและพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายได้ว่า โปรแกรมการบูรณาการแบบพหุทฤษฎีสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมแบบปัญญานิยมและโปรแกรมประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้เพียงทฤษฎีการปรึกษาเพียงทฤษฎีเดียว ซึ่งต่างกับโปรแกรมการปรึกษาแบบปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีทฤษฎีทางการปรึกษาร่วมกันสองทฤษฎี เช่นเดียวกับโปรแกรมพหุทฤษฎี ทั้งนี้การลดภาวะซึมเศร้าได้จากการได้ใช้ทฤษฎีที่มีการบูรณาการหลากหลายทางเลือกในการวางแผนช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่ง Brooks-Harris ได้บอกถึงการบูรณาการไว้ว่า การบูรณาการแบบพหุทฤษฎี เน้นให้ใช้ประโยชน์จากปรัชญาที่หลากหลายที่มีความแตกต่างกันมากกว่าปรัชญาที่เหมือนกัน และมีการประยุกต์ใช้วิธีการที่หลากหลายมากกว่าการใช้วิธีการเดียว ขึ้น (Brooks-Harris, 2007) การปรึกษาแบบบูรณาการนั้นจำเป็นต้องส่งเสริมในหลากหลายมิติให้สามารถเกิดการปรับตัวได้ในทุก ๆ มิติ เช่น ความสามารถในการคิด การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ และการปรับความรู้สึกที่จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษานั้นสามารถปรับใช้ได้กับทางร่างกาย ความสัมพันธ์ โครงสร้างและวัฒนธรรมด้วย (Brooks-Harris, 2007) การปรึกษาแบบบูรณาการ (Integrative counseling) เป็นทฤษฎีและเทคนิควิธีที่ใช้ในการเลือกสรร วิเคราะห์ และสังเคราะห์จุดเด่นของทฤษฎี และเทคนิควิธีการปรึกษาต่าง ๆ เพื่อนำมาบูรณาการเข้าเป็นทฤษฎี และเทคนิควิธีการปรึกษา อีกทฤษฎีหนึ่ง การบูรณาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหาแนวปฏิบัติ

ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด (สุรินทร์ สุทธิชาติพิทย์, 2554) จุดมุ่งหมายหลัก ของจิตบำบัด การปรึกษาทุกทฤษฎี คือ การสร้างให้บุคคลมีความหวัง เพิ่มการเห็นคุณค่าของตนเอง เพื่อปรับปรุงชีวิตของเขาให้พึงประสงค์มากขึ้น และตั้งแต่ปี ค.ศ. 1960 นี้เอง ที่นักจิตวิทยา นักบำบัด และผู้ให้การปรึกษาทั้งหลายต่างยอมรับกันว่า การยึดอยู่กับทฤษฎีหลักเพียงทฤษฎีเดียวนั้น ไม่เพียงพอต่อการทำจิตบำบัดและการปรึกษาแล้ว ดังนั้น การบูรณาการจึงเป็นเรื่องจำเป็นที่ต้องศึกษา และนำมาปฏิบัติต่อไป (Lazarus, 1967 อ้างถึงใน สุรินทร์ สุทธิชาติพิทย์, 2557)

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dobson (1989) ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้า จำนวน 28 คน ในปี ค.ศ. 1976 ถึงปี ค.ศ. 1987 พบว่า การบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพดีกว่าในการลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง และการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม มีประสิทธิภาพดีกว่าการรักษาด้วยยาต้านอารมณ์เศร้าและพฤติกรรมบำบัด และจากการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการบำบัดแบบ การปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้า จำนวน 78 คน ในปี ค.ศ. 1977 ถึง ปี ค.ศ. 1996 ของ โกลกุน และคณะ (Gloaguen et al., 1998) พบว่า การบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม มีประสิทธิภาพดีกว่าในการลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง และการบำบัดแบบ การปรับความคิดและพฤติกรรม มีประสิทธิภาพดีกว่าการได้รับยาต้านเศร้า

จากการศึกษาของ Devlin (2007) ได้ศึกษาการให้การปรึกษาในรูปแบบต่าง ๆ ในการบำบัดครอบครัว พบว่า การใช้การบูรณาการทุกทฤษฎีในการบำบัดครอบครัวให้ผลที่ตอบสนองดีกว่า และผู้บำบัดสามารถที่จะปรับรูปแบบในการบำบัดครอบครัวหรือคู่รักได้ดีกว่า การยึดติดรูปแบบของการบำบัดแบบใดแบบหนึ่ง จึงเสนอไว้เป็นทางเลือกสำหรับนักจิตวิทยาในการบำบัดครอบครัว และจากงานวิจัยของ Harris (2015) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการปรึกษาแบบทุกทฤษฎีในการบำบัดซึมเศร้า โดยศึกษาจากข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า จิตบำบัดแบบทุกทฤษฎีสำหรับบำบัดภาวะซึมเศร้านั้นมีความแตกต่างกันหลายวิธีการ และแต่ละวิธีก็มีประสิทธิภาพและมีความหลากหลาย จิตบำบัดแบบทุกทฤษฎีสำหรับภาวะซึมเศร้าได้อธิบายถึงวิธีการเลือกวิธีการที่เหมาะสมที่สุดหรือการพิจารณาร่วมกันในการรักษาโดยอิงกับลักษณะและความพึงพอใจของผู้รับบริการ สำหรับวิธีการปฏิบัติสำหรับการวางแผนการรักษา คือ (1) การทำแบบสำรวจหลายมิติ (2) การสร้างมิติข้อมูลที่สำคัญ 1 มิติขึ้นไป (3) การสร้างแนวคิดเกี่ยวกับหลายมุมมองที่เกี่ยวข้อง และ (4) การเลือกกลยุทธ์ที่สำคัญในการบำบัด จิตบำบัดแบบทุกทฤษฎีสำหรับภาวะซึมเศร้าอธิบาย 12 สมมติฐานทางคลินิก และ 45 กลยุทธ์สำคัญที่จะช่วยให้นักจิตวิทยาตัดสินใจในการใช้เทคนิคในการบำบัดในการรักษาตามลักษณะของผู้รับบริการแต่ละรายในลักษณะที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้รับบริการแต่ละราย จากรายงานการวิจัยของ McCarthy (2009)

ได้กล่าวถึงการใช้การบูรณาการในการเลือกการบำบัด ซึ่งได้ค้นพบว่าในแต่ละขั้นตอนของการประเมินผู้รับบริการและการบำบัดนั้นได้มีการใช้การประเมินแบบบูรณาการเพื่อให้ครอบคลุมในทุกด้านและนำมาวางแผนการบำบัดซึ่งการประเมินแบบบูรณาการพหุทฤษฎี สามารถช่วยผู้บำบัดในการเลือกเครื่องมือในการบำบัดได้ตรงกับประเด็นปัญหาของแต่ละราย และทำให้ผลของการบำบัดดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีพรหม กาสกุล (2558) การใช้ยาแก้ซึมเศร้าได้ผลเท่ากับการทำจิตบำบัด บางการศึกษาพบว่าการใช้ยาแก้ซึมเศร้า ร่วมกับการทำจิตบำบัดได้ผลดีกว่าการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว หรือในรายที่มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย การรักษาด้วยทางเลือกอื่น เช่น การออกกำลังกาย การนวดแผนไทย ช่วยรักษาอาการซึมเศร้าได้ การพิจารณาการรักษาอาจต้องพิจารณา ถึงสาเหตุ ระดับและความรุนแรงของอาการซึมเศร้า หรือพิจารณาถึงความแตกต่างของบุคคล ทั้งเพศ ภาวะ อายุ หรือข้อจำกัดต่างๆ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการแก้อาการซึมเศร้า และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิสรา คำมณี (2559) ศึกษาการพัฒนาการบูรณาการ การปรึกษากลุ่มแบบพหุทฤษฎี ระหว่างทฤษฎีอัตถิภาวะนิยม และทฤษฎีเผชิญความจริง เพื่อเสริมสร้างเหตุผลเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ของผู้ต้องขังหญิง ในทัณฑสถานหญิงซึ่งโปรแกรมการปรึกษากลุ่มบูรณาการพหุทฤษฎีสามารถช่วยเสริมสร้างเหตุผล เพื่อการดำรงชีวิตให้สูงขึ้นทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ซึ่งจะเห็นได้ว่าการบูรณาการแต่ละทฤษฎีร่วมกันได้ผลต่อการบำบัดในทางที่ดีขึ้น และสอดคล้องกับแนวโน้มด้านจิตวิทยาในปัจจุบันที่มีแนวโน้มในการใช้การบำบัดที่หลากหลายทฤษฎีมากขึ้น ซึ่งเป็นแนวทางใหม่ในการปรึกษา คอร์เรย์ (Corey, 2009, p. 88 อ้างถึงใน สุรินทร์ สุทธิชาติพิทย์, 2554) ได้อ้างผลการสำรวจของ Psychotherapy networker ในปี ค.ศ. 2007 โดยสำรวจนักจิตวิทยาและผู้ให้การปรึกษา จำนวน 2,281 คน เกี่ยวกับทฤษฎีและเทคนิควิธีการที่ได้ใช้ ในการทำจิตบำบัด การปรึกษา และพบว่า มีเพียงร้อยละ 4.2 เท่านั้น ที่ยึดมั่นในการใช้ทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง ที่น่าสังเกต คือ ส่วนมากถึงร้อยละ 95.8 ประยุกต์และบูรณาการทฤษฎีและเทคนิค วิธีการต่าง ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการบำบัดการปรึกษา (สุรินทร์ สุทธิชาติพิทย์, 2554) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการให้การปรึกษาที่มีการบูรณาการหลากหลายทฤษฎีเพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาให้กับผู้รับบริการได้ตรงประเด็นจะได้ผลการปรึกษาที่ดีกว่าที่ใช้การปรึกษาแบบทฤษฎีเดียว ซึ่งในผลการทดลองในการวิจัยในครั้งนี้ก็ได้แสดงให้เห็นว่าผลการปรึกษาแบบบูรณาการพหุทฤษฎีไม่แตกต่างกับการปรึกษาแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมในระยะหลังการทดลอง และจากผลการทดลองเทียบระหว่างกลุ่มจะเห็นได้ว่าผลการทดลองในระยะหลังการทดลองของกลุ่มการปรึกษาแบบประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม มีคะแนนซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มการปรึกษาแบบปรับความคิดและพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าการใช้ทฤษฎีที่หลากหลายมากกว่าทฤษฎีเดียวนั้นให้ผลการบำบัดได้ดีกว่า

ในระยะติดตามผลการศึกษารายบุคคลแบบพหุทฤษฎีส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง แตกต่างกับการศึกษาแบบปัญญานิยม การศึกษาแบบประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม และการปรับความคิดและพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งในระยะติดตามผลนั้น เป็นไปได้ว่าโปรแกรมการศึกษารายบุคคลแบบพหุทฤษฎีเมื่อทิ้งระยะห่างให้ผู้รับการบำบัดได้ มีการคิดทบทวนได้ลองใช้เทคนิคต่าง ๆ ด้วยตัวเองเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาเมื่ออยู่ที่บ้าน อยู่ในสังคม จะสามารถใช้แก้ปัญหาและลดภาวะซึมเศร้าได้ดี เหมาะกับการลดภาวะซึมเศร้าที่ต้องใช้ระยะเวลา ดังจะเห็นได้จากผลการทดลองในระยะติดตามผล ซึ่งระยะติดตามผลนั้นเป็นระยะ ที่ผู้ป่วยได้ไปใช้ชีวิตและเผชิญชีวิตในสังคม ในครอบครัวของตัวเอง แม้ไม่ได้อยู่ในช่วงระยะเวลาของการบำบัดก็ยังสามารถลดภาวะซึมเศร้าของตัวเองได้ ซึ่งจากทฤษฎีของการบูรณาการ แบบพหุทฤษฎีนั้นได้เห็นว่า การใช้ทฤษฎีไม่คำนึงถึงลำดับความสำคัญของทฤษฎี แต่คำนึงถึงความจำเป็นของผู้รับบริการปรึกษา (Brooks-Harris, 2007) จึงทำให้โปรแกรมของการให้ การปรึกษาแบบพหุทฤษฎีมีความจำเพาะในปัญหาของบุคคลแต่ละคน ซึ่งผู้รับบริการแต่ละราย มีปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่แตกต่างกัน จึงทำให้แต่ละคนที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษา แบบพหุทฤษฎีสามารถแก้ไขปัญหของตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับที่ Brooks-Harris (2007) ได้กล่าวไว้ว่า การปรึกษาแบบปัญญานิยมให้ความสำคัญกับความคิดของผู้รับปรึกษา และ อิทธิพลของความคิดที่มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของผู้รับปรึกษา ถ้าผู้ให้ปรึกษาและผู้รับปรึกษาตัดสินใจว่า ปัญหาของผู้รับปรึกษาในเบื้องต้นมีความเกี่ยวข้องกับความคิดของ พวกเขา มันจะเกิดประโยชน์อย่างมากในการที่จะค้นหาความคิดหรือความเชื่อของผู้รับปรึกษา และนำมาสร้างกรอบแนวคิดในการให้ปรึกษา หลักสำคัญ คือ การระบุนุความคิดที่กำลังส่งผล กระทบวิธีการที่ผู้รับปรึกษาดตอบสนองต่อสถานการณ์ที่พวกเขา กำลังเผชิญอยู่ ซึ่งรูปแบบ ที่สำคัญในการปรึกษาแบบปัญญานิยม คือ การมองเห็นว่า ความคิด ความเชื่อมีบทบาทสำคัญที่เป็นตัวแปรคั่นกลาง ที่ส่งผลให้เหตุการณ์นั้นมีผลต่อความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้รับปรึกษา การระบุนุความคิดที่เฉพาะเจาะจงนี้และอิทธิพลของมันนั้น เป็นหัวใจสำคัญในการสร้างกรอบ แนวคิดในการปรึกษาแบบปัญญานิยม สอดคล้องกับเบ็ค ที่กล่าวว่ารูปแบบปัญญานิยมของภาวะ ซึมเศร้ามีความเชื่อมโยงกันจากประสบการณ์ในช่วงต้นชีวิตของบุคคล ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมี โครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบที่เกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลกและอนาคต โครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนไปจะถูกกระตุ้นได้เมื่อบุคคลนั้นประสบกับภาวะวิกฤตในชีวิต หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนไปนี้จะทำให้มีการ ประมวลเรื่องราว ที่ผิดพลาดมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบอย่างเป็นระบบ และเป็นความคิด ที่บิดเบือนไปโดยอัตโนมัติควบคุมไม่ได้หรือเป็นความคิดอัตโนมัติในทางลบส่งผลให้เกิดภาวะ

ซึมเศร้าตามมา ยิ่งภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นความคิดอัตโนมัติในทางลบก็จะเพิ่มมากขึ้นเป็นวงจร
 อย่างนี้เรื่อยไป (Beck, 1967; Beck & Brad, 2009) และทฤษฎีมนุษยนิยมสามารถลดภาวะซึมเศร้า
 ได้ ดังคำกล่าวของ Greenberg and Paivio บอกว่า กรอบแนวคิดแบบประสบการณ์นิยมจะให้
 ความสำคัญกับความรู้สึก (Feeling) และบทบาทของความรู้สึกต่อการทำหน้าที่ของมนุษย์ ถ้าคุณ
 ตัดสินใจว่าปัญหาของผู้รับการปรึกษามีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกดั้งเดิม Greenberg and Paivio
 (1997) อธิบายกระบวนการของกรอบแนวคิดของอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ที่เฉพาะเจาะจงส่วน
 บุคคลและเข้าใจวัตถุประสงค์ที่พวกเขาต้องการ ความรู้สึกส่วนใหญ่สามารถแยกประเภทได้
 5 อารมณ์พื้นฐาน คือ 1) อารมณ์โกรธ 2) อารมณ์เศร้าหรือเสียใจ 3) อารมณ์กลัวหรือวิตกกังวล
 4) อารมณ์ละอายใจ 5) อารมณ์พอใจ (เช่น มีความสุข หรือรัก) ซึ่งกรอบแนวคิดแบบประสบการณ์
 นิยม เกี่ยวข้องกับความรู้สึกของผู้รับการปรึกษาที่กำลับประสมอยู่ และตัดสินใจว่าพวกเขาจะ
 แสดงอารมณ์แรกเริ่ม (Primary emotion), อารมณ์ที่สอง (Secondary emotion) อารมณ์เป็นสื่อ
 (Instrumental emotion) เหมาะสม อารมณ์แรกเริ่มช่วยให้ปรับตัวได้ เมื่อบุคคลมีบทบาทใน
 ทางบวกที่จะปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ ตัวอย่างเช่น ความกลัว คือ ปฏิกริยาที่ตอบสนองต่อ
 สถานการณ์ที่เป็นอันตราย นี่คือการปรับตัวที่เหมาะสม เช่นเดียวกับความโกรธ จะตอบสนองได้
 อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ที่รุนแรงและ โศกเศร้า นั่นคือ การปรับตัวต่อการสูญเสีย การปรึกษา
 สามารถกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาได้แสดงความรู้สึกและตระหนักรู้ถึงการปรับตัวโดยใช้อารมณ์
 แรกเริ่ม ที่พวกเขาสามารถแสดงออก และทำให้การปรับตัวนั้นเป็นไปในทิศทางที่เหมาะสม
 อารมณ์แรกเริ่ม สามารถทำให้การปรับตัวเกิดปัญหาได้ เช่น ความกลัวต่อเหตุการณ์หรือสิ่งของ
 ที่ไม่เป็นอันตราย (ปฏิริยาของโรคกลัวเกินเหตุ) อารมณ์แรกเริ่มที่ไม่เหมาะสมมักเกิดขึ้นบ่อย ๆ
 ในรูปแบบของความความกลัว หรือความรู้สึกละอาย (Greenberg & Paivio, 1997 cited in
 Brooks-Harris, 2008) เมื่อระบุมอารมณ์แรกเริ่มของผู้รับการปรึกษาได้แล้ว ผู้ให้การปรึกษาจะ
 มองเห็นได้เมื่อความรู้สึกเหล่านั้นปรากฏขึ้นให้เห็นต่อการปรับตัวว่าเหมาะสมหรือไม่ อารมณ์ที่ 2
 คือปฏิกริยาที่มีต่ออารมณ์แรก หรือต่อการคิด ปฏิกริยาของอารมณ์ที่ 2 ต่ออารมณ์แรกอาจเกี่ยวข้องกับ
 กับความรู้สึกที่แสดงออกเพื่อให้ได้การยอมรับทางสังคมเมื่อบุคคลรู้สึกไม่สบายใจที่แสดงอารมณ์
 แรกของเขาออกมา ตัวอย่างเช่น ผู้ชายมักแสดงอารมณ์โกรธ เมื่อพวกเขาารู้สึกกลัว ในกรณีเช่นนี้
 ความกลัวอาจเป็นอารมณ์แรก (Primary emotion) ที่เป็นผลทำให้แสดงอารมณ์ที่ 2 (Secondary
 emotion) คือ อารมณ์โกรธ ในทางตรงกันข้าม ผู้หญิงมักจะแสดงความรู้สึกเศร้าออกมาเป็น
 อารมณ์ที่ 2 เมื่อเกิดอารมณ์แรก คือ อารมณ์โกรธ การสลับกันระหว่างอารมณ์แรกและอารมณ์ที่ 2
 นั้นเกิดขึ้นบ่อยโดยไม่รู้ตัว บุคคลอาจไม่รู้ตัวว่าเกิดอารมณ์แรกจนกระทั่งมีการสำรวจโดยผู้ให้
 การปรึกษา อารมณ์ที่ 2 มักจะถูกรวมอยู่กับความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากความคิด เช่น อารมณ์เศร้าเมื่อ

บุคคลคิดเรื่องความล้มเหลว (Greenberg & Paivio, 1997 cited in Brooks-Harris, 2008) ซึ่งเทคนิคที่ผู้วิจัยได้นำมาสร้างโปรแกรมนั้น ได้ศึกษาตามแนวทางของทฤษฎีประสบการณ์มนุษย์นิยม โดยเทคนิคของทฤษฎีประสบการณ์นิยม ได้มาจาก Emotion-focused therapy (Greenberg & Paivio, 1997; Greenberg, 2002), Gestalt therapy (Perls, Hefferline & Goodman, 1951; Perls, 1969; Polster & Polster, 1973; Yontef, 1993), จิตวิทยาของกลุ่มมนุษย์นิยม (Maslow, 1968) Person-centered therapy (Rogers, 1951, 1957; Raskin & Rogers, 2000) จิตวิทยากลุ่มอัตถิภาวนิยม (Bugental, 1965; Frankl, 1969; Yalom, 1985) และการปรึกษาแนวประสบการณ์นิยม (Gendlin, 1973, 1978; Mahrer, 1986) เทคนิคแนวประสบการณ์นิยมทั้ง 12 เทคนิค ได้หมายความถึงการนำเสนอประเภทของทักษะที่สามารถใช้ประโยชน์ในการสำรวจความรู้สึกและประสบการณ์ส่วนบุคคล กระตุ้นความองกามส่วนบุคคล และเผชิญหน้ากับสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งพอสรุปได้ว่า อารมณ์ การเรียนรู้ อารมณ์ การปรับตัวกับอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมโดยใช้เทคนิคต่าง ๆ สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งในโปรแกรมของการปรึกษาแบบพหุทฤษฎีของผู้วิจัยนั้น ได้บูรณาการทั้งทางด้านทฤษฎี ปัญญานิยมและทฤษฎีมนุษย์นิยม ร่วมกันเพื่อให้สามารถเข้าใจในมนุษย์ได้มากขึ้น ซึ่งโปรแกรมมีทั้งหมด 9 ครั้ง มีทั้งกิจกรรมที่ฝึกสำรวจความคิด สำรวจอารมณ์ ฝึกคิด ฝึกอารมณ์ และฝึกการแสดงออกของอารมณ์ และกิจกรรมที่ทบทวนตัวเองและฝึกเรียนรู้กับความรู้สึกและอารมณ์ของตนเอง ทำให้สามารถช่วยวิเคราะห์ดักจับปัญหาและดำเนินการแก้ไขปัญหาได้อย่างชัดเจน ในระยะหลังการทดลองค่าคะแนนอาจจะยังไม่แตกต่างกับทฤษฎีอื่น ๆ มากเท่าไร แต่เมื่อเวลาผ่านไปคะแนนซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมพหุทฤษฎียังอยู่ในภาวะปกติ ซึ่งอาจแตกต่างกับกลุ่มอื่น ๆ ที่มีค่าคะแนนซึมเศร้ามากขึ้นเมื่อระยะเวลาผ่านไป ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นิสรา คำมณี (2559) ที่ศึกษาการพัฒนาการบูรณาการ การปรึกษา กลุ่มแบบพหุทฤษฎี ระหว่างทฤษฎีอัตถิภาวนิยม และทฤษฎีเผชิญความจริง เพื่อเสริมสร้างเหตุผลเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิงซึ่งโปรแกรมการปรึกษากลุ่มบูรณาการพหุทฤษฎีสามารถช่วยเสริมสร้างเหตุผล เพื่อการดำรงชีวิตให้สูงขึ้นซึ่งในระยะติดตามผลค่าคะแนนของเหตุผลของการมีชีวิตอยู่ดีขึ้น แม้จะเป็นในช่วงติดตามผล แสดงให้เห็นว่าการบูรณาการแบบพหุทฤษฎีนั้นสามารถช่วยในการปรึกษาให้ผลการปรึกษาส่งผลต่อตัวแปรที่วัดได้ผลมากขึ้น ดังผลของการวิจัยจึงทำให้สรุปได้ว่าโปรแกรมการบูรณาการพหุทฤษฎีสามารถใช้ลดภาวะซึมเศร้าได้และลดได้ดีขึ้นเมื่อระยะเวลาผ่านไป ส่วนผลของโปรแกรมการปรึกษาแบบประสบการณ์นิยม-มนุษย์นิยม (EXP) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปรึกษาแบบประสบการณ์นิยม-มนุษย์นิยมมีประสิทธิภาพน้อยกว่าโปรแกรมการปรึกษาแบบปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าว

ของ Brooks-Harris ได้บอกถึงการบูรณาการไว้ว่า การบูรณาการเน้นให้ใช้ประโยชน์จากปรัชญาที่หลากหลายที่มีความแตกต่างกันมากกว่าปรัชญาที่เหมือนกัน และ มีการประยุกต์ใช้วิธีการที่หลากหลายมากกว่าการใช้วิธีการเดียวกัน (Brooks-Harris, 2007) การปรึกษาแบบบูรณาการนั้นจำเป็นต้องส่งเสริมในหลากหลายมิติให้สามารถเกิดการปรับตัวได้ในทุก ๆ มิติ เช่น ความสามารถในการคิด การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ และการปรับความรู้สึกที่จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษานั้นสามารถปรับใช้ได้กับทางร่างกาย ความสัมพันธ์ โครงสร้างและวัฒนธรรมด้วย (Brooks-Harris, 2007) การปรึกษาแบบบูรณาการ (Integrative counseling) เป็นทฤษฎีและเทคนิควิธีที่ใช้ในการเลือกสรร วิเคราะห์ และสังเคราะห์จุดเด่นของทฤษฎี และเทคนิควิธีการปรึกษาต่าง ๆ เพื่อนำมาบูรณาการเข้าเป็นทฤษฎีและเทคนิควิธีการปรึกษา อีกทฤษฎีหนึ่ง การบูรณาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหาแนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด (สุรินทร์ สุทธิชาติพิภย์, 2554) จุดมุ่งหมายหลักของจิตบำบัด การปรึกษาทุกทฤษฎี คือ การสร้างให้บุคคลมีความหวัง เพิ่มการเห็นคุณค่าของตนเอง เพื่อปรับปรุงชีวิตของเขาให้พึงประสงค์มากขึ้น และตั้งแต่ปี ค.ศ. 1960 นี้เอง ที่นักจิตวิทยา นักบำบัด และผู้ให้การปรึกษาทั้งหลายต่างยอมรับกันว่า การยึดอยู่กับทฤษฎีหลักเพียงทฤษฎีเดียวนั้น ไม่เพียงพอต่อการทำจิตบำบัดและการปรึกษาแล้ว

สรุปได้ว่า ผลการปรึกษารายบุคคลแบบพหุทฤษฎีในระยะหลังการทดลองส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงแตกต่างกับการปรึกษาแบบปัญญานิยม และการปรึกษาแบบประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม แต่ไม่แตกต่างกับการปรึกษาแบบปรับความคิดและพฤติกรรม ส่วนในระยะติดตามผล การปรึกษารายบุคคลแบบพหุทฤษฎีส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงแตกต่างกับการปรึกษาแบบปัญญานิยม การปรึกษาแบบประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม และการปรับความคิดและพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ไม่เป็นไปตามสมมติฐานในข้อที่ 2

สมมติฐานข้อที่ 3

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ที่ได้รับโปรแกรมการบูรณาการการปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม แบบปัญญานิยม และการปรึกษาแบบประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม หลังการปรึกษาและระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายได้ว่า ปรึกษารายบุคคลโดยใช้ปรึกษาแบบพหุทฤษฎีแบบปัญญานิยม และการปรึกษาแบบประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม หลังการปรึกษาและระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองเมื่อเวลาเปลี่ยน ไปส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าลดลงดีกว่า ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรม

แต่ละโปรแกรมนั้นสามารถทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้เช่นเดียวกัน ดังมีผลการวิจัยที่ได้แสดงให้เห็นไว้ถึงวิธีการบำบัดที่หลากหลาย ดังนี้

การศึกษาแบบบูรณาการการศึกษาพฤติกรรมโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษย์นิยมสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Devlin (2007) ได้ศึกษาการให้การศึกษาในรูปแบบต่าง ๆ ในการบำบัดครอบครัว พบว่า การใช้การบูรณาการพฤติกรรมในการบำบัดครอบครัวให้ผลที่ตอบสนองดีกว่า และผู้บำบัดสามารถที่จะปรับรูปแบบในการบำบัดครอบครัวหรือคู่รักได้ดีกว่าการยึดติดรูปแบบของการบำบัดแบบใดแบบหนึ่ง จึงเสนอไว้เป็นทางเลือกสำหรับนักจิตวิทยาในการบำบัดครอบครัว และจากงานวิจัยของ Harris (2015) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการศึกษาแบบพฤติกรรมในการบำบัดซึมเศร้า โดยศึกษาจากข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าจิตบำบัดแบบพฤติกรรมสำหรับบำบัดภาวะซึมเศร้านั้นมีความแตกต่างกันหลายวิธีการและแต่ละวิธี ก็ประสิทธิภาพและมีความหลากหลาย จิตบำบัดแบบพฤติกรรมสำหรับภาวะซึมเศร้าได้อธิบายถึงวิธีการเลือกวิธีการที่เหมาะสมที่สุด หรือการพิจารณาร่วมกันในการรักษาโดยอิงกับลักษณะและความพึงพอใจของผู้รับบริการ สำหรับวิธีการปฏิบัติสำหรับการวางแผนการรักษา คือ (1) การทำแบบสำรวจหลายมิติ (2) การสร้างมิติข้อมูลที่สำคัญ 1 มิติขึ้นไป (3) การสร้างแนวคิดเกี่ยวกับหลายมุมมองที่เกี่ยวข้อง และ (4) การเลือกกลยุทธ์ที่สำคัญในการบำบัด จิตบำบัดแบบพฤติกรรมสำหรับภาวะซึมเศร้าอธิบาย 12 สมมติฐานทางคลินิก และ 45 กลยุทธ์สำคัญที่จะช่วยให้ นักจิตวิทยาตัดสินใจในการใช้เทคนิคในการบำบัดในการรักษาตามลักษณะของผู้รับบริการแต่ละราย ในลักษณะที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้รับบริการแต่ละราย จากรายงานการวิจัยของ McCarthy (2009) ได้กล่าวถึง การใช้การบูรณาการในการเลือกการบำบัด ซึ่งได้ค้นพบว่าในแต่ละขั้นตอนของการประเมินผู้รับบริการและการบำบัดนั้นได้มีการใช้การประเมินแบบบูรณาการเพื่อให้ครอบคลุมในทุกด้านและนำมาวางแผนการบำบัด ซึ่งการประเมินแบบบูรณาการพฤติกรรม สามารถช่วยผู้บำบัดในการเลือกเครื่องมือในการบำบัดได้ตรงกับประเด็นปัญหาของแต่ละราย และทำให้ผลของการบำบัดดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิสรา คำณี (2559) ศึกษาการพัฒนาการบูรณาการการศึกษากลุ่มแบบพฤติกรรม ระหว่างทฤษฎีอัตถิภาวะนิยม และทฤษฎีเผชิญความจริง เพื่อเสริมสร้างเหตุผลเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ ของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิง การวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา โดยมีรูปแบบดังนี้ R1 ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษากลุ่มบูรณาการพฤติกรรมและเหตุผลเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ของผู้ต้องขังหญิง D1 สร้างและตรวจสอบรูปแบบการศึกษากลุ่มบูรณาการพฤติกรรม ต่อเหตุผลเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ R2 ทดลองใช้กับผู้ต้องขังหญิง จำนวน 5 ครั้ง D2 ศึกษาผลของโปรแกรมการศึกษากลุ่มบูรณาการพฤติกรรม จากนั้นทำการรับรองรูปแบบ

การปรึกษากลุ่มบูรณาการพหุทฤษฎี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ต้องขังหญิงที่มีคดีต้องโทษ 10 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในทัณฑสถานหญิงชลบุรี ที่มีคะแนนแบบวัดเหตุผล เพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในระดับต่ำกว่า เปรอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 จากนั้นให้ทำแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ของกรมสุขภาพจิต และคัดเลือกเฉพาะผู้ที่ได้คะแนน 8Q เท่ากับ 0 และได้สอบถามความสมัครใจเพื่อเข้าร่วม โปรแกรม ได้จำนวน 22 คน สุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 11 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 11 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบวัดเหตุผลเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) และโปรแกรมการปรึกษากลุ่มบูรณาการพหุทฤษฎี ระหว่างทฤษฎีอัตถิภาวะนิยม และทฤษฎีเผชิญความจริง การทดลองแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และ ระยะติดตามผล โดยกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการปรึกษากลุ่มบูรณาการพหุทฤษฎี สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวน 6 สัปดาห์ รวมเป็น 17 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที และกลุ่มควบคุมไม่ได้รับ โปรแกรมการปรึกษากลุ่มบูรณาการพหุทฤษฎี ผลการวิจัย พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับ ระยะเวลาการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ต้องขังหญิงที่ได้รับ โปรแกรมการปรึกษากลุ่มบูรณาการพหุทฤษฎีมีเหตุผลเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในระยะหลังทดลองและระยะ ติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ต้องขังหญิงที่ได้รับ โปรแกรมการปรึกษากลุ่มบูรณาการ พหุทฤษฎีมีเหตุผลเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผลสูงกว่าในระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการบูรณาการปรึกษาสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้

ส่วนการปรึกษาแบบปัญญานิยม สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้เช่นเดียวกัน ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของ Gloaguen et al. (1998) ที่กล่าวว่า การบำบัดทางปัญญา (Cognitive therapy) มีพื้นฐานความเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการรับรู้ที่บิดเบือนไม่ถูกต้อง เลือกลงใจแต่ในแง่ลบ ของเหตุการณ์และไม่เป็นความจริง วิธีการ คือช่วยให้บุคคลเข้าใจและค้นหาความคิดด้านลบ แล้วปรับเปลี่ยนการคิดไปอีกทางที่ยืดหยุ่นและเป็นทางบวก นอกจากนี้ยังพบว่า การบำบัดปัญญา สามารถลดภาวะซึมเศร้าและป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง จะเห็นได้ว่าการใช้ทฤษฎีปัญญานิยมก็สามารถลดภาวะ ซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ขวัญใจ นามชื่อ (2549) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัด ทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ที่คิดเชื่อเฮอไอวีและเอดส์ โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ เบ็ค (BDI-IA) แพลด โดย มุกดา ศรีรงค์ พบว่า ผลของภาวะซึมเศร้า หลังการทดลองและระยะติดตาม ผลต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ กุลวดี ตนะทิพย์ (2558) ศึกษาผลการปรึกษากลุ่มทฤษฎีปัญญานิยมต่อการคิดการใช้งานเฟซบุ๊ก ของนักเรียน มัธยมศึกษาตอนปลาย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 10 คน ที่มีคะแนน

การคิดการใช้งานเฟซบุ๊กสูงกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ขึ้นไป และสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง โดยประเมินจากแบบวัดการคิดการใช้งานเฟซบุ๊กที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างได้รับการปรึกษากลุ่ม ทฤษฎีปัญญาานิยมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบวัดการคิดการใช้งานเฟซบุ๊ก และโปรแกรมการให้การปรึกษากลุ่มทฤษฎีปัญญาานิยม จำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 50-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ผู้วิจัยประเมินการคิดการใช้งานเฟซบุ๊กในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลัง การทดลองและระยะติดตามผลการทดลองผลการวิจัยปรากฏว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่ได้รับการปรึกษากลุ่มทฤษฎีปัญญาานิยม มีการคิดการใช้งานเฟซบุ๊กในระยะหลังการทดลอง น้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่ได้รับการปรึกษากลุ่มทฤษฎีปัญญาานิยมมีการคิดการใช้งานเฟซบุ๊กในระยะติดตามผลน้อยกว่า ก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของ โปรแกรม การปรึกษาแบบปัญญาานิยมที่สามารถใช้ในการบำบัดได้

และในการปรึกษาแบบประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ เช่นเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jennifer (2002) ได้ศึกษาผลของการบำบัดด้วย กระบวนการของประสบการณ์บำบัด (Experiential psychotherapy) กับการบำบัดโดยมีผู้รับ การบำบัดเป็นศูนย์กลาง (Client-centered psychotherapy) โดยทำการทดลองในผู้ใหญ่ที่เป็น โรคซึมเศร้า จำนวน 72 คน บำบัด 20 ครั้ง และติดตามผลการบำบัดในระยะยาว 18 เดือน ลูดวิก (Ludwig, 2001, p. 328) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการบำบัดโดยผู้รับคำปรึกษา เป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยที่บุคลิกภาพผิดปกติ และการผสมผสานร่วมกับการรักษาโดยจิตเวชศาสตร์ พบว่า การบำบัดโดยผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลางสามารถช่วยผู้ป่วยดีขึ้นบางส่วน แต่สำหรับการรักษา ร่วมกับจิตเวชไม่สามารถช่วยให้เห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนได้ (Davis, n.d. อ้างถึงใน เบลูจมาศ กาญจนวิโรจน์ (2539) แนวคิดมนุษยนิยมที่ให้ความสำคัญต่อบุคคลในฐานะที่เป็น มนุษย์ที่มีอิสระ มีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และมีศักยภาพในการพัฒนาตนเอง เอื้อให้บุคคลเกิดการพัฒนา ความคิดรวบยอดเกี่ยวกับตนเอง เกิดความรู้สึกมั่นใจและภูมิใจในเอกลักษณ์ของตน บรรลุศักยภาพ แห่งตน กล้าแสดงออกซึ่งความรับผิดชอบ และมีค่านิยมทางบวกในทางสร้างสรรค์ อันจะนำไปสู่ ความองงามของบุคคลอย่างแท้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรินทร์ ภูมิมาลา (2553) ศึกษา ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดมนุษยนิยมที่มีต่อการรับรู้คุณค่าความดีและ ความสุขทางจิตใจของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงทดลอง ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง นักศึกษาที่เข้าร่วมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตาม แนวคิดมนุษยนิยมมีการรับรู้คุณค่าความดีสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีความสุขทางจิตใจสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) หลังการทดลอง นักศึกษาที่เข้าร่วมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดมนุษยนิยม มีการรับรู้คุณค่าความดีสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีความผาสุกทางจิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 3) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ แสดงว่า นักศึกษาที่เข้าร่วมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดมนุษยนิยม ได้รับประสบการณ์และมีความรู้สึกนึกคิดที่เป็นไปตามขั้นตอนของการดำเนินกลุ่ม สะท้อนให้เห็นได้จากบรรยากาศทางกายภาพ บรรยากาศของการอยู่ร่วมกันภายในกลุ่ม และสัมพันธภาพของสมาชิก นอกจากนี้ นักศึกษายังตระหนักได้ว่าตนเองมีการรับรู้คุณค่าความดีและมีความผาสุกทางจิตใจด้วย สอดคล้องกับคำกล่าวของ สุริน ชุมสาย ณ อยุธยา (ม.ป.ป. อ้างถึงใน ทิศนา แจมมณี, 2550, หน้า 50-76) กล่าวไว้ว่า ทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มมนุษยนิยม (Humanism) นักคิดกลุ่มมนุษยนิยม ให้ความสำคัญของการเป็นมนุษย์ และมองมนุษย์ว่ามีคุณค่า มีความดีงาม มีความสามารถ มีความต้องการ และมีแรงจูงใจภายในที่จะพัฒนาศักยภาพของตน หากบุคคลได้รับอิสรภาพและเสรีภาพ มนุษย์จะพยายามพัฒนาตนเองไปสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ นักจิตวิทยาคนสำคัญในกลุ่มนี้ คือ มาสโลว์ (Maslow) โรเจอร์ส (Rogers) โคนส์ (Knowles) แฟร์ (Faire) อิลลิช (Illich) และนีล (Neil) ทฤษฎีการเรียนรู้ของมาสโลว์ แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ของทฤษฎีนี้ คือ มนุษย์ทุกคนมีความต้องการพื้นฐานตามธรรมชาติเป็นลำดับขั้น และต้องการที่จะรู้จักตนเองและพัฒนาตนเอง ทฤษฎีการเรียนรู้ของโรเจอร์ แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ของทฤษฎีนี้ คือ มนุษย์สามารถพัฒนาตนเองได้ดีหากอยู่ในสถานะที่ผ่อนคลายและเป็นอิสระ สอดคล้องกับคำกล่าวของ ฉัชชากัญญ์ วิรัตน์ชัยวรรณ (2555) กล่าวว่า นักคิดกลุ่มมนุษยนิยม ให้ความสำคัญของความเป็นมนุษย์และมองมนุษย์ว่า มีคุณค่า มีความดีงาม มีความสามารถ มีความต้องการ และมีแรงจูงใจภายในที่จะพัฒนาศักยภาพของตน หากบุคคลมีอิสรภาพและเสรีภาพ มนุษย์จะพยายามพัฒนาตนเองไปสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ประกายดาว โทสินธิติ (2546) ได้ทำการศึกษาเรื่องผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีของ Rogers ที่มีต่อพฤติกรรมกล้าแสดงออก และความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2545 จำนวน 20 คน โดยสุ่มอย่างง่ายเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีของ Rogers โดยใช้แบบทดสอบพฤติกรรมกล้าแสดงออก แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ แผนการดำเนินการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม และแบบประเมินผลการเข้าร่วมปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ตามแนวทฤษฎีของ Rogers มีพฤติกรรมกล้าแสดงออกและ

ความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่าก่อนได้รับคำปรึกษา และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งจะเห็นได้ว่าการปรึกษาแบบประสาธการณีนิยม-มนุษยนิยม นั้นสามารถใช้ในการปรึกษาและบำบัดในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้

จากผลการทดลองในครั้งนี้ พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการบูรณาการการปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญาานิยมร่วมกับทฤษฎีประสาธการณีนิยม-มนุษยนิยม แบบปัญญาานิยม และการปรึกษาแบบประสาธการณีนิยม-มนุษยนิยม หลังการปรึกษาและระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า โปรแกรมการบูรณาการการปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญาานิยมร่วมกับทฤษฎีประสาธการณีนิยม-มนุษยนิยม สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ โดยผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมการบูรณาการการปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญาานิยมร่วมกับทฤษฎีประสาธการณีนิยม-มนุษยนิยม มีคะแนนซึมเศร่าลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ใช้โปรแกรมการปรึกษาแบบปัญญาานิยมและโปรแกรมการปรึกษาแบบประสาธการณีนิยม-มนุษยนิยม ทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล แต่ไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการปรึกษาแบบปรับความคิดและพฤติกรรมในระยะหลังการทดลอง ส่วนระยะติดตามผลมีความแตกต่างกันถึงแม้ว่า จะทิ้งระยะห่างเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ในระยะติดตามผล แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการบูรณาการการปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญาานิยมร่วมกับทฤษฎีประสาธการณีนิยม-มนุษยนิยมนั้น สามารถสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ดี และจากการศึกษาครั้งนี้ทำให้เห็นผลการศึกษาว่าโปรแกรมการบูรณาการการปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญาานิยมร่วมกับทฤษฎีประสาธการณีนิยม-มนุษยนิยม เพื่อใช้ในการบำบัดนั้นได้ผลที่ดีไม่แตกต่างกับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีการใช้ทฤษฎีร่วมกัน 2 ทฤษฎี แต่แตกต่างกันอย่างชัดเจนกับโปรแกรมที่มีเพียงการใช้ทฤษฎีในการบำบัดเพียงทฤษฎีเดียวเช่น โปรแกรมการปรึกษาแบบปัญญาานิยมกับ โปรแกรมการปรึกษาแบบประสาธการณีนิยม-มนุษยนิยม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการที่ผู้วิจัยได้ทดลองนำโปรแกรมบูรณาการการปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญาานิยมร่วมกับทฤษฎีประสาธการณีนิยม-มนุษยนิยม มาใช้ในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ จึงมีประโยชน์ต่อผู้ที่ทำหน้าที่

เกี่ยวข้องในการบำบัด นักจิตวิทยา ตลอดจนผู้ที่สนใจ สามารถนำไปประกอบการพิจารณาการ พหุทฤษฎีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมตามบริบทของแต่ละ หน่วยงานต่อไป

2. ควรมีการฝึกอบรมการใช้รูปแบบการปรึกษาที่หลากหลายเพื่อการบำบัดผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการบำบัดอีกวิธีการสำหรับผู้ที่บำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2. ควรมีการทดลองใช้ในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าอื่นๆเพื่อเป็นแนวทางในการบำบัด และลดภาวะซึมเศร้าต่อไป

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2556). ข้อมูลการบริการผู้ป่วยจิตเวชของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงได้จาก <http://www.dmh.moph.go.th/report/opulation/pop.as>
- กันตภณ มนต์พล. (2561). ผลการศึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมทางปัญญาต่อความทนทานทางจิตใจของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จารุวดี บุญขารมย์. (2541). การเปรียบเทียบผลของกิจกรรมกลุ่มแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลางที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้รับบริการสงเคราะห์ในสถานคุ้มครองและพัฒนาอาชีพ บ้านเกร็ดตระการ. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จำลอง ดิษยวณิช. (2557). จิตบำบัดเชิงพลศาสตร์ที่อิงสติเป็นพื้นฐาน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 59(3), 179-194.
- จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. (2557). จิตบำบัดเชิงพลศาสตร์ที่อิงสติเป็นพื้นฐาน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 59(3), 179-194
- จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. (2549). โปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตายแบบเข้มข้นสำหรับผู้ป่วย: รูปแบบพระศรีมหาโพธิ์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 51(1), 42-51.
- เจษฎา ทองเถาว์. (2552). ความชุกของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลของโรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 54(1), 35-37.
- เจษฎา ทองเถาว์, ชุศรี กุชชัยสิทธิ์ และสุชาติ พหลภาคย์. (2552). ความชุกของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลของโรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 54(1), 37-54.
- ชัชเจน จันทรพัฒน์. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ของไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 12(2), 80-89.
- ชาญกัญญา ดันดีลีปีกร. (2547). การศึกษาภาวะซึมเศร้าสมรรถภาพสมองและคุณภาพชีวิตของข้าราชการเกษียณ ในกรุงเทพมหานคร. วารสารจิตวิทยาคลินิก, 35, 70-73.

- ชาลินี สุวรรณยศ. (2542). ผลของการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์สต่อภาวะซึมเศร้าของบุคคลที่สูญเสียแขนขา. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา, คณะจิตวิทยา, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัชชาภักดิ์ วิรัตน์ชัยวรรณ. (2555). ผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้เทคนิคการสืบเสาะหาความรู้ (5E) เพื่อพัฒนาทักษะกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ จิตวิทยาาสตร์และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิทยาศาสตร์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย.
- คารุวรรณ โรจนสุพจน์. (2544). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มต่อภาวะวิตกกังวล-ซึมเศร้า ของนักศึกษาสถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตอุเทนถวาย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). โรคซึมเศร้าสามารถรักษาหายได้. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2550). กลุ่มอาการเคลื่อนไหวผิดปกติจากผลข้างเคียงของยาต้านโรคจิต รายงานผู้ป่วย 12 ราย. จดหมายเหตุทางแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 90(1), 188-194.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2552). ความชุกภาวะซึมเศร้าของเด็กในสถานแรกรับเด็กหญิงของบ้านัญญพร. จุฬาลงกรณ์เวชสาร, 53(6), 519-529.
- ทวี ตั้งเสรี, พิเชษฐ ตั้งอุดมรัตน์, วัชณี หัตถพนม และภัสรา เชษฐโชติศักดิ์. (2556). กรมสุขภาพจิตเผยคนไทยยุคใหม่ที่น่าห่วงเสี่ยงฆ่าตัวตาย. เข้าถึงได้จาก <http://www.forums.dmh.go.th/index.php?topic=9708.0;wap2>
- ธนา นิลชัยโกวิทย์. (2548). จิตเวชศาสตร์: รามาธิบดี. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- ชรณินทร์ กองสุข. (2549). ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มารับบริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 5 แห่งปี 2549. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 53(1), 61-68.
- ชรณินทร์ กองสุข. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มารับบริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 5 แห่ง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 53(1), 61-68.

- ชัยธาดา เผ่าแสนเมือง. (2542). ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีโรเจอร์สต่อการปรับตัวในการศึกษาภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยา การแนะแนว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- นันท์ชัตต์สันท์ สกฤตพงศ์. (2557). บทความฝันฟูวิซนาการ: จิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัดแบบผสมผสาน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 22(2), 103-114.
- นันท์ทิศา ทวีชาชาติ. (2552). โรคเครียดรุนแรงหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญของผู้รอดชีวิตจากคลื่นสึนามิในเขต 6 จังหวัดภาคใต้ของประเทศไทย. จดหมายเหตุทางแพทย์แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 92(3), 420-429.
- นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ. (2548). ศิลปะการใช้ยาต้านโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ: ทิม (ประเทศไทย).
- นิสร่า คำมณี. (2560). การพัฒนาการปรึกษากลุ่มบูรณาการพหุทฤษฎีระหว่างทฤษฎีอัตถิภาวะนิยมและทฤษฎีเผชิญความจริงเพื่อเสริมสร้างเหตุผลเพื่อการดำรงชีวิตของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิง. วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 25(48), 59-77.
- บริหารการศึกษา กลุ่มดอนทอง 52. (ม.ป.ป.). รายงานเรื่องจิตวิทยาการศึกษา. เข้าถึงได้จาก <http://dontong52.blogspot.com/>
- เบญจมาศ กาญจนวิโรจน์. (2539). การศึกษากับจิตวิทยามนุษยนิยม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- เบญจวรรณ สิงห์โตอ่อน. (2548). การให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางตามแนวคิดของโรเจอร์ส เพื่อเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพาร์อีสเทอร์น จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปนัดดา พิทยาภรณ์. (2554). ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ. วารสารวิจัย มข., 11(3), 91-100.
- ประกายดาว โทสินธิติ. (2546). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีของโรเจอร์ส ที่มีต่อพฤติกรรมกล้าแสดงออกและความฉลาดทางอารมณ์ ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประเวศ ตันติพิวัฒน์สกุล. (2541). ฆ่าตัวตาย: การสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.

- ประเวศ ดันติพิวัฒน์สกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. (2551). *การฆ่าตัวตาย: การสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.
- ปราโมช สุคนิษฐ์. (2542). Thai depression inventory: แบบสอบถามเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าชนิดให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง. *จดหมายเหตุทางแพทย์แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์*, 82(12), 1200-1207.
- ปรีชา เพ็ญสำอังก์. (2542). ผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มต่อภาวะความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของผู้ป่วยเอดส์. *สุขภาพจิตกับยาเสพติด*. เข้าถึงได้จาก <https://www.dmh.go.th/abstract/nurse/details.asp?id=1305>
- เผด็จ หรั่งรอด. (2538). การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่มที่มีต่อความวิตกกังวลในการดำรงชีวิตภายหลังพ้นโทษของผู้ต้องขังในทัณฑสถานบำบัดพิเศษบางเขน กรุงเทพมหานคร. *ปริญญาานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์. (2547). ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี 2546. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 12(3), 177-188.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และอัจฉรา จรัสสิงห์. (2547). ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย. การสำรวจระดับชาติ ปี 2546. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 12, 177-88.
- พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2548). ความตรงของเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย = The validity of the mini international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.)-Thai Version. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 13(3), 125-135.
- พิเชษฐ อดมรัตน์, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และมาโนช หล่อตระกูล. (2550). *การศึกษาระยะยาวเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าของคนไทย ปี 2549*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ กรมสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- พิรพนธ์ ลีอนุชวณิชชัย. (2549). จิตบำบัดสัมพันธ์ทางบุคคล: ทางเลือกใหม่ของการรักษาโรคซึมเศร้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 51, 117-131.
- พูนศรี รังษิณี. (2549). ความชุกของโรคซึมเศร้าในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยโรคจิตประสาทที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 51(3), 14-24.

- เพ็ญสุดา ไชยเมือง. (2554). การให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ภัทร ลุสวัตดี. (2542). ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวของโรเจอร์สที่มีต่อการลดความวิตกกังวลอันเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ครั้งแรก ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. การศึกษาค้นคว้าอิสระการศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร. (2552). การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิด Major depressive disorder ด้วย Cognitive-behavioral therapy: การพัฒนาบุคลากรและประเมินการให้บริการในผู้ป่วยชาวไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 54(4), 367-374.
- มานิช หล่อตระกูล. (2542). อาการรู้สึกผิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลและบุคคลปกติ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 44(1), 30-36.
- มานิช หล่อตระกูล. (2554). การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. *รามาศิษีเวชสาร*, 34(4), 187-189.
- มานิช หล่อตระกูล และอุไร บุรณพิเชษฐ. (2554). การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. *รามาศิษีเวชสาร*, 34(4), 187-189.
- รัชชัย คงสกันธ์. (2546). การพัฒนาแบบประเมิน Montgomery asberg depression rating scale (MADRS) = The reliability and validity of the thai version of montgomery asberg depression rating scale (MARDS). *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 48(4), 211-222.
- รัตนา สายพานิชย์. (2547). เปรียบเทียบประสิทธิภาพของการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดรูปแบบ Matrix program ในผู้ป่วยติดสุรา กับผู้ป่วยติดแอมเฟตามีน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 49(1), 3-13.
- รุ่งรัตน์ สายทอง. (2557). การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวิชราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี. การศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ลัดดา แสนสีหา. (2546). *ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย*.
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช,
 บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลัดดาวรรณ ณ ระนอง. (2560). การสังเคราะห์งานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีการปรึกษาในขอบข่ายงาน
 แนะนำ และการปรึกษาด้วยเทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา. *Veridian E-Journal*,
Silpakorn University, 10(2), 1488-1499.
- วรรณภา ด่านธวานิช. (2551). *ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กบกพร่องทาง
 สติปัญญา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต
 และจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศรีพรหม กาสกุล. (2558). *แบบแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพของผู้มีภาวะซึมเศร้า
 ในอำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน*. การค้นคว้าอิสระสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต,
 สาขาวิชาการจัดการการส่งเสริมสุขภาพ, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัย
 ธรรมศาสตร์.
- ศรีวิไล โมกขาว. (2554). ผลของโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมทางความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย
 โรคซึมเศร้า. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(2), 126-136.
- ศศิเลีย ไชยสีหา. (2543). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเพื่อลดพฤติกรรม
 ก้าวร้าวของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนหนองบัววิทยาคม อำเภอเมือง
 จังหวัดหนองบัวลำภู*. สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว,
 บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ศิรินทร์ ภูมิมาลา. (2553). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดมนุษยนิยมที่มี
 ต่อการรับรู้คุณค่าและความพึงพอใจของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา.
มนุษยศาสตร์สาร, 12(1), 89-103.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2556). *เพศหญิงหรือความเป็นหญิง...จึงนำมาสู่การเป็นโรคซึมเศร้า*.
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 57(1), 61-74.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2543). *โครงการสำรวจภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุไทย*. นนทบุรี:
 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2553). การปรับปรุงเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าKKU-DI เพื่อให้มี
 ความไวต่อเพศภาวะ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 55(2), 177-189.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2554). การรับรู้ภาวะซึมเศร้าของชาวขอนแก่น: มิตเชิงเพศภาวะ.
วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 34(1), 66-75.

- สรยุทธ์ วาสิกนันนท์. (2549). การรักษาด้วยแสงในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า, *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 51(4), 381-395.
- สุจิตรา กฤติยวรรณ. (2548). การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุชา จันทร์เอม. (2550). *จิตวิทยาเด็ก*. กรุงเทพฯ: ประสานมิตร.
- สุชาติ จันทร์เอม และสุชาดา จันทร์เอม. (2550). *จิตวิทยาเด็ก*. กรุงเทพฯ: ประสานมิตร.
- สุชาติ พหลภาคย์. (2552). ความชุกของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลของโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 54(1), 37-54.
- สุทธนันท์ ชุนแจ่ม. (2011). การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย. *รามาวเคราะห์*, 17(3), 412-429.
- สุทธนันท์ ชุนแจ่ม. (2554). การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย. *รามาวเคราะห์*, 17(3), 412-429.
- สุกัลลณี ดรุษย์ธร. (2554). ผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลที่มีต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ. สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุรินทร์ สุทธิชาติพิพย์. (2554). การบูรณาการทางการปรึกษาและการบำบัดทางจิตวิทยา. ชลบุรี: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุรินทร์ สุทธิชาติพิพย์. (2557). *เอกสารการสอน: การบูรณาการทางการปรึกษาและการบำบัดทางจิตวิทยา*. ชลบุรี: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2553). การปรับปรุงเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า KKU-DI เพื่อให้มีความไวต่อเพศภาวะ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 55(2), 177-189.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และมาโนช หล่อตระกูล. (2550). การศึกษาปัจจัยเสี่ยงโรคซึมเศร้าของคนไทย ปี 2549. อุบลราชธานี: ศิริธรรม ออฟเซ็ท.
- เสาวณี เตชะพัฒนางษ์. (2553). ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ. สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- อัญชลี นัตรแก้ว. (2546). *ผลของการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2547). *มหัศจรรย์แห่งชีวิต*. กรุงเทพฯ: 95 สกรินทร์.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2554). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ และปิยลัมพร หะวานนท์. (2550). การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 42(1), 2-13.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2553). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- เอกอุมา วิเชียรทอง. (2549). ผลการใช้ดีเพรสชั่นโปรแกรมต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 51(2), 11-21.
- เอี่ยมเดือน เนตรแจ่ม. (2541). *ความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Aggarwal, S., Prabhu, C. H. R., Anand, L. C. A., & Kotwal, L. C. A. (2007). Stressful life events among adolescents: The development of a new measure. *Indian Journal of Psychiatry*, 49(2), 96-102.
- Bailey, K. P., Sauer, C. D., & Herrell, C. (2002). Mood disorders. In Editor: Boyd, MA: *Psychiatric Nursing: Contemporary Practice*. Lippincott: Philadelphia.
- Bass, E. D., L. (1994). *The courage to heal: A guide for women survivors of child sexual abuse*. New York: Harper Collins.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck depression inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: The Guilford Press.
- Beck, M. (2007). *Economic models of voting*. The Oxford handbook of political behavior.

- Beck, A. T., & Brad, A. A. (2009). *Depression causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beeber, L. S. (2006). Pattern integrations in young depressed women: Part I. *Arch Psychiatr Nurs*, 10, 151-156.
- Beeber, L. S., Holditch-Davis, D., Belyea, M. J., Funk, S. G., & Canuso, R. (2004). In-home intervention for depressive symptoms with low-income mothers of infants and toddlers in the United States. *Health Care Women Int*, 25(6), 561-580.
- Bergamin, J. S., Virginia, A., Sadock, L., & Wilkins, W. (1999). *Comprehensive textbook of psychiatry*. USA: Wiley.
- Bourne, E. J. (2005). The anxiety and phobia workbook. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(2), 240-241.
- Brook, A. T. (2008). The effects of multiple identities on psychological well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34(12), 1588-1600.
- Brooks-Harris, J. E. (2007). *Integrative multitheoretical psychotherapy* Boston, Massachusetts: Houghton Mifflin.
- Bugental, J. F. (1965). The existential crisis in intensive psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 2(1), 16-20.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization*. Elsevier Saunders: Missouri.
- Butler, A. C., & Beck, J. S. (2000). Cognitive therapy outcomes: A review of meta-analyses. *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 37, 1-9.
- Claudi, L. H., Schene, A. H., & Spinhoven, P. (2005). Preventing relapse/ recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 647-657.
- Coleman, D., Cole, D., & Wuest, L. (2009). Cognitive and psychodynamic mechanisms of change in treated and untreated depression. *Journal of Clinical Psychology*, 66(3), 215-228.
- Corey, G. (2008). *Theory and practice of group counseling*. Belmont, CA: Thomson/ Brooks/ Cole.

- David, N., & Dixon, J. A. G. (1984). *Counseling: A problem-solving approach*. Michigan: John Wiley & Sons.
- Devlin, J. M. (2007). Applying multitheoretical psychotherapy integration to family therapy. *The Family Journal, 15*(4), 387-391.
- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol, 57*, 414-419.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Eva Jané-Llopis, M. B., Clemens, H., & Vikram, P. (2005). *Mental health promotion*. Netherlands: Radboud University Nijmegen.
- Feva, G. R. C., Rafanelli, C., Finos, L., Conti, S., & Grandi, S. (2004). Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *Am J Psychiatr, 161*(10), 1872-1876.
- Fensterheim, H., & Glazer, Howard I. (1983). *Behavioral psychotherapy*. Mishawaka: Taylor & Francis/ Routledge.
- Field, T. M. (1998). Massage therapy effects. *American Psychologist, 53*(12), 1270-1281.
- Frankl, V. E. (1969). *The will to meaning: Foundations and applications of logotherapy*. New York and Cleveland: The World.
- French, T. M. (1933). Interrelations between psychoanalysis and the experimental work of Pavlar. *American Journal of Psychiatry, 89*, 1165-1203.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res, 12*(3), 189-198.
- Garber, S. A. L. (2000). Interpersonal and achievement orientations and specific stressors predicting depressive and aggressive symptoms in children. *Cognitive Therapy and Research, 24*(6), 651-670.
- Gendlin, E. T. (1973). Experiential phenomenology. In M. Natanson (Ed.), *Phenomenology and the social sciences*. (Vol. 1). Evanston: Northwestern University Press.
- Gerard, J. M., & Duman, R. S. (2002). Pathophysiology of depression: The concept of synaptic plasticity. *Eur Psychiatry, 17*(3), 306-310.

- Gewirtz, J. C., Chen, A. C., Terwilliger, R., Duman, R. C., & Marek, G. J. (2002). Modulation of DOI-induced increases in cortical BDNF expression by group II mGlu receptors. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, *73*(2), 317-326.
- Glidden, L. M., & Schoolcraft, S. (2003). Depression: its trajectory and correlates in mothers rearing children with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res*, *47*(Pt 4-5), 250-263.
- Gloaguen, V. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of affective disorder*, *49*(1), 59-72.
- Goldfried's, M. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist paper*, *13*(1-4), 1-36.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). *Working with the emotions in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Halgin, R. P., & Lovejoy, D. W. (2012). Multiple resting state network functional connectivity abnormalities in mild traumatic brain injury. *Article in Brain Imaging and Behavior*, *6*(2), 293-318
- Harris, J. (1995). Double jeopardy and the veil of ignorance-a reply. *J Med Ethics*, *21*(3), 151-157.
- Harris, J. E., Kelley, L. J., & Shepard, L. M. (2015). Multitheoretical psychotherapy for depression: Integrating strategies from evidence-based practices. *Journal of Psychotherapy Integration*, *25*(4), 353-367.
- Hastings, N. W. (2004). Social and professional support for parents of adolescents with severe intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in intellectual Disabilities*, *17*(3), 181-190.
- Hepner, K. A., Hunter, S. B., Paddock, S. M., Zhou, A. J., & Watkins, K. E. (2011). Training addiction counselors to implement CBT for depression. *Adm Policy Ment Health*, *38*(4), 313-23.
- Holmes, T. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic research in Nursing & Health*, *11*(2), 213-221.

- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (2007). The social readjustment rating scale. *J Psychosomat Res.* 11, 213-218.
- Howell, D. C. (2007). *The treatment of missing data.* In outhwaite, W. & Turner, S. Sage. Handbook of Social Science Methodology. London: Sage.
- Hughes-Hammer, C., Martsof, D. S., & Zeller, R. A. (1998). Depression and codependency in women. *Psychiatric Nursing*, 12(6), 326-334.
- Hunter, D. A. (2012). Little things. *The Astronomical Journal*, 144(134), 1-29.
- Jackman-Cram, S., Dobson, K. S., & Martin, R. (2006). Marital problem-solving behavior in depression and marital distress. *J Abnorm Psychol*, 115(2), 380-384.
- Jennifer, B. J. (2002). Somatosensory amplification and its relationship to heartbeat detection ability. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 353-357.
- Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Dell Publishing.
- Kandel, E. R. (2009). The biology of memory: A forty-year perspective. *Journal of Neuroscience*, 29(41), 12748-12756.
- Karren, K. J., Hafen, B. Q., Gordon, K. J., & Smith, L. (2006). *Mind/ Body health: The effects of attitudes, emotions, and relationship* (3rd ed.). New York: Springer.
- Kazdin, A. E. (2001). Progression of therapy research and clinical application of treatment require better understanding of the change process. *Clinical Psychology Science and Practice*, 8(2), 143-151.
- Kessler, R. C., & Wang, P. S. (2007). Prevalence, comorbidity, and service utilization for mood disorders in the United States at the beginning of the twenty-first century. *Annu Rev Clin Psychol.*, 3, 137-158.
- Kidwell, M. (2005). Gaze as Social Control: How very young children differentiate “the look” from a “mere look” by their adult caregivers. *Research on Language and Social Interaction*, 38(4), 417-449.
- Koenig, H. G. (2003). Health care and faith communities how are they related? *JGIM*, 18(11), 962-963.

- Koenig, H. G., Parker, M., Roff, L., Klemmack, D. L., Baker, P., & Allman, R. M. (2003). Religiosity and mental health in southern, community-dwelling older adults. *Aging & Mental Health*, 7(5), 390-397.
- Kraemer, H. C., & Thiemann, S. (1987). *How many subjects? Statistical power analysis in research*. Thousand Oaks, CA, US: Sage.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9 validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.*, 16(9), 606-613.
- Kubie, L. (1934). Relation of the conditioned reflex to psychoanalytic technique. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 32, 1137-1142.
- Kuehner, C. (2003). Gender differences in unipolar depression: An update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatr Scand*, 108(3), 163-174.
- Kupka, R. W., Nolen, W. A., Post, R. M., & McElroy, S. L. (2002). High rate of autoimmune thyroiditis in bipolar disorder: Lack of association with lithium exposure. *Biol Psychiatry*, 51(4), 305-311.
- Lauber, C., Falcato, L., Nordt, C., & Rossler, W. (2003). Lay beliefs about causes of depression. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 418, 96-99.
- Lazarus, A. A. (1967). In support of technical eclecticism. *First Published*, 21(2), 415-416.
- Lazarus, A. A. (1981). *The practice of multimodal therapy*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (2001). Stress and emotion: A new synthesis. *Human Relations*, 54, 792-803.
- Linehan, M. M. (1993). Diagnosis and treatment of mental disorders. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: US: Guilford Press.
- Loewenthal, K. M. (2002). Tolerance for depression: Are there cultural and gender differences. *Psychiatric and mental health nursing*, 9(6), 681-688.
- Ludwig, T. (2001). *Effects of client-centered psychotherapy for personality disorders alone and in combination with psychopharmacological treatment*. Germany: University of Essen.
- Mahrer, A. R. (1986). *Therapeutic expenencmg: The process of change*. New York: Norton.

- Maisiak, R. (1996). *The effect of person-centered counseling on the psychological status of persons with systemic lupus erythematosus or rheumatoid arthritis*. Birmingham: University of Alabama at Birmingham.
- Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being*. New York: D. Van Nostrand.
- McCarthy, K. (2009). The multitheoretical list of therapeutic interventions (Multi): Initial report. *Psychotherapy Research*, 19(1), 96-113.
- McMullin, R. E. (2000). *The new handbook of cognitive therapy techniques*. New York: W. W. Norton & Company.
- Norcross, J. C., Santrock, J. W., Campbell, L. F., Smith, T. P., Sommer, R., & Zuckerman, E. L. (2000). *The clinician's toolbox: A 213ounseli series. Authoritative guide to self-help resources in mental health*. New York, US: Guilford Press.
- O'Hara, K., & Swan, O. (2006). Study on factors related to suicide-from the viewpoint of psychiatry. Suicide by the aged and children. Nos. 1 and 2. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, 108(9), 885-890.
- Padesky, C. A., & Greenberger, D. (1995). *Clinician's guide to mind over mood*. New York: Guilford Press.
- Perls, F. H. R., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality*. Cambridge, Massachusetts: Souvenir Press.
- Piccinelli, M. W., G. (2000). Gender differences in depression. *British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492.
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression critical review. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6), 486-492.
- Polster, E., & Polster, M. (1973). *Gestalt therapy integrated: Contours of theory and practice*. Oxford, England: Brunner/ Mazel.
- Polster, E. H. R., & Jacobs, L. (1995). *Quoted in 'The healing relationship the gestalt journal press*. New York: Highland Press.
- Post, R. M. (2006). Mood switch in bipolar depression: comparison of adjunctive venlafaxine, bupropion and sertraline. *Br J Psychiatry*, 189, 124-31.
- Prochaska, JO. Master. (1994). *Science lecture at the society for behavioral Ivmedicine's/ Staging: A revolution in health promotion*. Boston, Massachusetts: Mmnl Meeting.

- Raskin, N. J., & Rogers, C. R. (2000). Person centered therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.) *Current psychotherapies*. Itasca, IL: Peacock.
- Raymond, W. L. (2006). The can-SAD study: A randomized controlled trial of the effectiveness of light therapy and fluoxetine in patients with winter seasonal affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, *163*(5), 805-812.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Oxford, England: Houghton Mifflin.
- S, J. C. (2006). Marital problem-solving behavior in depression and marital distress. *J Abnorm Psychol.*, *115*(2), 380-384.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sapolsky, R. M. (2001). Depression, antidepressants, and the shrinking hippocampus. *Proc Natl Acad Sci USA.*, *98*(22), 12320-12322.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2001). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Mark, A. L. (2004). Teasdale's differential activation hypothesis: Implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behavior. *Behavior Research and Therapy*, *42*(9), 1001-1017.
- Seligman, M. E. P. (2008). Positive health. *Applied Psychology*, *57*, 3-18.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, *61*(8), 774-788.
- Soek, M. K., & Tiam, P. S. (2003). Cognitive change processes in a group cognitive behavior therapy of depression. *J Behav Ther Exp Psy*, *2003*(34), 73-85.
- Stordal, E. L., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2003). The association between age and depression in the general population: a multivariate examination. *Acta Psychiatr Scand.*, *107*(2), 132-141.
- Stuart, G. W. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing* (8th ed.). St. Louis: Mosby.
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (1998). *Principles and practice of psychiatric nursing* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Stuart, G. W., & Sundeen, S. J. (2009). *Principle and practice of psychiatric nursing*. St Louis: Mosby.

- Tsai-Hwei, C., Ru-Band, L., Ai-Ju, C., Da-Ming, C., & Kuei-Ru, C. (2006). The evaluation of cognitive-behavioral group therapy on patient depression and self-esteem. *Archives of Psychiatric Nursing, 20*(1), 3-11.
- Varcarolis, E. M. (2002). *Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical approach*. Michigan: W. B. Saunders.
- Viinamaki, H. (1998). Change in monoamine transporter density related to clinical recovery: A case-control study 215ounse. *Journal of Psychiatry, 52*, 39-44.
- Vikram, P. (2005). *Gender in mental health research*. Available from <http://www.WHO.int/gender/documents/mentalhealthast2.pdf>
- Vikram, P., Jané-Llopis, E., Margaret, B., & Clemens, H. (2005). Mental health promotion works: a review. *Iuhpe-Promotion & Education Supplement, 1*, 9-25.
- Wachtel, P. L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy: Toward an integration*. New York: Basic Books.
- Watkins, A. J., Raimond, A. P., & Makin, S. J. (2011). Temporal-envelope constancy of speech in rooms and the perceptual weighting of frequency bands. *J. Acoust. Soc. Am., 130*(5), 2777-2788.
- Wikipedia. (2008). *Evolutionary approaches to depression*. Available from <https://th.wikipedia.org/wiki/>
- White, N., & Hastings, R. P. (2004). Social and professional support for parents of adolescents with severe intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 17*(3), 181-190.
- WHO. (2002). *World report on violence and health, Geneva*. Retrieved from who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng
- Wuest, D. C. (2009). Cognitive and psychodynamic mechanisms of change in treated and untreated depression. *Clinical Psychology, 66*(3), 215-228.
- Yalom, I. D. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yontef, G. (1993). *Awareness, dialogue and process: Essays on gestalt therapy*. Highland, NY: The Gestalt Journal Press.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

- โปรแกรมบูรณาการการปรึกษาหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับทฤษฎี
ประสบการณ์-มนุษย์นิยมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- โปรแกรมการศึกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- โปรแกรมการศึกษาโดยใช้ทฤษฎีประสบการณ์-มนุษย์นิยมต่อภาวะซึมเศร้าของ
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

โปรแกรมการการปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับ
ทฤษฎีมนุษยนิยมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
(Integrative multitheoretical counseling: Cognitive
therapy and experiential-humanistic therapy on
depression of patient with depressive disorder)

โดย
นางสาวผ่องพรรณ ภาโว

อาจารย์ที่ปรึกษา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ สุทธิชาติพิทย์

MTP

ครั้งที่ 1	EXP-5 + EXP-6	Communicating empathy and positive regard + Supporting authenticity
ครั้งที่ 2	EXP-7 + EXP-4	Integrating parts of self + Fostering self-actualization
ครั้งที่ 3	EXP-1 + Cog1	Identifying feelings + Identifying thought
ครั้งที่ 4	Exp2 + Cog2	Clarifying the impact of feelings + Clarifying the impact of thought
ครั้งที่ 5	Cog4 + Exp11	Illuminating core beliefs + Accepting freedom and responsibility
ครั้งที่ 6	Cog5 + Cog6	Evaluating evidence + Testing hypotheses
ครั้งที่ 7	Cog7 + Exp9	Modifying beliefs + Fostering here and now awareness
ครั้งที่ 8	Cog13 + Cog14	Brainstorming solutions + Providing psycho education
ครั้งที่ 9	Post test	Post test

โปรแกรมการการปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับ ทฤษฎีมุขยนิยมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์ บูรณาการการปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับทฤษฎี
มุขยนิยมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

**(Integrative multitheoretical counseling: Cognitive therapy and experiential-
humanistic therapy on depression of patient with depressive disorder)**

ความเป็นมาของโปรแกรมฯ

การบูรณาการปรึกษาแบบพหุทฤษฎี (Multitheoretical psychotherapy: MTP) เป็นการปรึกษาแบบบูรณาการแนวทางใหม่ที่ได้รับการพัฒนา โดย เจฟฟ์ อี บรูคส์ แฮร์ริส (Brooks-Harris, 2007) ที่มหาวิทยาลัยฮาวาย โดยการปรึกษาแบบนี้จะเป็นการออกแบบการปรึกษาได้ให้กับผู้รับบริการ ได้เฉพาะเจาะจงตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ

2.1 ข้อตกลงเบื้องต้น 4 ประการ ของการบูรณาการปรึกษาแบบพหุทฤษฎี (MTP)

Four lessons of multitheoretical psychotherapy: MTP

ประการที่ 1 หลักการสำคัญของบูรณาการทางจิตวิทยา 5 อย่าง (Five principles for integrative psychotherapy)

ประการที่ 2 ข้อตกลงมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน (Working interactively)

ประการที่ 3 บริบทในการทำงาน (Working contextually)

ประการที่ 4 การวางแผนในการให้การปรึกษาแบบบูรณาการ (Integrative treatment planning)

ประการที่ 1 (Lesson one)

หลักการสำคัญของบูรณาการทางจิตวิทยา 5 อย่าง

(Five principles for integrative psychotherapy) ประกอบด้วย

1. ตั้งใจมุ่งมั่น (Intentional)
2. มิติต่าง ๆ ในการปรึกษา (Multidimensional)
3. การบูรณาการหลากหลายทฤษฎี (Multitheoretical)

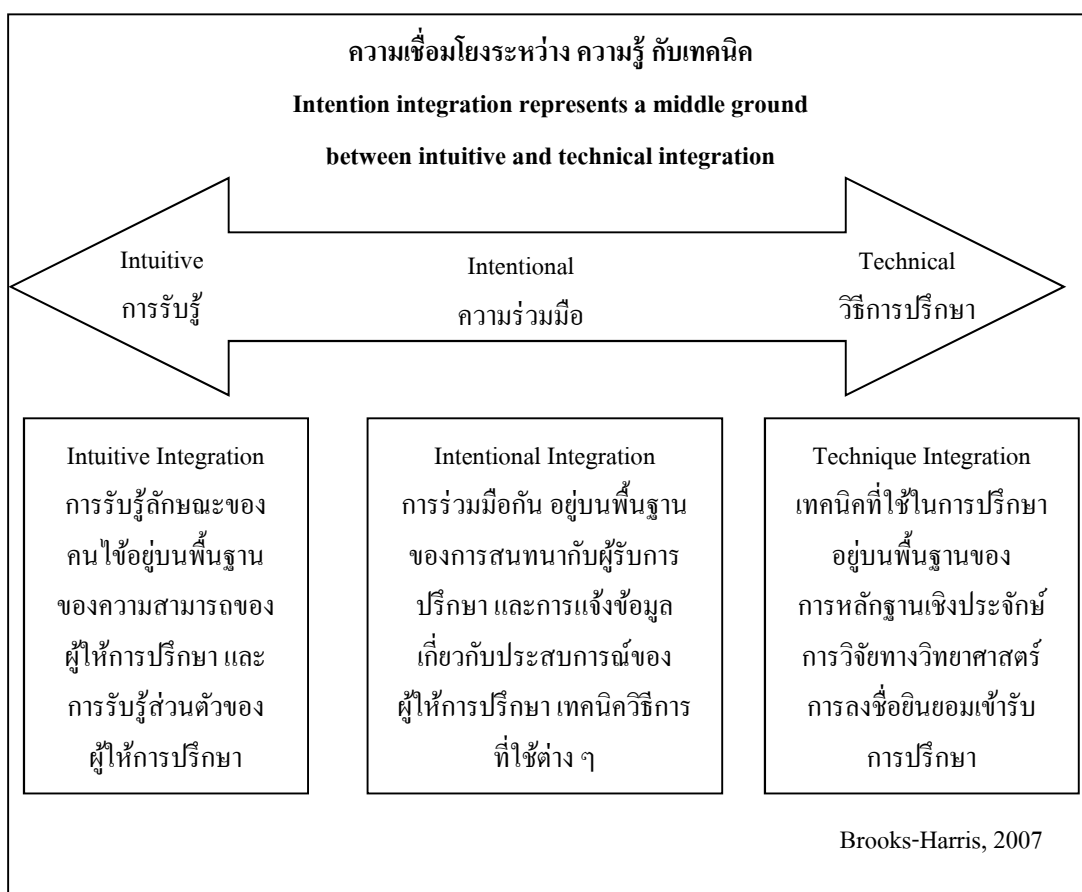
4. กลยุทธ์ที่ใช้ (Strategy-based)

5. เชิงสัมพันธ์ (Relational)

หลักการที่ 1 (Principal 1)

ความตั้งใจมุ่งมั่นในการบูรณาการ (Intentional integration)

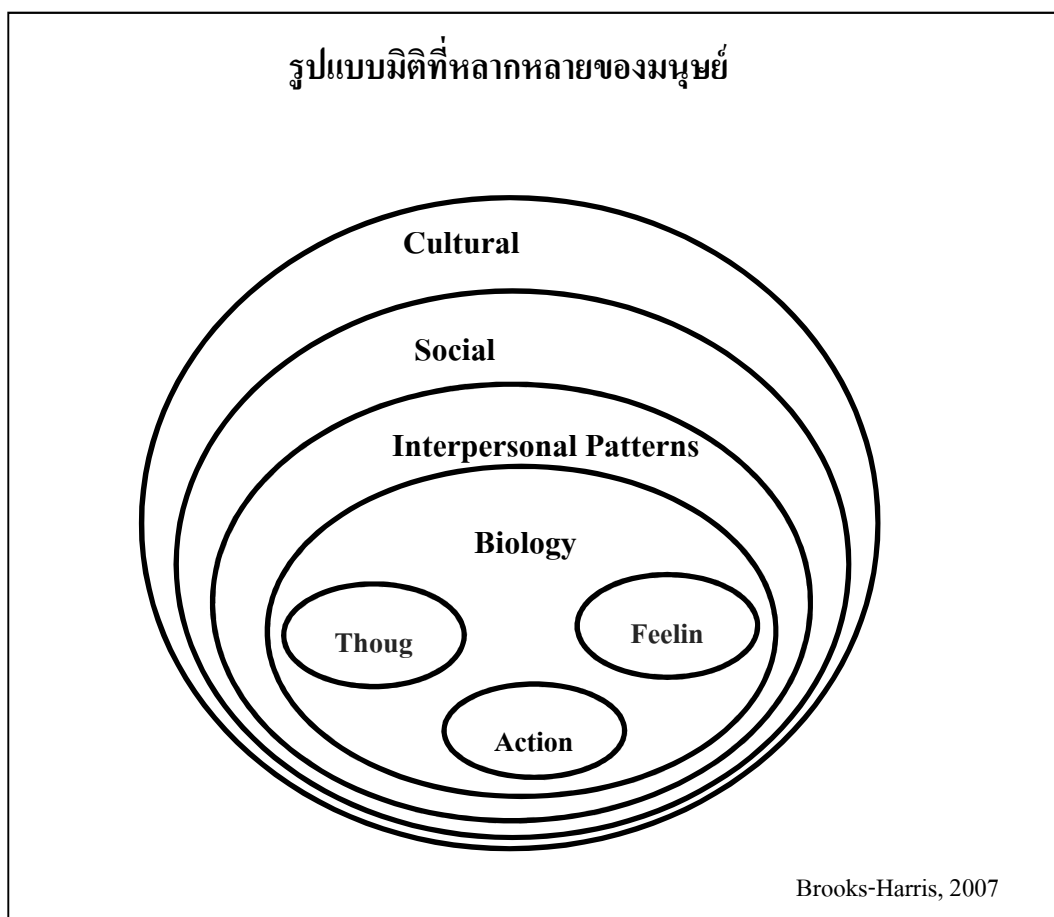
1. การให้การศึกษาควกรขึ้นอยู่กับมีทางเลือกในการให้ช่วยเหลือได้หลากหลาย
2. ความตั้งใจจะเป็นเครื่องนำทางให้ผู้ให้บริการศึกษามีทางเลือก แนวคิด และกลยุทธ์ที่จะนำมาใช้การศึกษารู้อักที่เลือกใช้ทฤษฎี เทคนิควิธีการต่าง ๆ มาใช้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด
3. ความมุ่งมั่น ให้ความสำคัญกับประวัติการรักษาของผู้รับบริการ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ให้บริการศึกษาได้รู้ถึงความจำเป็นของคนที่ใช้แต่ละคนที่พวกเขามีความต้องการที่แตกต่างกันไป



หลักการที่ 2 (Principal 2)

การบูรณาการแบบหลากหลายมิติ (Multidimensional integration)

1. การให้การปรึกษา ควรตระหนักว่า มีปฏิสัมพันธ์มากมายที่เกิดขึ้นในหลากหลายแง่มุมที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้รับการปรึกษา
2. การปรึกษาแบบบูรณาการนั้นจำเป็นต้องส่งเสริมในหลากหลายมิติให้สามารถเกิดการปรับตัวได้ในทุก ๆ มิติ เช่น ความสามารถในการคิด การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ และการปรับความรู้สึกละเอียดที่จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษานั้นสามารถปรับใช้ได้ดีกับทางร่างกาย ความสัมพันธ์ โครงสร้างและวัฒนธรรมด้วย



หลักการที่ 3 (Principal 3)

การบูรณาการแบบพหุทฤษฎี (Multitheoretical integration)

1. ผู้ให้การปรึกษาแบบบูรณาการจะต้องใช้ประโยชน์จากทฤษฎีที่ตรงกันข้ามกัน เพื่อทำความเข้าใจผู้รับการปรึกษาและเป็นแนวทางในการสร้าง โปรแกรมการปรึกษา

2. แนวคิดแบบพหุทฤษฎีนี้ช่วยให้ผู้ให้การปรึกษามองเห็นสิ่งที่เอื้อประโยชน์ต่อกันของทฤษฎีต่าง ๆ เพื่อใช้ในการสร้างโปรแกรมการปรึกษาได้อย่างรอบคอบ
3. การฝึกฝนตามแบบพหุทฤษฎีนี้ต้องใช้เทคนิควิธีการต่าง ๆ ที่มาจากทฤษฎีพื้นฐานที่แตกต่างกัน
4. การบูรณาการแบบพหุทฤษฎี เน้นให้ใช้ประโยชน์จากปรัชญาที่หลากหลายที่มีความแตกต่างกันมากกว่าปรัชญาที่เหมือนกัน และมีการประยุกต์ใช้วิธีการที่หลากหลายมากกว่าการใช้วิธีการเดียว

กรอบแนวคิดการบูรณาการทฤษฎีแบบพหุทฤษฎี Multitheoretical framework for psychotherapy	
กลุ่มทฤษฎี (Theoretical approaches)	มิติพื้นฐาน (Focal dimension)
ทฤษฎีกลุ่มปัญหา (Cognitive approach)	ความคิด (Thoughts)
ทฤษฎีกลุ่มพฤติกรรม (Behavioral approach)	พฤติกรรม (Action)
ทฤษฎีกลุ่มประสบการณ์นิยม (Experiential approach)	ความรู้สึก (Feeling)
ทฤษฎีกลุ่ม ร่างกาย อารมณ์ สังคม (Biopsychosocial)	ชีววิทยา (Biology)
ทฤษฎีกลุ่มจิตวิเคราะห์ (Psychodynamic)	รูปแบบปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal pattern)
ทฤษฎีกลุ่มโครงสร้าง (Systemic)	ระบบโครงสร้างทางสังคม (Social systems)
ทฤษฎีกลุ่มพหุวัฒนธรรม (Multicultural)	บริบททางวัฒนธรรม (Cultural context)

Brooks-Harris, 2007

หลักการที่ 4 (Principal 4)

กลยุทธ์ที่ใช้ในการบูรณาการ (Strategy-based integration)

1. ผู้ให้การปรึกษาแบบบูรณาการจะต้องเลือกใช้ประโยชน์จากเทคนิคเฉพาะที่มีประสิทธิภาพจากกลุ่มทฤษฎีพื้นฐานที่มีความแตกต่างกัน
2. การบูรณาการโดยใช้เทคนิคเป็นฐานช่วยให้ปรัชญาในการปฏิบัติงานนั้นมีความชัดเจนมากขึ้น สามารถทำให้ทฤษฎีกลายมาเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้จริง

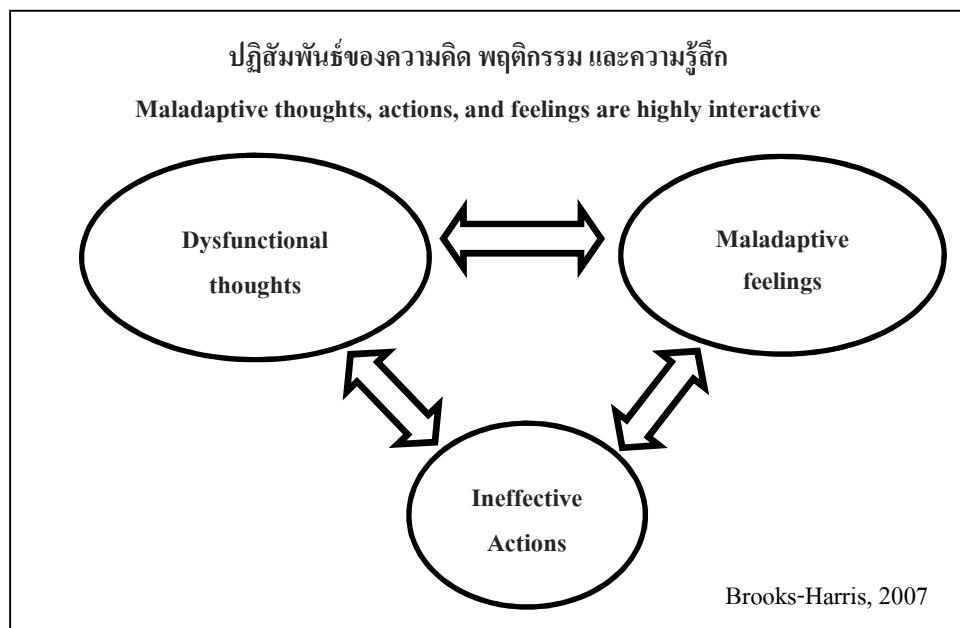
3. การบูรณาการเกิดขึ้นเมื่อกลยุทธ์นั้นมาจากกลุ่มทฤษฎีที่แตกต่างกันถูกนำมาใช้ร่วมกัน
4. การใช้ทฤษฎีไม่คำนึงถึงลำดับความสำคัญของทฤษฎี แต่คำนึงถึงความจำเป็นของผู้รับบริการปรึกษา
- หลักการที่ 5 (Principal 5)**
การบูรณาการเชิงสัมพันธ์ (Relational integration)
1. การปรึกษาแบบบูรณาการควรเกิดขึ้นภายใต้บริบทของความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับบริการปรึกษา
 2. รูปแบบสัมพันธ์ที่แตกต่างกันสามารถช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษาได้รับการพัฒนาไปตามความจำเป็นของปัญหา

รูปแบบของสัมพันธภาพตามแนวคิดทฤษฎีที่แตกต่างกัน Relationship styles encouraged by different theoretical approaches	
กลุ่มทฤษฎี (Theoretical approaches)	รูปแบบของสัมพันธภาพ (Relationship styles)
ทฤษฎีกลุ่มปัญหา (Cognitive approach)	ความร่วมมือที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน
ทฤษฎีกลุ่มพฤติกรรม (Behavioral approach)	การเสริมแรงต่าง ๆ การเสริมแรงทางสังคม
ทฤษฎีกลุ่มประสบการณ์นิยม (Experiential approach)	การร่วมรู้สึก
ทฤษฎีกลุ่ม ร่างกาย อารมณ์ สังคม (Biopsychosocial)	การส่งเสริมสุขภาพ
ทฤษฎีกลุ่มจิตวิเคราะห์ (Psychodynamic)	การสังเกต การมีส่วนร่วม
ทฤษฎีกลุ่มโครงสร้าง (Systemic)	กฎเกณฑ์ทางสังคม
ทฤษฎีกลุ่มพหุวัฒนธรรม (Multicultural)	การอยู่ร่วมกันในหลากหลายวัฒนธรรม

Brooks-Harris, 2007

ประการที่ 2 (Lesson two)

การมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันของความคิด พฤติกรรมและความรู้สึก (Working interactively with, thoughts, actions, & feelings)



ปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดี (Maladaptive interaction) ได้แก่

1. ความรู้สึกที่ไม่ดี (Maladaptive feeling) เช่น ความสิ้นหวัง
2. ความคิดที่ทำหน้าที่ผิดปกติ (Dysfunction thoughts) เช่น “ฉันเป็นคนใจแพ้”

“ไม่มีใครต้องการออกเดทกับฉัน” เป็นต้น

3. พฤติกรรมที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Ineffective action) เช่น การแยกตัว

ปฏิสัมพันธ์ที่ดี (Adaptive interaction) ได้แก่

1. ความรู้สึกที่ดี (Adaptive feeling) เช่น ความหวัง ความปรารถนาที่จะก้าวข้ามความรู้สึกโดดเดี่ยว

2. ความคิดที่ทำหน้าที่ที่ดี (Functional thoughts) เช่น บางทีฉันอาจจะพบคนดี ๆ สักคนในงานเลี้ยงครั้งนี้

3. พฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ (Effective action) เช่น การก้าวข้ามความกลัวและการกล้าพูดกับคนแปลกหน้าในสังคม

การทำงานกับปฏิสัมพันธ์ (Working interactively)

1. ผู้ให้การศึกษาสามารถจัดการกับปฏิสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด พฤติกรรม และความรู้สึกได้เพื่อสนับสนุนให้เกิดการปรับตัวในทุกด้านและการเกิดการเปลี่ยนแปลง

2. ประเด็นที่แตกต่างไปทางคลินิกสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้กับคนไข้ที่แตกต่างกันหรือในการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่แตกต่างกันกับคนไข้คนเดิม

กลยุทธ์ทางปัญญา (Cognitive strategies)

1. การบำบัดทางปัญญา ให้ความสำคัญกับความคิด และใช้ประโยชน์จากความคิดเหล่านั้นมาเป็นประเด็นสำคัญทางคลินิก เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
2. กลยุทธ์ทางปัญญา กระตุ้นให้เกิดการคิดที่ดีมีเหตุผล มีหลักฐาน และช่วยให้เกิดการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประการที่ 3 (Lesson three)

การสำรวจทางชีววิทยา, สัมพันธภาพระหว่างบุคคล, ระบบสังคม, และบริบททางวัฒนธรรม (Exploring biological, interpersonal, systemic, and cultural contexts)

การทำงานกับบริบทต่าง ๆ (Working contextually) ผู้ให้การปรึกษาแบบบูรณาการต้องค้นหาและทำงานภายใต้บริบทของร่างกาย สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ระบบสังคม และบริบททางวัฒนธรรม เพื่อสนับสนุนให้เกิดการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมเหล่านั้น

ประการที่ 4 (Lesson four)

การวางแผนในการให้การปรึกษาแบบบูรณาการ (Integrative treatment planning)

การออกแบบการปรึกษา (Customizing treatment)

1. ผู้ให้การปรึกษาต้องตระเตรียมหรือรื้อในการสร้างสรรค์รูปแบบการปรึกษาใหม่ ๆ สำหรับผู้รับการปรึกษาแต่ละคน
2. การวางแผนการปรึกษาแบบบูรณาการ ต้องเป็นวิธีการที่ปฏิบัติได้จริง ที่ได้รับการออกแบบตามความจำเป็นของคนไข้แต่ละคนที่มีความแตกต่างกัน

การวางแผนการปรึกษาแบบบูรณาการ

1. สสำรวจมิติต่าง ๆ ของคนไข้
2. สร้างปฏิสัมพันธ์โดยให้ความสำคัญ 2 หรือ 3 มิติ
3. สร้างกรอบแนวคิดแบบพหุทฤษฎี
4. เลือกวิธีการบำบัดในตารางกลยุทธ์

จากหลักการสำคัญของการบูรณาการการปรึกษาแบบพหุทฤษฎี จะเห็นได้ว่าสามารถนำเทคนิคที่เป็นประโยชน์ในทฤษฎีต่าง ๆ มาใช้ได้กับคนไข้ที่มีความต้องการที่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้ป่วยซึมเศร้า ถึงแม้ว่าจะถูกวินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน แต่เมื่อพิจารณาตามมิติของหน้าที่มนุษย์ (Multidimensional of human functioning) แล้ว ผู้ป่วยแต่ละคนก็ยังมี ความแตกต่างกันในหลายมิติ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการบูรณาการการปรึกษาแบบพหุทฤษฎีเพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้า เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวในการใช้ชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาในส่วนของกระบวนการพุททฤษฎีระหว่างทฤษฎีปัญญานิยม กับ
ทฤษฎีมนุษยนิยมเพื่อบูรณาการใน โปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

รายละเอียดของโปรแกรมฯ

ครั้งที่ ดำเนินการ	เทคนิค	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม
ครั้งที่ 1	EXP-5 + EXP-6	Communicating empathy and positive regard + Supporting authenticity	การสื่อสารด้วยการร่วมรู้สึกและ การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข + การสนับสนุนให้อยู่กับความจริงแท้
ครั้งที่ 2	EXP-7 + EXP-4	Integrating parts of self + Fostering self-actualization	การบูรณาการตัวตน + การสนับสนุน ให้เกิดความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง
ครั้งที่ 3	EXP-1 + Cog1	Identifying Feelings + Identifying thought	การระบุความรู้สึก + ระบุความคิด
ครั้งที่ 4	Exp2 + Cog2	Clarifying the impact of feelings + Clarifying the impact of thought	การทำความเข้าใจอิทธิพลของ ความรู้สึก + ทำความเข้าใจอิทธิพล ของความคิด
ครั้งที่ 5	Cog4 + Exp11	Illuminating core beliefs + Accepting freedom and responsibility	สร้างความกระจ่างให้กับความคิด หลัก + การยอมรับอิสระและ ความรับผิดชอบ
ครั้งที่ 6	Cog5 + Cog6	Evaluating evidence + Testing hypotheses	ประเมินเหตุการณ์ + ทดสอบ สมมติฐาน
ครั้งที่ 7	Cog7 + Exp9	Modifying beliefs + Fostering here and now awareness	ปรับเปลี่ยนความเชื่อ + การสนับสนุนให้ตระหนักรู้
ครั้งที่ 8	Cog13 + Cog14	Brainstorming solutions + Providing psycho education	ระดมสมองหาทางออก + ให้ความรู้ ทางจิตวิทยา
ครั้งที่ 9	Post test	Post test	สรุปประเมินผล

ครั้งที่ ดำเนินการ	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	ชื่อกิจกรรม
ครั้งที่ 1	Communicating empathy and positive regard + Supporting authenticity	การสื่อสารด้วยการร่วมรู้สึกและ การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข + การสนับสนุนให้อยู่กับความจริงแท้	“ปฐมนิเทศสื่อสาร เข้าใจในความรู้”
ครั้งที่ 2	Integrating parts of self + Fostering self-actualization	การบูรณาการตัวตน + การสนับสนุน ให้เกิดความเข้าใจตนเองอย่าง แท้จริง	“ตัวฉัน”
ครั้งที่ 3	Identifying Feelings + Identifying thought	การระบุความรู้สึก + ระบุความคิด	“ความรู้สึกและ ความคิด”
ครั้งที่ 4	Clarifying the impact of feelings + Clarifying the impact of thought	การทำความเข้าใจอิทธิพลของ ความรู้สึก + ทำความเข้าใจอิทธิพล ของความคิด	“อิทธิพลความรู้สึก และความคิด”
ครั้งที่ 5	Illuminating core beliefs + Accepting freedom and responsibility	สร้างความกระจ่างให้กับความคิด หลัก + การยอมรับอิสระและ ความรับผิดชอบ	“การยอมรับ”
ครั้งที่ 6	Evaluating evidence+ Testing hypotheses	ประเมินเหตุการณ์ + ทดสอบ สมมติฐาน	“ทดสอบ”
ครั้งที่ 7	Modifying beliefs + Fostering here and now awareness	ปรับเปลี่ยนความเชื่อ + การสนับสนุนให้ตระหนักรู้	“ปรับเปลี่ยน”
ครั้งที่ 8	Brainstorming solutions + Providing psycho education	ระดมสมองหาทางออก + ให้ความรู้ ทางจิตวิทยา	“ทางออก”
ครั้งที่ 9	Post test	สรุปประเมินผล	“ประเมินผล”

**ตารางสรุป การปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับ
ทฤษฎีมนุษยนิยมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า**

**(Integrative multitheoretical counseling: cognitive therapy and experiential-humanistic therapy
on depression of patient with depressive disorder)**

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
ครั้งที่ 1 “ปฐมนิเทศ สื่อสารเข้าใจ ในความรู้”	1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพ สร้างบรรยากาศและ ความคุ้นเคยระหว่างผู้ให้ การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ ทราบวัตถุประสงค์ในการให้ การปรึกษา โปรแกรม ขั้นตอน การดำเนินการ ทิศทางข้อตกลง ระยะเวลา จำนวนครั้งที่ต้องเข้า ร่วม บทบาทหน้าที่ทั้งของผู้ให้ การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา	Experiential- humanistic therapy	Communicating empathy and positive regard + Supporting authenticity	การสื่อสารด้วย การร่วมรู้สึกและ การยอมรับอย่าง ไม่มีเงื่อนไข + การสนับสนุน ให้อยู่กับ ความจริงแท้	1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทาย และแนะนำตนเอง 2. ผู้ให้การปรึกษาชี้แจง วัตถุประสงค์ในการให้ การปรึกษา ประโยชน์ที่ ผู้รับการปรึกษาจะได้รับจาก การรับการปรึกษาและชี้แจง ระยะเวลาในการดำเนินการ จำนวนครั้งที่ต้องเข้าร่วม สถานที่ และข้อตกลง รวมถึง การรักษาความลับในการ	ประเมินความตั้งใจ ผู้รับการปรึกษา และสัมพันธภาพ ระหว่างผู้รับ การปรึกษาและ ผู้ให้การปรึกษา

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
	<p>ตลอดจนประโยชน์ที่ได้รับจากการให้การปรึกษา</p> <p>3. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ทราบแนวทางการปฏิบัติในการดำเนินการให้การปรึกษา</p>				<p>ปรึกษาและการบอกเล่าข้อมูล</p> <p>3. ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาแนะนำตัว และเล่าเรื่องราวความประทับใจของตนเองในชีวิตที่ผ่านมา</p> <p>4. ผู้ให้การปรึกษาให้ความชื่นชม และเป็นกำลังใจกระตุ้นในความคิดที่ประทับใจที่ผ่านมา</p> <p>5. ผู้ให้การปรึกษา เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาเล่าเรื่องราวความไม่สบายใจ</p> <p>6. ค้นหาปัญหาและตั้งเป้าหมายด้วยกัน</p> <p>7. เปิดโอกาสให้แสดงวิธีแก้ปัญหา และนำไปฝึกแก้ปัญหา</p>	

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
ครั้งที่ 2 “ตัวฉัน”	<p>1. เพื่อรักษาสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา</p> <p>2. เพื่อสร้างบรรยากาศให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย ค้นเคยเป็นกันเองและไว้วางใจผู้ให้การปรึกษา</p> <p>3. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษากล้าเปิดเผยเรื่องราวและความรู้สึกของตนเอง และได้มีโอกาสพิจารณาตัวเองมากขึ้น</p>	Experiential-humanistic therapy	<p>- Integrating parts of self</p> <p>- Fostering self-actualization</p>	<p>- การบูรณาการตัวตน</p> <p>- การสนับสนุนให้เกิดความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง</p>	<p>8. ประเมินความร่วมมือ และนัดครั้งต่อไป</p> <p>1. ให้การปรึกษากล่าวทักทาย ยิ้ม ต้อนรับ เพื่อสร้างบรรยากาศให้ไม่อึดอัด</p> <p>2. ผู้ให้การปรึกษาทบทวนสิ่งที่ผ่านมาในครั้งที่แล้ว</p> <p>3. เริ่มการสำรวจแต่ละส่วนของบุคคล อาจต้องเริ่มต้นจากการสนทนา โดยอาจเริ่มจากการใช้เก้าอี้ 2 ตัวซึ่งผู้รับการปรึกษาจะต้องนั่งเก้าอี้ทั้ง 2 ตัว และแสดงความรู้สึกที่แตกต่างกัน “พื้นฐานของเทคนิคนี้คือ การที่บุคคลจะต้องมีบทสนทนา ระหว่างตัวตนที่ตรงกันข้ามกัน จะช่วยให้</p>	<p>ผู้รับการปรึกษาที่ได้รับการสนับสนุนให้ค้นหาความจริงภายในตนเอง จะสามารถค้นพบวิธีการที่สอดคล้องกับความต้องการของตนเองได้มากขึ้น การค้นพบความต้องการที่แท้จริงในกระบวนการบำบัด จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถปรับตัวเข้าและแสดงออกถึง</p>

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
					<p>ทั้งส่วนนี้ได้ทำการร่วมมือกัน เพื่อพัฒนาทางออกที่เหมาะสม”</p> <p>โครงสร้างการสนทนาระหว่าง 2 ส่วนของบุคคล จะต้องมีการแยกออกอย่างชัดเจน และการแสดงออกทางอารมณ์ที่ชัดเจนมากกว่าจะเป็นการสนทนาทั่วไป ถ้าคุณเลือกใช้เทคนิคนี้ อาจเริ่มต้นด้วยคำถาม “อะไรคือสิ่งที่แต่ละส่วนต้องการจากอีกฝ่าย” และ “อะไรที่พวกเขาต้องการที่จะบอกอีกฝ่ายก่อนที่จะทำงานร่วมกัน” และ “พวกเขาจะช่วยอีกฝ่ายได้อย่างไร”</p>	<p>ความต้องการที่แท้จริงของตัวเองต่อผู้อื่นได้</p>

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
ครั้งที่ 3 “ความรู้สึก และ ความคิด”	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาแยก ความคิดและความรู้สึกได้ 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา สามารถบอกถึงปัญหาที่เกิดขึ้น จากความรู้สึกและความคิดของ ตนเองได้	Experiential- humanistic therapy Cognitive therapy	- Identifying feelings - Identifying thought	- การระบุ ความรู้สึก - ระบุความคิด	1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทาย ผู้รับการปรึกษา พร้อมทั้งชี้แจง วัตถุประสงค์ของการให้การ ปรึกษาในครั้งนี้ และร่วมกัน ทบทวนสิ่งที่ได้สนทนากัน ในครั้งที่แล้ว 2. ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับ การปรึกษาเล่าถึงสิ่งที่ได้ กลับไปเผชิญมาในช่วยเวลา ที่อยู่ที่บ้าน 3. ผู้ให้การปรึกษาอธิบาย ถึงอารมณ์ และความคิด ที่มีความแตกต่างกัน 4. ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับ การปรึกษาคูการ์คอารมณ์ 5. ผู้ให้การปรึกษาฝึกให้ผู้รับ การปรึกษาแยกอารมณ์ และ	เมื่อผู้รับการปรึกษา เริ่มรับรู้ถึงความรู้สึก ของตัวเองแล้ว โดย แยกจากความคิดและ ความรู้สึกทาง ประสาทสัมผัสอย่าง ชัดเจน การตระหนัก รู้จะเพิ่มขึ้น และ การให้ความสำคัญ กับผลทางอารมณ์ ที่จะมีประสิทธิภาพ มากขึ้น หลังจากที่ ความรู้สึกได้รับ การระบุอย่างชัด เจน คุณค่าของ ความหมายและ การปรับตัว ได้รับ

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
					<p>บอกถึงความคิดที่เกิดขึ้น ระหว่างการทำกิจกรรม</p> <p>6. ในการสำรวจความรู้สึก จะต้องแยกแยะให้ไ้ระหว่าง ความรู้สึก (Feeling) กับ ความคิด (Thought) เช่น “ฉัน รู้สึกว่าพี่ชายของฉันเง่า” (I feel like my brother is a jerk) ประโยคนี้ไม่ใช่ความรู้สึก แต่ มันคือความคิด และหากสำรวจ ความคิดนี้ต่อไป อาจทำให้ได้ ความรู้สึกที่สำคัญ “ฉันรู้สึก โกรธพี่ชายของฉัน” (I’m angry at my brother) เรื่องของ ความรู้สึก (Feeling) อาจ เกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่เกิดจาก การรับสัมผัสทางกาย (Sensory</p>	<p>การสำรวจ และ พฤติกรรมที่ แสดงออกสามารถ เลือกให้เกิดขึ้นได้</p>

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
					<p>perception) อีกด้วย และมันก็สำคัญที่จะต้องระบุให้ได้ว่าความรู้สึกนั้นเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นทางร่างกายหรือไม่ เช่น คำถามที่ว่า “อาการรู้สึกปั่นป่วนในกระเพาะอาหารของคุณมันเกี่ยวข้องกับอาการตื่นเต้นหรือความกลัวหรือไม่? คำถามนี้จะช่วยให้ระบุความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับรับรู้สัมผัสทางกายได้ดี</p> <p>7. ร่วมกันพิจารณาในกระบวนการความคิดที่เกิดขึ้นว่าก่อให้เกิดปัญหาอย่างไรบ้าง และมีการแก้ไขอย่างไร</p> <p>8. ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้พิจารณา</p>	

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
ครั้งที่ 4 “อิทธิพล ความรู้สึก และ ความคิด”	เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้รับประโยชน์จากการเข้าใจอิทธิพลของอารมณ์ที่มีผลต่อชีวิต จะช่วยให้เกิดการมองหาอารมณ์ที่เหมาะสม และเกิดการปรับตัว เปลี่ยนแปลงตัวเองไปในทิศทางที่เหมาะสมได้	Experiential-humanistic therapy Cognitive therapy	Clarifying the impact of Feelings - Clarifying the impact of thought	- การทำความเข้าใจอิทธิพลของความรู้สึก - ทำความเข้าใจอิทธิพลของความคิด	ตัวเอง อารมณ์ และความคิด 9. ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาร่วมกันสรุปสาระสำคัญในการให้การปรึกษาครั้งนี้ 10. ผู้นำกลุ่มนัดหมายการให้การปรึกษากลุ่มในครั้งต่อไป 1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายด้วยสื่อน้ำยืมแยมแจมใส 2. ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาทบทวนสิ่งที่ได้รับจากการมารับการปรึกษาที่ผ่านมาและการนำกลับไปใช้ 3. เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาเล่าถึงปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน 4. ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และเชื่อมโยงถึงเหตุและปัจจัยของ	ผู้รับการปรึกษา เข้าใจอิทธิพลของอารมณ์ที่มีผลต่อชีวิต พวกเขาจะมีความชัดเจนและเข้าใจว่าพวกเขาต้องคิด หรือกระทำอย่างไรต่อไป

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
ครั้งที่ 5 “การ ยอมรับ”	1. ผู้รับการปรึกษาที่รู้สึก กดดันจากมาตรฐานทางสังคม ปฏิบัติตามมาตรฐานของ ผู้อื่น หรือสูญเสียการรับรู้ ความสามารถของตนเอง ผู้ให้การปรึกษาต้องกระตุ้น ให้พวกเขาตระหนักถึงอิสระ ที่พวกเขาและความรับผิดชอบ ที่ต้องเกิดขึ้นตามมา 2. เพื่อค้นหาความเชื่อหลัก หลังจากที่ค้นพบรูปแบบ	Cognitive therapy Experiential- humanistic therapy	Illuminating core beliefs - Accepting freedom and responsibility	สร้างความ กระจ่างให้กับ ความคิดหลัก - การยอมรับ อิสระและ ความรับผิดชอบ	อิทธิพลของการใช้อารมณ์ ที่มีผลกระทบต่อการใช้ ชีวิตประจำวัน 5. สรุปแนวทางแก้ไข ให้ กำลังใจและนัดการปรึกษา ครั้งต่อไป 1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทาย และร่วมกันทบทวนสิ่งที่ได้ สนทนากันในครั้งที่แล้ว 2. ผู้ให้อ่านกรณีศึกษา และ ทบทวนความคิดที่เกิดขึ้น ระหว่างอ่านกรณีศึกษา 3. ร่วมกันทบทวนความคิด ที่เกิดขึ้นว่าผู้รับการปรึกษา มีความเชื่ออย่างไร ยอมรับ และปรับที่ความคิดความเชื่อ	จากการสังเกต ซักถามของผู้รับ การปรึกษาแสดง ความกระตือรือร้น มีความตั้งใจและ ตระหนักถึง ความสำคัญเข้าร่วม กิจกรรมในครั้ง ต่อ ๆ ไป

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
	ความคิดที่ไม่เป็นจริง และ ผู้รับบริการสามารถทำความเข้าใจกับความเชื่อเหล่านั้นได้				4. ผู้ให้การปรึกษากระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาคัดสินใจท พื้นฐานของความรับผิดชอบ มีความเกี่ยวข้องกับการใช้ ภาษาในการอธิบายสิ่งเหล่านั้น ในวิธีที่แตกต่างจากเดิม ผู้รับ การปรึกษามีทางเลือกใน การอธิบายตนเองว่าเป็น ผู้ถูกกระทำหรือเป็นผู้กระทำ ในสถานการณ์นั้น ๆ เมื่อ ผู้รับการปรึกษาได้อธิบายถึง ทางเลือกที่พวกเขาทำได้ จะ ช่วยให้พวกเขามองเห็นอิสระ ของตัวเอง และศักยภาพใน การเปลี่ยนแปลง แม้ว่าผู้รับ การปรึกษาคัดสินใจยังไม่ทำ อะไรในตอนนี้อะไรหรือไม่	

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
ครั้งที่ 6 “ทดสอบ”	เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ ทดสอบวิธีการคิดและผลลัพธ์ ที่เกิดขึ้นของการแก้ปัญหา ของตนเอง	Cognitive therapy	- Evaluating evidence - Testing hypotheses	- ประเมิน เหตุการณ์ - ทดสอบ สมมติฐาน	<p>ตัดสินใจ นี้ก็นับว่าเป็น ทางเลือกของพวกเขา เมื่อ พวกเขาเลือกทางนี้ สิ่งที่ต้อง ทำให้รู้ต่อไป คือ ความเป็น เป็นไปได้ที่เกิดขึ้นในอนาคต และมีอิสระที่ทำบางอย่าง ที่แตกต่างไปจากเดิม</p> <p>5. ทบทวนความคิดและ ความรู้สึก</p> <p>6. ฝึกผ่อนคลายอารมณ์ ที่เกิดขึ้นจากความคิด</p> <p>7. สรุปการปรึกษา</p> <p>1. ผู้ให้การปรึกษากล่าว ทักทาย</p> <p>2. ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาส ให้ผู้รับการปรึกษาเล่าสิ่งที่ เกิดขึ้นที่รู้สึกแย่ในชีวิตที่</p>	<p>จากการสังเกต ซักถามของผู้รับ การปรึกษาแสดง ความกระตือรือร้น มีความตั้งใจและ</p>

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
					<p>ผ่านมาและร่วมกันประเมินความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นคำถามที่ช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษาได้ประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - หลักฐานคืออะไร ? อะไรคือหลักฐานใช้ที่สนับสนุนความคิดนั้น ? อะไรคือหลักฐานที่หักล้างความคิดนั้น ? - มีการอธิบายที่กว้างกว่านี้ อีกมั๊ย ? - อะไรคือสิ่งที่แย่ที่สุดที่จะเกิดขึ้นได้ ? มันจะสามารถมีอยู่ร่วมกับสิ่งนั้นได้หรือไม่? อะไรคือสิ่งที่ดีที่สุดที่จะ 	<p>ตระหนักถึงความสำคัญเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป</p>

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
					<p>เกิดขึ้นได้? อะไรคือสิ่งจะเกิดขึ้นได้ตามความเป็นจริงได้มากที่สุด ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - อะไรคือผลของความคิดอัตโนมัติทางลบที่มีผลต่อความเชื่อของฉัน อะไรคือผลที่จะเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงความคิดของฉัน - อะไรที่ฉันจะทำได้เกี่ยวกับสิ่งนั้น - อะไรคือสิ่งที่ฉันจะบอกกับเพื่อน ถ้าพวกเขาอยู่ในสถานการณ์เดียวกับคุณ <p>3. ผู้ให้การปรึกษาและสมาชิกร่วมกันสรุปและเขียนบันทึกลงในกระดาษ A4</p>	

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
ครั้งที่ 7 “ปรับเปลี่ยน”	<p>1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาที่มีความตระหนักรู้ในความไม่เที่ยงตรงในความคิดที่เกิดขึ้น</p> <p>2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาที่มีความเชื่อที่ได้รับการประเมินความเชื่อที่เป็นต้นเหตุของความรู้สึกที่รบกวนจิตใจหรือพฤติกรรมของตนเองได้</p> <p>3. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาพร้อมต่อการยอมรับต่อความจริงและการคิดที่เหมาะสมมากขึ้นได้</p>	<p>Cognitive therapy</p> <p>Experiential-humanistic therapy</p>	<p>- Modifying beliefs</p> <p>- Fostering here and now awareness</p>	<p>- ปรับเปลี่ยนความเชื่อ</p> <p>- การสนับสนุนให้ตระหนักรู้</p>	<p>4. ผู้นำกลุ่มนัดหมายการให้การศึกษาในกลุ่มในครั้งต่อไป และกล่าวขอบคุณสมาชิกกลุ่ม</p> <p>1. ผู้รับการปรึกษากล่าวทักทายผู้ให้การปรึกษา</p> <p>2. ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาเล่าถึงสิ่งที่เปลี่ยนแปลงกับชีวิตตนเอง และประเมินความสุขที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนความคิดของตนเอง</p> <p>3. ผู้ให้การปรึกษาสะท้อนให้เห็นในการปรับเปลี่ยนที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้รับการปรึกษามีกำลังใจ</p> <p>4. ผู้ให้การปรึกษานัดหมายครั้งต่อไป</p>	<p>ภาวะความทุกข์ลดน้อยลง และมีความรู้สึกที่เหมาะสม และพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ ความเชื่อที่ได้รับการปรับเปลี่ยนแล้ว ผลลัพธ์ คือ อาการทางลบ ความวิตกกังวล หรือ ความซึมเศร้าที่ลดน้อยลง</p>

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
ครั้งที่ 8 “ทางออก”	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา อยู่กับภาวะความเป็นจริง 2. สามารถแก้ไขปัญหามน พื้นฐานของความสุขที่แท้จริง ของตนเองได้	Cognitive therapy	- Brainstorming solutions - Providing psycho education	- ระดมสมอง หาทางออก - ให้ความรู้ทาง จิตวิทยา	1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทาย พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการให้การปรึกษาในครั้งนี้ และร่วมกันทบทวนสิ่งที่ได้ สนทนากันในครั้งที่แล้ว 2. ผู้นำกลุ่มนำเข้าสู่กิจกรรม “เลือกได้..ชีวิตเป็นของเรา” เพื่อค้นหาทางเลือกหรือการ ปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เกิดผล เสียหรือปัญหาการความคิด ที่บิดเบือนจนทำให้เกิดทุกข์ 3. ผู้ให้การปรึกษาให้เปิด โอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้ พูดคุย ชักถาม แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน 4. ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับ การปรึกษาร่วมกันสรุป	จากการพูดคุย ชักถามและสีหน้า แววตาที่แจ่มใส มากขึ้น

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
ครั้งที่ 9 ประเมินผล	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสรุปถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ของตนเองหลังจาก 2. การให้การปรึกษา 3. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษากล่าวถึงสิ่งที่ประทับใจและประโยชน์ที่ได้รับจากการให้การปรึกษา 4. ผู้ให้การปรึกษาทำแบบวัดภาวะซึมเศร้า (หลังการทดลอง) 	Post test	Post test	สรุปประเมินผล	<p>สาระสำคัญในการให้การปรึกษาครั้งนี้</p> <p>ผู้ให้การปรึกษานัดหมายการให้การปรึกษาในครั้งต่อไป</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายผู้รับการปรึกษา 2. ร่วมกันสนทนาทบทวนและเล่าถึงสิ่งที่ได้ปฏิบัติตามแผนและข้อสัญญาที่กำหนดไว้ เล่าถึงความรู้สึกและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังได้รับการให้การปรึกษา 3. ผู้ให้การปรึกษาให้กำลังใจและกระตุ้นให้รู้สึกถึงความมั่นใจที่จะปรับเปลี่ยนความคิดตนเอง เพื่อก่อให้ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สังเกตจากความสนใจ ความตั้งใจ การแสดงออก ที่มีต่อกิจกรรม 2. สังเกตจากความร่วมมือ ความกระตือรือร้น และการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นขณะเข้าร่วมกิจกรรม

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
					<p>เกิดความสำเร็จตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้</p> <p>4. ผู้ให้การปรึกษากล่าวขอบคุณและแจกกระดาษ A4 เขียนถึงความรู้สึกดี ๆ ที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมกิจกรรมและความรู้สึกดี ๆ ที่เกิดขึ้นรวมทั้งข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพื่อนำไปปรับปรุงต่อไป</p> <p>5. ผู้ให้การปรึกษาสรุปพร้อมทั้งกล่าวขอบคุณ และยุติการให้การปรึกษา</p> <p>6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มทำแบบวัดภาวะซึมเศร้า (หลังการทดลอง)</p>	<p>3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า</p>

ครั้งที่ 1

เรื่อง ปฐมนิเทศสื่อสารเข้าใจ

สาระสำคัญ

เป็นการสร้างการสื่อสารสร้างสัมพันธภาพ สร้างบรรยากาศและความคุ้นเคยให้เกิดขึ้นระหว่างผู้ให้การศึกษาและผู้รับการศึกษา เพื่อให้เกิดความไว้วางใจต่อกัน รวมถึงการอธิบายรายละเอียดต่าง ๆ ในการให้การศึกษา

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพ สร้างบรรยากาศและความคุ้นเคยระหว่างผู้ให้การศึกษาและผู้รับการศึกษา
2. เพื่อให้ผู้รับการศึกษาได้ทราบวัตถุประสงค์ในการให้การศึกษา โปรแกรมขั้นตอนการดำเนินการ กติกาข้อตกลง ระยะเวลา จำนวนครั้งที่ต้องเข้าร่วม บทบาทหน้าที่ทั้งของผู้ให้การศึกษาและผู้รับการศึกษา ตลอดจนประโยชน์ที่ได้รับจากการให้การศึกษา
3. เพื่อให้ผู้รับการศึกษาได้ทราบแนวทางการปฏิบัติในการดำเนินการให้การศึกษา

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้ให้การศึกษากล่าวทักทายและแนะนำตนเอง
2. ผู้ให้การศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ในการให้การศึกษา ประโยชน์ที่ผู้รับการศึกษาจะได้รับจากการรับการศึกษาและชี้แจงระยะเวลาในการดำเนินการ จำนวนครั้งที่ต้องเข้าร่วม สถานที่และข้อตกลง รวมถึงการรักษาความลับในการศึกษาและการบอกเล่าข้อมูล
3. ให้การศึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการศึกษาแนะนำตัว และเล่าเรื่องราวความประทับใจของตนเองในชีวิตที่ผ่านมา
4. ผู้ให้การศึกษาให้ความชื่นชม และเป็นกำลังใจ กระตุ้นในความคิดที่ประทับใจที่ผ่านมา
5. ผู้ให้การศึกษา เปิดโอกาสให้ผู้รับการศึกษาเล่าเรื่องราวความไม่สบายใจ
6. ค้นหาปัญหาและตั้งเป้าหมายด้วยกัน

7. เปิดโอกาสให้แสดงวิธีแก้ปัญหา และนำไปฝึกแก้ปัญหา
8. ประเมินความร่วมมือ และนัดครั้งต่อไป

สื่อ/ อุปกรณ์

1. กระดาษหน้าเดียว
2. ปากกา

การประเมินผล

1. ประเมินความตั้งใจผู้รับการศึกษา และสัมพันธภาพระหว่างผู้รับการศึกษาและผู้ให้การศึกษา

ครั้งที่ 2

เรื่อง ตัวฉัน

สาระสำคัญ

การรักษาสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยการสร้างบรรยากาศให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย คู่กันเคยเป็นกันเองและไว้วางใจ ตลอดจนกล้าเปิดเผยเรื่องราวและความรู้สึกของตนเอง และได้มีโอกาสพิจารณาตัวเองมากขึ้น

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อรักษาสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
2. เพื่อสร้างบรรยากาศให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย คู่กันเคยเป็นกันเองและไว้วางใจผู้ให้บริการ
3. เพื่อให้ผู้รับบริการกล้าเปิดเผยเรื่องราวและความรู้สึกของตนเอง และได้มีโอกาสพิจารณาตัวเองมากขึ้น

ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม

4. ให้การปรึกษากล่าวทักทาย ยิ้ม ต้อนรับ เพื่อสร้างบรรยากาศให้ไม่อึดอัด
5. ผู้ให้บริการทบทวนสิ่งที่ผ่านมาในครั้งที่แล้ว
6. เริ่มการสำรวจแต่ละส่วนของบุคคล อาจต้องเริ่มต้นจากการสนทนา โดยอาจเริ่มจากการใช้เก้าอี้ 2 ตัวซึ่งผู้รับบริการจะต้องนั่งเก้าอี้ทั้ง 2 ตัวและแสดงความรู้สึกที่แตกต่างกัน “พื้นฐานของเทคนิคนี้ คือ การที่บุคคลจะต้องมีบทสนทนา ระหว่างตัวคนที่ตรงกันข้ามกัน จะช่วยให้ทั้งส่วนนี้ได้ทำการร่วมมือกันเพื่อพัฒนาทางออกที่เหมาะสม” โครงสร้างการสนทนาระหว่าง 2 ส่วนของบุคคล จะต้องมีการแยกออกอย่างชัดเจน และการแสดงออกทางอารมณ์ที่ชัดเจนมากกว่าจะเป็นการสนทนาทั่วไป ถ้าคุณเลือกใช้เทคนิคนี้ อาจเริ่มต้นด้วยคำถาม “อะไรคือสิ่งที่แต่ละส่วนต้องการจากอีกฝ่าย” และ “อะไรที่พวกเขาต้องการที่จะบอกอีกฝ่ายก่อนที่จะทำงานร่วมกัน” และ “พวกเขาจะช่วยอีกฝ่ายได้อย่างไร”

สื่อ/ อุปกรณ์

1. แผ่นกระดาษรูปภาพ
2. กระดาษ A4
3. ปากกาและดินสอ
4. แก้ว 2 ตัว

การประเมินผล

ผู้รับการปรึกษาที่ได้รับการสนับสนุนให้ค้นหาความจริงภายในตนเอง จะสามารถค้นพบวิธีการที่สอดคล้องกับความต้องการของตนเองได้มากขึ้น การค้นพบความต้องการที่แท้จริงในกระบวนการบำบัด จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถปรับตัวเข้าและแสดงออกถึงความต้องการที่แท้จริงของตัวเองต่อผู้อื่นได้

ครั้งที่ 3

เรื่อง ความรู้สึกและความคิด

สาระสำคัญ

ผู้รับการปรึกษาที่มาจากอาการ จำกัดการรับรู้อารมณ์ตนเอง จะต้องช่วยให้พวกเขาได้มีโอกาสได้ระบุความรู้สึกของตนเอง ถ้าผู้รับการปรึกษารู้สึกคลุมเครือหรือสับสน การระบุว่าพวกเขา กำลังโกรธ เศร้า กลัว หรือละอายมันมีประโยชน์มาก ถ้าผู้รับการปรึกษาถูกรบกวนด้วยความคิด หรือความรู้สึกไม่สบายทางร่างกาย การระบุความรู้สึกจะเป็นประโยชน์อย่างมากด้วยเช่นกัน

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาแยกความคิดและความรู้สึกได้
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถบอกถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากความรู้สึกและความคิดของตนเองได้

ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม

1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายผู้รับการปรึกษา พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาในครั้งนี้ และร่วมกันทบทวนสิ่งที่ได้สนทนากันในครั้งที่แล้ว
2. ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาเล่าถึงสิ่งที่ได้กลับไปเผชิญมาในช่วงเวลาที่อยู่ที่บ้าน
3. ผู้ให้การปรึกษาอธิบายถึงอารมณ์ และความคิดที่มีความแตกต่างกัน
4. ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาคู่มืออารมณ์
5. ผู้ให้การปรึกษาฝึกให้ผู้รับการปรึกษาแยกอารมณ์ และบอกถึงความคิดที่เกิดขึ้นระหว่างการทำกิจกรรม
6. ในการสำรวจความรู้สึก จะต้องแยกแยะให้ได้ระหว่างความรู้สึก (Feeling) กับความคิด (Thought) เช่น “ฉันรู้สึกพี่ชายของฉันเง่า” (I feel like my brother is a jerk) ประโยคนี้ไม่ใช่ความรู้สึก แต่มันคือความคิด และหากสำรวจความคิดนี้ต่อไป อาจทำให้ได้ความรู้สึกที่สำคัญ

“ฉันรู้สึกโกรธพี่ชายของฉัน” (I’m angry at my brother) เรื่องของ ความรู้สึก (Feeling) อาจเกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่เกิดจากการรับสัมผัสทางกาย (Sensory perception) อีกด้วย และมันก็สำคัญที่จะต้องระบุให้ได้ว่า ความรู้สึกนั้นเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นทางร่างกายหรือไม่ เช่น คำถามที่ว่า “อาการรู้สึกปั่นป่วนในกระเพาะอาหารของคุณมันเกี่ยวข้องกับอาการตื่นเต้นหรือความกลัวหรือไม่? คำถามนี้จะช่วยให้ระบุความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับรับรู้สัมผัสทางกายได้ดี

7. ร่วมกันพิจารณาในกระบวนการความคิดที่เกิดขึ้นว่าก่อให้เกิดปัญหาอย่างไรบ้าง และมีการแก้ไขอย่างไร
8. ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้พิจารณาตัวเอง อารมณ์ และความคิด
9. ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาร่วมกันสรุปสาระสำคัญในการให้การปรึกษารั้งนี้
10. ผู้นำกลุ่มนัดหมายการให้การปรึกษากลุ่มในครั้งต่อไป

สื่อ/ อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรม: การ์ดอารมณ์
2. กระดาษ A4
3. ปากกา

การประเมินผล

เมื่อผู้รับการปรึกษาเริ่มรับรู้ถึงความรู้สึกของตัวเองแล้ว โดยแยกจากความคิดและความรู้สึกทางประสาทสัมผัสอย่างชัดเจน การตระหนักรู้จะเพิ่มขึ้น และการให้ความสำคัญกับผลทางอารมณ์ที่จะมีประสิทธิภาพมากขึ้น หลังจากที่ความรู้สึกได้รับการระบุอย่างชัดเจน คุณค่าของความหมายและการปรับตัว ได้รับการสำรวจ และพฤติกรรมที่แสดงออกสามารถเลือกให้เกิดขึ้นได้

ครั้งที่ 4

เรื่อง อิทธิพลความรู้สึกและความคิด

สาระสำคัญ

ทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับความรู้สึกที่มีผลต่อความคิด และพฤติกรรม เช่น Gestalt Therapy ที่ได้อธิบายบทบาทสำคัญของอารมณ์ที่มีต่อความคิด และส่งต่อเป็นประสบการณ์โดยรวมของมนุษย์

อารมณ์ คือ ความหมายของความคิด เพื่อไม่ให้อารมณ์เป็นอุปสรรคต่อความคิด จนกระทั่งส่งผลกระทบต่อส่วนการใช้ชีวิตในภาพรวมของมนุษย์ จะต้องทำความเข้าใจและตระหนักถึงอารมณ์ที่เหมาะสมกับสถานการณ์

ส่วน Person-centered therapy ใช้อารมณ์เพื่อช่วยให้เกิดพฤติกรรมทางบวกของมนุษย์ โดยอธิบายว่า อารมณ์เป็นสิ่งที่ช่วยอำนวยความสะดวกให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เพื่อการเติบโตของชีวิต และส่วนกลุ่มประสบการณ์นิยม Experiential approach ให้ความสำคัญกับอารมณ์ที่มีส่วนทำให้บุคคลทำการตัดสินใจและเตรียมตัวต่อการเกิดพฤติกรรม ดังนั้น ความสำคัญในการช่วยเหลือผู้รับการปรึกษา คือ ช่วยให้เราเข้าใจว่าอารมณ์ของพวกเขา มีอิทธิพลอย่างไรต่อความคิด พฤติกรรม และส่วนอื่น ๆ ในชีวิตของพวกเขา

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้รับประโยชน์จากการเข้าใจอิทธิพลของอารมณ์ที่มีผลต่อชีวิต จะช่วยให้เกิดการมองหาอารมณ์ที่เหมาะสม และเกิดการปรับตัว เปลี่ยนแปลงตัวเองไปในทิศทางที่เหมาะสมได้

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายด้วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส
2. ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาทบทวนสิ่งที่ได้รับจากการมารับการปรึกษาที่ผ่านมาและการนำกลับไปใช้
3. เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาเล่าถึงปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน

4. ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และเชื่อมโยงถึงเหตุและปัจจัยของอิทธิพลของการใช้อารมณ์ที่มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน
5. สรุปแนวทางแก้ไข
6. ให้กำลังใจและนัดการปรึกษาครั้งต่อไป

สื่อ/ อุปกรณ์

1. กระดาษ A4
2. ปากกา

การประเมินผล

ผู้รับการปรึกษาเข้าใจอิทธิพลของอารมณ์ที่มีผลต่อชีวิต พวกเขาจะมีความชัดเจน และเข้าใจว่าพวกเขาต้องคิด หรือ กระทำอย่างไรต่อไป

ครั้งที่ 5

เรื่อง การยอมรับ

สาระสำคัญ

การบำบัดแบบรู้คิด Cognitive therapy ให้ความสำคัญกับความคิดอัตโนมัติที่ซ่อนอยู่ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นั้นมาจากความเชื่อหลักหรือกรอบแนวคิดที่มีอิทธิพลต่อการคิดในสถานการณ์อื่น การฟังความคิดที่ผู้รับการปรึกษาได้อธิบายนั้นมากกว่า 1 สถานการณ์ ผู้ให้การปรึกษาต้องสามารถคัดเลือกรูปแบบที่เป็นความเชื่อหลักให้ได้ ความเชื่อหลักอาจมีมากมายในเรื่องเดียวกัน หรือความคิดหลักก็มีหลายความคิดแต่แบ่งเป็น 2 ลักษณะ Jeffery Young ได้พัฒนารูปแบบการบำบัดแบบรู้คิด เรียกว่า Schema-therapy เพื่อช่วยให้การระบุ และปรับความเชื่อที่ไม่เหมาะสมที่ได้เรียนรู้มาตั้งแต่วัยเด็ก ส่วนทฤษฎีอัตถิภาวะนิยม Existential ให้ความสำคัญกับคุณค่าของอิสระของมนุษย์แต่ต้องมีความรับผิดชอบในอิสระนั้นด้วย Frankl (1969) ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างอิสระและความรับผิดชอบ ผู้รับการปรึกษาที่รู้สึกหมดหวัง ไม่สามารถสร้างความปรารถนาในการเปลี่ยนแปลงได้ ผู้ให้การปรึกษาสามารถช่วยให้พวกเขาตระหนักถึงความอิสระที่พวกเขามีและสร้างทางเลือกต่อเหตุการณ์นั้นขึ้นมา ด้วยการคิดเรื่องความเป็นอิสระที่ต้องมาพร้อมกับความรับผิดชอบจะสร้างทางเลือกที่เป็นไปได้ เมื่อบุคคลมีความสามารถที่จะเลือกได้ พวกเขาสามารถเริ่มต้นยอมรับเหตุการณ์ได้ และเริ่มต้อนรับรับผิดชอบในสิ่งที่ตนเองเลือก การเปลี่ยนแปลงทางบวกก็เริ่มต้นขึ้น

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้รับการปรึกษาที่รู้สึกกดดันจากมาตรฐานทางสังคม ปฏิบัติตามมาตรฐานของผู้อื่น หรือสูญเสียการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้ให้การปรึกษาต้องกระตุ้นให้พวกเขาตระหนักถึงอิสระที่พวกเขาและความรับผิดชอบที่ต้องเกิดขึ้นตามมา
2. เพื่อค้นหาความเชื่อหลักหลังจากที่ค้นพบรูปแบบความคิดที่ไม่เป็นจริง และผู้รับบริการสามารถทำความเข้าใจกับความเชื่อเหล่านั้นได้

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทาย และร่วมกันทบทวนสิ่งที่ได้สนทนากันในครั้งที่แล้ว
2. ผู้ให้อ่านกรณีศึกษา และทบทวนความคิดที่เกิดขึ้นระหว่างอ่านกรณีศึกษา
3. ร่วมกันทบทวนความคิดที่เกิดขึ้นว่าผู้รับการปรึกษามีความเชื่ออย่างไร ยอมรับ และปรับที่ความคิดความเชื่อ
4. ผู้ให้การปรึกษากระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาตัดสินใจทบทวนพื้นฐานของความรับผิดชอบ มีความเกี่ยวข้องกับการใช้ภาษาในการอธิบายสิ่งเหล่านั้นในวิธีที่แตกต่างจากเดิม ผู้รับการปรึกษามีทางเลือกในการอธิบายตนเองว่าเป็นผู้ถูกกระทำหรือเป็นผู้กระทำในสถานการณ์นั้น ๆ เมื่อผู้รับการปรึกษาได้อธิบายถึงทางเลือกที่พวกเขาทำได้ จะช่วยให้พวกเขามองเห็นอิสระของตัวเอง และศักยภาพในการเปลี่ยนแปลง แม้ว่าผู้รับการปรึกษาตัดสินใจยังไม่ทำอะไรในตอนี้ หรือยังไม่ตัดสินใจ นี้ก็นับว่าเป็นทางเลือกของพวกเขา เมื่อพวกเขาเลือกทางนี้ สิ่งที่ต้องทำให้รู้ต่อไป คือ ความเป็นไปไม่ได้ที่เกิดขึ้นในอนาคต และมีอิสระที่ทำงานอย่างที่แตกต่างกันไปจากเดิม
5. ทบทวนความคิดและความรู้สึก
6. ฝึกผ่อนคลายอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากความคิด
7. สรุปการปรึกษา

สื่อ/ อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรม “กรณีศึกษา”
2. ปากกา

การประเมินผล

1. จากการสังเกต ซักถามของผู้รับการปรึกษาแสดงความกระตือรือร้น มีความตั้งใจ และตระหนักถึงความสำคัญเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อ ๆ ไป

ครั้งที่ 6 เรื่อง ทดสอบ

สาระสำคัญ

เทคนิคนี้ นำมาจาก Cognitive therapy ให้ความสำคัญในการร่วมมือค้นหาข้อเท็จจริง ซึ่งแนะนำว่าควรใช้เป็นเทคนิคสุดท้าย แทนการประเมินเหตุการณ์หรือการทบทวนอดีต เทคนิคนี้เป็นเทคนิคที่เป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ โดยการกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาลองคาดเดาสิ่งที่จะเกิดขึ้นด้วยการพิสูจน์สมมติฐาน โดยอาศัยพื้นฐานความเชื่อของพวกเขา Beck ได้แนะนำขั้นตอนที่ใช้เพื่อแก้ปัญหา ดังนี้

1. ระบุปัญหา
2. ตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหา
3. สร้างวิธีการเพื่อทำการพิสูจน์สมมติฐานนั้น
4. ประเมินผลลัพธ์จากการพิสูจน์
5. ยอมรับ หรือปฏิเสธ หรือปรับเปลี่ยนสมมติฐาน เพื่อให้เหมาะสมกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

จากการพิสูจน์

การใช้เทคนิคนี้ มีความสำคัญกับผู้รับการปรึกษาเป็นอย่างมากในการทำอะไบบางอย่าง นอกชั่วโมงการบำบัดซึ่งได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการความคิดที่ได้รับการประเมินแล้ว

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ทดสอบวิธีการคิดและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นของการแก้ปัญหาของตนเอง

ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม

1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทาย
 2. ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาเล่าสิ่งที่เกิดขึ้นที่รู้สึกแย่ในชีวิตที่ผ่านมา และร่วมกันประเมินความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น
- คำถามที่ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้ประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง ดังนี้

- หลักฐานคืออะไร ? อะไรคือหลักฐานใช้ที่สนับสนุนความคิดนั้น ? อะไรคือหลักฐานที่หักล้างความคิดนั้น ?

- มีการอธิบายที่กว้างกว่านี้อีกมั๊ย ?

- อะไรคือสิ่งที่แย่ที่สุดที่จะเกิดขึ้นได้ ? ฉันจะสามารถมีอยู่ร่วมกับสิ่งนั้นได้หรือไม่ ?
อะไรคือสิ่งที่ดีที่สุดที่จะเกิดขึ้นได้ ? อะไรคือสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ตามความเป็นจริงได้มากที่สุด ?

- อะไรคือผลของความคิดอัตโนมัติทางลบที่มีผลต่อความเชื่อของฉัน อะไรคือผลที่จะเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงความคิดของฉัน

- อะไรที่ฉันจะทำได้เกี่ยวกับสิ่งนั้น

- อะไรคือสิ่งที่ฉันจะบอกกับเพื่อน ถ้าพวกเขาอยู่ในสถานการณ์เดียวกับคุณ

3. ผู้ให้การปรึกษาและสมาชิกร่วมกันสรุปและเขียนบันทึกลงในกระดาษ A4

4. ผู้นำกลุ่มนัดหมายการให้การปรึกษากลุ่มในครั้งต่อไป และกล่าวขอบคุณสมาชิกกลุ่ม

สื่อ/ อุปกรณ์

1. กระดาษ A4
2. ปากกา

การประเมินผล

จากการสังเกต ซักถามของผู้รับการปรึกษาแสดงความกระตือรือร้น มีความตั้งใจและตระหนักถึงความสำคัญเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 7

เรื่อง การปรับเปลี่ยน

สาระสำคัญ

ผลลัพธ์ของใช้เทคนิคทางความคิดของการบำบัด คือ ระบบความเชื่อใหม่ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความคิดที่เหมาะสมที่ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ Cognitive therapy สรุปว่า ความเชื่อที่ไม่มีเหมาะสมนั้น ไม่รับการเรียนรู้ แต่ความเชื่อใหม่ที่เป็นจริงมากขึ้นและเหมาะสม สามารถพัฒนาและเรียนรู้ผ่านกระบวนการบำบัดได้

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาที่มีความตระหนักรู้ในความไม่เที่ยงตรงในความคิดที่เกิดขึ้น
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาที่มีความเชื่อที่ได้รับการประเมินความเชื่อที่เป็นต้นเหตุของความรู้สึกที่รบกวนจิตใจหรือพฤติกรรมของตนเองได้
3. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาพร้อมต่อการยอมรับต่อความจริง และการคิดที่เหมาะสมมากขึ้นได้

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้รับการปรึกษากล่าวทักทายผู้ให้การศึกษา
2. ผู้ให้การศึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาเล่าถึงสิ่งที่เปลี่ยนแปลงกับชีวิตตนเอง และประเมินความสุขที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนความคิดของตนเอง
3. ผู้ให้การศึกษาสะท้อนให้เห็นในการปรับเปลี่ยนที่เกิดขึ้นเพื่อให้ผู้รับการปรึกษามีกำลังใจ
4. ผู้ให้การศึกษานัดหมายครั้งต่อไป

สื่อ/ อุปกรณ์

1. กระดาษ A4
2. ปากกา

การประเมินผล

ภาวะความทุกข์ลดน้อยลง และมีความรู้สึกที่เหมาะสม และพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ
ความเชื่อที่ได้รับการปรับเปลี่ยนแล้ว ผลลัพธ์คือ อาการทางลบ ความวิตกกังวล หรือ ความซึมเศร้า
ที่ลดน้อยลง

ครั้งที่ 8 เรื่อง ทางออก

สาระสำคัญ

การที่บุคคลประกาศให้สังคมรับรู้และยอมรับการเปลี่ยนทางความคิด ความเชื่อ มองมุมใหม่ ๆ ทำให้ชีวิตมีความสุขมากขึ้น

ความคาดหวังที่ไม่เป็นจริงและการรับรู้ที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง มักทำให้เกิดภาวะยากลำบากทางจิตวิทยา Reality therapy โดย William Glasser ได้ให้ความสำคัญกับการกระตุ้นคนให้จริงจังในการมองหาสถานการณ์ในชีวิตของพวกเขาสร้างทางเลือกที่เป็นไปได้ บนพื้นฐานที่สามารถประเมินได้ตามความเป็นจริง วิธีการนี้มีความแตกต่างเล็กน้อยกับเทคนิคของ Cognitive therapy หรือ REBT แทนที่จะเน้นความสำคัญกระบวนการรับรู้ภายในตัวบุคคล (เช่น ฉันไม่ดีพอ) แต่ Reality Therapy กระตุ้นให้เกิดการรับรู้โลกภายนอกตัวบุคคล และวิธีการสร้างทางเลือกที่มีผลต่อการปรับตัวที่เหมาะสม (เช่น งานนี้เหมาะกับฉัน ฉันต้องการแนวทางที่ชัดเจนในอาชีพของฉัน) ด้วยการเน้นความสำคัญแบบ Reality therapy นี้ ผู้ให้การปรึกษาจะสามารถช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเลือกพฤติกรรมที่สามารถปรับปรุงสัมพันธภาพใหม่ที่พึงพอใจตามที่พวกเขาต้องการในวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษายู่กับภาวะความเป็นจริง
2. สามารถแก้ไขปัญหามบนพื้นฐานของความสุขที่แท้จริงของตนเองได้

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทาย พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาในครั้งนี้ และร่วมกันทบทวนสิ่งที่ได้สนทนากันในครั้งที่แล้ว
2. ผู้นำกลุ่มนำเข้าสู่กิจกรรม “เลือกได้..ชีวิตเป็นของเรา” เพื่อค้นหาทางเลือกหรือการปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เกิดผลเสียหรือปัญหาการความคิดที่บิดเบือนจนทำให้เกิดทุกข์

3. ผู้ให้การปรึกษาให้เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้พูดคุย ชักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน
4. ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาร่วมกันสรุปสาระสำคัญในการให้การปรึกษาคั้งนี้
5. ผู้ให้การปรึกษานัดหมายการให้การปรึกษาในครั้งต่อไป

สื่อ/ อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรม “เลือกได้..ชีวิตเป็นของเรา”
2. ปากกา

การประเมินผล

1. จากการพูดคุยชักถามและสีหน้าแววตาที่แจ่มใสมากขึ้น

ครั้งที่ 9

เรื่อง ยุติการให้การปรึกษา และประเมินผล

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสรุปถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ของตนเองหลังจากการให้การปรึกษา
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษากล่าวถึงสิ่งที่ประทับใจและประโยชน์ที่ได้รับจากการให้การปรึกษา
3. ผู้ให้การปรึกษาทำแบบวัดภาวะซึมเศร้า (หลังการทดลอง)

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายผู้รับการปรึกษา
2. ร่วมกันสนทนาทบทวนและเล่าถึงสิ่งที่ได้ปฏิบัติตามแผนและข้อสัญญาที่กำหนดไว้
เล่าถึงความรู้สึกและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังจากได้รับการให้การปรึกษา
3. ผู้ให้การปรึกษาให้กำลังใจและกระตุ้นให้รู้สึกถึงความความมั่นใจที่จะปรับเปลี่ยนความคิดตนเอง เพื่อก่อให้เกิดความสำเร็จตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้
4. ผู้ให้การปรึกษากล่าวขอบคุณ และแจกกระดาษ A4 เขียนถึงความรู้สึกดี ๆ ที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมกิจกรรม และความรู้สึกดี ๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพื่อนำไปปรับปรุงต่อไป
5. ผู้ให้การปรึกษาสรุปพร้อมทั้งกล่าวขอบคุณ และยุติการให้การปรึกษา
6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มทำแบบวัดภาวะซึมเศร้า (หลังการทดลอง)

สื่อ/ อุปกรณ์

1. แบบวัดภาวะซึมเศร้า (หลังการทดลอง)
2. กระดาษ A4
3. ปากกา

การประเมินผล

1. สัมผัสจากความสนใจ ความตั้งใจ การแสดงออกที่มีต่อกิจกรรม
2. สัมผัสจากความร่วมมือ ความกระตือรือร้น และการมีส่วนร่วมในการแสดง

ความคิดเห็นขณะเข้าร่วมกิจกรรม

โปรแกรมการปรึกษาแบบปัญญานิยม

Cognitive psychotherapy

โดย

นางสาวผ่องพรรณ กะโว

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ สุทธิชาติพิย์

Cognitive strategies for psychotherapy

ครั้งที่ 1	COG-1	Identifying thought
ครั้งที่ 2	COG-2 + COG-3	Clarifying the impact of thought + Challenging irrational thoughts
ครั้งที่ 3	COG-4	Illuminating core beliefs
ครั้งที่ 4	COG-5 + COG-6	Evaluating evidence + Testing hypotheses
ครั้งที่ 5	COG-7	Modifying beliefs
ครั้งที่ 6	COG-8 + COG-9	Reinforcing adaptive cognition + Encouraging accurate perception
ครั้งที่ 7	COG-13	Brainstorming solutions
ครั้งที่ 8	COG-14	Providing psycho education
ครั้งที่ 9	Post test	Post test

Cognitive strategies for psychotherapy

ครั้งที่	เทคนิค	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม
ครั้งที่ 1	COG-1	Identifying thought	“บอกตนเอง”
ครั้งที่ 2	COG-2 + COG-3	Clarifying the impact of thought + Challenging irrational thoughts	อิทธิพลของความคิด และ การจัดการ
ครั้งที่ 3	COG-4	Illuminating core beliefs	ความเชื่อ และการสำรวจ ความหมาย
ครั้งที่ 4	COG-5 + COG-6	Evaluating evidence + Testing hypotheses	การสนับสนุนช่วยเหลือ
ครั้งที่ 5	COG-7	Modifying beliefs	การปรับเปลี่ยนความเชื่อ ที่เฉพาะเจาะจงให้เหมาะสม
ครั้งที่ 6	COG-8 + COG-9	Reinforcing adaptive cognition + Encouraging accurate perception	เปลี่ยนความคิด ความเชื่อ เป็นแรงผลักดันในชีวิต
ครั้งที่ 7	COG-13	Brainstorming solutions	การระดมสมอง
ครั้งที่ 8	COG-14	Providing psycho education	ให้ความรู้ด้านจิตวิทยา
ครั้งที่ 9	Post test	Post test	ประเมินผล

โปรแกรมการปรึกษาแบบปัญญานิยม

โปรแกรมการปรึกษาแบบปัญญานิยม

Cognitive psychotherapy

ความเป็นมาของโปรแกรม

โปรแกรมการปรึกษาแบบปัญญานิยมในครั้งนี้เป็นโปรแกรมการให้การปรึกษาสำหรับให้การปรึกษากับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากแนวคิดและทฤษฎีของปัญญานิยมที่จะประกอบไปด้วย

1. ความสำคัญของความคิด
2. กรอบแนวคิดแบบปัญญานิยมกับอาการซึมเศร้า
3. เทคนิคของทฤษฎีปัญญานิยม

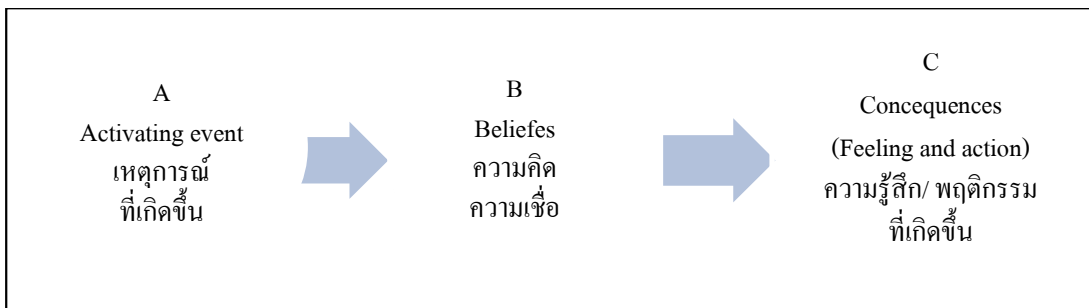
ความสำคัญของความคิด

Focusing on thoughts

การปรึกษาแบบปัญญานิยมให้ความสำคัญกับความคิดของผู้รับการปรึกษา และอิทธิพลของความคิดที่มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของผู้รับการปรึกษา ถ้าผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาดัดสันใจว่า ปัญหาของผู้รับการปรึกษาในเบื้องต้นมีความเกี่ยวข้องกับความคิดของพวกเขา มันจะเกิดประโยชน์อย่างมากในการที่จะค้นหาความคิดหรือความเชื่อของผู้รับการปรึกษา และนำมาสร้างกรอบแนวคิดในการให้การปรึกษา หลักสำคัญ คือ การระบุความคิดที่กำลังส่งผลกระทบวิธีการที่ผู้รับการปรึกษาดตอบสนองต่อสถานการณ์ที่พวกเขากำลังเผชิญอยู่

กรอบแนวคิดหลัก

แสดงวิธีการที่ความคิด ความเชื่อ มีเชื่อมโยงระหว่างเหตุการณ์และความรู้สึก/พฤติกรรมที่เกิดขึ้น



รูปแบบที่สำคัญในการศึกษาแบบปัญญานิยม คือ การมองเห็นว่า ความคิด ความเชื่อ มีบทบาทสำคัญที่เป็นตัวแปรคั่นกลาง ที่ส่งผลให้เหตุการณ์นั้นมีผลต่อความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้รับการปรึกษา การระบุความคิดที่เฉพาะเจาะจงนี้และอิทธิพลของมันนั้น เป็นหัวใจสำคัญในการสร้างกรอบแนวคิดในการศึกษาแบบปัญญานิยม

Simple cognitive conceptualization

กรอบแนวคิดพื้นฐานการศึกษาแบบปัญญานิยม

การสร้างกรอบแนวคิดพื้นฐานของการศึกษาแบบปัญญานิยม จะต้องมีส่วนประกอบ 3 ส่วน คือ โครงสร้างแบบ A-B-C โดยที่ A คือ เหตุการณ์ที่เข้ามากระตุ้น B คือ ความคิดหรือความเชื่อของผู้รับการปรึกษา และ C คือ ผลที่เกิดขึ้นซึ่งแสดงออกมาในรูปแบบของอารมณ์หรือพฤติกรรม โครงสร้างนี้มีประโยชน์อย่างมากในการสอนให้ผู้รับการปรึกษาได้รับรู้ถึงความสัมพันธ์ตามโครงสร้างนี้ และกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษานำไปปรับใช้ในชีวิตของพวกเขาในชีวิตประจำวัน เราพบได้บ่อยครั้งที่เหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ามากระตุ้นให้บุคคลเกิดอารมณ์และความรู้สึกตามมา หลักการสำคัญของกรอบแนวคิดการศึกษาแบบปัญญานิยม คือ การทำให้ตระหนักถึงบทบาทของตัวแปรคั่นกลาง นั่นคือ ความคิด ความเชื่อที่เกิดขึ้น ที่มีบทบาทในการแปลความหมายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และก่อให้เกิดอารมณ์หรือพฤติกรรม ดังนั้นการที่คุณจะสำรวจรูปแบบความคิด ความเชื่อนี้ คุณจะต้องพยายามตอบคำถามที่มีความเกี่ยวข้องกัน 3 คำถาม คือ 1) สถานการณ์อะไรที่ทำให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความเศร้า 2) อารมณ์หรือความรู้สึกของผู้รับการปรึกษาคืออะไร และ 3) ความคิดที่เกิดขึ้นระหว่างกลางต่อสถานการณ์นั้นคืออะไร ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดอารมณ์หรือพฤติกรรมที่ผู้รับการปรึกษาตอบสนอง

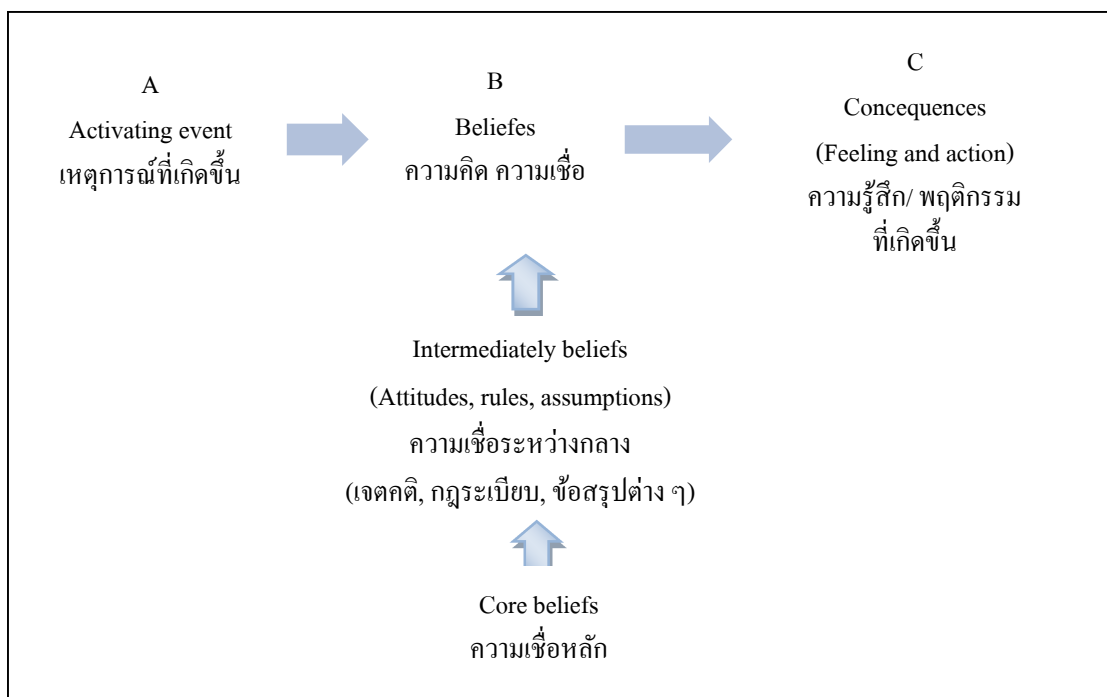
ตัวอย่างเช่น บุคคลต้องการได้รับการสัมภาษณ์งาน (Activated event: สถานการณ์) ความเศร้าและความกลัวการถูกปฏิเสธเกิดขึ้น (Consequence: อารมณ์ที่เกิดขึ้น) ดังนั้น ผู้ให้ การปรึกษาต้องทำการสำรวจหาความคิด ความเชื่อของผู้รับการปรึกษาที่มีต่อสถานการณ์ อาจ พบว่า “ฉันไม่มีอะไรที่ได้รับการจ้างงาน” หรือ “ฉันไม่มีคุณค่าพอ” (Belief: ความคิด ความเชื่อ)

หลังจากการอธิบายรูปแบบความคิดโดยใช้โครงสร้าง A-B-C แล้ว ผู้ให้การปรึกษา สามารถช่วยให้ผู้รับการปรึกษาคัดสินใจได้ว่าความคิดไหนดีหรือไม่ดี เหมาะสมหรือไม่เหมาะสม สมเหตุสมผลหรือไม่สมเหตุไม่สมผล

Complex cognitive conceptualization

กรอบแนวคิดเชิงซ้อนของการปรึกษาแบบปัญญานิยม

นักบำบัดจิตต้องการพัฒนากรอบแนวคิดที่มีความซับซ้อนมากขึ้นเพื่อระดับ ชั้นความคิด 3 ระดับ ที่ได้รับการอธิบายโดย Beck (1995 cited in Brook, 2008) และแสดงไว้ตาม ภาพที่ 26



ภาพที่ 26 แสดงกรอบแนวคิดเชิงซ้อนที่ระบุถึงความเชื่อทันทีทันใดและความเชื่อหลัก ที่แสดงออกในรูปแบบของความคิดอัตโนมัติ

ความคิด 3 ระดับ ได้แก่ หนึ่ง ความคิดอัตโนมัติที่อยู่ระดับบนสุด รวมไปถึง “คำพูดหรือภาพที่ปรากฏขึ้นจริงในความคิดของบุคคล” ที่มีต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ส่วนความคิดระดับลึกที่สุดคือ ความเชื่อหลัก (Core beliefs) เป็นตัวแทนของความเชื่อที่ “เหมารวม ยึดติด และการขยายความเกินจริง” ความเชื่อเกี่ยวกับตัวเอง คนอื่น ๆ และ โลกใบนี้ ความเชื่อระหว่างกลาง (Intermediately beliefs) ประกอบด้วย เจตคติ กฎระเบียบ และข้อสรุปที่ไม่ชัดเจน แต่มีอิทธิพลต่อการมองสถานการณ์ของเรา (Beck, 1995, p. 16 cited in Brook 2008) เมื่อพิจารณาความคิดทั้ง 3 ระดับแล้ว ความเชื่อหลัก (Core beliefs) มีอิทธิพลในการพัฒนาความเชื่อระหว่างกลาง (Intermediately beliefs) ซึ่งเป็นความเชื่อที่จะขยายไปสู่ความคิดอัตโนมัติ (Automatic thought) ต่อสถานการณ์หนึ่ง ๆ ผลที่ตามมา คือ ปฏิกริยาทางอารมณ์ ตัวอย่างเช่น “ฉันไม่คนไม่ค่า” ความคิดนี้อาจมาจากความเชื่อหลัก (Core beliefs) ซึ่งขยายไปสู่ความเชื่อระหว่างกลาง (Intermediately beliefs) เช่น “ฉันไม่มีอะไรที่จะไปนำเสนอให้นายจ้างเห็น” ซึ่งความคิดนี้จะส่งไปยังความคิดอัตโนมัติ (Automatic thought) คือ “ทำไมการสมัครงานจึงรบกวนจิตใจฉัน” ในการสรุปกรอบแนวคิดนี้จะมีประโยชน์มากในการคิดเรื่องความคิดที่เหมาะสมที่คุณควรจะกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาได้นำไปใช้ ตัวอย่างคำถามที่จะใช้เพื่อการสำรวจความคิดของผู้รับการปรึกษาและสร้างกรอบแนวคิดในตารางที่ 19

ตารางที่ 19 คำถามสำหรับการสร้างกรอบแนวคิดแบบปัญญานิยม

เหตุการณ์กระตุ้น/ ความคิด ความเชื่อ/ อารมณ์ที่เกิดตามมา

Activating events/ Thoughts or beliefs/ Emotional consequences

1. สถานการณ์แบบไหนที่ทำให้คุณเสียใจมากที่สุด
2. คุณพอจะยกตัวอย่างสถานการณ์แบบนั้นได้หรือไม่
3. มีความอะไรที่กำลังเกิดขึ้นในสมองของคุณตอนนี้
4. คุณคิดว่า ความคิดของคุณมีผลอย่างไรกับอารมณ์ของคุณ

ความเชื่อระหว่างกลาง/ ความเชื่อหลัก

Intermediately or core beliefs

1. ตอนนี้เราจะมาระบุความคิดอัตโนมัติบางอย่างของคุณ มันต้องค้นหาความหมายของความคิดพวกนี้ ถ้าความคิดพวกนี้ เกิดขึ้นเป็นสถานการณ์จริง ๆ มันจะหมายความว่า คุณเป็นคนอย่างไร
-

ตารางที่ 19 (ต่อ)

-
2. หากความคิดทางลบเหล่านี้มีพื้นฐานมาจากการพยายามปฏิบัติตามกฎ ดังนั้น เรากำลังจะค้นหาสิ่งที่เป็นแนวทางของกฎเหล่านี้ มีกฎอะไรบ้างที่คุณต้องปฏิบัติตาม
 3. จากสถานการณ์ที่แตกต่างกัน คุณเหมือนว่าคุณกำลังคิดแบบเดียวกัน อะไรคือสิ่งที่คุณจะบอกเกี่ยวกับ โครงสร้างนี้ซึ่งเป็นความคิดทั้งหมดที่คุณอยากจะเล่า
-

กรณีตัวอย่างในการสร้างกรอบแนวคิดทางปัญญานิยม

Case examples of cognitive conceptualization

กรอบแนวคิดแบบปัญญานิยมที่มีต่อความซึมเศร้า

Cognitive conceptualization of depression

ในการพยายามทำความเข้าใจกับอาการซึมเศร้าของ Claire ทำการฟังอย่างตั้งใจถึงความคิดที่ Claire ได้กำลังอธิบาย คุณเหมือนว่า Claire กำลังคิดว่าการที่แม่ของเธอเสียชีวิตไปนั้นทำให้เธอไม่สามารถเอาชนะแม่ของเธอได้ มากกว่าความเสียใจที่เกิดขึ้น แต่การสูญเสียนั้นก็สิ่งที่เลี่ยงไม่ได้

- สถานการณ์ (Activating event) แม่ของ Claire เสียชีวิต เมื่อปีก่อนหลังจากที่เจ็บป่วยมายาวนาน ซึ่งในขณะนั้น Claire เป็นผู้ดูแลแม่ของเธอ Claire ใกล้ชิดกับแม่มาก และพิสูจน์คุณค่าของตัวเองในบทบาทของลูกสาวที่ซื่อสัตย์ต่อแม่ พ่อของ Claire เสียชีวิตเมื่อ 10 ปีก่อน น้องสาวของ Claire 2 คน แต่งงานและมีลูก

- อารมณ์ที่เกิดขึ้น (Consequences) Claire รู้สึกเสียใจและสิ้นหวัง เธอมีพฤติกรรมที่เฉยชาและแยกตัว

- ความคิดอัตโนมัติ (Automatic thought) เมื่อถามถึงความคิดของ Claire เธอตอบว่ามีความคิดอยู่ 2 อย่าง ที่มีเกิดขึ้นตลอดทั้งวัน คือ “ฉันไม่รู้ว่าจะทำอะไร” และ “ฉันรู้สึกโดดเดี่ยว”

- ความเชื่อระหว่างกลาง (Intermediate beliefs) ในความคิดที่ลึกลงไป Claire ค้นพบกฎหลักที่ยึดถือไว้สำหรับบทบาทของเธอที่มีต่อแม่ “หน้าที่ของฉัน คือ การดูแลแม่” “แม่ของฉันต้องการฉัน” และ “มีแต่แม่ของฉันเท่านั้นที่เข้าใจฉัน” ดังนั้นเมื่อแม่ของเธอเสียชีวิตไปเมื่อปีที่แล้ว แต่ Claire ยังคงมีความเชื่อเหล่านี้อยู่ในปัจจุบัน

- ความเชื่อหลัก (Core beliefs) ความคิดระดับลึกสุด Claire สามารถตระหนักรู้ได้ว่าความเชื่อหลักของเธอ เกี่ยวกับการที่เธอไม่มีคุณค่าในตนเอง “ฉันอยู่ไม่ได้หากไม่มีแม่อยู่” และ “ฉันไม่มีอะไรในตัวเอง”

กรอบแนวคิดแบบปัญญานิยมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ

Cognitive conceptualization of health behaviors

พฤติกรรมสุขภาพของ Abe พบว่า มีความเชื่อมโยงเกี่ยวกับความคิดของเขา ความเชื่อที่เขาได้เรียนรู้มากครอบครัวเดิมที่เป็นต้นกำเนิดของวิถีชีวิตแบบเสพติดงาน (Workaholic) ซึ่งเป็นสิ่งคุกคามสุขภาพและชีวิตครอบครัว

- สถานการณ์ (Activating event) Abe ได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคหัวใจ และเขากังวลเรื่องสุขภาพ เขารู้สึกว่าเขทำงานมากเกินไปและทำให้เกิดความเครียด

- อารมณ์ที่เกิดขึ้น (Consequences) Abe รู้สึกวิตกกังวลอย่างมาก เมื่อเขาไม่ได้ทำงาน เขาเกรงว่าเขาจะล้มเหลวในชีวิตการทำงาน ถ้าเขาไม่ทำงานอย่างหนัก Abe ทำงานมากเกินไป และเขาไม่เคยมีเวลาให้กับครอบครัว

- ความคิดอัตโนมัติ (Automatic thought) Abe มีความคิดเกี่ยวกับงานบ่อย ๆ ว่า “ฉันจำเป็นต้องทำงานในสุดสัปดาห์” และ “ถ้าฉันไม่ทำงานจนดึก ฉันจะพร้อมในการประชุมในวันพรุ่งนี้”

- ความเชื่อระหว่างกลาง (Intermediate beliefs) Dr. P ได้ตั้งสมมติฐานไว้ว่า ความคิดที่ถูกซ่อนอยู่ซึ่งเป็นความเชื่อระหว่างกลางที่เขาได้สร้างไว้สำหรับตัวเอง คือ Abe มีพฤติกรรมตามที่ความเชื่อระหว่างกลางได้กำหนดไว้ คือ “ถ้าฉันทำงานหนัก ฉันจะสามารถพิสูจน์ให้คนอื่นเห็นว่า ฉันมีคุณค่าพอที่ได้รับความนับถือ”

- ความเชื่อหลัก (Core beliefs) ในความคิดระดับลึกที่สุด Abe มีความเชื่อหลักที่มีความเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์ภาพระหว่างพ่อ มันปรากฏให้ Dr. P ได้เห็น ซึ่ง Abe ได้เรียนรู้จากความคิดว่า พ่อจะไม่รักเขาถ้าเขาไม่เชื่อแบบนั้น เช่น “บางทีฉันอาจจะไม่ได้มีชีวิตอยู่เพื่อความคาดหวังของพ่อ” “บางทีฉันอาจไม่มีค่าพอ” และ “ถ้าฉันไม่พิสูจน์ตัวเอง ฉันอาจไม่ได้รับการยอมรับจากพ่อ”

เทคนิคทางด้านความคิด

Cognitive strategies

เทคนิคทางด้านความคิด มีทั้งหมด 15 เทคนิคหลักที่ใช้ในการบำบัด ซึ่งมาจากหลายหลายทฤษฎีตั้งแต่ Cognitive therapy (Beck, 1967; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979, Beck, 1995; McMullin, 2000) Rational emotive behavior therapy (Ellis, 1962, 2000), Schema-focused therapy (Young, 1999), Cognitive-behavior modification (Meichenbaum, 1977), Reality therapy (Glasser, 1965, 2000), Multimodal therapy (Lazarus, 1981), Problem solving (Dixon & Glover, 1984), Dialectical behavior therapy (Linehan, 1993), และ Mindfulness-based cognitive therapy (Segal et al., 2004)

รายละเอียดของโปรแกรมฯ

ครั้งที่ 1	COG-1	Identifying thought
ครั้งที่ 2	COG-2 + COG-3	Clarifying the impact of thought + Challenging irrational thoughts
ครั้งที่ 3	COG-4	Illuminating core beliefs
ครั้งที่ 4	COG-5 + COG-6	Evaluating evidence + Testing hypotheses
ครั้งที่ 5	COG-7	Modifying beliefs
ครั้งที่ 6	COG-8 + COG-9	Reinforcing adaptive cognition + Encouraging accurate perception
ครั้งที่ 7	COG-13	Brainstorming solutions
ครั้งที่ 8	COG-14	Providing psycho education
ครั้งที่ 9	Post test	Post test

รายละเอียดกิจกรรม

ครั้งที่	เทคนิค	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม
ครั้งที่ 1	COG-1	Identifying thought	“บอกตนเอง”
ครั้งที่ 2	COG-2 + COG-3	Clarifying the impact of thought + Challenging Irrational thoughts	อิทธิพลของความคิด และการจัดการ
ครั้งที่ 3	COG-4	Illuminating core beliefs	ความเชื่อ และการสำรวจความหมาย
ครั้งที่ 4	COG-5+ COG-6	Evaluating evidence + Testing hypotheses	การสนับสนุนช่วยเหลือ
ครั้งที่ 5	COG-7	Modifying beliefs	การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เฉพาะเจาะจงให้เหมาะสม
ครั้งที่ 6	COG-8 + COG-9	Reinforcing adaptive cognition + Encouraging accurate perception	เปลี่ยนความคิด ความเชื่อเป็นแรงผลักดันในชีวิต
ครั้งที่ 7	COG-13	Brainstorming solutions	การระดมสมอง
ครั้งที่ 8	COG-14	Providing psycho education	ให้ความรู้ด้านจิตวิทยา
ครั้งที่ 9	Post test	Post test	ประเมินผล

**ตารางสรุป การปรึกษาแบบปัญญานิยม
(Cognitive psychotherapy)**

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
ครั้งที่ 1	<p>1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพ สร้างบรรยากาศและ ความคุ้นเคยระหว่าง ผู้ให้การศึกษาและ ผู้รับการปรึกษา</p> <p>2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา ได้ทราบวัตถุประสงค์ใน การให้การศึกษา โปรแกรม ขั้นตอนการดำเนินการ กติกา ข้อตกลง ระยะเวลา จำนวน ครั้งที่ต้องเข้าร่วม บทบาท หน้าที่ของผู้ให้</p>	Cognitive psychotherapy	Identifying thought	บอกตนเอง	<p>1. ผู้ให้การศึกษากล่าวทักทาย และแนะนำตนเอง</p> <p>2. ผู้ให้การศึกษาชี้แจง วัตถุประสงค์ในการให้ การศึกษา ประโยชน์ที่ผู้รับ การศึกษาจะได้รับจากการรับ การศึกษาและชี้แจงระยะเวลา ในการดำเนินการ จำนวนครั้ง ที่ต้องเข้าร่วม สถานที่และข้อ ตกลง รวมถึงการรักษาความลับ ในการปรึกษาและการบอกเล่า ข้อมูล</p>	ประเมิน ความตั้งใจผู้รับ การศึกษา และสัมพันธภาพ ระหว่างผู้รับ การศึกษาและผู้ให้การศึกษา

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
	<p>การปรึกษาและผู้รับ การปรึกษา ตลอดจน ประโยชน์ที่ได้รับจาก การให้การศึกษา</p> <p>3. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ ทราบแนวทางการปฏิบัติใน การดำเนินการให้การศึกษา</p> <p>4. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา สามารถระบุมุมความคิดของ ตนเองได้</p>				<p>3. ให้การศึกษาเปิดโอกาส ให้ผู้รับการปรึกษาแนะนำตัว และเล่าเรื่องราวความประทับใจ ของตนเองในชีวิตที่ผ่านมา</p> <p>4. ผู้ให้การศึกษาให้ ความชื่นชม และเป็นกำลังใจ กระตุ้นในความคิดที่ประทับใจ ที่ผ่านมา</p> <p>5. ผู้ให้การศึกษา เปิดโอกาส ให้ผู้รับการปรึกษาเล่าเรื่องราว ความไม่สบายใจ</p> <p>6. ผู้รับการปรึกษาระบุมุมความคิด ที่เกิดขึ้น</p> <p>7. แลกเปลี่ยนความคิดที่เกิดขึ้น จากเหตุการณ์ที่เป็นตัวอย่าง</p>	

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
ครั้งที่ 2	เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้รับประโยชน์จากการเข้าใจอิทธิพลของความคิดที่มีผลต่อชีวิต จะช่วยให้เกิดการมองหาความคิดที่เหมาะสม และเกิดการปรับตัว เปลี่ยนแปลงตัวเองไปในทิศทางที่เหมาะสมได้	Cognitive psychotherapy	Clarifying the impact of thought + Challenging irrational thoughts	อิทธิพลของความคิด และการจัดการ	8. แลกเปลี่ยนการแก้ปัญหา ด้านต่าง ๆ ของความคิดที่เกิดขึ้น 9. เปิดโอกาสให้แสดงวิธีแก้ปัญหา และนำไปฝึกแก้ปัญหา 10. ประเมินความร่วมมือ และนัดครั้งต่อไป 1. ให้การปรึกษากล่าวทักทาย ยิ้มต้อนรับ เพื่อสร้างบรรยากาศ ให้ไม่อึดอัด 2. ผู้ให้การปรึกษาทบทวน สิ่งที่ผ่านมาในครั้งที่แล้ว 3. ให้ผู้ป่วยดู VDO เรื่อง “คนสู้ชีวิต” และแลกเปลี่ยนเรื่อง ความคิดที่เกิดขึ้น 4. บอกผลกระทบของอารมณ์ ที่เกิดขึ้นในVDO ที่ได้ดู และ	ผู้รับบริการ มีสีหน้าและแววตาที่สดใสขึ้น สามารถบอกความรู้สึกของตนเองได้

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
ครั้งที่ 3	เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความเข้าใจความเชื่อตนเองอย่างแท้จริงได้	Cognitive psychotherapy	Illuminating core beliefs	ความเชื่อ และ การสำรวจ ความหมาย	<p>แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในชีวิตที่คล้ายคลึงกับเหตุการณ์ในVDO ที่ได้ดู และผลกระทบที่เกิดขึ้นที่ผ่านมา</p> <p>5. แลกเปลี่ยนแนวทางการแก้ไขปรับความคิดของผู้รับการปรึกษา</p> <p>6. สรุปสิ่งที่ได้จากการปรึกษา</p> <p>7. นัดการปรึกษาครั้งต่อไป</p> <p>1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายผู้รับการปรึกษา พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาในครั้งนี้ และร่วมกันทบทวนสิ่งที่ได้สนทนากันในครั้งที่แล้ว</p>	<p>สีหน้าแจ่มใสมากขึ้น เข้าใจในความเชื่อและความคิดของตนเองมากขึ้น</p>

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
					<p>2. ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาเล่าถึงสิ่งที่ได้กลับไปเผชิญมาในช่วงเวลาที่อยู่ที่บ้าน</p> <p>3. ผู้ให้การปรึกษาแลกเปลี่ยนการจัดการความคิดที่เกิดขึ้นที่บ้าน พร้อมทั้งบอกข้อดีและข้อเสียที่ได้จัดการในวิธีที่ตนเองได้วางแผนไว้</p> <p>4. ผู้ให้การปรึกษาสำรวจความเชื่อของตนเองต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต</p> <p>5. พุศุขแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านความเชื่อของผู้รับการปรึกษา</p>	

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
					<p>6. ร่วมกันพิจารณาในกระบวนการความคิดที่เกิดขึ้นว่าก่อให้เกิดปัญหาอย่างไรบ้างและมีการแก้ไขอย่างไร</p> <p>7. ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้พิจารณาความคิดความเชื่อ ข้อดีของความเชื่อ และผลกระทบของความเชื่อที่เกิดขึ้น</p> <p>8. พูดคุยให้กำลังใจ</p> <p>9. ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาร่วมกันสรุปสาระสำคัญในการให้การปรึกษาครั้งนี้</p> <p>10. ผู้นำกลุ่มนัดหมายการให้การปรึกษากลุ่มในครั้งต่อไป</p>	

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
ครั้งที่ 4	เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา การเข้าใจความคิดของ ตนเองมากขึ้น	Cognitive psychotherapy	Evaluating evidence + Testing hypotheses	การสนับสนุน ช่วยเหลือ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทาย ด้วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส 2. ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาส ให้ผู้รับการปรึกษาทบทวน สิ่งที่ได้รับจากการมารับ การปรึกษาที่ผ่านมาและ การนำกลับไปใช้ 3. เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษา เล่าถึงปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อกลับ ไปใช้ชีวิตที่บ้าน 4. ให้ผู้รับการปรึกษาทำใบงาน สำรวจและหาหลักฐานของ ความคิด 5. พุดคุยและแสดงความคิดเห็น ในเรื่องของความคิดที่เกิดขึ้น ที่ได้เขียนในใบงาน แสดง 	ผู้รับการปรึกษา เข้าใจความคิด ตนเองมากขึ้น

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
ครั้งที่ 5	1. เพื่อให้ค้นหาความคิด ความเชื่อของตัวเองได้ 2. เพื่อให้เข้าใจบุคลิกภาพ ของตัวเองที่เกิดจากความคิด ความเชื่อของตนเอง	Cognitive psychotherapy	Modifying beliefs	การปรับ เปลี่ยน ความเชื่อที่ เฉพาะเจาะจง ให้เหมาะสม	ความเข้าใจและพูดคุยกันใน วิธีการจัดการกับความที่ผ่านมา 6. สรุปแนวทางแก้ไข 7. ให้กำลังใจและนัดการปรึกษา ครั้งต่อไป 1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทาย และร่วมกันทบทวนสิ่งที่ได้ สนทนากันในครั้งที่แล้ว 2. ผู้ให้การปรึกษาพูดคุยและ แสดงท่าที่เป็นมิตร เปิดโอกาส ให้ผู้รับการปรึกษาได้มีส่วนร่วม ในการพูดถึงเรื่องราวในชีวิต ที่ผ่านมา 3. ผู้รับการปรึกษากล่าว ให้กำลังใจ	สีหน้าแจ่มใส ความวิตก กังวลลดลง

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
ครั้งที่ 6	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ เข้าใจความคิดและความเชื่อ ของตนเองได้ 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา มีแรงผลักดันในชีวิตของ	Cognitive psychotherapy	Reinforcing adaptive cognition + Encouraging accurate	เปลี่ยน ความคิด ความเชื่อ เป็นแรง ผลักดัน	4. ผู้รับการปรึกษาให้ใบงาน “ความเชื่อของฉัน” 5. ทบทวนความคิด 6. ฝึกผ่อนคลายอารมณ์ ที่เกิดขึ้นจากความคิด 7. ยอมรับในตัวตนที่เกิดขึ้น ในความเป็นจริง 8. วางแผนการดูแลตัวเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของตัวเอง 9. สรุปการปรึกษา 1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทาย ผู้รับการปรึกษา 2. ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาส ให้ผู้รับการปรึกษาพูดคุยเล่า กิจกรรมในชีวิตประจำวัน	จากการสังเกต ซักถามของผู้รับ การปรึกษา แสดงความ กระตือรือร้น

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
	ตนเอง		perception	ในชีวิต	3. ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับ การปรึกษาสำรวจตนเองใน การเปลี่ยนแปลงด้านความคิด ที่ผ่านมาและการพัฒนา การเปลี่ยนแปลงในตัวเอง ที่เกิดขึ้นกับตัวเองที่ผ่านมา 4. ผู้ให้การปรึกษาพูดคุยและ สอบถามสิ่งที่เกิดขึ้น 5. แลกเปลี่ยนการแก้ไขปัญหา และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในการแก้ไขปัญหาแต่ละครั้ง 6. ให้กำลังใจผู้รับการปรึกษา 7. สรุปการให้การปรึกษา 8. นัดครั้งต่อไป	มีความตั้งใจ มีกำลังใจ มากขึ้น

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
ครั้งที่ 7	1. เพื่อให้ผู้รับการศึกษาที่มีความตระหนักรู้ในความคิดที่เกิดขึ้น 2. เพื่อให้ผู้รับการศึกษาพร้อมต่อการยอมรับต่อความคิดที่เหมาะสมและสามารถหาแนวทางแก้ไขได้ด้วยตัวเอง	Cognitive psychotherapy	Brainstorming solutions	การระดม สมอง	1. ผู้รับการศึกษากล่าวทักทายผู้ให้การปรึกษา 2. ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการศึกษาเล่าถึงสิ่งที่เปลี่ยนแปลงกับชีวิตตนเองและประเมินความสุขที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนและเปลี่ยนแปลงของตนเอง 3. ผู้ให้การปรึกษาสะท้อนให้เห็นในการปรับเปลี่ยนที่เกิดขึ้นเพื่อให้ผู้รับการศึกษามีกำลังใจ ผู้ให้การปรึกษานัดหมายครั้งต่อไป	ภาวะความทุกข์ลดน้อยลง และมีความรู้สึกที่เหมาะสม และพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ ความเชื่อที่ได้รับการปรับเปลี่ยนแล้ว ผลลัพธ์คืออาการทางลบ ความวิตกกังวล หรือความซึมเศร้าที่ลดน้อยลง
ครั้งที่ 8	เพื่อให้ผู้รับการศึกษามีความรู้ในเรื่องจิตวิทยา	Cognitive psychotherapy	Providing psycho education	ให้ความรู้ ด้านจิตวิทยา	1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาในครั้งนี้ และ	ผู้รับบริการมีสีหน้าที่ยิ้ม แย้มแจ่มใส

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
					<p>ร่วมกันทบทวนสิ่งที่ได้สนทนากันในครั้งที่แล้ว</p> <p>2. พูดคุยแลกเปลี่ยนเรื่องราวในชีวิตที่ผ่านมา</p> <p>3. พูดคุยแลกเปลี่ยนการจัดการเรื่องราวในชีวิตที่ผ่านมา</p> <p>4. ให้กำลังใจ</p> <p>5. พูดคุยให้ความรู้ทางจิตวิทยา</p> <p>6. แลกเปลี่ยนความคิดเห็น</p> <p>7. แลกเปลี่ยนสรุปสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งทางด้าน ความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่เกิดขึ้น</p> <p>8. ให้กำลังใจผู้รับการปรึกษา</p> <p>9. นัดครั้งต่อไป</p>	<p>สามารถบอกถึงความรู้ที่ได้รับได้</p>

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
ครั้งที่ 9	<p>1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสรุปถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ของตนเองหลังจากการให้การปรึกษา</p> <p>2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษากล่าวถึงสิ่งที่ประทับใจและประโยชน์ที่ได้รับจากการให้การปรึกษา</p> <p>3. ผู้ให้การปรึกษาทำแบบวัดภาวะซึมเศร้า (หลังการทดลอง)</p>	Cognitive psychotherapy	Post test	Post test	<p>1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายผู้รับการปรึกษา</p> <p>2. ร่วมกันสนทนาทบทวนและเล่าถึงสิ่งที่ได้ปฏิบัติตามแผนและข้อสัญญาที่กำหนดไว้</p> <p>เล่าถึงความรู้สึกและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังได้รับการให้การปรึกษา</p> <p>3. ผู้ให้การปรึกษาให้กำลังใจและกระตุ้นให้รู้สึกถึงความมั่นใจที่จะปรับเปลี่ยนความคิดตนเองเพื่อก่อให้เกิดความสำเร็จตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้</p> <p>4. ผู้ให้การปรึกษากล่าวขอบคุณและแจกกระดาษA4เขียนถึงความรู้สึกดี ๆ ที่เกิดขึ้นจาก</p>	<p>1. สังเกตจาก ความสนใจ ความตั้งใจ การแสดงออก ที่มีต่อกิจกรรม</p> <p>2. สังเกตจาก ความร่วมมือ ความกระตือ รือร้นและ การมีส่วนร่วม ในการแสดง ความคิดเห็น ขณะเข้าร่วม กิจกรรม</p> <p>3. ประเมิน ภาวะซึมเศร้า</p>

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
					<p>การเข้าร่วมกิจกรรม และ ความรู้สึที่ดี ๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้ง ข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพื่อนำไป ปรับปรุงต่อไป</p> <p>5. ผู้ให้การปรึกษาสรุป พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณ และ ยุติการให้การปรึกษา</p> <p>6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มทำ แบบวัดภาวะซึมเศร้า (หลัง การทดลอง)</p>	<p>โดยใช้แบบ ประเมิน ซึมเศร้า</p>

ครั้งที่ 1

เรื่อง “บอกตนเอง”

สาระสำคัญ

ทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม (REBT) และทฤษฎีการปรึกษาแบบปัญญานิยม (CT) ทั้งสองทฤษฎีให้เน้นการให้ความสำคัญกับการมองหาถึงสิ่งที่ผู้รับการปรึกษากำลังคิดอยู่ เพื่อทำความเข้าใจรูปแบบที่สร้างปัญหาให้กับผู้รับการปรึกษา Ellis (1962) กล่าวว่า มันเป็นสิ่งสำคัญมากในการค้นหา “การบอกตนเอง (self-talk)” ของผู้รับการปรึกษาซึ่งมีอิทธิพลต่ออารมณ์ของพวกเขา ส่วน Beck (1967) เรียกมันว่า “ความคิดอัตโนมัติ” (Automatic thoughts) ซึ่งมาจากการสังเกตของเขาว่า “ความคิดอัตโนมัติ คือ รูปแบบความคิดที่ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าที่ถูกทำให้เข้มข้นซึ่งแสดงออกในรูปแบบของความคิดที่มีความซับซ้อน” (หน้า 321) (Cited in Brooks, 2008) การให้ความสำคัญกับเทคนิคที่ 1 ของการคิดคือการค้นหาความคิดที่เกิดขึ้นในทุกช่วงของความคิดภายใต้สถานการณ์หนึ่ง หลังจากนั้นจึงทำการวิเคราะห์โดยให้ความสำคัญกับความเชื่อที่อาจมีอิทธิพลต่อการคิด McMullin (2000 cited in Brooks, 2008) กล่าวถึงความสำคัญของของการตรวจสอบความเชื่อที่เกิดขึ้นว่า นั่นคือ สาเหตุของปัญหา เขาแนะนำวิธีการแยกแยะความแตกต่างระหว่างความเชื่อกับความคิดคาดหวัง, ความเชื่อศักยภาพของตนเอง (Self-efficacy), การรับรู้ตนเอง (Self-concept), ความใส่ใจ, และความจำลักษณะของความคิดเหล่านี้สามารถก่อให้เกิดอารมณ์หรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้

การระบุ การบอกตนเอง (self-talk) ให้ได้มีประโยชน์มาก เมื่อผู้รับการปรึกษาไม่รู้ตัวว่ามีกระบวนการประเมินเกิดขึ้นภายในตนเอง และการรับรู้กระบวนการเหล่านี้ทำให้มีผลโดยตรงกับอารมณ์และเกิดการเลือกทำพฤติกรรมบางอย่างตามมา เทคนิคนี้แสดงให้เห็นถึงวิธีที่จะทำให้ทุกอย่างช้าลง เมื่อผู้รับการปรึกษาไม่ได้สนใจความคิดหรือผลกระบวนการของมัน การระบุความคิดส่วนบุคคลที่มีต่อสถานการณ์นั้น มีประโยชน์เมื่อผู้ให้การปรึกษาต้องการช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้เกิดการประเมินความคิดของตนเองที่อาจส่งผลทำให้เกิดปัญหา

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพ สร้างบรรยากาศและความคุ้นเคยระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ทราบวัตถุประสงค์ในการให้การปรึกษา โปรแกรม ขั้นตอน การดำเนินการ กติกาข้อตกลง ระยะเวลา จำนวนครั้งที่ต้องเข้าร่วม บทบาทหน้าที่ทั้งของผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา ตลอดจนประโยชน์ที่ได้รับจากการให้การปรึกษา
3. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ทราบแนวทางการปฏิบัติในการดำเนินการให้การปรึกษา
4. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถระบุมุมความคิดของตนเองได้

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายและแนะนำตนเอง
2. ผู้ให้การปรึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ในการให้การปรึกษา ประโยชน์ที่ผู้รับการปรึกษาจะได้รับจากการรับบริการปรึกษาและชี้แจงระยะเวลาในการดำเนินการ จำนวนครั้งที่ต้องเข้าร่วม สถานที่และข้อตกลง รวมถึงการรักษาความลับในการปรึกษาและการบอกเล่าข้อมูล
3. ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาแนะนำตัว และเล่าเรื่องราวความประทับใจของตนเองในชีวิตที่ผ่านมา
4. ผู้ให้การปรึกษาให้ความชื่นชม และเป็นกำลังใจ กระตุ้นในความคิดที่ประทับใจที่ผ่านมา
5. ผู้ให้การปรึกษา เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาเล่าเรื่องราวความไม่สบายใจ
6. ผู้รับการปรึกษาระบุมุมความคิดที่เกิดขึ้น
7. แลกเปลี่ยนความคิดที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ที่เป็นตัวอย่าง
8. แลกเปลี่ยนการแก้ปัญหาด้านต่าง ๆ ของความคิดที่เกิดขึ้น
9. เปิดโอกาสให้แสดงวิธีแก้ปัญหา และนำไปฝึกแก้ปัญหา
10. ประเมินความร่วมมือ และนัดครั้งต่อไป

สื่อ/ อุปกรณ์

1. กระดาษหน้าเดียว
2. ปากกา

การประเมินผล

1. ประเมินความตั้งใจผู้รับการศึกษา และสัมพันธภาพระหว่างผู้รับการศึกษาและผู้ให้การศึกษา

ครั้งที่ 2

เรื่อง อิทธิพลของความคิด และการจัดการ

สาระสำคัญ

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับเทคนิค คือ CBT และ REBT โดยที่ CBT ให้ความสำคัญต่อบทบาทของความคิด ที่มีอิทธิพลต่อมนุษย์ ส่วน REBT ให้ความสำคัญต่อการระบุนความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล ที่นำไปสู่การเกิดอารมณ์ตามมา ดังนั้น การบำบัดในกลุ่มการรู้คิด จึงเกี่ยวข้องกับวิธีการที่ผู้รับการปรึกษากำลังคิด และอิทธิพลของรูปแบบความคิดเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อกระบวนการดำเนินชีวิตของพวกเขา

กิจกรรมนี้ใช้แนวคิดของ REBT ของ Ellis ซึ่งแนวคิดของ REBT ของ Ellis นั้นสนับสนุนการจงใจโดยตรงของ Beck ที่สนับสนุนให้เกิด “การความร่วมมือเชิงประจักษ์” (Collaborative empiricisms) Ellis ได้ใช้การจงใจให้เกิดการโต้แย้งกับความคิดที่บิดเบือนและกล่าวไว้ว่า ผู้ให้การปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ ควรเปิดเผยอดีตของผู้รับการปรึกษา และความคิดในปัจจุบันที่ผิดตรรกะ หรือการพูดกล่าวโทษตนเอง โดย 1) ทำให้พวกเขาได้หันมาใส่ใจหรือให้มีสติ 2) แสดงให้พวกเขาเห็นว่าความมีความสุขของพวกเขามันเกิดขึ้นได้อย่างไร 3) แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างความคิดไม่สมเหตุสมผลกับคำพูดภายในตัวเองของพวกเขา และ 4) สอนเขาถึงวิธีการคิดใหม่ ทำทาย โต้แย้ง การเปลี่ยนแปลงคำพูดใหม่ ดังนั้น ความคิดที่เกิดขึ้นภายในนั้นจะกลายเป็นความคิดที่มีตรรกะและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้รับประโยชน์จากการเข้าใจอิทธิพลของความคิดที่มีผลต่อชีวิต จะช่วยให้เกิดการมองหาคำพูดที่เหมาะสม และเกิดการปรับตัว เปลี่ยนแปลงตัวเองไปในทิศทางที่เหมาะสมได้

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ให้การปรึกษากล่าวทักทาย ยิ้ม ต้อนรับ เพื่อสร้างบรรยากาศให้ไม่อึดอัด
2. ผู้ให้การปรึกษาทบทวนสิ่งที่ผ่านมาในครั้งที่แล้ว

3. ให้ผู้ป่วยดูVDO เรื่อง “คนสู้ชีวิต” และแลกเปลี่ยนเรื่องความคิดที่เกิดขึ้น
4. บอกผลกระทบของอารมณ์ที่เกิดขึ้นในVDO ที่ได้ดู และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในชีวิตที่คล้ายคลึงกับเหตุการณ์ในVDO ที่ได้ดู และผลกระทบที่เกิดขึ้นที่ผ่านมา
5. แลกเปลี่ยนแนวทางการแก้ไขปรับความคิดของผู้รับการรักษา
6. สรุปสิ่งที่ได้จากการปรึกษา
7. นัดการปรึกษาครั้งต่อไป

สื่อ/ อุปกรณ์

1. VDO เรื่อง คนสู้ชีวิต
2. กระดาษ A4
3. ปากกาและดินสอ

การประเมินผล

ผู้รับบริการมีสีหน้าและแววตาที่สดใสขึ้น
สามารถบอกความรู้สึกของตนเองได้

ครั้งที่ 3

ความเชื่อ และการสำรวจความหมาย

สาระสำคัญ

การบำบัดแบบรู้คิด Cognitive Therapy ให้ความสำคัญกับความคิดอัตโนมัติที่ซ่อนอยู่ ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นั้นมาจากความเชื่อหลักหรือกรอบแนวคิดที่มีอิทธิพลต่อการคิดใน สถานการณ์อื่น การฟังความคิดที่ผู้รับการปรึกษาได้อธิบายนั้นมากกว่า 1 สถานการณ์ ผู้ให้ การปรึกษาต้องสามารถคัดเลือกรูปแบบที่เป็นความเชื่อหลักให้ได้ ความเชื่อหลักอาจมีมากมาย ในเรื่องเดียวกัน หรือความคิดหลักมีหลายความคิดแต่แบ่งเป็น 2 ลักษณะ Jeffery Young ได้ พัฒนารูปแบบการบำบัดแบบรู้คิด เรียกว่า Schema-therapy เพื่อช่วยให้การระบุ และปรับความเชื่อ ที่ไม่เหมาะสมที่ได้เรียนรู้มาตั้งแต่วัยเด็ก

ประโยชน์ที่ได้จากการค้นหาความเชื่อหลักหลังจากที่ค้นพบรูปแบบความคิดที่ไม่ เป็นจริง มีประโยชน์มาก เนื่องจาก โครงสร้างเหล่านี้เป็นรูปแบบที่เกิดขึ้นมายาวนาน การทำ ความเข้าใจมัน จะเป็นประโยชน์ต่อการเปลี่ยนแปลง อย่างไรก็ตามพันธะสัญญาในการบำบัด และการเปลี่ยนแปลงส่วนบุคคลคือสิ่งจำเป็นอันดับแรกในการบำบัด

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความเข้าใจความเชื่อตนเองอย่างแท้จริงได้

ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม

1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายผู้รับการปรึกษา พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของ การให้การปรึกษาในครั้ง นี้ และร่วมกันทบทวนสิ่งที่ได้สนทนากันในครั้งที่แล้ว
2. ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาเล่าถึงสิ่งที่ได้กลับไปเผชิญมาในช่วยเวลาที่อยู่ ที่บ้าน
3. ผู้ให้การปรึกษาแลกเปลี่ยนการจัดการความคิดที่เกิดขึ้นที่บ้าน พร้อมทั้งบอกข้อดี และข้อเสียที่ได้จัดการในวิธีที่ตนเองได้วางแผนไว้
4. ผู้ให้การปรึกษาสำรวจความเชื่อของตนเองต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต

5. พุคคฺยแลกเปลี่ยนประสบกการณั้ด้านความเชื่อของผู้รับการปริกษา
6. ร่วมกันพิจารณาในกระบวนการความคิดที่เกิดขึ้นว่าก่อให้เกิดปัญหาอย่างไรบ้าง
และมีการแก้ไขอย่างไร
7. ผู้ให้การปริกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปริกษาได้พิจารณาความคิดความเชื่อ ข้อดี
ของความเชื่อ และผลกระทบของความเชื่อที่เกิดขึ้น
8. พุคคฺยให้กำลังใจ
9. ผู้ให้การปริกษาและผู้รับการปริกษาร่วมกันสรุปสาระสำคัญในการให้การปริกษา
ครั้งนี้
10. ผู้นำกลุ่มนัดหมายการให้การปริกษากลุ่มในครั้งต่อไป

สื่อ/ อุปกรณ์

1. กระดาษ A4
2. ปากกา

การประเมินผล

1. สีน้้าแจ่มใสมากขึ้น
2. เข้าใจในความเชื่อและความคิดของตนเองมากขึ้น

ครั้งที่ 4

เรื่อง การสนับสนุนช่วยเหลือ

สาระสำคัญ

เทคนิคนี้ จุดเด่นอยู่ที่โครงสร้างสำคัญของ ทฤษฎี Cognitive therapy ของ Beck คือ “การร่วมมือค้นหาข้อเท็จจริง” (Collaborative empiricism) มันมากกว่าการทำทนายความเชื่อของผู้รับการปรึกษาโดยตรง

“การร่วมมือค้นหาข้อเท็จจริง” (Collaborative empiricism) หมายถึง ความร่วมกันระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา ในการทดสอบความคิดและความเชื่อ เพื่อทดสอบการนำไปใช้และผลกระทบ และพัฒนาวิธีการปรับความคิดให้เหมาะสม

เทคนิคนี้มาจาก Cognitive therapy ให้ความสำคัญในการร่วมมือค้นหาข้อเท็จจริง ซึ่งแนะนำว่าควรใช้เป็นเทคนิคสุดท้าย แทนการประเมินเหตุการณ์หรือการทบทวนอดีต เทคนิคนี้เป็นเทคนิคที่เป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ โดยการกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาลองคาดเดาสิ่งที่จะเกิดขึ้นด้วยการพิสูจน์สมมติฐาน โดยอาศัยพื้นฐานความเชื่อของพวกเขา Beck ได้แนะนำขั้นตอนที่ใช้เพื่อแก้ปัญหาดังนี้

1. ระบุปัญหา
2. ตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหา
3. สร้างวิธีการเพื่อทำการพิสูจน์สมมติฐานนั้น
4. ประเมินผลลัพธ์จากการพิสูจน์
5. ขอมรับ หรือปฏิเสธ หรือปรับเปลี่ยนสมมติฐาน เพื่อให้เหมาะสมกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

จากการพิสูจน์

การใช้เทคนิคนี้ มีความสำคัญกับผู้รับการปรึกษาเป็นอย่างมากในการทำอะไรบางอย่าง นอกซ์วโมงการบำบัดซึ่งได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการความคิดที่ได้รับการประเมินแล้ว

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาการเข้าใจความคิดของตนเองมากขึ้น

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายด้วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส
2. ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาทบทวนสิ่งที่ได้รับจากการมารับ
การปรึกษาที่ผ่านมาและการนำกลับไปใช้
3. เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาเล่าถึงปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน
4. ให้ผู้รับการปรึกษาทำใบงานสำรวจและหาหลักฐานของความคิด
5. พุดคุยและแสดงความคิดเห็นในเรื่องของความคิดที่เกิดขึ้นที่ได้เขียนในใบงาน
แสดงความเข้าใจและพุดคุยกันในวิธีการจัดการกับความที่ผ่านมา
6. สรุปแนวทางแก้ไข
7. ให้กำลังใจและนัดการปรึกษาครั้งต่อไป

สื่อ/ อุปกรณ์

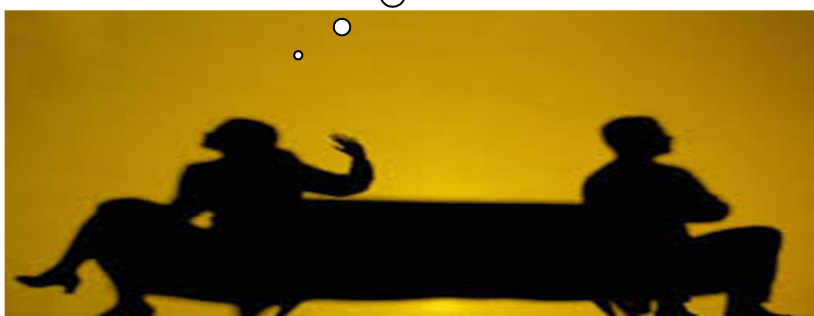
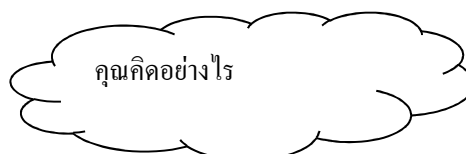
1. ใบงานเรื่อง สำรวจและหาหลักฐานของความคิด
2. กระดาษ A4
3. ปากกา

การประเมินผล

ผู้รับการปรึกษาเข้าใจความคิดตนเองมากขึ้น

ใบงาน

สำรวจและหาหลักฐานของความคิด



เมื่อตอบแล้ว จงตอบคำถามต่อไปนี้

1. หลักฐานคืออะไร ?
2. อะไรคือหลักฐานใช้ที่สนับสนุนความคิดนั้น ?
3. อะไรคือหลักฐานที่หักล้างความคิดนั้น ?
4. มีการอธิบายที่กว้างกว่านี้อีกมั๊ย ?.....
5. อะไรคือสิ่งที่แย่ที่สุดที่จะเกิดขึ้นได้ ?
6. อะไรคือสิ่งที่ดีที่สุดที่จะเกิดขึ้นได้?
7. อะไรคือสิ่งจะเกิดขึ้นได้ตามความเป็นจริงได้มากที่สุด ?.....
8. อะไรคือผลที่จะเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงความคิดของมัน
9. อะไรที่ฉันจะทำได้.....
10. อะไรคือสิ่งที่ฉันจะบอกกับเพื่อน ถ้าพวกเขาอยู่ในสถานการณ์เดียวกับคุณ
.....

ครั้งที่ 5

การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เฉพาะเจาะจงให้เหมาะสม

สาระสำคัญ

ผลลัพธ์ของใช้เทคนิคทางความคิดของการบำบัด คือ ระบบความเชื่อใหม่ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความคิดที่เหมาะสมที่ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ Cognitive therapy สรุปว่า ความเชื่อที่ไม่มีเหมาะสมนั้น ไม่รับการเรียนรู้ แต่ความเชื่อใหม่ที่เป็นจริงมากขึ้นและเหมาะสม สามารถพัฒนาและเรียนรู้ผ่านกระบวนการบำบัดได้

เป้าหมายของเทคนิค (Strategy marker)

ผู้รับการปรึกษาที่มีความตระหนักรู้ในความไม่เที่ยงตรงในความคิดของพวกเขา มันคือเวลาที่เหมาะสมในการระบุมุมความคิดใหม่ ที่จะมีผลทางบวกเกิดขึ้นกับการทำหน้าที่ของความคิด ผู้รับการปรึกษาที่มีความเชื่อที่ได้รับการประเมินความเชื่อที่เป็นต้นเหตุของความรู้สึกที่รบกวนจิตใจหรือพฤติกรรม ความคิดเหล่านั้นจะได้รับการปรับเปลี่ยน หลังจากการทดสอบหรือทดลองความคิดเหล่านั้นแล้ว ผู้รับการปรึกษาจะพร้อมต่อการยอมรับต่อความจริงและการคิดที่เหมาะสมมากขึ้น

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ค้นหาความคิด ความเชื่อของตัวเองได้
2. เพื่อให้เข้าใจบุคลิกภาพของตัวเองที่เกิดจากความคิดความเชื่อของตนเอง

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทาย และร่วมกันทบทวนสิ่งที่ได้สนทนากันในครั้งที่แล้ว
2. ผู้ให้การปรึกษาพูดคุยและแสดงท่าที่เป็นมิตร เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้มีส่วนร่วมในการพูดถึงเรื่องราวในชีวิตที่ผ่านมา
3. ผู้รับการปรึกษากล่าวให้กำลังใจ
4. ผู้รับการปรึกษาให้ใบงาน “ความเชื่อของฉัน”
5. ทบทวนความคิด

6. ฝึกผ่อนคลายอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากความคิด
7. ยอมรับในตัวตนที่เกิดขึ้นในความเป็นจริง
8. วางแผนการดูแลตัวเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของตัวเอง
9. สรุปการปรึกษา

สื่อ/ อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรม “ความเชื่อของฉัน”
2. ปากกา

การประเมินผล

สีหน้าแจ่มใส ความวิตกกังวลลดลง

ใบงาน
“ความเชื่อของฉัน”



เมื่อนั้นเห็นคนร้องไห้ฉันเชื่อว่า

เมื่อนั้นเห็นคนนั่งก้มหน้าอยู่คนเดียวฉันเชื่อว่า.....

เมื่อนั้นเห็นคนเขาพูดเสียงดังฉันเชื่อว่า.....

เมื่อนั้นเห็นเขาอยู่คนเดียวฉันเชื่อว่า.....

เมื่อนั้นเห็นเขายิ้มฉันเชื่อว่า.....

ฉันจัดการมันอย่างไร.....

ครั้งที่ 6

เปลี่ยนความคิด ความเชื่อ เป็นแรงผลักดันในชีวิต

สาระสำคัญ

สิ่งสำคัญในการประยุกต์ใช้ทฤษฎี Cognitive therapy คือ ความคิดที่สามารถมองเห็นได้ในรูปแบบของพฤติกรรม ที่ได้รับการตอบสนองต่อการวางเงื่อนไข การบำบัด ควรจะนำเรื่องการเสริมแรงเข้าใช้ร่วมกับการปรับรูปแบบความคิด และการหยุดความคิดที่ไม่เหมาะสม การประยุกต์ใช้การเสริมแรงนี้ คือ ไม่ใช่ให้การเสริมจากสิ่งของภายนอก แต่ต้องเป็นสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาคิด และพูดออกด้วยตัวของพวกเขาเอง เกี่ยวกับพฤติกรรมและการตอบสนองจากผู้อื่น ที่จะมามีอิทธิพลต่อผลการบำบัด

ความคาดหวังที่ไม่เป็นจริงและการรับรู้ที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง มักทำให้เกิดภาวะยากลำบากทางจิตวิทยา Reality therapy โดย William Glasser ได้ให้ความสำคัญกับการกระตุ้นคนให้จริงจังในการมองหาสถานการณ์ในชีวิตของพวกเขาสร้างทางเลือกที่เป็นไปได้ บนพื้นฐานที่สามารถประเมินได้ตามความเป็นจริง วิธีการนี้มีความแตกต่างเล็กน้อยกับเทคนิคของ Cognitive therapy หรือ REBT แทนที่จะเน้นความสำคัญกระบวนการรับรู้ภายในตัวบุคคล (เช่น ฉันไม่ดีพอ) แต่ Reality therapy กระตุ้นให้เกิดการรับรู้โลกภายนอกตัวบุคคล และวิธีการสร้างทางเลือกที่มีผลต่อการปรับตัวที่เหมาะสม (เช่น งานนี้เหมาะกับฉัน ฉันต้องการแนวทางที่ชัดเจนในอาชีพของฉัน) ด้วยการเน้นความสำคัญแบบ Reality therapy นี้ ผู้ให้การปรึกษาจะสามารถช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเลือกพฤติกรรมที่สามารถปรับปรุงสัมพันธ์ภาพใหม่ที่พึงพอใจตามที่พวกเขาต้องการในวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้เข้าใจความคิดและความเชื่อของตนเองได้
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษามีแรงผลักดันในชีวิตของตนเอง

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้ให้การศึกษากล่าวทักทายผู้รับการศึกษา
2. ผู้ให้การศึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการศึกษาพูดคุย เล่ากิจกรรมในชีวิตประจำวัน
3. ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการศึกษาสำรวจตนเองในการเปลี่ยนแปลงด้านความคิดที่ผ่านมาและการพัฒนาการเปลี่ยนแปลงในตัวเองที่เกิดขึ้นกับตัวเองที่ผ่านมา
4. ผู้ให้การปรึกษาพูดคุยและสอบถามสิ่งที่เกิดขึ้น
5. แลกเปลี่ยนการแก้ไขปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในการแก้ไขปัญหาแต่ละครั้ง
6. ให้กำลังใจผู้รับการศึกษา
7. สรุปการให้การศึกษา
8. นัดครั้งต่อไป

สื่อ/ อุปกรณ์

1. กระดาษ A4
2. ปากกา

การประเมินผล

จากการสังเกต ซักถามของผู้รับการศึกษาแสดงความกระตือรือร้น มีความตั้งใจ มีกำลังใจมากขึ้น

ครั้งที่ 7

เรื่อง การระดมสมอง

สาระสำคัญ

การใช้ทักษะการคิด เพื่อแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพมากกว่า คือ บางสิ่งที่ผู้รับการศึกษามักเรียนรู้ได้จากชั่วโมงการปรึกษา กระบวนการแก้ไขปัญหา อาจเกี่ยวกับสภาพปัญหาที่เฉพาะเจาะจง ทางออกที่เป็นไปได้ทั่ว ๆ ไป, การเลือกวิธีการแก้ไข, การลงมือทำ และการประเมินผล สำหรับผู้รับการปรึกษาส่วนใหญ่ หลักสำคัญ คือ การเรียนรู้ที่จะประยุกต์ใช้วิธีการที่เป็นไปได้มากกว่าการแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการเดิม ๆ การใช้วิธีการที่หลากหลายก่อนการประเมินใด ๆ เพื่อที่จะพบทางเลือกที่สร้างสรรค์ คือวิธีการที่เรา รู้จักกันว่า “การระดมสมอง” (Brainstorming) Dixon and Glover (1984 cited in Brooks, 2008) กล่าวว่า การแก้ไขปัญหา คือ หลักการสำคัญของการบำบัด และได้นำเสนอเทคนิค 4 อย่าง เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถค้นหาทางออกได้อย่างหลากหลาย ได้แก่ อย่างแรก มันเป็นเรื่องสำคัญมากสำหรับผู้ให้การปรึกษาในเตรียมการทดลองและแรงเสริมเพื่อให้เกิดการค้นหา และรางวัลเมื่อพบทางเลือกที่เหมาะสม ลำดับที่สอง สำหรับผู้รับการปรึกษาค้นหาทางออกได้ แต่มันเป็นไปได้ ควรต้องได้รับการประเมิน ลำดับที่สาม ผู้ให้การปรึกษาอาจจำเป็นต้องเริ่มค้นหาทางเลือกที่แตกต่างก่อนเป็นอันดับแรก โดยการนำเสนอตัวอย่างและให้ผู้รับการปรึกษาทดลองทำตาม ลำดับที่สี่ เมื่อผู้รับการปรึกษาเริ่มต้นคิดถึงทางเลือก ผู้ให้การปรึกษาสามารถช่วยพวกเขาสร้างความคิด และขยายไปสู่ทางเลือกที่เป็นไปได้

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาที่มีความตระหนักรู้ในความคิดที่เกิดขึ้น
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาพร้อมต่อการยอมรับต่อความคิดที่เหมาะสมและสามารถหาแนวทางแก้ไขได้ด้วยตัวเอง

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้รับการปรึกษากล่าวทักทายผู้ให้การปรึกษา
2. ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาเล่าถึงสิ่งที่เปลี่ยนแปลงกับชีวิตตนเอง และประเมินความสุขที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนและเปลี่ยนแปลงของตนเอง
3. ผู้ให้การปรึกษาสะท้อนให้เห็นในการปรับเปลี่ยนที่เกิดขึ้นเพื่อให้ผู้รับการปรึกษามีกำลังใจ
4. ผู้ให้การปรึกษานัดหมายครั้งต่อไป

สื่อ/ อุปกรณ์

1. กระดาษ A4
2. ปากกา

การประเมินผล

ภาวะความทุกข์ลดน้อยลง และมีความรู้สึกที่เหมาะสม และพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ ความเชื่อที่ได้รับการปรับเปลี่ยนแล้ว ผลลัพธ์คือ อาการทางลบ ความวิตกกังวล หรือ ความซึมเศร้า ที่ลดน้อยลง

ครั้งที่ 8

เรื่อง ให้ความรู้ด้านจิตวิทยา

สาระสำคัญ

การให้ความรู้กับผู้รับการปรึกษาเกี่ยวกับหลักการทางจิตวิทยา โดยทั่วไปเรียกว่า Psychoeducation และมันเป็นทักษะที่สำคัญในการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด การสอนให้ผู้รับการปรึกษาเกี่ยวกับสิ่งที่พวกเขากำลังประสบอยู่เพื่อให้พวกเขาเข้าใจแนวคิด และช่วยจัดการระบบความคิด และเตรียมพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น Beck (1995 cited in Brooks, 2008) กล่าวถึง การให้ความรู้เชิงจิตวิทยาไว้ 3 ชนิด ที่มักใช้ในกระบวนการปรึกษาแบบรู้คิด ชนิดแรก ผู้ให้การปรึกษาสามารถสอนให้ผู้รับการปรึกษาเกี่ยวกับกระบวนการปรึกษา ที่พวกเขาสามารถมีส่วนร่วมเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ ถ้าผู้รับการปรึกษาได้รับการสอน เรื่องกระบวนการปรึกษา ความกลัวและความวิตกกังวลจะลดลงด้วย และผู้รับการปรึกษาสามารถมีส่วนร่วมในกระบวนการเปลี่ยนแปลงได้ด้วย ชนิดที่สอง ผู้รับการปรึกษาสามารถเรียนรู้หลักการทางจิตวิทยาได้ตามที่พวกเขาได้จากกระบวนการแก้ไขปัญหาด้วยความยากลำบากหลังจากที่พวกเขาออกจากชั่วโมงการปรึกษาไปแล้ว ตัวอย่างเช่น การเรียนรู้วิธีการระบุนความคิดอัตโนมัติและการตระหนักรู้ถึงความเชื่อที่ผิด สามารถเป็นประโยชน์ต่อผู้รับการปรึกษาได้นานเท่าที่พวกเขาสามารถสรุปงานของพวกเขาให้กับผู้ให้การปรึกษา ชนิดที่สาม ผู้รับการปรึกษาได้รับการสอน เกี่ยวกับการพิจารณาวิจักษ์ หรือความผิดปกติที่พวกเขาู้สึก และพวกเขาได้รู้ว่าผู้ให้การปรึกษา ได้ช่วยเหลือบุคคลอื่น ๆ มาแล้วในอดีต การให้ความรู้เชิงจิตวิทยาทั้ง 3 ชนิด ถูกใช้สร้างเป็นรูปแบบหรือแผนที่ทางความคิดซึ่งผู้รับการปรึกษาสามารถเข้าใจประสบการณ์ของตนเอง การใช้แผนที่ทั้ง 3 ชนิด สามารถช่วยให้บุคคลเข้าใจสภาวะรอบตัวเอง และรู้ว่าอะไรคือสิ่งที่ทำหายนต่อไป

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

เพื่อให้ผู้รับการปรึกษามีความรู้ในเรื่องจิตวิทยา

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทาย พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษา
ในครั้งนี้อย่างชัดเจน และร่วมกันทบทวนสิ่งที่ได้สนทนากันในครั้งที่แล้ว
2. พุฒคุยแลกเปลี่ยนเรื่องราวในชีวิตที่ผ่านมา
3. พุฒคุยแลกเปลี่ยนการจัดการเรื่องราวในชีวิตที่ผ่านมา
4. ให้กำลังใจ
5. พุฒคุยให้ความรู้ทางจิตวิทยา
6. แลกเปลี่ยนความคิดเห็น
7. แลกเปลี่ยนสรุปสิ่งที่เกิดขึ้น ทั้งทางด้าน ความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่เกิดขึ้น
8. ให้กำลังใจผู้รับการปรึกษา
9. นัดครั้งต่อไป

สื่อ/ อุปกรณ์

1. กระดาษ
2. ปากกา

การประเมินผล

1. ผู้รับบริการมีสีหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส
2. สามารถบอกถึงความรู้ที่ได้รับได้

ครั้งที่ 9

เรื่อง ยุติการให้การปรึกษา และประเมินผล

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสรุปถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ของตนเองหลังจากการให้การปรึกษา
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษากล่าวถึงสิ่งที่ประทับใจและประโยชน์ที่ได้รับจากการให้การปรึกษา
3. ผู้ให้การปรึกษาทำแบบวัดภาวะซึมเศร้า (หลังการทดลอง)

ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม

1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายผู้รับการปรึกษา
2. ร่วมกันสนทนาทบทวนและเล่าถึงสิ่งที่ได้ปฏิบัติตามแผนและข้อสัญญาที่กำหนดไว้ เล่าถึงความรู้สึกและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังจากได้รับการให้การปรึกษา
3. ผู้ให้การปรึกษาให้กำลังใจและกระตุ้นให้รู้สึกถึงความความมั่นใจที่จะปรับเปลี่ยนความคิดตนเอง เพื่อก่อให้เกิดความสำเร็จตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้
4. ผู้ให้การปรึกษากล่าวขอบคุณ และแจกกระดาษ A4 เขียนถึงความรู้สึกดี ๆ ที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมกิจกรรม และความรู้สึกดี ๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพื่อนำไปปรับปรุงต่อไป
5. ผู้ให้การปรึกษาสรุปพร้อมทั้งกล่าวขอบคุณ และยุติการให้การปรึกษา
6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มทำแบบวัดภาวะซึมเศร้า (หลังการทดลอง)

สื่อ/ อุปกรณ์

1. แบบวัดภาวะซึมเศร้า (หลังการทดลอง)
2. กระดาษ A4
3. ปากกา

การประเมินผล

1. สัมผัสจากความสนใจ ความตั้งใจ การแสดงออกที่มีต่อกิจกรรม
2. สัมผัสจากความร่วมมือ ความกระตือรือร้นและการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นขณะเข้าร่วมกิจกรรม

โปรแกรมการปรึกษาแบบประสบการณ์มนุษย์นิยม

Experiential-humanistic psychotherapy:

Exploring feelings and personal experiences

โดย

นางสาวผ่องพรรณ ภาโว

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ สุทธิชาติพิทย์

Experiential strategies for psychotherapy

ครั้งที่ 1	EXP-1	Identifying feelings
ครั้งที่ 2	EXP-2 + EXP-3	Clarifying the impact of feelings + Encouraging the impact feelings
ครั้งที่ 3	EXP-4	Fostering self-actualization
ครั้งที่ 4	EXP-5	Communicating empathy and positive regard
ครั้งที่ 5	EXP-6	Supporting authenticity
ครั้งที่ 6	EXP-7	Integrating parts of self
ครั้งที่ 7	EXP-9 + EXP-11	Fostering here and now awareness + Accepting freedom and responsibility
ครั้งที่ 8	EXP-12	Recognizing existential limitation
ครั้งที่ 9	Post test	Post test

ครั้งที่ ดำเนินการ	เทคนิค	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม
ครั้งที่ 1	EXP-1	Identifying feelings	การระบุความรู้สึก
ครั้งที่ 2	EXP-2 + EXP-3	Clarifying the impact of feelings + Encouraging the impact feelings	การกระตุ้นและทำความเข้าใจอิทธิพลของความรู้สึก
ครั้งที่ 3	EXP-4	Fostering self-actualization	การสนับสนุนให้เกิดความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง
ครั้งที่ 4	EXP-5	Communicating empathy and positive regard	การสื่อสารด้วยการร่วมรู้สึกและการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข
ครั้งที่ 5	EXP-6	Supporting authenticity	การให้การสนับสนุนด้วยความจริงแท้
ครั้งที่ 6	EXP-7	Integrating parts of self	การบูรณาการตัวตน
ครั้งที่ 7	EXP-9 + EXP-11	Fostering here and now awareness + Accepting freedom and responsibility	การสนับสนุนให้ตระหนักรู้และการยอมรับอิสระและความรับผิดชอบ
ครั้งที่ 8	EXP-12	Recognizing existential limitation	การระลึกถึงข้อจำกัดที่มีอยู่
ครั้งที่ 9	Post test	Post test	ประเมินผล

โปรแกรมการปรึกษาแบบประสบการณ์มนุษย์นิยม

โปรแกรมการปรึกษาแบบประสบการณ์มนุษย์นิยม

Experiential-humanistic psychotherapy

ความเป็นมาของโปรแกรม

โปรแกรมการปรึกษาแบบประสบการณ์มนุษย์นิยมในปัจจุบันนี้เป็นโปรแกรมการให้การปรึกษาสำหรับการปรึกษากับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากแนวคิดและทฤษฎีของมนุษย์นิยม ที่จะประกอบไปด้วย

1. ความสำคัญของความรู้สึก
2. กรอบแนวคิดแบบประสบการณ์นิยมกับอาการซึมเศร้า
3. เทคนิคของทฤษฎีประสบการณ์นิยม

ความสำคัญของความรู้สึก

Focusing on Feeling

กรอบแนวคิดแบบประสบการณ์นิยมจะให้ความสำคัญกับความรู้สึก (Feeling) และบทบาทของความรู้สึกต่อการทำหน้าที่ของมนุษย์ ถ้าคุณตัดสินใจว่าปัญหาของผู้รับการปรึกษามีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกดั้งเดิมของพวกเขา Greenberg and Paivio (1997) อธิบายกระบวนการของกรอบแนวคิดของอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ที่เฉพาะเจาะจงส่วนบุคคลและเข้าใจวัตถุประสงค์ที่พวกเขาต้องการ ความรู้สึกส่วนใหญ่สามารถแยกประเภทได้ 5 อารมณ์พื้นฐาน คือ 1) อารมณ์โกรธ 2) อารมณ์เศร้าหรือเสียใจ 3) อารมณ์กลัวหรือวิตกกังวล 4) อารมณ์ละอายใจ 5) อารมณ์พอใจ (เช่น มีความสุข หรือรัก) กรอบแนวคิดแบบประสบการณ์นิยม เกี่ยวข้องกับความรู้สึกของผู้รับการปรึกษาที่กำลังประสบอยู่ และตัดสินใจว่าพวกเขาจะแสดงอารมณ์แรกเริ่ม (Primary emotion), อารมณ์ที่สอง (Secondary emotion) อารมณ์เป็นสื่อ (Instrumental emotion)

อารมณ์แรกเริ่ม

Primary emotions

อารมณ์แรกเริ่ม เป็นอารมณ์พื้นฐานที่ตอบสนองโดยการแสดงออกต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์ใหม่ และทำให้ปรับตัวได้เหมาะสมหรือไม่เหมาะสม อารมณ์แรกเริ่มช่วยให้ปรับตัวได้

เมื่อบุคคลมีบทบาทในทางบวกที่จะปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ ตัวอย่างเช่น ความกลัว คือ ปฏิกริยาที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เป็นอันตราย นี่คือการปรับตัวที่เหมาะสม เช่นเดียวกับ ความโกรธจะตอบสนองได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ที่รุนแรงและโศกเศร้า นั่นคือการปรับตัวต่อการสูญเสีย การปรึกษาสามารถกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาได้แสดงความรู้สึกและตระหนักถึงการปรับตัวโดยใช้อารมณ์แรกเริ่ม ที่พวกเขาสามารถแสดงออก และทำให้การปรับตัวนั้นเป็นไปได้ ในทิศทางที่เหมาะสม อารมณ์แรกเริ่ม สามารถทำให้การปรับตัวเกิดปัญหาได้ เช่น ความกลัวต่อเหตุการณ์หรือสิ่งของที่ไม่เป็นอันตราย (ปฏิกริยาของ โรคกลัวเกินเหตุ) อารมณ์แรกเริ่มที่ไม่เหมาะสมมักเกิดขึ้นบ่อย ๆ ในรูปแบบของความกลัว หรือ ความรู้สึกละเอียด (Greenberg & Paivio, 1997 cited in Brooks-Harris, 2008) เมื่อระบุมารมณ์แรกเริ่มของผู้รับการปรึกษาได้แล้ว ผู้ให้การปรึกษาจะมองเห็นได้เมื่อความรู้สึกเหล่านั้นปรากฏขึ้นให้เห็นต่อการปรับตัวว่าเหมาะสมหรือไม่

อารมณ์ที่ 2

Secondary emotion

อารมณ์ที่ 2 คือ ปฏิกริยาที่มีต่ออารมณ์แรก หรือต่อการคิด ปฏิกริยาของอารมณ์ที่ 2 ต่ออารมณ์แรกอาจเกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่แสดงออกเพื่อให้ได้การยอมรับทางสังคมเมื่อบุคคลรู้สึกไม่สบายใจที่แสดงอารมณ์แรกของเขาออกมา ตัวอย่างเช่น ผู้ชายมักแสดงอารมณ์โกรธ เมื่อพวกเขาารู้สึกกลัว ในกรณีเช่นนี้ ความกลัวอาจเป็นอารมณ์แรก (Primary emotion) ที่เป็นผลทำให้แสดงอารมณ์ที่ 2 (Secondary emotion) คือ อารมณ์โกรธ ในทางตรงกันข้าม ผู้หญิงมักจะแสดงความรู้สึกเศร้าออกมาเป็นอารมณ์ที่ 2 เมื่อเกิดอารมณ์แรก คือ อารมณ์โกรธ การสลับกันระหว่างอารมณ์แรกและอารมณ์ที่ 2 นั้นเกิดขึ้นบ่อยโดยไม่รู้ตัว บุคคลอาจไม่รู้ตัวว่าเกิดอารมณ์แรก จนกระทั่งมีการสำรวจโดยผู้ให้การปรึกษา อารมณ์ที่ 2 มักจะถูกรวมอยู่กับความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากความคิด เช่น อารมณ์เศร้าเมื่อบุคคลคิดเรื่องความล้มเหลว (Greenberg & Paivio, 1997 cited in Brooks-Harris, 2008)

อารมณ์ที่ 3

Instrumental emotion

อารมณ์ที่ 3 คือ การแสดงความรู้สึกหรือประสบการณ์เพราะมันเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบุคคลอื่น บุคคลเรียนรู้ที่จะแสดงความรู้สึกในวิธีที่พวกเขาเชื่อว่าเกิดประโยชน์อย่างไร

จากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ตัวอย่างเช่น ถ้าความรู้สึกโกรธเมื่อพบกับการถูกปฏิเสธและแสดงออกด้วยความรู้สึกเศร้า บุคคลจะรู้สึกสบายกว่า กรณีนี้บุคคลจะเรียนรู้ที่แสดงความรู้สึกเศร้าเมื่ออารมณ์แรกเริ่มที่แท้จริง คือ อารมณ์โกรธ (Greenberg & Paivio, 1997 cited in Brooks-Harris, 2008)

อารมณ์ที่ 2 (Secondary emotion) หรืออารมณ์เป็นสื่อ (instrumental emotion) มักเป็นอุปสรรคต่อการรับรู้อารมณ์แรกเริ่ม (Primary emotion) ในกรณีนี้ต้องแยกแยะอารมณ์ทั้ง 3 ชนิดนี้ คุณจำเป็นต้องสำรวจความรู้สึกที่ผู้รับการปรึกษาแสดงออกในปัจจุบัน อารมณ์แรกเริ่มเป็นอารมณ์ที่สะท้อนจากส่วนลึกและอยู่ในเรื่องราวของผู้รับการปรึกษาและมักแสดงออกอย่างชัดเจนทางใบหน้าหรือท่าทางอย่างอื่น ตรงกันข้าม อารมณ์ที่ 2 และอารมณ์สื่อ มักไม่สอดคล้องกับภาษากายและการแสดงออก หรืออาจเป็นการแสดงออกต่อสถานการณ์มากกว่า ตัวอย่างเช่น ถ้าผู้รับการปรึกษายอมรับความรู้สึกอ่อนคลายหรือสบายใจด้วยการกอดพินแน่น คุณอาจต้องค้นหา อารมณ์แรกเริ่มที่ซ่อนอยู่เบื้องหลังการรู้สึกดีของผู้รับการปรึกษา เมื่อความรู้สึกที่ปรากฏได้รับการสำรวจด้วยการปรึกษา อารมณ์แรกเริ่มที่อยู่ลึกลงไปก็ได้รับการเปิดเผย ตัวอย่างเช่น หลังจากแสดงอารมณ์โกรธอย่างรุนแรงเกี่ยวกับการสูญเสียที่เกิดขึ้น ผู้รับการปรึกษาอาจเริ่มร้องไห้ ในกรณีนี้แสดงว่าอารมณ์แรกเริ่มของความโศกเศร้านั้นถูกซ่อนอยู่ใต้อารมณ์ที่ 2 หรืออารมณ์สื่อของความโกรธ

ตารางที่ 20 แสดงการแบ่งประเภทของอารมณ์

อารมณ์แรกเริ่ม คือ ประสบการณ์ที่บุคคลรับรู้ได้เป็นบางครั้ง	
<p>อารมณ์แรกเริ่ม ที่ปรับตัวอย่างเหมาะสม (Adaptive primary emotion)</p> <p>มีพื้นฐานมาจากการปรับตัวได้ตาม ความจริง</p>	<p>อารมณ์แรกเริ่มที่ปรับตัวไม่เหมาะสม (Maladaptive primary emotion)</p> <p>เรียนรู้จากการปฏิบัติตอบสนองทางอารมณ์ ที่ไม่ถูกต้อง</p>
<p>ตัวอย่าง</p> <ul style="list-style-type: none"> - เศร้าจากการสูญเสีย - โกรธจากการถูกทำร้าย <p>กลัวจากการความไม่ปลอดภัย</p> <p>อารมณ์แรกเริ่ม บางครั้งถูกซ่อนอยู่ภายใต้การรับรู้ของบุคคล เมื่ออารมณ์แรกเริ่มถูกซ่อนไว้, อารมณ์ที่ 2 และการอารมณ์สื่อจึงปรากฏขึ้น</p>	<p>ตัวอย่าง</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลัวจากบางอย่างที่ไม่เป็นอันตราย <p>อายต่อการแสดงอารมณ์ของตนเอง</p>
<p>อารมณ์ที่ 2</p> <p>ปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่มีต่ออารมณ์แรกเริ่ม หรือการคิดของบุคคล</p>	<p>อารมณ์สื่อ</p> <p>การแสดงออกทางอารมณ์เพื่อให้มีอิทธิพลต่อ ผู้อื่น</p>
<p>ตัวอย่าง</p> <ul style="list-style-type: none"> - แสดงความโกรธ เมื่อกลัว - รู้สึกเศร้าเมื่อคิดเรื่องล้มเหลว 	<p>ตัวอย่าง</p> <ul style="list-style-type: none"> - แสดงความเศร้าเพื่อจะได้รับความเห็นใจ - แสดงความโกรธเพื่อต้องการให้คนอื่น รู้สึกกลัว

ตารางที่ 21 คำถามเพื่อสร้างกรอบแนวคิดแบบประสบการณ์นิยม

ระบุความรู้สึก (Identifying feeling)

- ความรู้สึกอะไรที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้บ้าง
- คุณเคยรู้สึกเศร้า กลัว โกรธ หรือละอาย กับสถานการณ์แบบนี้ไหม

อารมณ์แรกเริ่ม, อารมณ์ที่ 2, อารมณ์สื่อ (Primary, Secondary & Instrumental emotion)

- ความรู้สึกเหล่านี้ช่วยให้คุณแก้ไขสิ่งต่าง ๆ หรือทำให้สิ่งต่าง ๆ แย่ลง
- มีอารมณ์อื่น ๆ อีกมั๊ยที่คุณอาจจะรู้สึกอยู่ข้างในลึก ๆ
- ความรู้สึกที่คุณแสดงออกไปนั้น ทำให้คุณได้รับการตอบสนองจากบางคนหรือไม่
- อารมณ์แบบไหนที่คุณมักแสดงออก และแบบไหนที่มักซ่อนมันเอาไว้

การตอบสนองที่เหมาะสม (Proportional response)

- มีครั้งไหนบ้างที่ความรู้สึกของคุณที่สอดคล้องกับสถานการณ์
 - คุณรู้สึกว่าอารมณ์ของคุณถูกจำกัดหรือถูกปิดบังไว้ หรือคุณไม่สามารถแสดงออกได้ว่าแท้จริงแล้วคุณรู้สึกอย่างไร บ้างหรือไม่
-

การตอบสนองที่เหมาะสม (Proportional response)

ความรู้สึกที่เหมาะสม คือ การตอบสนองทางอารมณ์ที่พอเหมาะพอดีกับสถานการณ์ คือ การช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีการรับรู้ถึงอารมณ์ที่ถูกต้อง และความรับรู้นี้จะเป็นประสบการณ์ที่มีความเข้มข้น (Volume) ที่พอดี มีหลักฐานที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการแสดงออก คือ ความเครียดระดับกลางมีผลดีต่อพฤติกรรม ตัวอย่างเช่น ถ้านักกีฬาไม่มีความรู้สึกกดดันก่อนการแข่งขันนั้นสำคัญ นักกีฬาอาจมีผลการแข่งขันได้ไม่ดีเท่ากับมีความกดดันในระดับปานกลางเพื่อเป็นตัวกระตุ้นและมีความตื่นตัวไปกับการแข่งขัน ตรงกันข้าม หากนักกีฬาต้องจัดการความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับการแข่งขันอย่างหนัก มันจะไปรบกวนความสามารถของนักกีฬาในการเล่นเกมส์อย่างมากเช่นกัน และจากความสัมพันธ์นี้สามารถนำมาปรับใช้ในเรื่องของความรู้สึกได้ ในสถานการณ์ที่อันตราย ความกลัวในระดับปานกลางจะทำให้เกิดการปรับตัวได้ดีที่สุด ตัวอย่างเช่น ถ้ามีคนเดินข้ามหน้าผาสูงโดยไม่เคยมีความรู้สึกกลัว เขาอาจจะไม่ระวังตัวและพลัดตกหน้าผาไป แต่ถ้าคนนั้นมีความกลัวว่าจะตกหน้าผา เขาจะรู้สึกขานขยับตัวไม่ได้ หรืออาจหาตำแหน่งที่มีความปลอดภัยมากกว่า ดังนั้นเมื่อต้องสร้างกรอบแนวคิดของการบำบัดแบบประสบการณ์นิยม การประเมินความเข้มข้นของความรู้สึกของผู้รับการปรึกษาจึงเป็นเรื่อง

สำคัญมาก ที่ต้องมองเห็นว่าอารมณ์ของผู้รับบริการปรึกษามีตอบสนองที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

กรณีตัวอย่างสำหรับการสร้างกรอบแนวคิดแบบประสบการณ์นิยม

Case examples of experiential conceptualization

กรอบแนวคิดแบบประสบการณ์นิยมกับอาการซึมเศร้า

Experiential conceptualization of depression

เมื่อ Claire เริ่มบำบัดกับ Dr. P อาการซึมเศร้าของเธอมีความเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์และความโศกเศร้า Claire บอกกับ Dr. P ว่า เธอร้องไห้อย่างมากแต่กลับรู้สึกเฉยชา Dr. P สงสัยว่าความรู้สึกที่ 2 (Secondary feeling) ของความสัมพันธ์และความเสียใจนั้นกำลังปิดกั้นความรู้สึกที่เหมาะสมที่ต้องตอบสนองต่อความเศร้าและการสูญเสีย

- อารมณ์ที่ 2 (Secondary emotion) Dr. P ได้ฟัง Claire อธิบายความรู้สึกของเธอแล้ว จึงตั้งสมมติฐานว่า ความรู้สึกสูญเสียเป็นปฏิกิริยาลำดับที่ 2 และเกี่ยวข้องกับอาการเฉยชา และมันขัดขวางความรู้สึกเสียใจที่เหมาะสม นั่นคือ ความรู้สึกเจ็บปวด ควรจะช่วยให้ Claire มีความรู้สึกที่เหมาะสมมากกว่านี้ รวมทั้งความคิด และพฤติกรรมด้วย ความสูญเสียของ Claire เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การแยกตัวออกจากน้องสาว ซึ่งเป็นคนที่สามารถจะช่วยเหลือเธอได้ และควรช่วยให้ Claire มีกระบวนการจัดการความรู้สึกโดยการแบ่งปันความรู้สึกกับน้องสาวของเธอ

- อารมณ์แรกเริ่มที่เหมาะสม (Adaptive Primary Emotion) Dr.P ตั้งสมมติฐานไว้ว่า ความเสียใจและโศกเศร้า คือ อารมณ์ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของการสูญเสีย แต่ Claire กำลังหนีมัน ในกรณีนี้จะต้องทำให้ความรู้สึกตามธรรมชาติได้รับการปลดปล่อย Dr. P กระตุ้นให้ Claire พุดถึงสิ่งที่เธอรู้สึกผิดเกี่ยวกับแม่ของเธอ และทำให้เธอรู้สึกปลอดภัยเพื่อให้เธอได้ร้องไห้ เมื่อ Claire หยุดปิดกั้นความรู้สึกเศร้าเสียใจ และมีความรู้สึกปลอดภัยที่จะต้องร้องไห้ Dr. P จึงกระตุ้นให้เธอได้พุดถึงความรู้สึกที่มีต่อน้องสาว ซึ่งเป็นคนที่เธอควรจะแบ่งปันความรู้สึกเสียใจได้อย่างไรก็ตาม ในช่วงแรก Claire คิดว่าการร้องไห้ คือ การทำให้เธอมีอาการซึมเศร้า แต่ตอนนี้เธอตระหนักได้แล้วว่าความรู้สึกเศร้าใจเนื่องจากการเสียชีวิตของแม่เธอ เป็นเรื่องปกติที่จะต้องเกิดขึ้นและเป็นส่วนหนึ่งของการสูญเสีย Claire จึงยอมปล่อยให้ตัวเองได้รู้สึกเศร้า เธอรู้สึกเฉยชาน้อยลง และอาการซึมเศร้าของเธอก็ลดน้อยลงด้วย

กรอบแนวคิดแบบประสบการณ์นิยมกับความวิตกกังวล

Experiential conceptualization of anxiety

ความวิตกกังวลของ Ben เกี่ยวข้องกับความกลัวถูกปฏิเสธจากครอบครัว ถ้าครอบครัว พบว่าเขาเป็นเกย์ Dr. P ได้ฟัง Ben พูดถึงความกลัวของเขา จึงตั้งสมมติฐานว่า เกิดจากอารมณ์แรกเริ่มไม่เหมาะสม (Maladaptive primary emotion) และมันอาจปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมได้ ถ้า Ben รู้สึกเสียใจเมื่อเขาต้องสูญเสียความใกล้ชิดจากสมาชิกในครอบครัวไป

- อารมณ์แรกเริ่มไม่เหมาะสม (Maladaptive primary emotion) สถานการณ์ทางสังคมกับครอบครัว Ben ได้เรียนรู้ความกลัวที่มีความใกล้ชิดและนำมาสู่การเปิดเผยว่าเขาเป็นเกย์ เมื่อ Ben มีความกลัวที่แท้จริงซึ่งครอบครัวของเขาอาจจะไม่สบายใจนักหากรู้ว่าเขาเป็นเกย์อย่างไรก็ตาม ความวิตกกังวลและความกลัวที่เกิดขึ้นในทุก ๆ วันนั้นเป็นการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมในสถานการณ์นี้ ความรู้สึกนี้ทำให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของ Ben กับบุคคลอื่นบิดเบือนไป และทำให้เขามีพฤติกรรมที่แยกตัวออกไปและโดดเดี่ยว Dr. P เริ่มต้นจัดการอารมณ์ของ Ben ด้วยการกระตุ้นให้เขาหันมาสนใจความรู้สึกของตัวเอง อารมณ์เหล่านั้นมันมากกว่าอารมณ์กลัวที่เขา รู้สึก Dr. P ช่วยให้เห็นวิธีที่อารมณ์เหล่านั้นกำลังทำให้พฤติกรรมของเขาบิดเบือนไป และช่วยให้เขาประเมินสิ่งที่ทำให้เขากลัว ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อความจริงหรือความรุนแรงที่เกิดจากการจินตนาการ และ Ben ได้สำรวจความกลัวของเขา พบว่า ความรู้สึกที่ลดลงไปก็คือความเศร้า

- อารมณ์แรกเริ่มที่เหมาะสม (Adaptive primary emotion) หลังจากการสำรวจความกลัวการถูกปฏิเสธ Ben เริ่มรับรู้ความรู้สึกเศร้าของเขาได้มากขึ้นเกี่ยวกับความรู้สึกเห็นห่างจากครอบครัว Dr.P ช่วยให้ได้สำรวจความรู้สึกเจ็บปวดที่เกี่ยวข้องกับสูญเสียความสัมพันธ์ที่พิเศษระหว่างเขาและแม่ เมื่อเขาตัดสินใจไม่เป็นบาทหลวง (Priest) ครั้งนี้ Ben รู้สึกได้ถึงความรู้สึกเศร้าเขา และ Dr.P ได้คุยกันถึงวิธีที่จะรู้สึกใกล้ชิดกับครอบครัวของเขา และช่วยกันพิจารณาเรื่องการเปิดเผยตัวตนเรื่องเป็นเกย์ Dr.P ให้ความสำคัญกับการมีอิทธิพลต่อกันระหว่างความกลัวที่ดึงเขาออกห่างจากครอบครัว และความเศร้าที่พาเขากลับไปหาครอบครัว ครั้งนี้ Ben ตระหนักได้ถึงความรู้สึกทั้ง 2 อย่าง เขาได้รับการเตรียมตัวที่ดีขึ้นเพื่อที่หาวิธีการที่ปลอดภัยที่จะรู้สึกถึงความใกล้ชิด

เทคนิคของทฤษฎีประสบการณ์นิยม

Experiential strategies

เทคนิคของทฤษฎีประสบการณ์นิยม ได้มาจาก Emotion-focused therapy (Greenberg & Paivio, 1997; Greenberg, 2002), Gestalt therapy (Perls, Hefferline & Goodman, 1951; Perls, 1969; Polster & polster, 1973; Yontef, 1993), จิตวิทยาของกลุ่มมนุษย์นิยม (Maslow, 1968) Person-centered therapy (Rogers, 1951, 1957; Raskin & Rogers, 2000) จิตวิทยาของกลุ่มอัตถิภาวะนิยม (Bugental, 1965; Frankl, 1969; Yalom, 1985) และการปรึกษาแนวประสบการณ์นิยม (Gendlin, 1973, 1978; Mahrer, 1986) เทคนิคแนวประสบการณ์นิยมทั้ง 12 เทคนิค ได้หมายความถึงการนำเสนอประเภทของทักษะที่สามารถใช้ประโยชน์ในการสำรวจความรู้สึกและประสบการณ์ส่วนบุคคล กระตุ้นความงอกงามส่วนบุคคล และเผชิญหน้ากับสิ่งที่เกิดขึ้น

ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมจากกรอบแนวคิดของทฤษฎีมนุษย์นิยมในการบำบัดอาการซึมเศร้า โดยมีรายละเอียดของโปรแกรม ดังนี้

รายละเอียดของโปรแกรมฯ

ครั้งที่ 1	EXP-1	Identifying feelings
ครั้งที่ 2	EXP-2 + EXP-3	Clarifying the impact of feelings + Encouraging the impact feelings
ครั้งที่ 3	EXP-4	Fostering self-actualization
ครั้งที่ 4	EXP-5	Communicating empathy and positive regard
ครั้งที่ 5	EXP-6	Supporting authenticity
ครั้งที่ 6	EXP-7	Integrating parts of self
ครั้งที่ 7	EXP-9 + EXP-11	Fostering here and now awareness + Accepting freedom and responsibility
ครั้งที่ 8	EXP-12	Recognizing existential limitation
ครั้งที่ 9	Post test	Post test

ครั้งที่ ดำเนินการ	เทคนิค	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม
ครั้งที่ 1	EXP-1	Identifying Feelings	การระบุความรู้สึก
ครั้งที่ 2	EXP-2 + EXP-3	Clarifying the impact of Feelings + Encouraging the impact feelings	การกระตุ้นและทำ ความเข้าใจอิทธิพล ของความรู้สึก
ครั้งที่ 3	EXP-4	Fostering Self-Actualization	การสนับสนุนให้เกิด ความเข้าใจตนเอง อย่างแท้จริง
ครั้งที่ 4	EXP-5	Communicating empathy and positive regard	การสื่อสารด้วย การร่วมรู้สึกและ การยอมรับอย่าง ไม่มีเงื่อนไข
ครั้งที่ 5	EXP-6	Supporting authenticity	การให้การสนับสนุน ด้วยความจริงแท้
ครั้งที่ 6	EXP-7	Integrating parts of self	การบูรณาการตัวตน
ครั้งที่ 7	EXP-9 + EXP-11	Fostering here and now awareness + Accepting freedom and responsibility	การสนับสนุนให้ ตระหนักรู้และ การยอมรับอิสระและ ความรับผิดชอบ
ครั้งที่ 8	EXP-12	Recognizing existential limitation	การระลึกถึงข้อจำกัด ที่มีอยู่
ครั้งที่ 9	Post test	Post test	ประเมินผล

**ตารางสรุป การปรึกษาแบบประสบการณ์มนุษย์นิยม
(Experiential-humanistic psychotherapy)**

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
ครั้งที่ 1	<p>1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพ สร้างบรรยากาศและความคุ้นเคยระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา</p> <p>2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ทราบวัตถุประสงค์ในการให้การปรึกษา โปรแกรม ขั้นตอน การดำเนินการ กติกาข้อตกลง ระยะเวลา จำนวนครั้งที่ต้องเข้าร่วม บทบาทหน้าที่ทั้งของผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา ตลอดจนประโยชน์ที่ได้รับจากการให้การปรึกษา</p>	Experiential-humanistic psychotherapy	Identifying feelings	การระบุความรู้สึก	<p>1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายและแนะนำตนเอง</p> <p>2. ผู้ให้การปรึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ในการให้การปรึกษา ประโยชน์ที่ผู้รับการปรึกษาจะได้รับจากการรับ การปรึกษาและชี้แจงระยะเวลาในการดำเนินการ จำนวนครั้งที่ต้องเข้าร่วม สถานที่และข้อตกลง รวมถึงการรักษาความลับในการปรึกษา และการบอกเล่าข้อมูล</p> <p>3. ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาแนะนำตัว และเล่าเรื่องราว ความประทับใจของตนเองในชีวิตที่ผ่านมา</p>	<p>ประเมินความตั้งใจผู้รับ การปรึกษา และสัมพันธภาพระหว่างผู้รับ การปรึกษาและผู้ให้การปรึกษา</p>

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
	<p>3. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ทราบแนวทางการปฏิบัติในการดำเนินการให้การปรึกษา</p> <p>4. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถระบุนความรู้สึกของตนเองได้</p>				<p>4. ผู้ให้การปรึกษาให้ความชื่นชมและเป็นกำลังใจ กระตุ้นในความคิดที่ประทับใจที่ผ่านมา</p> <p>5. ผู้ให้การปรึกษา เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาเล่าเรื่องราวความไม่สบายใจ</p> <p>6. ผู้รับการปรึกษาระบุนความรู้สึกที่เกิดขึ้น</p> <p>7. แลกเปลี่ยนความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ที่เป็นตัวอย่าง</p> <p>8. แลกเปลี่ยนการแก้ปัญหาต่าง ๆ ของอารมณ์ที่เกิดขึ้น</p> <p>9. เปิดโอกาสให้แสดงวิธีแก้ปัญหาและนำไปฝึกแก้ปัญหา</p> <p>10. ประเมินความร่วมมือ และนัดครั้งต่อไป</p>	

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
ครั้งที่ 2	เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้รับประโยชน์จากการเข้าใจอิทธิพลของอารมณ์ที่มีผลต่อชีวิต จะช่วยให้เกิดการมองหาอารมณ์ที่เหมาะสม และเกิดการปรับตัว เปลี่ยนแปลงตัวเองไปในทิศทางที่เหมาะสมได้	Experiential-humanistic psychotherapy	- Clarifying the impact of Feelings - Encouraging the impact feelings	การกระตุ้นและทำความเข้าใจอิทธิพลของความรู้สึก	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้การปรึกษากล่าวทักทาย ยิ้มต้อนรับ เพื่อสร้างบรรยากาศให้ไม่อึดอัด 2. ผู้ให้การปรึกษาทบทวนสิ่งที่ผ่านมาในครั้งที่แล้ว 3. ให้ผู้ปวยดูVDO เรื่อง Inside out และแลกเปลี่ยนเรื่องอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้น 4. บอกผลกระทบของอารมณ์ที่เกิดขึ้นใน VDO ที่ได้ดู และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในชีวิตที่คล้ายคลึงกับเหตุการณ์ใน VDO ที่ได้ดู และผลกระทบที่เกิดขึ้นที่ผ่านมา 5. แลกเปลี่ยนแนวทางการแก้ไขปรับอารมณ์ของผู้รับการปรึกษา 6. สรุปสิ่งที่ได้จากการปรึกษานัดการปรึกษาครั้งต่อไป 	- ผู้รับบริการมีสีหน้าและแววตาที่สดใสขึ้น - สามารถบอกความรู้สึกของตนเองได้

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
ครั้งที่ 3	เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริงได้	Experiential-humanistic psychotherapy	Fostering self-actualization	การสนับสนุนให้เกิดความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายผู้รับการปรึกษา พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาในครั้งนี้ และร่วมกันทบทวนสิ่งที่ได้สนทนากันในครั้งที่แล้ว 2. ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาเล่าถึงสิ่งที่ได้กลับไปเผชิญมาในช่วงเวลาที่อยู่ที่บ้าน 3. ผู้ให้การปรึกษาแลกเปลี่ยนการจัดการอารมณ์ที่เกิดขึ้นที่บ้าน พร้อมทั้งบอกข้อดีและข้อเสียที่ได้จัดการในวิธีที่ตนเองได้วางแผนไว้ 4. ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาศึกษากรณีศึกษาและแลกเปลี่ยน 5. ผู้ให้การปรึกษาฝึกให้ผู้รับการปรึกษาแยกอารมณ์ และบอกถึงความคิดที่เกิดขึ้นระหว่างการทำกิจกรรม 	<p>เมื่อผู้รับการปรึกษาเริ่มรับรู้ถึงความรู้สึกของตัวเองแล้ว โดยแยกจากความคิดและความรู้สึกทางประสาทสัมผัสอย่างชัดเจน</p> <p>การตระหนักรู้จะเพิ่มขึ้น และการให้ความสำคัญกับผลทางอารมณ์ที่จะมีระสิทธิภาพมากขึ้น</p> <p>หลังจากที่ความรู้สึกได้รับ การระบุอย่างชัดเจน คุณค่าของ</p>

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
					<p>6. ในการสำรวจความรู้สึก จะต้องแยกแยะให้ได้ว่าระหว่างความรู้สึก (Feeling) กับความคิด (Thought) เช่น “ฉันรู้สึกว่ามีพี่ชายของฉันเง่า” (I feel like my brother is a jerk) ประโยคนี้ไม่ใช่ความรู้สึก แต่มันคือความคิด และหากสำรวจความคิดนี้ต่อไป อาจทำให้ได้ความรู้สึกที่สำคัญ “ฉันรู้สึกโกรธพี่ชายของฉัน” (I’m angry at my brother) เรื่องของความรู้สึก (Feeling) อาจเกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่เกิดจากการสัมผัสผ่านทางกาย (Sensory perception) อีกด้วย และมันก็สำคัญที่จะต้องระบุให้ได้ว่า ความรู้สึกนั้นเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นทางร่างกายหรือไม่ เช่น คำถามที่ว่า “อาการรู้สึกปั่นป่วนในกระเพาะอาหารของคุณ</p>	<p>ความหมายและการปรับตัว ได้รับการสำรวจ และพฤติกรรมที่แสดงออกสามารถเลือกให้เกิดขึ้นได้</p>

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
					<p>มันเกี่ยวข้องกับอาการตื่นเต้นหรือ ความกลัวหรือไม่? คำถามนี้จะช่วยให้ ระบุความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับรับรู้ สัมผัสทางกายได้ดี</p> <p>7. ร่วมกันพิจารณาในกระบวนการ การความคิดที่เกิดขึ้นว่าก่อให้เกิด ปัญหาอย่างไรบ้างและมีการแก้ไข อย่างไร</p> <p>8. ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ ผู้รับการปรึกษาได้พิจารณาตัวเอง อารมณ์ และความคิด</p> <p>9. ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการ ปรึกษาร่วมกันสรุปสาระสำคัญ ในการให้การปรึกษาครั้งนี้</p> <p>10. ผู้นำกลุ่มนัดหมายการให้ การปรึกษากลุ่มในครั้งต่อไป</p>	

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
ครั้งที่ 4	เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา การสื่อสารด้วยการร่วมรู้สึก และเรียนรู้การยอมรับ ความรู้สึกอย่างไม่มีเงื่อนไข เพื่อให้เข้าใจตัวตนของ ตนเองมากขึ้น	Experiential- humanistic psychotherapy	Communicating empathy and positive regard	การสื่อสารด้วย การร่วมรู้สึกและ การยอมรับอย่าง ไม่มีเงื่อนไข	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายด้วย สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส 2. ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาส ให้ผู้รับการปรึกษาทบทวน สิ่งที่ได้รับจากการมารับการปรึกษา ที่ผ่านมาและการนำกลับไปใช้ 3. เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษา เล่าถึงปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อกลับไปใช้ ชีวิตที่บ้าน 4. ให้ผู้รับการปรึกษาทำใบงาน อารมณ์ของฉันในชีวิตประจำวัน 5. พูดคุยและแสดงความคิดเห็นใน เรื่องของอารมณ์ที่เกิดขึ้นที่ได้เขียน ในใบงาน แสดงความเข้าใจและ พูดคุยกันในวิธีการจัดการกับอารมณ์ ที่ผ่านมา 6. สรุปแนวทางแก้ไขให้กำลังใจ และนัดการปรึกษาครั้งต่อไป 	<p>ผู้รับการปรึกษาได้รับ ความผ่อนคลาย ลดการปกป้อง ตนเอง หลีกเลียง น้อยลง และมี ความไว้วางใจ มากขึ้น และ การร่วมรู้สึก จะช่วยให้เกิด ความไว้วางใจและ สนับสนุนให้เกิด การสำรวจตนเอง มากขึ้น</p>

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
ครั้งที่ 5	1. สนับสนุนให้ค้นหาและแสดงออกตัวตนที่แท้จริง 2. เพื่อให้เข้าใจบุคลิกภาพของตัวเองที่เกิดจากอารมณ์ที่ซ่อนไว้	Experiential- humanistic psychotherapy	Supporting authenticity	การให้ การสนับสนุน ด้วยความจริงแท้	1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทาย และ ร่วมกันทบทวนสิ่งที่ได้สนทนากัน ในครั้งที่แล้ว 2. ผู้ให้การปรึกษาพูดคุยและแสดง ท่าทีเป็นมิตร เปิดโอกาสให้ผู้รับ การปรึกษาได้มีส่วนร่วมในการพูดถึง เรื่องราวในชีวิตที่ผ่านมา 3. ผู้รับการปรึกษากล่าวให้กำลังใจ 4. ผู้รับการปรึกษาให้ใบงาน “ตัวตน ของฉัน” 5. ทบทวนความคิดและความรู้สึก 6. ฝึกผ่อนคลายอารมณ์ที่เกิดขึ้น จากความคิด 7. ยอมรับในตัวตนที่เกิดขึ้นใน ความเป็นจริง 8. ชื่นชมในการยอมรับตัวตน ของตนเอง	ผู้รับการปรึกษา ที่ได้รับการ สนับสนุนให้ค้นหา ความจริงภายใน ตนเอง จะสามารถ ค้นพบวิธีการที่ สอดคล้องกับ ความต้องการ ของตนเองได้ มากขึ้น การค้นพบ ความต้องการ ที่แท้จริงใน กระบวนการบำบัด จะช่วยให้ผู้รับ การปรึกษาสามารถ ปรับตัวเข้าและ แสดงออกถึง ความต้องการ

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
ครั้งที่ 6	<p>1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้เห็นตัวตนของตนเองและบูรณาการตัวตนของตนเองได้</p> <p>2. ใ้ให้ผู้รับการปรึกษามองแนวทางการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้</p>	Experiential-humanistic psychotherapy	Integrating parts of Self	การบูรณาการตัวตน	<p>9. วางแผนการดูแลตัวเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของตัวเอง</p> <p>10. สรุปการปรึกษา</p> <p>1. ผู้ให้การปรึกษาเตรียมเก้าอี้สำหรับผู้รับการปรึกษาและผู้ให้การปรึกษา</p> <p>2. ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาพูดคุย เล่ากิจกรรมในชีวิตประจำวัน</p> <p>3. ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาสำรวจตนเองในการเปลี่ยนแปลงที่ผ่านมา</p> <p>4. ผู้ให้การปรึกษาพูดคุยและสอบถามสิ่งที่เกิดขึ้น</p> <p>5. แลกเปลี่ยนการแก้ไขปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในการแก้ไขปัญหาค่ะแต่ละครั้ง</p>	<p>ที่แท้จริงของตัวเองต่อผู้อื่น ได้</p> <p>จากการสังเกตซักถามของผู้รับการปรึกษาแสดงความกระตือรือร้น มีความตั้งใจและตระหนักถึงความสำคัญเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ต่อไป</p>

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
ครั้งที่ 7	<p>1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาที่มีความตระหนักรู้ในความไม่เที่ยงตรงในอารมณ์ที่เกิดขึ้น</p> <p>2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาพร้อมต่อการยอมรับต่อความจริงและอารมณ์ที่เหมาะสมมากขึ้นได้</p>	Experiential-humanistic psychotherapy	<p>- Fostering here and now awareness</p> <p>- Accepting freedom and responsibility</p>	<p>การสนับสนุนให้ตระหนักรู้และการยอมรับอิสระและความรับผิดชอบ</p>	<p>6. ให้กำลังใจผู้รับการปรึกษา</p> <p>7. สรุปการให้การปรึกษา</p> <p>8. นัดครั้งต่อไป</p> <p>1. ผู้รับการปรึกษากล่าวทักทายผู้ให้การปรึกษา</p> <p>2. ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาเล่าถึงสิ่งที่เปลี่ยนแปลงกับชีวิตตนเอง และประเมินความสุขที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนและเปลี่ยนแปลงของตนเอง</p> <p>3. ผู้ให้การปรึกษาสะท้อนให้เห็นในการปรับเปลี่ยนที่เกิดขึ้นเพื่อให้ผู้รับการปรึกษามีกำลังใจ</p> <p>ผู้ให้การปรึกษานัดหมายครั้งต่อไป</p>	<p>ภาวะความทุกข์ลดน้อยลงและมีความรู้สึกที่เหมาะสม และพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>ความเชื่อที่ได้รับปรับเปลี่ยนแล้ว</p> <p>ผลลัพธ์ คือ อาการทางลบ ความวิตกกังวล หรือความซึมเศร้าที่ลดน้อยลงต่อไป</p>

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
ครั้งที่ 8	<p>1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาอยู่กับภาวะความเป็นจริง</p> <p>2. สามารถแก้ไขปัญหามนพื้นฐานของความสุขที่แท้จริงของตนเองได้</p> <p>3. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจข้อจำกัดของชีวิตของตนเอง</p>	<p>Experiential-humanistic psychotherapy</p>	<p>Recognizing existential limitation</p>	<p>การระลึกถึงข้อจำกัดที่มีอยู่</p>	<p>1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาในครั้งนี้และร่วมกันทบทวนสิ่งที่ได้สนทนากันในครั้งที่แล้ว</p> <p>2. พูดคุยแลกเปลี่ยนเรื่องราวในชีวิตที่ผ่านมา</p> <p>3. พูดคุยแลกเปลี่ยนการจัดการเรื่องราวในชีวิตที่ผ่านมา</p> <p>4. ให้กำลังใจ</p> <p>5. ให้อ่าน VDO วาระสุดท้าย</p> <p>6. แลกเปลี่ยนความรู้สึกและความคิดเห็น</p> <p>7. สะท้อนความคิดอารมณ์และความรู้สึกให้ผู้รับการปรึกษา</p> <p>8. แลกเปลี่ยนสรุปสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งทางด้าน ความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่เกิดขึ้น</p>	<p>1. ผู้รับบริการมีสีหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส</p> <p>2. สามารถบอกถึงการจัดการกับปัญหาของตนเองได้</p>

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
ครั้งที่ 9	<p>1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา สรุปถึงการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมใหม่ของตนเอง หลังจากการให้การปรึกษา</p> <p>2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา กล่าวถึงสิ่งที่ประทับใจและ ประโยชน์ที่ได้รับจากการให้ การปรึกษา</p> <p>3. ผู้ให้การปรึกษำทำแบบ วัดภาวะซึมเศร้า (หลังการ ทดลอง)</p>	Post test	Post test	ประเมินผล	<p>9. ให้กำลังใจผู้รับการปรึกษา</p> <p>10. นัดครั้งต่อไป</p> <p>1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายผู้รับ การปรึกษา</p> <p>2. ร่วมกันสนทนาทบทวนและ เล่าถึงสิ่งที่ได้ปฏิบัติตามแผน และข้อสัญญาที่กำหนดไว้ เล่าถึงความรู้สึกและพฤติกรรม ที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังได้รับ การให้การปรึกษา</p> <p>3. ผู้ให้การปรึกษาให้กำลังใจและ กระตุ้นให้รู้สึกถึงความมั่นใจ ที่จะปรับเปลี่ยนความคิดตนเอง เพื่อ ก่อให้เกิดความสำเร็จตามเป้าหมาย ที่คาดหวังไว้</p> <p>4. ผู้ให้การปรึกษากล่าวขอบคุณและ แจกกระดาษA4เขียนถึงความรู้สึกดี ๆ ที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมกิจกรรม</p>	<p>1. สังเกตจาก ความสนใจ ความตั้งใจ การแสดงออก ที่มีต่อกิจกรรม</p> <p>2. สังเกตจาก ความร่วมมือ ความกระตือรือร้น และการมีส่วนร่วม ในการแสดง ความคิดเห็นขณะ เข้าร่วมกิจกรรม</p> <p>3. ประเมินภาวะ ซึมเศร้าโดยใช้แบบ ประเมินซึมเศร้า</p>

ครั้งที่ ดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิคที่ใช้	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
					<p>และความรู้สึกดี ๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้ง ข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพื่อนำไป ปรับปรุงต่อไป</p> <p>5. ผู้ให้การปรึกษาสรุปพร้อมทั้ง กล่าวขอบคุณ และยุติการให้ การปรึกษา</p> <p>6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มทำแบบวัด ภาวะซึมเศร้า (หลังการทดลอง)</p>	

ครั้งที่ 1

เรื่อง การระบุนิสัย

สาระสำคัญ

เป็นการสร้างการสื่อสารสร้างสัมพันธภาพ สร้างบรรยากาศและความคุ้นเคยให้เกิดขึ้นระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา เพื่อให้เกิดความไว้วางใจต่อกัน รวมถึงการอธิบายรายละเอียดต่าง ๆ ในการให้การปรึกษา

กระบวนการปรึกษาในกลุ่มทฤษฎีมนุษยนิยมดั้งเดิม มีชื่อเสียงในเรื่องการให้ความสำคัญกับความรู้สึก ตัวอย่างเช่น Gestalt therapy ที่ได้อธิบายถึงการรวมกันหรือการจัดการของอารมณ์และวิถีที่อารมณ์เป็นตัวจัดการข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับความต้องการและการรับรู้ของมนุษย์ (Perls, Hafferline & Goodman, 1951) ส่วน Person-centered therapy มองเห็นอารมณ์ของมนุษย์เป็นผู้อำนวยความสะดวกให้มนุษย์มีพฤติกรรมที่ต้องการ (Rogers, 1951) ส่วนทฤษฎีร่วมสมัยเช่น ประสพการณ์นิยม ก็ยังคงให้ความสำคัญกับบทบาทของการจัดการและแรงจูงใจของความรู้สึก โดยเฉพาะทฤษฎี Emotional-focused therapy ของ Greenberg ที่มีจุดเด่นอยู่ที่การให้ความสำคัญของการสำรวจปฏิบัติการทางอารมณ์ และบทบาทในการสร้างความหมายของอารมณ์

Emotionally focused therapy (EFT) ไม่ได้ให้ความสำคัญในการสำรวจความคิดอัตโนมัติที่สรุปว่าเป็นต้นเหตุของการกระทำ แต่จะให้ความสำคัญกับการสำรวจการรับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นที่ร่างกายและพฤติกรรมที่มีแนวโน้มจะตอบสนอง การให้ความสำคัญกับกระบวนการก่อตัวของอารมณ์และการแก้ไขความซับซ้อนของความหมายที่ซ่อนอยู่ และโครงสร้างที่ช่วยให้เกิดความรู้สึก และความต้องการหรือเป้าหมายที่พร้อมจะแสดงออก ตัวอย่างเช่น ความคิดที่มักจะเป็นต้นตอกิจกรรมทางความคิดและอารมณ์ที่ซับซ้อน ดังนั้น สิ่งที่เป็นที่ได้รับการสำรวจคือ ประสพการณ์ที่เกิดขึ้นทางร่างกาย หลักฐานในสถานการณ์ ความทรงจำ ความต้องการ เป้าหมาย ความคาดหวัง และความเชื่อมั่นของบุคคล ซึ่งนำไปสู่ความคิด มากกว่าที่จะความคิดที่จะเกิดปัญหาจากตัวของมันเอง

Greenberg (2002) แนะนำว่า การสำรวจอารมณ์ในการบำบัดมีความเกี่ยวข้องกับ การสนับสนุนให้เกิดการตระหนักรู้อารมณ์ตัวเอง เพื่อให้เกิดการยอมรับอารมณ์ที่เกิดขึ้น และช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้แสดงอารมณ์ของตัวเองออกมาทางคำพูด (Words) เทคนิค EXP-1 ให้ความสำคัญกับการระบุนิสัยเฉพาะ และเปลี่ยนอารมณ์เหล่านั้นออกมาเป็นคำพูด (Words) “การที่บุคคลได้รู้ว่า พวกเขา รู้สึกเศร้า พวกเขาจะสามารถบอกได้ว่าความเศร้านั้นมาจากไหน และ

ความเศร้านี้มันมีความหมายอย่างไรกับพวกเขา และพวกเขาควรจะทำอย่างไรต่อไป” (Greenberg, 2002 cited in Brooks, 2008)

กระบวนการของโปรแกรมนี้จะนำสู่กระบวนการของการเรียนรู้กับอารมณ์และความรู้สึกของตัวเองเพื่อให้เข้าใจในอารมณ์ต่าง ๆ ได้ดียิ่งขึ้น

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพ สร้างบรรยากาศและความคุ้นเคยระหว่างผู้ให้การศึกษาและผู้รับการปรึกษา
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ทราบวัตถุประสงค์ในการให้การศึกษา โปรแกรม ขั้นตอนการดำเนินการ กติกาข้อตกลง ระยะเวลา จำนวนครั้งที่ต้องเข้าร่วม บทบาทหน้าที่ทั้งของผู้ให้การศึกษาและผู้รับการปรึกษา ตลอดจนประโยชน์ที่ได้รับจากการให้การศึกษา
3. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ทราบแนวทางการปฏิบัติในการดำเนินการให้การศึกษา
4. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถระบุความรู้สึกของตนเองได้

ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม

1. ผู้ให้การศึกษากล่าวทักทายและแนะนำตนเอง
2. ผู้ให้การศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ในการให้การศึกษา ประโยชน์ที่ผู้รับการปรึกษาจะได้รับจากการรับการศึกษาและชี้แจงระยะเวลาในการดำเนินการ จำนวนครั้งที่ต้องเข้าร่วม สถานที่และข้อตกลง รวมถึงการรักษาความลับในการปรึกษาและการบอกเล่าข้อมูล
3. ให้การศึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาแนะนำตัว และเล่าเรื่องราวความประทับใจของตนเองในชีวิตที่ผ่านมา
4. ผู้ให้การศึกษาให้ความชื่นชม และเป็นกำลังใจ กระตุ้นในความคิดที่ประทับใจที่ผ่านมา
5. ผู้ให้การศึกษา เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาเล่าเรื่องราวความไม่สบายใจ
6. ผู้รับการปรึกษาระบุความรู้สึกที่เกิดขึ้น
7. แลกเปลี่ยนความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ที่เป็นตัวอย่าง
8. แลกเปลี่ยนการแก้ปัญหาในด้านต่าง ๆ ของอารมณ์ที่เกิดขึ้น

9. เปิดโอกาสให้แสดงวิธีแก้ปัญหา และนำไปฝึกแก้ปัญหา
10. ประเมินความร่วมมือ และนัดครั้งต่อไป

สื่อ/ อุปกรณ์

1. กระดาษหน้าเดียว
2. ปากกา

การประเมินผล

1. ประเมินความตั้งใจผู้รับการศึกษา และสัมพันธภาพระหว่างผู้รับการศึกษาและผู้ให้การศึกษา

ครั้งที่ 2

เรื่อง การกระตุ้นและทำความเข้าใจอิทธิพลของความรู้สึก

สาระสำคัญ

ทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับความรู้สึกที่มีผลต่อความคิด และพฤติกรรม เช่น Gestalt therapy ที่ได้อธิบายบทบาทสำคัญของอารมณ์ที่มีต่อความคิด และส่งต่อเป็นประสบการณ์โดยรวมของมนุษย์

อารมณ์ คือ ความหมายของความคิด เพื่อไม่ให้อารมณ์เป็นอุปสรรคต่อความคิด จนกระทั่งส่งผลกระทบต่อส่วนการใช้ชีวิตในภาพรวมของมนุษย์ จะต้องทำความเข้าใจและตระหนักถึงอารมณ์ที่เหมาะสมกับสถานการณ์

ส่วน Person-centered therapy ใช้อารมณ์เพื่อช่วยให้เกิดพฤติกรรมทางบวกของมนุษย์ โดยอธิบายว่า อารมณ์เป็นสิ่งที่ช่วยอำนวยความสะดวกให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เพื่อการเติบโตของชีวิต และส่วนกลุ่มประสบการณ์นิยม experiential approached ให้ความสำคัญกับอารมณ์ที่มีส่วนทำให้บุคคลทำการตัดสินใจและเตรียมตัวต่อการเกิดพฤติกรรม ดังนั้นความสำคัญในการช่วยเหลือผู้รับการปรึกษา คือช่วยให้พวกเขามีความเข้าใจว่าอารมณ์ของพวกเขามีอิทธิพลอย่างไรต่อความคิด พฤติกรรม และส่วนอื่น ๆ ในชีวิตของผู้รับการปรึกษา

กิจกรรมในครั้งนี้จะเน้นในเรื่องของอิทธิพลของความรู้สึกและเน้นในการทำความเข้าใจในอิทธิพลของความรู้สึก

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้รับประโยชน์จากการเข้าใจอิทธิพลของอารมณ์ที่มีผลต่อชีวิต จะช่วยให้เกิดการมองหาอารมณ์ที่เหมาะสม และเกิดการปรับตัว เปลี่ยนแปลงตัวเองไปในทิศทางที่เหมาะสมได้

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ให้การปรึกษากล่าวทักทาย ยิ้ม ต้อนรับ เพื่อสร้างบรรยากาศให้ไม่อึดอัด
2. ผู้ให้การปรึกษาทบทวนสิ่งที่ผ่านมาในครั้งที่แล้ว

3. ให้ผู้ป่วยดูVDO เรื่อง Inside out และแลกเปลี่ยนเรื่องอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้น
4. บอกผลกระทบของอารมณ์ที่เกิดขึ้นใน VDO ที่ได้ดู และแลกเปลี่ยนประสบการณ์
ในชีวิตที่คล้ายคลึงกับเหตุการณ์ใน VDO ที่ได้ดู และผลกระทบที่เกิดขึ้นที่ผ่านมา
5. แลกเปลี่ยนแนวทางการแก้ไขปรับอารมณ์ของผู้รับการศึกษา
6. สรุปสิ่งที่ได้จากการศึกษา
7. นัดการศึกษาครั้งต่อไป

สื่อ/ อุปกรณ์

1. VDO เรื่อง Inside out
2. กระดาษ A4
3. ปากกาและดินสอ

การประเมินผล

ผู้รับบริการมีสีหน้าและแววตาที่สดใสขึ้น
สามารถบอกความรู้สึกของตนเองได้

ครั้งที่ 3

การสนับสนุนให้เกิดความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง

สาระสำคัญ

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับเทคนิคที่ 4 คือทฤษฎีในกลุ่ม Humanistic และ Experiential ที่ได้กล่าวถึงความต้องการที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิดของมนุษย์นั้นคือ ความต้องการเติบโต การพัฒนา และปรับปรุงตัวเองให้ดีขึ้น ตามที่ Maslow ได้กล่าวถึงความต้องการของมนุษย์ไว้ ดังนั้น หากมนุษย์มีความต้องการที่พัฒนาตนเองติดตัวมาตั้งแต่แรก พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกิดขึ้น เมื่อศักยภาพในการเจริญเติบโตนั้นถูกปิดกั้น ดังนั้น การช่วยเหลือทางจิตวิทยา สามารถช่วยให้มนุษย์ได้ค้นพบศักยภาพของตนเองที่ติดตัวมาเพื่อความเข้าใจตัวเองอย่างแท้จริงได้

การสนับสนุนให้เกิดความต้องการที่พัฒนาตนเองและเกิดการความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง คือ เป็นความปรารถนาของมนุษย์ที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิด

เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกที่ดีต่อความหวังในการเติบโต ก็จะมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตัวเอง ในการสนับสนุนให้เกิดการเข้าใจอย่างแท้จริงนั้น ผู้รับการปรึกษาจะต้องรู้สึกถึงความกล้าหาญและประเมินตัวเองว่าสามารถเขาสามารถทำให้เกิดขึ้นจริงได้ เมื่อพวกเขาพร้อมด้วยศักยภาพที่มีอยู่ในตัวเองที่ต้องการพัฒนาตนเองให้องงามเพื่อความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริงได้

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายผู้รับการปรึกษา พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาในครั้งนี้ และร่วมกันทบทวนสิ่งที่ได้สนทนากันในครั้งที่แล้ว
- 2.. ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาเล่าถึงสิ่งที่ได้กลับไปเผชิญมาในช่วงเวลาที่อยู่ที่บ้าน

3. ผู้ให้การปรึกษาแลกเปลี่ยนการจัดการอารมณ์ที่เกิดขึ้นที่บ้าน พร้อมทั้งบอกข้อดี และข้อเสียที่ได้จัดการในวิธีที่ตนเองได้วางแผนไว้

4. ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาศึกษากรณีศึกษาและแลกเปลี่ยน

5. ผู้ให้การปรึกษาฝึกให้ผู้รับการปรึกษาแยกอารมณ์ และบอกถึงความคิดที่เกิดขึ้น ระหว่างการทำกิจกรรม

6. ในการสำรวจความรู้สึก จะต้องแยกแยะให้ได้ระหว่างความรู้สึก (Feeling) กับ ความคิด (Thought) เช่น “ฉันรู้สึกว้าพืชายของฉันเง่า” (I feel like my brother is a jerk) ประโยคนี้ ไม่ใช่ความรู้สึก แต่มันคือความคิด และหากสำรวจความคิดนี้ต่อไป อาจทำให้ได้ความรู้สึกที่สำคัญ “ฉันรู้สึกโกรธพืชายของฉัน” (I’m angry at my brother) เรื่องของความรู้สึก (Feeling) อาจเกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่เกิดจากการรับสัมผัสทางกาย (Sensory perception) อีกด้วย และมันก็สำคัญที่จะต้องระบุให้ได้ว่า ความรู้สึกนั้นเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นทางร่างกายหรือไม่ เช่น คำถามที่ว่า “อาการรู้สึก ปั่นป่วนในกระเพาะอาหารของคุณมันเกี่ยวข้องกับอาการตื่นเต้นหรือความกลัวหรือไม่? คำถามนี้จะช่วยให้ระบุความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับรับรู้สัมผัสทางกายได้ดี

7. ร่วมกันพิจารณาในกระบวนการความคิดที่เกิดขึ้นว่าก่อให้เกิดปัญหาอย่างไรบ้างและมีการแก้ไขอย่างไร

8. ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้พิจารณาตัวเอง อารมณ์ และความคิด

9. ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาร่วมกันสรุปสาระสำคัญในการให้การปรึกษาครั้งนี้

10. ผู้นำกลุ่มนัดหมายการให้การปรึกษากลุ่มในครั้งต่อไป

สื่อ/ อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรม: การ์ดอารมณ์

2. กระดาษ A4

3. ปากกา

การประเมินผล

เมื่อผู้รับการปรึกษาเริ่มรับรู้ถึงความรู้สึกของตัวเองแล้ว โดยแยกจากความคิดและ ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสอย่างชัดเจน การตระหนักรู้จะเพิ่มขึ้น และการให้ความสำคัญกับผล ทางอารมณ์ที่จะมีประสิทธิภาพมากขึ้น หลังจากที่มีความรู้สึกได้รับการระบุอย่างชัดเจน คุณค่าของ ความหมายและการปรับตัว ได้รับการสำรวจ และพฤติกรรมที่แสดงออกสามารถเลือกให้เกิดขึ้นได้

ครั้งที่ 4

เรื่อง การสื่อสารด้วยการร่วมรู้สึกและการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข

สาระสำคัญ

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง คือ Person-centered therapy โดยที่ Rogers ได้สรุปเงื่อนไขที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ในกระบวนการบำบัดไว้ 3 เงื่อนไข

1. ผู้ให้การปรึกษาต้องมีความสอดคล้องกับสัมพันธภาพในการบำบัด
2. ผู้ให้การปรึกษาต้องมีการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไขต่อผู้รับการปรึกษา
3. ผู้ให้การปรึกษาต้องมีความเข้าใจ ร่วมรู้สึกไปกับความเข้าใจของผู้รับการปรึกษา

และต้องสื่อสารสิ่งเหล่านี้ออกไปยังผู้รับการปรึกษาได้รับรู้ด้วย

Rogers เชื่อว่าภายใต้เงื่อนไขทั้ง 3 นี้จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนทางบวกกับผู้รับการปรึกษา Rogers กล่าวว่า สภาพการณ์ทั้ง 3 นี้เกิดขึ้นในกระบวนการสร้างสัมพันธภาพ จะช่วยให้เกิดความร่วมมือในการปรึกษา เมื่อผู้รับการปรึกษาได้รับรู้ถึงสภาพการณ์ทั้ง 3 จากผู้ให้การปรึกษาแล้ว พวกเขาจะมีแนวโน้มในการเปลี่ยนแปลงตัวเอง

เป้าหมายของเทคนิค (Strategy marker)

การสื่อสารด้วยการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข ความสอดคล้องจริงใจ และการเข้าใจ จะช่วยผู้รับการปรึกษาที่ขาดความเชื่อมั่น วิตกกังวลกับกระบวนการปรึกษา ปรากฏให้เห็นในรูปแบบของความกลัวที่ถูกตัดสิน หรือการสร้างกลไกการป้องกันตัวเองขึ้น เงื่อนไขทั้ง 3 ของ Roger นั้น มีความจำเป็นอย่างมากเมื่อผู้รับการปรึกษาไว้วางใจ สัมพันธภาพในการบำบัดก็ตามมา

ข้อแนะนำสำหรับการนำไปใช้ (Suggestion for use)

เทคนิคนี้ใช้สำหรับผู้รับการปรึกษาที่เคยมีประวัติการตัดสินใจอย่างรุนแรงหรือการถูกปฏิเสธ การใช้เทคนิคนี้จะช่วยผู้ปรึกษา รู้สึกผ่อนคลาย เป็นอิสระ เป็นตัวของตัวเอง การร่วมรู้สึกของผู้ให้การปรึกษานั้น เป็นกระบวนการสำคัญในการสำรวจตัวเอง การสำรวจในเรื่องราวที่ไม่เคยรู้มาก่อน เป็นหัวใจสำคัญในการปลดปล่อยความกลัวในอดีต และมุ่งสู่อนาคตที่ต้องการได้

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

เพื่อให้ผู้รับการศึกษาศือสารด้วยการร่วมรู้สึกและเรียนรู้การยอมรับความรู้สึกอย่างไม่มีเงื่อนไข เพื่อให้เข้าใจตัวตนของตนเองมากขึ้น

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้ให้การศึกษากล่าวทักทายด้วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส
2. ผู้ให้การศึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการศึกษาทบทวนสิ่งที่ได้รับจากการมารับการศึกษาที่ผ่านมาและการนำกลับไปใช้
3. เปิดโอกาสให้ผู้รับการศึกษเล่าถึงปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน
4. ให้ผู้รับการศึกษำทำใบงานอารมณ์ของฉันในชีวิตประจำวัน
5. พูดคุยและแสดงความคิดเห็นในเรื่องของอารมณ์ที่เกิดขึ้นที่ได้เขียนในใบงาน แสดงความเข้าใจและพูดคุยกันในวิธีการจัดการกับอารมณ์ที่ผ่านมา
6. สรุปแนวทางแก้ไข
7. ให้กำลังใจและนัดการศึกษครั้งต่อไป

สื่อ/ อุปกรณ์

1. ใบงานเรื่อง อารมณ์ของฉันในชีวิตประจำวัน
2. กระดาษ A4
3. ปากกา

การประเมินผล

ผู้รับการศึกษำได้รับความผ่อนคลาย ลดการปกป้องตนเอง หลีกเลียงน้อยลง และมีความไว้วางใจมากขึ้น และการร่วมรู้สึกจะช่วยให้เกิดความไวใจและสนับสนุนให้เกิดการสำรวจตนเองมากขึ้น

ใบงาน อารมณ์ของฉันในชีวิตประจำวัน

อารมณ์



การจัดการ

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

ครั้งที่ 5

เรื่อง การให้การสนับสนุนด้วยความจริงแท้

สาระสำคัญ

ทฤษฎีในกลุ่มประสบการณ์นิยมและมนุษย์นิยม ให้ความสำคัญกับการค้นหาความจริงแท้ของบุคคล ผู้รับการปรึกษาหลายคนไม่รู้ว่าจะอะไรคือความต้องการของตนเองที่อยากให้เกิดขึ้น บุคคลได้เรียนรู้ที่ซ่อนความต้องการที่แท้จริงไว้กับตัวเองเพื่อหลีกเลี่ยงการตัดสินจากผู้อื่น การช่วยเหลือต้องช่วยให้ผู้รับการปรึกษาค้นหาสิ่งที่ซ่อนไว้ และเรียนรู้ที่จะแสดงออกมาให้สอดคล้องกับความความต้องการภายในของตัวเอง เพราะการแสดงออกถึงความคิดและความรู้สึกที่แท้จริงนั้น ถึงแม้ว่าจะยากในช่วงแรกและอาจนำมาซึ่งความไม่พอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้ แต่กระบวนการบำบัดช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถปรับตัวกับความจริงแท้ของตนเองได้

ผู้ให้การปรึกษาต้องสร้างบรรยากาศที่ปลอดภัย เพื่อให้เกิดการสำรวจประสบการณ์ที่ผู้รับการปรึกษาซ่อนไว้ เมื่อตัวคนที่แท้จริงปรากฏขึ้น มันสำคัญมากที่ผู้ให้การปรึกษาจะต้องให้เกียรติในกระบวนการนี้ และปกป้องกระบวนการค้นพบตัวเองของผู้รับการปรึกษา การบอกความลับหรือสิ่งที่ซ่อนอยู่ในใจในช่วงแรกอาจต้องทำให้เกิดเป็นรูปธรรม ผู้รับการปรึกษาอาจรู้สึกสบายกว่าที่ซ่อนความต้องการที่แท้จริงไว้กับตัวเองในกระบวนการบำบัด และจำเป็นจะต้องค้นหาวิธีการที่จะทำให้พวกเขาแสดงถึงความตัวเองที่แท้จริงออกมาในชั่วโมงของบำบัด

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สนับสนุนให้ค้นหาและแสดงออกตัวคนที่แท้จริง
2. เพื่อให้เข้าใจบุคลิกภาพของตัวเองที่เกิดจากอารมณ์ที่ซ่อนไว้

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทาย และร่วมกันทบทวนสิ่งที่ได้สนทนากันในครั้งที่แล้ว
2. ผู้ให้การปรึกษาพูดคุยและแสดงท่าที่เป็นมิตร เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้มีส่วนร่วมในการพูดถึงเรื่องราวในชีวิตที่ผ่านมา
3. ผู้รับการปรึกษากล่าวให้กำลังใจ

4. ผู้รับการปรึกษาให้ใบงาน “ตัวตนของฉัน”
5. ทบทวนความคิดและความรู้สึก
6. ฝึกผ่อนคลายอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากความคิด
7. ยอมรับในตัวตนที่เกิดขึ้นในความเป็นจริง
8. ชื่นชมในการยอมรับตัวตนของตนเอง
9. วางแผนการดูแลตัวเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของตัวเอง
10. สรุปการปรึกษา

สื่อ/ อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรม “ตัวตนของฉัน”
2. ปากกา

การประเมินผล

ผู้รับการปรึกษาที่ได้รับการสนับสนุนให้ค้นหาความจริงภายในตนเอง จะสามารถค้นพบวิธีการที่สอดคล้องกับความต้องการของตนเองได้มากขึ้น การค้นพบความต้องการที่แท้จริงในกระบวนการบำบัด จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถปรับตัวเข้าและแสดงออกถึงความต้องการที่แท้จริงของตัวเองต่อผู้อื่นได้

ใบงาน
“ตัวตนของฉัน”



ใบงาน
“ตัวตนของฉัน”



ครั้งที่ 6

เรื่อง การบูรณาการตัวตน

สาระสำคัญ

ทฤษฎี Gestalt มีความเกี่ยวข้องกับ แรงผลักดันที่ตรงกันข้ามกับตัวตน ให้ความสำคัญ แรงผลักดันที่หลากหลายเหล่านี้ และจัดการแบบองค์รวม Marhrer (1986) ได้อธิบายกระบวนการ เชื่อมโยงของส่วนที่แตกต่างกันของบุคคล ว่าเป็นความสัมพันธ์ของประสบการณ์ที่หลอมรวมกัน ของศักยภาพที่ลึกกว่า เขากล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่าง “องค์ประกอบระดับปฏิบัติการ” ที่แสดง ออกมา กับ “ศักยภาพระดับที่ลึกกว่า” ซึ่งเป็นสิ่งที่บุคคลสามารถทำได้ “การเปลี่ยนแปลงทาง จิตวิทยา จะเกิดขึ้นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการบำบัดที่ได้รวมเอาความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวผู้รับการปรึกษาและศักยภาพของเขาเข้าด้วยกัน”

การสำรวจแต่ละส่วนของบุคคล อาจต้องเริ่มต้นจากการสนทนา โดยอาจเริ่มจากการใช้ เก้าอี้ 2 ตัวซึ่งผู้รับการปรึกษาจะต้องนั่งเก้าอี้ทั้ง 2 ตัว และแสดงความรู้สึกที่แตกต่างกัน “พื้นฐาน ของเทคนิคนี้ คือ การที่บุคคลจะต้องมีบทสนทนา ระหว่างตัวตนที่ตรงกันข้ามกัน จะช่วยให้ ทั้งส่วนนี้ได้ทำการร่วมมือกันเพื่อพัฒนาทางออกที่เหมาะสม” โครงสร้างการสนทนา ระหว่าง 2 ส่วนของบุคคล จะต้องมีการแยกออกอย่างชัดเจน และการแสดงออกทางอารมณ์ที่ชัดเจนมากกว่า จะเป็นการสนทนาทั่วไป ถ้าคุณเลือกใช้เทคนิคนี้ อาจเริ่มต้นด้วยคำถาม “อะไรคือสิ่งที่แต่ละส่วน ต้องการจากอีกฝ่าย” และ “อะไรที่พวกเขาต้องการที่จะบอกอีกฝ่ายก่อนที่จะทำงานร่วมกัน” และ “พวกเขาจะช่วยอีกฝ่ายได้อย่างไร”

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้เห็นตัวตนของตนเองและบูรณาการตัวตนของตนเองได้
2. ให้ให้ผู้รับการปรึกษาบอกแนวทางการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้

ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม

1. ผู้ให้การปรึกษาเตรียมเก้าอี้สำหรับผู้รับการปรึกษาและผู้ให้การปรึกษา
2. ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาพูดคุย เล่ากิจกรรมในชีวิตประจำวัน

3. ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาสำรวจตนเองในการเปลี่ยนแปลงที่ผ่านมา
4. ผู้ให้การปรึกษาพูดคุยและสอบถามสิ่งที่เกิดขึ้น
5. แลกเปลี่ยนการแก้ไขปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในการแก้ไขปัญห
แต่ละครั้ง
6. ให้กำลังใจผู้รับการปรึกษา
7. สรุปการให้การปรึกษา
8. นัดครั้งต่อไป

สื่อ/ อุปกรณ์

1. แก้ว 2 ตัว
2. กระดาษ A4
3. ปากกา

การประเมินผล

จากการสังเกต ซักถามของผู้รับการปรึกษาแสดงความกระตือรือร้น มีความตั้งใจและ
ตระหนักถึงความสำคัญเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อ ๆ ไป

ครั้งที่ 7

เรื่อง การสนับสนุนให้ตระหนักรู้และการยอมรับอิสระและความรับผิดชอบ

สาระสำคัญ

ทฤษฎี Gestalt ให้ความสำคัญกับปัจจุบัน การรับรู้ที่นี้และเดี๋ยวนี้ การถามว่า “อะไรทำให้คุณยังทำอย่างนั้น” หรือ “เกิดอะไรขึ้น” ไม่ใช่ให้เกิดการรับรู้ในปัจจุบัน Gestalt จึงใช้คำถามว่า “คุณกำลังทำอะไรอยู่ในตอนนี้” หรือ “คุณกำลังทำมันอย่างไร” และ “อะไรคือสิ่งที่คุณรับรู้ได้ในตอนนี้” Gestalt เชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงในอดีตหรือในอนาคตไม่สามารถทำได้ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้จริง คือ การเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน

Gestalt ให้ความสำคัญกับการทดลองทำ การได้ลงมือปฏิบัติ Yontef (1993) กล่าวว่า กิจกรรมที่มีชีวิตในกระบวนการของ Gestalt คือ การทดลองให้เกิดการตระหนักรู้โดยตรง” เป้าหมายคือกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ และค้นพบบางส่วนของตัวเองที่ปิดบังเอาไว้ เนื่องจากการเข้าใจอย่างแท้จริง และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ไม่ใช่เรื่องที่เกิดขึ้นได้ด้วยการสนทนา ในช่วงโมงการบำบัด การขอให้ผู้รับการปรึกษาได้แสดงออกถึงความรู้สึกที่เจ็บปวด หรือทำทางร่างกายอาจให้ผลดีต่อการรับรู้อารมณ์ การปล่อยให้ผู้รับการปรึกษาแสดงออกถึงความคิด โดยไม่ได้ผ่านการพูด หรือการใช้ภาษาที่ไม่เหมาะสม จะช่วยให้เกิดการยอมรับในสิ่งอารมณ์หรือความคิดที่ถูกซ่อนไว้ การขอให้ผู้รับการปรึกษาได้แสดงทำทางตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นหรือกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จะช่วยให้พวกเขาเรียนรู้ประสบการณ์และอารมณ์ที่ไม่ได้รับการสำรวจ

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาที่มีความตระหนักรู้ในความไม่เที่ยงตรงในอารมณ์ที่เกิดขึ้น
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาพร้อมต่อการยอมรับต่อความจริงและอารมณ์ที่เหมาะสมมากขึ้นได้

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้รับการปรึกษากล่าวทักทายผู้ให้การปรึกษา
2. ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาเล่าถึงสิ่งที่เปลี่ยนแปลงกับชีวิตตนเอง และประเมินความสุขที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนและเปลี่ยนแปลงของตนเอง
3. ผู้ให้การปรึกษาสะท้อนให้เห็นในการปรับเปลี่ยนที่เกิดขึ้นเพื่อให้ผู้รับการปรึกษามีกำลังใจ
4. ผู้ให้การปรึกษานัดหมายครั้งต่อไป

สื่อ/ อุปกรณ์

1. กระดาษ A4
2. ปากกา

การประเมินผล

ภาวะความทุกข์ลดน้อยลง และมีความรู้สึกที่เหมาะสม และพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ ความเชื่อที่ได้รับการปรับเปลี่ยนแล้ว ผลลัพธ์ คือ อาการทางลบ ความวิตกกังวล หรือความซึมเศร้า ที่ลดน้อยลง

ครั้งที่ 8

เรื่อง การระลึกถึงข้อจำกัดที่มีอยู่

สาระสำคัญ

Existential ให้ความสำคัญกับการเผชิญหน้ากับสิ่งที่เป็นพื้นฐานของชีวิต และทำความเข้าใจความหมายของสิ่งเหล่านั้น Irvin Yalom (1985) ได้ให้ความสำคัญกับการคิดยึดของความเป็นมนุษย์ คือ การได้รับเรื่องพื้นฐานของชีวิต เช่น ความตาย การแยกตัว อิสระ และการไร้ความหมาย ข้อจำกัดตามทฤษฎี Existential คือ ความตาย อิสระ การแยกตัว และการไร้ความหมาย คือสิ่งที่เราได้รับรู้อยู่ทุกวัน ซึ่งนำมาสู่การให้ความสำคัญอย่างชัดเจน ประเด็นเหล่านี้มีผลกระทบต่อบุคคลเมื่ออยู่บนพื้นฐานของการไม่รู้ การช่วยเหลือ จึงต้องทำให้บุคคลได้สำรวจและเข้าใจประเด็นพื้นฐานเหล่านี้ และการสร้างความหมายให้กับมันเพื่อเป็นการจัดการกับข้อจำกัดเหล่านี้

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษายู่กับภาวะความเป็นจริง
2. สามารถแก้ไขปัญหามนพื้นฐานของความสุขที่แท้จริงของตนเองได้
3. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจข้อจำกัดของชีวิตของตนเอง

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทาย พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาในครั้งนี้ และร่วมกันทบทวนสิ่งที่ได้สนทนากันในครั้งที่แล้ว
2. พูดคุยแลกเปลี่ยนเรื่องราวในชีวิตที่ผ่านมา
3. พูดคุยแลกเปลี่ยนการจัดการเรื่องราวในชีวิตที่ผ่านมา
4. ให้กำลังใจ
5. ให้อุปกรณ์ VDO วาระสุดท้าย
6. แลกเปลี่ยนความรู้สึกและความคิดเห็น
7. สะท้อนความคิดอารมณ์และความรู้สึกให้กับผู้รับการปรึกษา
8. แลกเปลี่ยนสรุปสิ่งที่เกิดขึ้น ทั้งทางด้าน ความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่เกิดขึ้น

9. ให้กำลังใจผู้รับการศึกษา
10. นัดครั้งต่อไป

สื่อ/ อุปกรณ์

1. VDO “วาระสุดท้าย”
2. กระดาษ
3. ปากกา

การประเมินผล

1. ผู้รับบริการมีสีหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส
2. สามารถบอกถึงการจัดการกับปัญหาของตนเองได้

ครั้งที่ 9

เรื่อง ยุติการให้การปรึกษา และประเมินผล

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสรุปถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ของตนเองหลังจากการให้การปรึกษา
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษากล่าวถึงสิ่งที่ประทับใจและประโยชน์ที่ได้รับจากการให้การปรึกษา
3. ผู้ให้การปรึกษาทำแบบวัดภาวะซึมเศร้า (หลังการทดลอง)

ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม

1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายผู้รับการปรึกษา
2. ร่วมกันสนทนาทบทวนและเล่าถึงสิ่งที่ได้ปฏิบัติตามแผนและข้อสัญญาที่กำหนดไว้
เล่าถึงความรู้สึกและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังจากได้รับการให้การปรึกษา
3. ผู้ให้การปรึกษาให้กำลังใจและกระตุ้นให้รู้สึกถึงความความมั่นใจที่จะปรับเปลี่ยนความคิดตนเอง เพื่อก่อให้เกิดความสำเร็จตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้
4. ผู้ให้การปรึกษากล่าวขอบคุณ และแจกกระดาษ A4 เขียนถึงความรู้สึกดี ๆ ที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมกิจกรรม และความรู้สึกดี ๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพื่อนำไปปรับปรุงต่อไป
5. ผู้ให้การปรึกษาสรุปพร้อมทั้งกล่าวขอบคุณ และยุติการให้การปรึกษา
6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มทำแบบวัดภาวะซึมเศร้า (หลังการทดลอง)

สื่อ/ อุปกรณ์

1. แบบวัดภาวะซึมเศร้า (หลังการทดลอง)
2. กระดาษ A4
3. ปากกา

การประเมินผล

1. สัมผัสจากความสนใจ ความตั้งใจ การแสดงออกที่มีต่อกิจกรรม
2. สัมผัสจากความร่วมมือ ความกระตือรือร้นและการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นขณะเข้าร่วมกิจกรรม

ภาคผนวก ข

แบบประเมินที่ใช้ในงานวิจัย

- แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Beck depression inventory ของ Beck (1967)
- มาตรวัดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล SUDs (Subjective unit of distress)
- แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย Mini-mental state examination:
Thai version (MMSE-Thai 2002)
- แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ของกรมสุขภาพจิต
- แบบคัดกรองโรคจิต ของกรมสุขภาพจิต

- 3 (). ฉันไม่รู้สึกรู้ว่าฉันทำอะไรล้มเหลว
(). ฉันรู้สึกที่ฉันทำอะไรล้มเหลวว่าคนอื่น ๆ
(). เมื่อนั้นมองย้อนไปในอดีต สิ่งที่ฉันจำได้ คือ ความล้มเหลวเกือบทั้งหมด
(). ฉันรู้สึกที่ฉันเป็นคนทำอะไรล้มเหลวมาโดยตลอด
- 4 (). ฉันมีความพอใจในสิ่งต่าง ๆ เหมือนเคย
(). ฉันรู้สึกไม่พอใจในสิ่งต่าง ๆ มากขึ้น
(). ฉันไม่ได้รับความพอใจจากหลาย ๆ สิ่งอย่างมาก
(). ฉันรู้สึกไม่พอใจและเบื่อหน่ายต่อทุกอย่าง
- 5 (). ฉันไม่รู้สึกลึบ
(). ฉันรู้สึกลึบเป็นบางครั้ง
(). ฉันรู้สึกลึบเกือบตลอดเวลา
(). ฉันรู้สึกลึบตลอดเวลา
- 6 (). ฉันรู้สึกที่ฉันไม่ต้องถูกลงโทษ
(). ฉันรู้สึกที่ฉันอาจถูกลงโทษ
(). ฉันคิดว่าฉันต้องถูกลงโทษ
(). ฉันรู้สึกที่ฉันถูกลงโทษ
- 7 (). ฉันไม่รู้สึกลึบหวังกับตนเอง
(). ฉันรู้สึกลึบหวังกับตนเอง
(). ฉันรู้สึกสะอิดสะเอียนตนเอง
(). ฉันเกลียดตัวฉันเองมาก
- 8 (). ฉันไม่รู้สึกรู้ว่าฉันดูแย่กว่าคนอื่น
(). ฉันคิดถึงความอ่อนแอและความผิดพลาดของตนเอง
(). ฉันตำหนิตนเองตลอดเวลาเกี่ยวกับสิ่งที่ทำผิด
(). ฉันตำหนิตนเองทุกครั้งที่มีสิ่งเลวร้ายเกิดขึ้น
- 9 (). ฉันไม่เคยคิดฆ่าตัวตาย
(). ฉันคิดที่จะฆ่าตัวตายแต่ไม่ทำจริง
(). ฉันอยากฆ่าตัวตายเหลือเกิน
(). ฉันฆ่าตัวตายเมื่อมีโอกาส

- 10 (). ฉันร้องไห้เท่าที่จำเป็นเท่านั้น
(). ฉันร้องไห้บ่อยครั้งกว่าที่เคย
(). ทุกวันฉันร้องไห้เสมอ
(). ฉันเคยร้องไห้แต่เดี๋ยวนี้ร้องไห้ไม่ออกแม้จะต้องการร้องเหลือเกิน
- 11 (). ฉันรู้สึกไม่คุ้นเคยวโกรธอะไรง่าย ๆ
(). ฉันเป็นคนคุ้นเคยวโกรธง่ายกว่าเมื่อก่อน
(). ฉันเป็นคนขี้รำคาญและโกรธง่ายเกือบตลอดเวลา
(). ฉันรู้สึกโกรธง่ายตลอดเวลา
- 12 (). ฉันยังให้ความสนใจคนอื่นอย่างเคย
(). ฉันสนใจคนอื่นน้อยลงกว่าที่เคย
(). ส่วนใหญ่ฉันมักไม่สนใจคนอื่นอย่างเคย
(). ฉันเลิกสนใจคนอื่นโดยสิ้นเชิง
- 13 (). ฉันสามารถตัดสินใจเรื่องใด ๆ ได้อย่างที่เคยทำ
(). ฉันพยายามหลีกเลี่ยงที่จะตัดสินใจเรื่องใดๆมากกว่าที่เคย
(). ฉันมีความยากลำบากในการตัดสินใจเรื่องใด ๆ มากกว่าที่เคย
(). ฉันไม่สามารถตัดสินใจเรื่องใด ๆ ได้อีกเลย
- 14 (). ฉันรู้สึกว่าฉันไม่ได้ดูแลจากเมื่อก่อน
(). ฉันกังวลว่าฉันจะดูแลและไม่สนใจ
(). ฉันรู้สึกว่ามีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในรูปลักษณ์ของฉันและทำให้ฉันไม่น่าสนใจ
(). ฉันเชื่อว่าฉันดูน่าเกลียด
- 15 (). ฉันสามารถทำงานได้ เหมือนเดิม
(). ฉันต้องใช้ความพยายามมากขึ้นก่อนที่จะเริ่มทำงานบางสิ่งบางอย่าง
(). ฉันต้องผลักดันตนเองอย่างมากที่จะทำงานอะไร ๆ
(). ฉันไม่สามารถทำงานอะไรได้เลย
- 16 (). ฉันนอนได้ตามปกติ
(). ฉันนอนไม่หลับเหมือนอย่างเคย
(). ฉันตื่นนอนก่อนปกติ 1-2 ชั่วโมง และนอนหลับต่อได้ยาก
(). ฉันตื่นก่อนปกติหลายชั่วโมง และไม่สามารถนอนหลับต่อไปได้อีก

- 17 (). ฉันไม่รู้สึกละอายมากกว่าปกติ
(). ฉันรู้สึกละอายง่ายกว่าปกติ
(). ฉันรู้สึกละอายมากจากการทำสิ่งต่าง ๆ
(). ฉันรู้สึกละอายเกินกว่าจะทำอะไรได้
- 18 (). ฉันรับประทานอาหารได้ตามปกติ
(). ฉันรับประทานอาหารไม่ได้มากอย่างที่เคย
(). ฉันรับประทานอาหารไม่ค่อยลง
(). ฉันไม่ยอมรับประทานอาหารใด ๆ เลย
- 19 (). น้ำหนักของฉันคงที่
(). น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 2 กิโลกรัม
(). น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 3 กิโลกรัม
(). น้ำหนักของฉันลดลงมากกว่า 5 กิโลกรัม
- 20 (). ฉันไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ
(). ฉันกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ๆ เล็ก ๆ น้อย ๆ
(). ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของฉันจนยากที่จะคิดถึงสิ่งอื่น ๆ
(). ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของฉันมากจนไม่สามารถจะคิดถึงสิ่งอื่นได้
- 21 (). ความสนใจทางเพศของฉันยังปกติ
(). ฉันสนใจเรื่องทางเพศลดลงกว่าปกติ
(). ฉันสนใจเรื่องทางเพศน้อยมาก
(). ฉันไม่สนใจเรื่องทางเพศอีกเลย

จงเขียนเครื่องหมาย ✓ ในระดับคะแนนที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

10	=	รู้สึกไม่สบายสูงสุดที่คุณเคยรู้สึก
9	=	กังวลมาก เป็นทุกข์มาก
8	=	กังวลมาก/ เป็นทุกข์ ไม่สามารถมีสมาธิ
7	=	ค่อนข้างกังวลใจ/ สมรรถนะการตัดสินใจลดลง
6	=	
5	=	ความวิตกกังวล/ ความเครียด/ อีคอัด แต่สามารถดำเนินการต่อได้
4	=	
3	=	ความวิตกกังวล/ ความทุกข์ทรมานเล็กน้อยไม่รบกวนการทำงาน
2	=	ความวิตกกังวล/ ความวิตกกังวลน้อยที่สุด
1	=	ตื่นตัวและตื่นตัวมุ่งความสนใจได้ดี
0	=	ผ่อนคลาย

ก่อน.....

หลัง.....

แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น Mini-mental state examination (MMSE)

คำชี้แจง

ในกรณีที่ผู้ทำแบบทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ไม่ต้องทำข้อ 4,9 และ 10

	บันทึกคำตอบ (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด)	ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน
1. Orientation for time		
1.1 วันนี้วันที่เท่าไร	
1.2 วันนี้วันอะไร	
1.3 วันนี้เดือนอะไร	
1.4 วันนี้ปีอะไร	
1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร	
2. Orientation for place		
2.1 ตอนนี้อยู่ที่ไหน	
2.2 อำเภออะไร	
2.3 จังหวัดอะไร	
.		
.		
.		
คะแนนรวม.....		คะแนน

การแปลผล จุดตัด (Cut-of point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (Cognitive impaired) คือ น้อยกว่า 24 คะแนน

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)

ลำดับที่	คำถาม ในเดือนที่ผ่านมาจนถึงวันนี้	ไม่ใช่	ใช่
1	คิดอยากตาย หรือ คิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2	อยากทำร้ายตัวเอง หรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3	คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ให้ถามต่อ) ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือ บอกใหม่ว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้	0	6
		ได้	ไม่ได้
		0	8
4	มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5	ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเอง หรือ เตรียมการจะฆ่าตัวตาย โดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริง ๆ	0	9
6	ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บ แต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	0	4
7	ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10
8	ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4
รวมคะแนน			
รวม			

หมายเหตุ ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ควรได้รับการบำบัดรักษา และดูแลตามระดับความรุนแรง ซึ่งแบ่งได้ ดังนี้

คะแนน 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน

คะแนน 1-8 คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับน้อย

คะแนน 9-16 คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับปานกลาง

คะแนน ≥ 17 คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับรุนแรง

แบบคัดกรองโรคจิต

อาการที่พบเห็น	จากสัมภาษณ์ญาติ	
	ไม่มี (0)	มี (1)
1. พุดเพ้อเจ้อ		
2. แต่งกายที่มีลักษณะแปลกไม่เหมาะสม		
3. ก้าวร้าว วุ่นวาย ทำร้ายผู้อื่น		
4. แยกตัวเองออกจากสังคม ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร		
5. หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล		
6. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา		
7. หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน		
8. มีพฤติกรรมอื่น ๆ ที่ผิดปกติจากคนทั่วไป		
คะแนนรวม		

อาการที่พบเห็น	จากสัมภาษณ์ผู้ป่วย	
	ไม่มี (0)	มี (1)
1. หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล		
2. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา		
3. หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน		
คะแนนรวม		

คู่มือการใช้แบบคัดกรองโรคจิต

โรคจิต หรือตามความเข้าใจของชาวบ้านว่า ผีบ้า บ้า ภายใน 1 เดือนจนถึงปัจจุบัน มีอาการเหล่านี้หรือไม่ (มีอาการอย่างน้อย 6 เดือน และอาการที่เกิดขึ้นต้องมีอาการติดต่อกัน 1 เดือน)

แบบสัมภาษณ์ญาติหรือบุคคลใกล้ชิด

1. พุดเพ้อเจ้อ หมายถึง ลักษณะการพูดที่ผิดปกติข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
 - 1.1 พุดคนเดียวไปเรื่อย ๆ
 - 1.2 เปลี่ยนเรื่องพูดไปเรื่อย ๆ เนื้อหาไม่สัมพันธ์กัน

- 1.3 พุดมากหรือพุดเร็วกว่าปกติ
2. แต่งตัวที่มีลักษณะแปลกไม่เหมาะสม ได้แก่ ความผิดปกติของการแต่งกายข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
 - 2.1 สวมเสื้อผ้าที่สกปรกโดยไม่ยอมเปลี่ยนหรือเปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่วันละหลาย ๆ ครั้ง
 - 2.2 ไม่สนใจความสะอาดของร่างกาย เช่น ไม่อาบน้ำ หนวดเครา หรือผมเผ้ารุงรังสกปรก มีคราบโคลตตามตัว หรืออาบน้ำบ่อย ๆ
 - 2.3 แก้วน้ำในที่สาธารณะ
 - 2.4 ใส่เสื้อผ้าสีฉูดฉาด และแต่งตัวด้วยเครื่องประดับมากกว่าเดิมจนผิดกาลเทศะ เช่น แต่งชุดลเกซิ่งไม่ใช่งานเทศกาลต่าง ๆ
3. ก้าวร้าว วุ่นวาย ทำร้ายผู้อื่น ได้แก่ การอาละวาด ทำลายข้าวของ ทำร้ายผู้อื่นโดยไม่มีเหตุผล
4. แยกตัวเองออกจากสังคม ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร หมายถึง พฤติกรรม ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
 - 4.1 เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง
 - 4.2 แยกตัวเองอยู่คนเดียว ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร
5. หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล มีพฤติกรรมข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 - 5.1 หวาดระแวงกลัวคนจะมาปองร้ายหรือทำร้าย
 - 5.2 คิดว่าตนเองถูกกลั่นแกล้งหรือถูกจับผิด
 - 5.3 ระแวงว่ามีคนคอยติดตาม
 - 5.4 มีความคิดมีอำนาจบางอย่างมาบังคับ
 - 5.5 คิดว่าคนรอบข้างมักนินทาหรือพุดถึงตนเอง
 - 5.6 มีความเชื่อหรือมีความคิดที่ไม่มีเหตุผลและไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรม
 - 5.7 สะสมอาวุธไว้ป้องกันตัวจากความระแวง
6. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา ได้แก่
 - 6.1 เป็นผู้วิเศษ มีอิทธิฤทธิ์
 - 6.2 คิดว่าตนเองร่ำรวย แจกจ่ายเงิน โดยไม่มีเหตุผลอันสมควร
 - 6.3 คิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญหรือมีความสัมพันธ์กับผู้สูงศักดิ์
7. หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน
 - 7.1 ได้ยินเสียงโดยไม่เห็นตัวตนพุด หรือได้ยินเสียงเพียงคนเดียว
 - 7.2 เห็นภาพที่คนอื่นไม่ทันเห็น

- 7.3 พูดคนเดียวเหมือนกับโต้ตอบใคร
- 7.4 ทำตามเสียงแว่วที่สั่ง
- 8. มีพฤติกรรมอื่นที่ผิดปกติจากคนทั่วไป
 - 8.1 หัวเราะหรือร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล
 - 8.2 อารมณ์เปลี่ยนไปมา
 - 8.3 กราบไหว้บ่อยโดยไม่มีเหตุผล
 - 8.4 เก็บสะสมสิ่งของที่ไม่มีประโยชน์ เช่น เศษขยะ เศษกระป๋อง เศษขวด ฯลฯ