

ผลของการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและ
พฤติกรรมที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียน
ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตภาคกลาง

ชนิกานต์ บุญเรือง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา
ปีการศึกษา 2567
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

THE EFFECTS OF GROUP COUNSELING BASED ON
COGNITIVE BEHAVIORAL THEORY ON DEPRESSIVE
OF JUNIOR HIGH SCHOOL STUDENTS IN CENTRAL

CHANIKAN BOONRUANG

A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for
Master of Science Program in Counselling Psychology
Academic Year 2024
Copyright of Bansomdejchaopraya Rajabhat University

ชื่อเรื่อง ผลของการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมที่มีต่อภาวะ
ซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนแห่งหนึ่ง
ในเขตภาคกลาง


ชื่อผู้วิจัย ชนิกันต์ บุญเรือง

สาขาวิชา จิตวิทยาการศึกษา


อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา สุทธิเนียม


อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม รองศาสตราจารย์ ดร.ทยาตา รัตนภิญโญวานิช

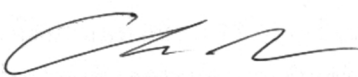
มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยาอนุมัติให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา



..... คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นุกูล สารวงค์)


คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พ.ต.หญิง ดร.พนมพร พุ่มจันทร์)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา สุทธิเนียม)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ทยาตา รัตนภิญโญวานิช)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชลพร กองคำ)


..... กรรมการและเลขานุการ
(อาจารย์ ดร.สร้อยสุดา เลาะหมุด)

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

ชื่อเรื่อง	ผลของการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตภาคกลาง
ชื่อผู้วิจัย	ชนิกันต์ บุญเรือง
สาขาวิชา	จิตวิทยาการปรึกษา
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา สุทธิเนียม
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	รองศาสตราจารย์ ดร.ทยาตา รัตนภิญโญวานิช
ปีการศึกษา	2567

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง 2 กลุ่ม ทดสอบก่อนและหลัง (Two Group Pretest-Posttest Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตภาคกลาง ก่อนทดลองและหลังการทดลองการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม และ 2) เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตภาคกลาง ก่อนทดลองและหลังการทดลองการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ที่กำลังศึกษาในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2566 จำนวน 217 คน ทำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI) คัดเลือกนักเรียนมีค่าคะแนนรวมสูงกว่า 15 จำนวน 16 คน สมัครใจและยินดีเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มและได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง และได้ทำการสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 8 คน โดยกำหนดให้ทำกิจกรรมในกลุ่มทดลองตามแผนการปรึกษากลุ่มตามกิจกรรมที่กำหนดไว้สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 10 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า CDI ฉบับภาษาไทย ค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ 0.77 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้า มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence : IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติบรรยาย ซึ่งได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test และ Mann-Whitney U Test

ผลการวิจัยพบว่า

1. ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนกลุ่มทดลองหลังได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมลดลงกว่าก่อนการเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
2. ภาวะซึมเศร้าของนักเรียน กลุ่มทดลองที่ได้รับการให้การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม ลดลงมากกว่าภาวะซึมเศร้าของนักเรียนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามระบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม นักเรียน

Title	The effects of group counseling based on cognitive behavioral theory on depressive of junior high school students in central
Author	Chanikan Boonruang
Program	Counselling Psychology
Major Advisor	Assistant Professor Dr.Kanchana Suttineam
Co-advisor	Associate Professor Dr.Thayata Rattanaphinyowanich
Academic Year	2024

ABSTRACT

This quasi-experimental study (Two Group Pretest-Posttest Design) aimed to 1) compare the Mattayomsuksa 1 students' depression in a school within the central region in the pretest and posttest of the group counseling based on cognitive behavioral theory and 2) to compare the Mattayomsuksa 1 students' depression in a school within the central region in the pretest and posttest of the group counseling based on cognitive behavioral theory between experimental and control groups. The population 217 Mattayomsuksa 1 students were selected to do the Children's Depression Inventory (CDI). The students whose scores exceeded 15 and selected according to the criteria. They were randomly assigned an experimental group of 8 people and a control group of 8 people. Activities were assigned to the experimental group according to the group counseling plan according to the specified activities, 2 times a week, 1 hour each time, for 5 consecutive weeks, a total of 10 times. The experimental group received group counseling by the cognitive behavioral theory and the control group received regular care. Research instruments consisted were: 1) The reliability of this instrument was reported by Cronbach's Alpha as of 0.77, and 2) the group counseling program. It is IOC ranged from 0.67-1.00. The descriptive statistics including mean, standard deviation and comparative statistics, including Wilcoxon signed rank test and Mann-Whitney U test.

The results revealed the following

The results revealed that 1) the students' depression in the experimental group receiving the group counseling based on cognitive behavioral theory after the experiment was significantly lower than before experiment at .001 level and 2) the students' depression in the experimental group receiving the group counseling based

on cognitive behavioral theory was lower than the students' depression in the control group receiving normal care by student support system. There was a significant difference at .001 level.

Keywords : Depression, Group Counseling Based on Cognitive Behavioral Theory, Student

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีเนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตรีหญิง ดร.พนมพร พุ่มจันทร์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา สุทธิเนียม และรองศาสตราจารย์ ดร.ทยาตา รัตนภิญโญวานิช เป็นผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาแก้ไข ตรวจสอบข้อบกพร่องต่าง ๆ ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ในการทำวิจัยครั้งนี้ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่งตลอดการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ พันตำรวจโทหญิง ดร.สุขอรุณ วงษ์ทิม รองศาสตราจารย์ ดร.มณฑรา จารุเพ็ง และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมิทธิรักษ์ จันทรักษ์ ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และเสียสละในการให้ข้อเสนอแนะ ตลอดจนให้การปรึกษาที่เป็นประโยชน์สำหรับการทำวิทยานิพนธ์นี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้บริหารและคณะครูที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก และนักเรียนในโรงเรียนสิงห์บุรี อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี ทุกท่านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบคุณทุกท่านที่เป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยทำวิทยานิพนธ์นี้จนสำเร็จได้ด้วยดี

ชนิกานต์ บุญเรือง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ข
กิตติกรรมประกาศ.....	ง
สารบัญ.....	จ
สารบัญภาพ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ซ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
สมมติฐานของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่น.....	8
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น.....	15
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษากลุ่ม.....	33
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม.....	49
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	64
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	64
แบบแผนการวิจัย.....	64
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	65
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	67
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	70
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	71
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	72
ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 กลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการปรึกษากลุ่มการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิด และพฤติกรรม.....	72
ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในโรงเรียน แห่งหนึ่ง ในเขตภาคกลาง ก่อนทดลองและหลังการทดลองการปรึกษากลุ่มตาม ทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม.....	73

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 หลังได้รับการ การปรึกษากลุ่มตามการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามระบบการช่วยเหลือผู้เรียน.....	74
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	75
สรุปผลการวิจัย.....	75
อภิปรายผลการวิจัย.....	76
ข้อเสนอแนะ.....	77
บรรณานุกรม.....	79
ภาคผนวก.....	87
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ.....	88
ภาคผนวก ข หนังสือราชการ.....	90
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	95
ภาคผนวก ง สำเนาประกาศนียบัตรภาษาอังกฤษ.....	109
ภาคผนวก จ แบบตอบรับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ.....	111
ภาคผนวก ฉ ใบรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์.....	113
ประวัติผู้วิจัย.....	124

สารบัญญภาพ

ภาพที่		หน้า
1.1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
2.1	องค์ประกอบของทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม.....	51
2.2	รูปแบบการตีความเหตุการณ์ และความรู้สึก.....	51
2.3	รูปแบบการตีความเหตุการณ์ และความรู้สึก.....	51
2.4	การตัดสินใจ (Making Decisions).....	52
2.5	การมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอน (Graded Task Assignments).....	53
2.6	วิธีการเขียนรูปแบบของปัญหาแบบที่ 1.....	55
2.7	วิธีการเขียนรูปแบบของปัญหาแบบที่ 2.....	56

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1.1	เปรียบเทียบสัดส่วนนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า.....	3
3.1	แบบแผนการทดลองแบบ Two Group Pretest – Posttest Design.....	65
3.2	กำหนดเวลาในการให้การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าของนักเรียน.....	68
4.1	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ และอายุ.....	72
4.2	การวิเคราะห์ข้อมูลการกระจายข้อมูล.....	72
4.3	ผลการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักเรียน กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม.....	73
4.4	ผลการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักเรียน ระหว่าง กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มแบบทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน.....	74

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาเป็นและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ และสังคม รวมถึงการเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ในสังคม ส่งผลให้วัยรุ่นเสี่ยงที่จะมีปัญหามental health ปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นส่วนใหญ่ยังไม่เป็นที่รู้จักและไม่ได้รับการรักษา วัยรุ่นที่มีภาวะสุขภาพจิต มีความเสี่ยงเป็นอย่างมากในการใช้ชีวิตในสังคมปัจจุบัน (ส่งผลต่อความพร้อมในการขอความช่วยเหลือ) เช่น ปัญหาด้านการศึกษา พฤติกรรมเสี่ยงภัย สุขภาพร่างกาย การละเมิดสิทธิมนุษยชน และความผิดปกติทางอารมณ์ ปัญหาที่พบได้แก่ โรควิตกกังวล (ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับความคิดที่ตื้นเขินหรือวิตกกังวลมากเกินไป) มักพบบ่อยในกลุ่มอายุนี้ และมักพบในผู้สูงอายุมากกว่าวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า องค์การอนามัยโลกคาดว่า 3.6% ของเด็กอายุ 10-14 ปี และ 4.6% ของเด็กอายุ 15-19 ปี มีที่อาการวิตกกังวล และสามารถเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ประมาณ 1.1% ของวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี และ 2.8% ของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลมีอาการเดียวกัน ซึ่งรวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์อย่างรวดเร็วและไม่คาดคิด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าสามารถส่งผลกระทบต่อการศึกษา การเข้าโรงเรียนและการเรียน การแยกตัวออกจากสังคมอาจทำให้ความโดดเดี่ยวและความเหงาเพิ่มขึ้น ภาวะซึมเศร้าสามารถนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (World Health Organization, 2021)

ปัญหาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ส่งผลให้มีอาการเศร้า รำคาญ หงุดหงิด มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกไร้ค่า มักรู้สึกว่าไม่มีใครเข้าใจ ซึ่ใจน้อย หหมดความสนใจในเรื่องต่าง ๆ ไม่เข้าสังคม ใช้สารเสพติด หรือดื่มแอลกอฮอล์ นอนหรือทานอาหารมากเกินไป ทำร้ายตัวเอง โดดเรียน หรือการเรียนแยลง และหากไม่ได้รับการแก้ไข หรือรับการรักษาอย่างเหมาะสม อาการมักแยลงหากไม่ได้รับการรักษา ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านอารมณ์ พฤติกรรม รวมถึงสุขภาพและการใช้ชีวิต ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ ดังนี้ ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ซึ่งอาจนำไปสู่โรคหัวใจและโรคเบาหวาน ความเจ็บปวดและเจ็บป่วยทางร่างกาย การติดสุราและสารเสพติด โรควิตกกังวล โรคแพนิก หรือโรคกลัวสังคม ปัญหาด้านความสัมพันธ์ เช่น ครอบครัว ที่ทำงาน และโรงเรียน แยกตัวออกจากสังคม คิดหรือพยายามฆ่าตัวตาย ทำร้ายตัวเอง การตายก่อนวัยอันควร เป็นต้น (ฐิติพร ศุภสิทธิ์ธำรง, 2565)

ภาวะซึมเศร้า ถือว่าเป็นดัชนีชี้วัดที่สำคัญที่ใช้ประเมินสภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นและเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพของบุคคลทุกเพศทุกวัยในทุกประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่น ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะอารมณ์ที่แสดงออกโดยมีอารมณ์เศร้า ว่าเหว ลึนหวัง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า มักตำหนิตัวตนเองร่วมกับมีอาการทางกาย เช่น พุดน้อย เฉื่อยชาลง ซึ่งอาจเป็นประสบการณ์ความสูญเสีย ความผิดหวังในชีวิตจากสิ่งที่ตั้งใจไว้ (กาญจนา สุทธิเนียม, 2561) และดังที่ บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์ (2560) กล่าวไว้ว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะการเจ็บป่วยที่ต้องเร่งรักษาและป้องกัน เนื่องจากโรคนี้อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งชีวิต การงาน การเรียน การเข้าสังคมของผู้ป่วย

วัยรุ่นเป็นทรัพยากรที่มีค่าในการพัฒนาประเทศในอนาคตจากการสำรวจข้อมูลของกรมสุขภาพจิต (2562) พบว่าในปี 2560 กลุ่มเยาวชนอายุ 20-24 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายที่ 4.94 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2561 เพิ่มขึ้นเป็น 5.33 ต่อประชากรแสนคน และจากรายงานจำนวนการฆ่าตัวตายของประเทศไทย พบว่า ในปี 2560 กลุ่มเด็ก และเยาวชนอายุ 10 – 29 ปี มีจำนวนการฆ่าตัวตายที่ 714 คน ในปี 2561 มีจำนวนการฆ่าตัวตายที่ 776 คน และในปี 2562 มีจำนวนการฆ่าตัวตายที่ 778 คน (กรมสุขภาพจิต, 2562) โดยพบว่าการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี

สถานการณ์ปัจจุบันเด็กและเยาวชนมีแนวโน้มต้องการรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตในส่วนของกาให้บริการสายด่วนสุขภาพจิตพบว่า กลุ่มเยาวชนโทรเข้ามาปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตมากยิ่งขึ้น โดยในช่วง 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2562 พบว่า 1 ใน 3 ของผู้โทรเข้ามาปรึกษาทั้งหมด เป็นกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 11-25 ปี และ 5 อันดับปัญหาที่พบมาก คือ ความเครียด หรือความวิตกกังวล ปัญหาจิตเวช ปัญหาความรัก ปัญหาซึมเศร้า และปัญหาครอบครัว ที่อาจนำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หรือเหตุการณ์ที่เป็นอันตราย เพื่อตระหนักถึงสถานการณ์ดังกล่าวที่เกิดขึ้นกับนักเรียน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) โดยสำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา จึงได้มีการดำเนินการพัฒนาด้านสุขภาพจิตในโรงเรียนแบบบูรณาการ โดยการสำรวจข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในโรงเรียนสะท้อนถึงผลการดำเนินงานสุขภาพจิตในโรงเรียนที่ผ่านมา และเปิดเวทีรับฟังความคิดเห็นของจิตแพทย์ นักจิตวิทยา รวมทั้งผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตในโรงเรียน เพื่อร่วมกันวางแผนพัฒนาด้านสุขภาพจิต นำไปสู่การยกร่างแนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตในโรงเรียนแบบบูรณาการ ควบคู่กับการพัฒนาโปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการช่วยเหลือสุขภาพจิตของนักเรียนกับสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับจิตแพทย์และทีมสุขภาพจิตในแต่ละพื้นที่ครอบคลุมทั่วประเทศ ส่งผลต่อการดำเนินงานสุขภาพจิตในโรงเรียนได้อย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรมได้มากยิ่งขึ้น เพื่อดูแลส่งเสริมให้นักเรียนมีพัฒนาการและมีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งถือเป็นพื้นฐานความพร้อมสู่การเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพและดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข (กรุงเทพธุรกิจ, 2562)

จากการสำรวจนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า ของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาสิงห์บุรี อ่างทอง (สพม.5 เดิม) จำนวน 26 โรงเรียน ในปีการศึกษา 2563 ปีการศึกษา 2564 และปีการศึกษา 2565 สามารถสรุปได้ ดังตารางที่ 1.1

ตารางที่ 1.1 เปรียบเทียบสัดส่วนนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า

ระดับชั้น	ปีการศึกษา 2563			ปีการศึกษา 2564			ปีการศึกษา 2565			เพิ่ม/ลด (ร้อยละ)
	จำนวน นักเรียน ทั้งหมด	จำนวน นักเรียน ที่มีความ เสี่ยง ภาวะ ซึมเศร้า	คิดเป็น ร้อยละ	จำนวน นักเรียน ทั้งหมด	จำนวน นักเรียนที่ มีความ เสี่ยงภาวะ ซึมเศร้า	คิด เป็น ร้อยละ	จำนวน นักเรียน ทั้งหมด	จำนวน นักเรียนที่ มีความ เสี่ยงภาวะ ซึมเศร้า	คิด เป็น ร้อยละ	
ม.1	3,413	299	8.76	3,340	576	17.25	3,485	588	16.87	0.02
ม.2	3,531	343	9.71	3,378	656	19.42	3,278	363	11.07	-0.45
ม.3	3,428	246	7.18	3,537	636	17.98	3,332	480	14.41	-0.25
ม.4	2,718	261	9.60	2,775	426	15.35	2,878	248	8.62	-0.42
ม.5	2,563	253	9.87	2,609	386	14.79	2,597	353	13.59	-0.09
ม.6	2,348	240	10.22	2,488	302	12.14	2,509	223	8.89	-0.26
รวม	18,001	1,642	9.12	18,127	2,982	16.45	18,079	2,255	12.47	-0.24

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าในแต่ละปีการศึกษาจะพบนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า โดย ทั้ง 3 ปีการศึกษา นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยรวม คิดเป็นร้อยละ 12.68 และระดับชั้นที่มีแนวโน้ม ความรุนแรงเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาศึกษาปีที่ 1 ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาเร่งด่วนที่นักเรียน ควรได้รับการช่วยเหลือและดูแลอย่างถูกวิธี เพื่อให้กลุ่มนักเรียนที่ประสบปัญหาดังกล่าวสามารถ ปรับตัวและใช้ชีวิตในสังคมปัจจุบันได้อย่างมีความสุข รวมไปถึงครู บุคลากรทางการศึกษา รวมไปถึง ผู้ปกครองมีแนวทางในการรับมือกับปัญหาภาวะซึมเศร้าในช่วงวัย 12-15 ปี ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูล การสำรวจนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาสิงห์บุรี อ่างทอง ที่พบว่านักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ที่มีช่วง อายุอยู่ระหว่าง 12-15 ปี ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา ตอนต้น เพื่อช่วยเหลือให้นักเรียนมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาและปรับตัวเข้ากับสังคมปัจจุบันได้ เนื่องจากนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ ดังทฤษฎีพัฒนาการของ Erikson ที่แบ่งพัฒนาการของมนุษย์เป็น 8 ชั้น พัฒนาการแต่ละชั้นติดต่อ สืบเนื่องกันตลอดเวลา โดยมีพัฒนาการทางด้านร่างกายเป็นตัวนำไปสู่พัฒนาการขั้นต่อ ๆ ไป ในแต่ละชั้นพัฒนาการที่แบ่ง Erikson เชื่อว่า ในแต่ละชั้นเด็กจะต้องพบกับปัญหาเฉพาะ ซึ่งถ้าแก้ปัญหาได้ สำเร็จก็จะเกิดความรู้สึกที่ดีเหลือตกค้างอยู่ก่อนที่จะก้าวขึ้นสู่พัฒนาการขั้นต่อไป แต่ถ้าแก้ปัญหาไม่ได้ ก็จะเกิดความรู้สึกที่ไม่ดี (พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์, 2547) ดังนั้นหากนักเรียนในระดับชั้น มัธยมศึกษาตอนต้นไม่สามารถจัดการกับปัญหาทางจิตใจได้ ก็จะส่งผลต่อการพัฒนาการไปสู่ขั้น ต่อไปได้ยาก ซึ่งถ้าได้รับวิธีการที่เหมาะสมในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นก็จะส่งผลที่ดีต่อตัวนักเรียน รวมไปถึงสามารถไปสู่พัฒนาการในขั้นต่อไปได้ดียิ่งขึ้น

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีรูปแบบในการช่วยเหลือและลดระดับภาวะซึมเศร้า ดังนี้ (1) การลดระดับภาวะซึมเศร้าโดยการนำทฤษฎีการปรึกษาแบบรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Counselling Theory) การปรึกษาแบบรู้คิดและพฤติกรรมจะมุ่งเน้นไปที่ความคิดความรู้สึกและพฤติกรรมในปัจจุบันและสิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อชีวิตของคุณในปัจจุบันอย่างไร นั่นเป็นเหตุผลที่ การปรึกษาแบบรู้คิดและพฤติกรรม เป็นรูปแบบที่มีประโยชน์ในการใช้ในการปรึกษาสำหรับภาวะซึมเศร้า (Lindberg, 2021) (2) การบำบัดด้วยยา และจิตบำบัด ซึ่งขึ้นอยู่กับแพทย์ผู้บำบัดรักษา การรักษาด้วยจิตบำบัด ที่มีหลักฐานว่าประสิทธิภาพในการรักษาภาวะซึมเศร้าได้แก่การบำบัดโดยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการทำจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล (IPT) การบำบัดทางความคิด (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, 2563) จากการศึกษาพบว่า การลดระดับภาวะซึมเศร้าโดยการปรึกษาแบบรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Counselling Theory) เป็นที่นิยมในการนำมาใช้ให้การรักษาภาวะซึมเศร้า โดยจะเห็นได้จากการศึกษาของ พงษ์สุข พิงสุข (2561) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ผลของโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมผ่านความรู้คิด (CBT) ต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ พบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถปรับความคิด อารมณ์พฤติกรรมที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าให้ลดลงได้ และถิรนนท์ ผิวผา (2560) ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในกลุ่มทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้วิจัยในฐานะนักจิตวิทยาโรงเรียนประจำสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียน และงานเตรียมความพร้อมรับมือภาวะวิกฤติสุขภาพจิต มีความสนใจที่จะใช้กระบวนการปรึกษากลุ่ม ทฤษฎีการปรึกษากลุ่มแบบรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Group Counselling Theory) มาใช้ในการช่วยเหลือนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อลดภาวะซึมเศร้า และได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกวิธีและเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตภาคกลาง ก่อนทดลองและหลังการทดลองการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตภาคกลาง ก่อนทดลองและหลังการทดลองการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานของการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง หลังได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม ลดลงมากกว่าก่อนได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม
2. กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม มีภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปรึกษากลุ่มแบบรู้คิดและพฤติกรรม

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ที่กำลังศึกษาในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2566 ของโรงเรียนสิงห์บุรี จำนวน 500 คน

กลุ่มตัวอย่าง นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ที่กำลังศึกษาในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2566 ของโรงเรียนสิงห์บุรี จำนวน 500 คน จากนั้นใช้ตารางสำเร็จรูปของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970 อ้างใน อึ้งฉวี เอกะกุล, 2552) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 217 คน และทำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI) คัดเลือกนักเรียนมีค่าคะแนนรวมสูงกว่า 15 คะแนนขึ้นไป และอยู่ในเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) ตามที่ผู้วิจัยกำหนด จำนวน 16 คน สอบถามความสมัครใจยินดีเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มและได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง และได้ทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 8 คน Jacobs, Masson & Havill (2002)

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้มีคะแนนรวมสูงกว่า 15 คะแนนขึ้นไป โดยประเมินจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI)
2. ไม่เป็นผู้มีความผิดปกติทางการเรียนรู้ เช่น โรคสมาธิสั้น (ADHD) กลุ่มผิดปกติในการเรียนรู้ (Learning Disorders) เป็นต้น
3. ไม่เป็นผู้มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิต และไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า
4. มีความประสงค์เข้าร่วมการวิจัยโดยผ่านการยินยอมจากผู้ปกครอง

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

1. นักเรียนเข้ารับการรักษาภาวะซึมเศร้าโดยจิตแพทย์
2. นักเรียนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด
3. ไม่ได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองในเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การยุติเข้าร่วมโครงการ (Terminal Criteria)

1. นักเรียนมีความต้องการออกจากโครงการวิจัย
2. นักเรียนเข้ารับการรักษาบำบัดทางด้านภาวะซึมเศร้า นอกเหนือการเข้าร่วมโครงการ

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม

ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ได้รูปแบบการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมที่ช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ที่ส่งผลต่อระดับภาวะซึมเศร้าให้ลดลง และนักเรียนมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาและปรับตัวเข้ากับสังคมปัจจุบันได้
2. นักจิตวิทยาโรงเรียน ครู และบุคลากรทางการศึกษา หรือผู้ที่สนใจการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมที่ สามารถนำผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ เพื่อช่วยเหลือนักเรียน รวมไปถึงมีแนวทางในการดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่ประสบปัญหาภาวะซึมเศร้าต่อไป
3. สถานศึกษา สามารถนำผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้กับกระบวนการดูแลช่วยเหลือนักเรียนในสังกัด

นิยามศัพท์เฉพาะ

การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม หมายถึง กระบวนการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใช้ในการช่วยเหลือนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงเรียน สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง นานติดต่อกัน 5 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 10 ครั้ง ซึ่งการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กำลังศึกษาในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2566 ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสิงห์บุรี และมีคะแนนรวมสูงกว่า 15 คะแนนขึ้นไป จากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI) โดยมีขั้นตอนดังนี้

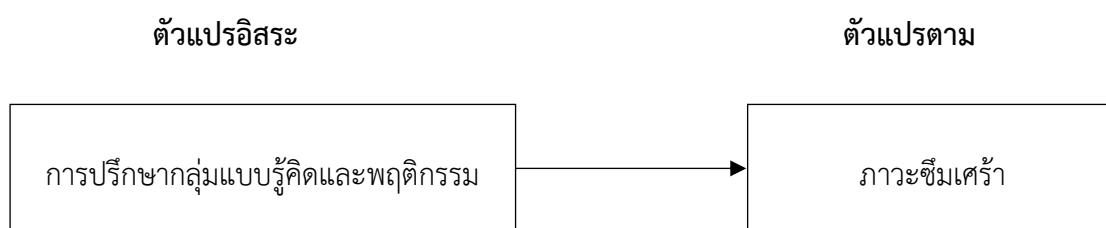
1. ขั้นเริ่มต้น: การสร้างสัมพันธภาพผู้ให้การปรึกษาดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการปรึกษา และสร้างสัมพันธภาพที่ดีในกลุ่ม โดยนำทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อสร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศในการปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความอบอุ่น ไร้กังวล ปลอดภัย และเป็นกันเอง ตลอดจนเกิดความมั่นใจในการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรม
2. ขั้นดำเนินการ: การสำรวจปัญหา/การทำความเข้าใจปัญหา/วางแผนการแก้ไขปัญหา ผู้ให้การปรึกษานำเทคนิคทักษะต่าง ๆ ของทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม โดยกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาได้บอกเล่าถึงปัญหาหรือสำรวจปัญหา และความต้องการของตนในการเข้ารับการปรึกษาในครั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจของปัญหาที่เกิดจากนั้นวางแผนในการแก้ไขปัญหาครั้งนี้ร่วมกัน
3. ขั้นยุติการปรึกษา: ผู้ให้การปรึกษาได้ดำเนินการให้สมาชิกได้ทบทวนการความคิด และพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของตนเองเพื่อให้สมาชิกเห็นความเปลี่ยนแปลงของตนเองหลังเข้ากลุ่มและยุติการปรึกษา

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะอารมณ์ทางด้านจิตใจ ความคิด และความรู้สึก ที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมในด้านลบ ซึ่งอาจรวมไปถึงการแสดงออกความคิดในด้านลบด้วย เช่น มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย มีความรู้สึกเบื่อหน่ายกับสิ่งที่ทำหรือสิ่งที่เคยทำแล้วมีความสุข ซึ่งอาจจะเกิดจากสภาวะแวดล้อมที่อยู่รอบตัวที่ส่งผลต่อสภาวะอารมณ์ทางด้านจิตใจ หรือเกิดจากสารเคมีในสมองที่ส่งผลต่อความคิด โดยวัดได้จากประเมินจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI) และมีคะแนนรวมสูงกว่า 15 คะแนนขึ้นไป

นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น หมายถึง นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 กำลังศึกษาในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2566 ของโรงเรียนสิงห์บุรี สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาสิงห์บุรี อ่างทอง

กรอบแนวคิดงานวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม โดยการมุ่งเน้นไปที่การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของนักเรียนในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ประสบปัญหาภาวะซึมเศร้า เนื่องจากบุคคลที่ประสบปัญหาภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล และส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกมาในเชิงลบ ซึ่งเมื่อนักเรียนในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นได้รับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม จะส่งผลต่อระดับภาวะซึมเศร้าลดลง และนักเรียนสามารถดำเนินชีวิตในสังคมที่มีการเปลี่ยนได้อย่างดี และมีวิธีการรับมือกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ดังภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า บทความ เอกสาร มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีแนวคิด ทฤษฎี ซึ่งประกอบด้วย

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่น
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น
3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษากลุ่ม
4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่น

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่น โดยสามารถแบ่งออกได้ ดังต่อไปนี้

1. ความหมายของวัยรุ่น

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวกับความหมายของวัยรุ่นโดยได้มีผู้ให้ความหมายของวัยรุ่น ไว้ดังนี้

สมศักดิ์ สมปอง (2559) ให้ความหมายของวัยรุ่นไว้ว่า วัยรุ่น หมายถึงช่วงอายุระหว่าง 12-18 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่มีการพัฒนาทางร่างกายและจิตใจอย่างรวดเร็ว เน้นเรื่องของการสร้างอัตลักษณ์และการพัฒนาความเป็นอิสระ

จรรยา เจริญสุข (2560) วัยรุ่นมักเป็นช่วงเวลาที่มีการทำหายกฎเกณฑ์และมีการค้นหาความหมายในชีวิตเพื่อเตรียมพร้อมเข้าสู่ผู้ใหญ่

มานพ คำแพง (2561) ให้ความหมายของวัยรุ่นไว้ว่า วัยรุ่นเป็นกลุ่มคนที่อยู่ในช่วงวัยเปลี่ยนผ่านระหว่างเด็กและผู้ใหญ่ โดยมักมีการพัฒนาทางด้านร่างกาย สังคม และอารมณ์ที่รวดเร็ว

สุวิน ศรีสวัสดิ์ (2562) ช่วงวัยรุ่นนั้นมักถือเป็นช่วงที่มีความสำคัญในการสร้างตัวตนและการแสวงหาการยอมรับจากเพื่อนและสังคมรอบข้าง

Roger (1961) ให้ความหมายของวัยรุ่นว่า วัยรุ่นเป็นช่วงเวลาที่สำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง และการพัฒนาความสัมพันธ์ที่มีความหมายกับผู้อื่น นอกจากนี้ เขายังมองว่าวัยรุ่นมีความสามารถในการสร้างและปรับเปลี่ยนอัตลักษณ์ของตนเองตามประสบการณ์และการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น

Hurlock (1974) ให้ความหมายของวัยรุ่นว่า เป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อของการเจริญเติบโตอย่างมีวุฒิภาวะ ซึ่งการบรรลุวุฒิภาวะนั้น เกิดจากการพัฒนาในทุกด้านไปพร้อมกัน โดยแบ่งพัฒนาการออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญา และด้านสังคม วัยรุ่นจึงเป็นวัยแห่งการปรับตัวต่อการพัฒนาเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วจนอาจกลายเป็นวัยแห่งปัญหา

อีกทั้งยังเป็นวัยที่มีความเคร่งเครียดทางอารมณ์ มีการตัดสินใจรวดเร็วและรุนแรง มีทัศนคติในการมองโลกและทัศนคติทางสังคมที่แตกต่างหรือขัดแย้งกับผู้ใหญ่ในบางเรื่อง

Dworetzky (1985) ให้ความหมายของวัยรุ่นว่า เป็นวัยที่ก้าวสู่วุฒิภาวะทางเพศอย่างสมบูรณ์ และสามารถเป็นบิดามารดาได้ รวมถึงเป็นวัยที่เรียกว่า "วัยแห่งพายุพายุแคม (Storm & Stress)" นั่นคือ มีความกดดันทางอารมณ์ที่รุนแรง มีการแสดงความรู้สึกอย่างเปิดเผยและตรงไปตรงมา พร้อมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงในร่างกายอย่างมาก มีสภาวะทางอารมณ์ไม่คงที่ และมีความสับสนเกี่ยวกับตนเอง

จากการศึกษาเอกสารเกี่ยวกับความหมายของวัยรุ่น สามารถสรุปได้ว่าวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และทางด้านอารมณ์ โดยการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจะสามารถสังเกตได้อย่างภายนอก ในส่วนของทางอารมณ์ในช่วงวัยรุ่นถือว่าเป็นช่วงวัยที่มีความอ่อนไหว และให้ความสนใจกับสังคมรอบตัวมากขึ้น ถือว่าเป็นช่วงวัยที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากหากไม่ได้รับการเลี้ยงดู ที่เหมาะสมอาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้ใหญ่ที่มีปัญหาได้

2. การแบ่งระยะวัยรุ่น

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการแบ่งระยะของวัยรุ่นโดยได้มีผู้อธิบายเกี่ยวกับความสำคัญของวัยรุ่นไว้ดังนี้

พนม เกตุมาน (2550) ได้แบ่งช่วงอายุของวัยรุ่นไว้ดังนี้

1. วัยรุ่นตอนต้น อยู่ในช่วงอายุ 10-13 ปี เป็นช่วงแรกของการเข้าสู่วัยรุ่น ในช่วงนี้วัยรุ่นจะยังมีพฤติกรรมค่อนข้างไปทางเด็ก เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายทุกระบบ วัยรุ่นจะมีความคิดหมกมุ่นกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้อารมณ์หงุดหงิดและแปรปรวนง่าย

2. วัยรุ่นตอนกลาง อยู่ในช่วงอายุ 14-16 ปี เป็นช่วงที่มีพฤติกรรมก้ำกึ่งระหว่างความเป็นเด็กกับผู้ใหญ่ ช่วงนี้วัยรุ่นจะยอมรับสภาพร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นหนุ่มเป็นสาวได้เริ่มมีความคิดที่ลึกซึ้ง ต้องการหาอุดมการณ์และหาเอกลักษณ์ของตนเอง เพื่อความเป็นตัวของตัวเอง

3. วัยรุ่นตอนปลาย 17-19 ปี เป็นช่วงเวลาของการตัดสินใจที่จะเลือกอาชีพที่เหมาะสมและเป็นช่วงเวลาที่ จะมีความผูกพันกับเพื่อนต่างเพศ สภาพทางร่างกายเปลี่ยนแปลงเติบโตโดยสมบูรณ์เต็มที่ และบรรลุนิติภาวะในเชิงกฎหมาย

สำนักอนามัยเด็กและวัยรุ่น (2555) ได้แบ่งช่วงอายุของวัยรุ่นไว้ดังนี้

1. วัยรุ่นต้น (Early Adolescence): อายุ 10-13 ปี ในระยะนี้ เด็กจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอย่างชัดเจน เช่น การเจริญเติบโตสูงขึ้นและการพัฒนาของอวัยวะเพศ อารมณ์มักมีความแปรปรวน เด็กอาจรู้สึกสับสนกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในร่างกาย รวมถึงความวิตกกังวลเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับเพื่อน และเริ่มมีการสนใจในเพื่อนมากขึ้น และอาจเริ่มมีความรักครั้งแรก โดยความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนเริ่มมีความสำคัญ

2. วัยรุ่นกลาง (Middle Adolescence): อายุ 14-17 ปี วัยรุ่นในระยะนี้มักจะเริ่มตั้งคำถามเกี่ยวกับตัวตนและอัตลักษณ์ของตนเอง ค้นหาคุณค่าที่แท้จริงและสำรวจความสนใจที่หลากหลาย ความสัมพันธ์กับเพื่อนจะมีความสำคัญสูงสุด วัยรุ่นมักมีความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนและลึกซึ้ง

มากขึ้น รวมถึงการมีความรักที่จริงจัง และเริ่มมีการคิดอย่างมีเหตุผล มักจะตั้งคำถามเกี่ยวกับสังคม จริยธรรม และคุณค่าของชีวิต

3. วัยรุ่นปลาย (Late Adolescence): อายุ 18-24 ปี ในระยะนี้วัยรุ่นจะเริ่มเตรียมตัวเข้าสู่ วัยผู้ใหญ่ มีการตัดสินใจที่สำคัญเกี่ยวกับการศึกษา อาชีพ และความสัมพันธ์ที่ยั่งยืน วัยรุ่นมักจะรู้สึกมีความรับผิดชอบมากขึ้นต่อการตัดสินใจในชีวิต มีการวางแผนอนาคตอย่างจริงจัง พวกเขาจะเริ่มมีความเข้าใจในตัวตนที่ชัดเจนและมั่นคง สามารถจัดการกับความเครียดและความท้าทายในชีวิตได้ดีขึ้น

สุรพล วิสุทธิ์อัมพร (2563) ได้แบ่งช่วงอายุของวัยรุ่นไว้ดังนี้

1. วัยรุ่นตอนต้น (Early Adolescence): ช่วงอายุ 10-13 ปี เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ ซึ่งทำให้เด็กเริ่มมีความสนใจในเรื่องเพศ และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่อาจทำให้มีความสับสนหรือวิตกกังวลได้ การพัฒนาในช่วงนี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะวัยรุ่นมักเผชิญกับความกดดันในการปรับตัวเข้ากับเพื่อนและสังคม การพัฒนาทางจิตใจเริ่มต้นจากการพยายามค้นหาตัวตน (self-identity) และความสัมพันธ์กับเพื่อน

2. วัยรุ่นตอนกลาง (Middle Adolescence): ช่วงอายุ 14-17 ปี เป็นช่วงที่วัยรุ่นเริ่มค้นหาอัตลักษณ์และเริ่มแสดงความเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น ท่านเน้นว่าช่วงนี้เป็นช่วงวิกฤตทางอารมณ์ที่สำคัญ เพราะวัยรุ่นมักจะตั้งคำถามเกี่ยวกับคุณค่าของตนเองและบทบาททางสังคม การควบคุมอารมณ์ในช่วงนี้เป็นสิ่งที่ยาก เนื่องจากวัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะเกิดความไม่แน่นอนในความคิดและอารมณ์ได้ง่าย

ดร.สุรพล กล่าวถึงปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อวัยรุ่น เช่น สภาพครอบครัว สังคม และวัฒนธรรม ที่อาจส่งผลให้วัยรุ่นต้องปรับตัวหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้ได้รับการยอมรับในกลุ่มเพื่อนหรือสังคม

3. วัยรุ่นตอนปลาย (Late Adolescence): ช่วงอายุ 18-21 ปี ในช่วงนี้วัยรุ่นมีพัฒนาการทางความคิดที่สมบูรณ์มากขึ้น การตัดสินใจและการควบคุมพฤติกรรมเริ่มดีขึ้น และวัยรุ่นสามารถรับมือกับความกดดันจากสิ่งแวดล้อมได้ดีกว่าเดิม การพัฒนาทักษะการควบคุมตนเอง (Self-Regulation) และการตัดสินใจที่มีเหตุผลเป็นสิ่งสำคัญในช่วงนี้ การเรียนรู้วิธีการรับมือกับความเครียดและปัญหาชีวิตจะช่วยให้วัยรุ่นสามารถพัฒนาตนเองไปสู่การเป็นผู้ใหญ่ที่มีความรับผิดชอบและมีความมั่นคงทางจิตใจได้

Kroger (2013) ได้แบ่งช่วงอายุของวัยรุ่นไว้ดังนี้

1. วัยรุ่นต้น (Early Adolescence: อายุ 10-14 ปี) ในระยะนี้ เด็กจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพอย่างรวดเร็ว เช่น การเจริญเติบโตสูงขึ้น การพัฒนาของอวัยวะเพศ และการเริ่มมีการผลิตฮอร์โมนเพศ อารมณ์อาจมีความแปรปรวนมากขึ้น เด็กอาจรู้สึกสับสนเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในร่างกายและการตัดสินใจ และเริ่มมีความสนใจในเพื่อนและอาจมีความรักครั้งแรก ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนเริ่มมีความสำคัญมากขึ้น

2. วัยรุ่นกลาง (Middle Adolescence: อายุ 15-17 ปี) วัยรุ่นในวัยนี้จะเริ่มตั้งคำถามเกี่ยวกับอัตลักษณ์ของตนเอง ค้นหาคุณค่าที่แท้จริง และสร้างแนวทางชีวิต ความสัมพันธ์กับเพื่อนจะมีความสำคัญที่สุดในชีวิต มีการสร้างกลุ่มเพื่อนที่สนับสนุนซึ่งกันและกัน และเริ่มคิดอย่างมีเหตุผล และมองเห็นมุมมองที่หลากหลาย พวกเขาจะเริ่มตั้งคำถามเกี่ยวกับสังคมและจริยธรรม

3. วัยรุ่นปลาย (Late Adolescence: อายุ 18-20 ปี) วัยรุ่นในวัยนี้จะเริ่มมีการตัดสินใจที่สำคัญ เช่น การเลือกอาชีพหรือการศึกษา และการสร้างความสัมพันธ์ที่มีความหมายพวกเขาจะเริ่มมีความรับผิดชอบต่อการตัดสินใจในชีวิต มีการวางแผนอนาคตและการจัดการกับปัญหา เริ่มพัฒนาอัตลักษณ์ที่ชัดเจนและมั่นคงมากขึ้น โดยสามารถแยกแยะตัวเองจากคนอื่นได้

4. วัยรุ่นตอนปลาย (Early Adulthood: อายุ 21-24 ปี) ในวัยนี้จะมีการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความรับผิดชอบที่มากขึ้นในชีวิต เช่น การทำงานและการสร้างครอบครัวอาจเริ่มสร้างความสัมพันธ์ที่ยาวนานและมีความหมาย เช่น การหาคู่ชีวิต มีการพัฒนาทักษะในการทำงานและการจัดการชีวิตในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Steinberg (2014) ได้แบ่งช่วงอายุของวัยรุ่นไว้ดังนี้

1. วัยรุ่นต้น (Early Adolescence: อายุ 10-13 ปี) เป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ในวัยนี้วัยรุ่นจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพที่สำคัญ เช่น การเจริญเติบโตและการพัฒนาของอวัยวะเพศ โดยเฉพาะในช่วงที่เริ่มมีการผลิตฮอร์โมนเพศ มีพัฒนาการทางอารมณ์ อารมณ์ของวัยรุ่นในวัยนี้มักจะมีอารมณ์แปรปรวนมากขึ้น บ่อยครั้งที่วัยรุ่นรู้สึกสับสนกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในร่างกายและอารมณ์ และมีการสร้างความสัมพันธ์ เริ่มมีความสนใจในเพื่อนและอาจเริ่มมีความรักครั้งแรก ความสัมพันธ์กับเพื่อนเริ่มมีความสำคัญมากขึ้น

2. วัยรุ่นกลาง (Middle Adolescence: อายุ 14-17 ปี) วัยรุ่นจะเริ่มค้นหาตนเอง โดยตั้งคำถามเกี่ยวกับคุณค่าและอัตลักษณ์ของตนเอง มักมีการสำรวจทางเลือกในชีวิตและค่านิยมที่แตกต่าง ความสัมพันธ์กับเพื่อนกลายเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในชีวิต มีการสร้างกลุ่มเพื่อนและสนใจในความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนมากขึ้น มีการคิดอย่างมีเหตุผลมากขึ้น เริ่มตั้งคำถามเกี่ยวกับเรื่องที่ซับซ้อน รวมถึงเรื่องสังคมและจริยธรรม

3. วัยรุ่นปลาย (Late Adolescence: อายุ 18-24 ปี) ในวัยนี้ วัยรุ่นจะเริ่มเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ โดยมักจะทำ的决定ใจเกี่ยวกับการศึกษา อาชีพ และความสัมพันธ์ที่มีความหมาย เริ่มมีความรับผิดชอบต่อการตัดสินใจในชีวิตมากขึ้น รู้สึกมีความสามารถในการจัดการกับชีวิตประจำวัน และเริ่มพัฒนาอัตลักษณ์ที่ชัดเจนและมั่นคง โดยการสร้างความสัมพันธ์ที่มีความหมายและการตั้งเป้าหมายในชีวิต

Santrock (2018) ได้แบ่งช่วงอายุของวัยรุ่นไว้ดังนี้

1. วัยรุ่นต้น (Early Adolescence: อายุ 10-13 ปี) เป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในช่วงนี้เด็กจะเริ่มมีการเจริญเติบโตทางร่างกายอย่างรวดเร็ว มีการพัฒนาของอวัยวะเพศที่เริ่มขึ้น ทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ วัยรุ่นต้นมักประสบกับอารมณ์ที่แปรปรวน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนและความเครียดจากการปรับตัวในโรงเรียน และมีการพัฒนาความสัมพันธ์ เริ่มมีความสนใจในเพื่อนและอาจเริ่มสำรวจความรักครั้งแรก แม้ว่าอาจจะยังไม่ค่อยซับซ้อน

2. วัยรุ่นกลาง (Middle Adolescence: อายุ 14-17 ปี) เป็นช่วงวัยที่มีการพัฒนาอัตลักษณ์ วัยรุ่นในวัยนี้มักจะเริ่มตั้งคำถามเกี่ยวกับตัวตนและการเป็นอยู่ มีการสำรวจความสนใจและค่านิยมความสัมพันธ์ทางสังคม มีการสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนมากขึ้น มักจะใช้เวลาส่วนใหญ่กับเพื่อนและมีกลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิดการมีความคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ เริ่มพัฒนาความคิดที่ซับซ้อนสามารถมองเห็นมุมมองที่หลากหลาย และเริ่มตั้งคำถามเกี่ยวกับความยุติธรรมและค่าใช้จ่ายของผู้ใหญ่

3. วัยรุ่นปลาย (Late Adolescence: อายุ 18-24 ปี) เป็นช่วงวัยที่มีการเตรียมเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ วัยรุ่นในวัยนี้มักเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ โดยตัดสินใจเกี่ยวกับการศึกษา อาชีพ และความสัมพันธ์ที่มีความหมาย มีการพัฒนาทักษะการตัดสินใจ เริ่มมีการตัดสินใจที่สำคัญในชีวิต เช่น การเลือกอาชีพ การสร้างความสัมพันธ์ที่ยั่งยืน และมีความรับผิดชอบและการควบคุมอารมณ์ มีการควบคุมอารมณ์ที่ดีขึ้น รู้สึกมีความรับผิดชอบมากขึ้น และสามารถจัดการกับความเครียดในชีวิตได้ดีขึ้น

จากการศึกษาเอกสารเกี่ยวกับการแบ่งระยะของวัยรุ่น สามารถสรุปได้ว่าการแบ่งระยะของวัยรุ่นจะมีทั้งหมด 3 ระยะ มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 10 – 20 ปี เป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจิตใจ และสังคม มีความอ่อนไหว ต้องการเป็นที่ยอมรับของคนอื่น อยากรู้อยากเห็นอยากทดลอง แต่ขาดการคิดไตร่ตรองอย่างรอบคอบ การควบคุมตนเอง ซึ่งก็อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อภาวะอารมณ์ เป็นต้น

3. ทฤษฎีจิตวิทยาวัยรุ่น

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวกับทฤษฎีจิตวิทยาวัยรุ่น โดยได้มีผู้อธิบายเกี่ยวกับทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่น ไว้ดังนี้

ทฤษฎีพัฒนาการทางจริยธรรมของโคลเบอร์ก Kohlberg

Kohlberg (1981) มุ่งเน้นไปที่การพัฒนาความสามารถในการคิดเชิงจริยธรรมของบุคคล โดยเขาเสนอโมเดลที่แบ่งออกเป็นสามระดับหลัก ได้แก่ ระดับก่อนจริยธรรม (Pre-Conventional), ระดับจริยธรรม (Conventional), และระดับหลังจริยธรรม (Post-conventional) แต่ละระดับจะแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ทำให้รวมเป็น 6 ขั้นตอนในระบบของเขา

ระดับก่อนจริยธรรม (Pre-Conventional Level) : ความคิดเชิงจริยธรรมของบุคคลมักมาจากผลประโยชน์ส่วนตัว ขั้นตอนที่ 1 คือ การหลีกเลี่ยงโทษ (Obedience and Punishment Orientation) และขั้นตอนที่ 2 คือ การแสวงหาผลประโยชน์ (Self-Interest Orientation)

ระดับจริยธรรม (Conventional Level): บุคคลเริ่มมีการรับรู้ถึงกฎระเบียบและค่านิยมของสังคม ขั้นตอนที่ 3 คือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Accord and Conformity) และขั้นตอนที่ 4 คือ การรักษาระเบียบสังคม (Authority and Social Order Maintaining Orientation)

ระดับหลังจริยธรรม (Post-Conventional Level): การคิดเชิงจริยธรรมจะพัฒนาจนถึงจุดที่มีการตั้งคำถามเกี่ยวกับกฎเกณฑ์ทางสังคม ขั้นตอนที่ 5 คือ สัญญาสังคม (Social Contract Orientation) และขั้นตอนที่ 6 คือ หลักการจริยธรรมส่วนบุคคล (Universal Ethical Principles)

Kohlberg เชื่อว่าการพัฒนาทางจริยธรรมนี้เป็นกระบวนการที่มีความก้าวหน้า โดยวัยรุ่นจะสามารถพัฒนาความเข้าใจในหลักการที่ลึกซึ้งและมีความซับซ้อนได้มากขึ้น

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของ Freud

Freud (1905) เน้นเรื่องพัฒนาการทางจิตใจและอารมณ์ที่เกิดจากแรงขับเคลื่อนภายในจิตใจได้สำนึก ซึ่งเขาแบ่งพัฒนาการของมนุษย์ออกเป็น 5 ขั้น โดยช่วงที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นคือ ขั้นแฝง (Latency Stage) และ ขั้นอวัยวะเพศ (Genital Stage)

ขั้นแฝง (Latency Stage): ช่วงอายุประมาณ 6-12 ปี เป็นช่วงที่พลังทางเพศ (libido) ของเด็กถูกระงับลง และพลังจิตถูกมุ่งไปยังการเรียนรู้และพัฒนาทักษะสังคม มิตรภาพ และการสร้างตัวตนในบริบททางสังคม

ขั้นอวัยวะเพศ (Genital Stage): ช่วงวัยรุ่นและต่อเนื่องไปถึงวัยผู้ใหญ่ เป็นช่วงที่พลังทางเพศถูกปลุกขึ้นอีกครั้ง แต่คราวนี้พลังทางเพศจะมุ่งไปที่ความสัมพันธ์ทางเพศกับบุคคลอื่น โดยวัยรุ่นจะเริ่มค้นหาความสัมพันธ์ที่มีความหมายกับผู้อื่น พัฒนาการทางเพศในขั้นนี้มีบทบาทสำคัญต่อการสร้างตัวตนและการเติบโตเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์

Freud เชื่อว่าพฤติกรรมในวัยรุ่นถูกขับเคลื่อนโดยแรงจูงใจทางเพศ และปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงนี้อาจมาจากความขัดแย้งทางเพศที่เกิดขึ้นในวัยเด็ก ซึ่งอาจนำไปสู่ความขัดแย้งในจิตใจได้สำนึกที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในวัยรุ่น

ทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคมของ Erikson

Erikson (1968) ได้เสนอทฤษฎีเกี่ยวกับพัฒนาการทางจิตสังคม (Psychosocial Development) โดยเน้นที่การพัฒนาทางสังคมและจิตใจในแต่ละช่วงวัย ในช่วงวัยรุ่น (อายุ 12-18 ปี) เขาเรียกว่าขั้น "อัตลักษณ์กับความสับสนในบทบาท" (Identity vs. Role Confusion) โดยวัยรุ่นจะเผชิญกับคำถามเกี่ยวกับตัวตนและบทบาทของตนในสังคม ซึ่งเป็นช่วงที่พวกเขาพยายามค้นหาอัตลักษณ์ที่แท้จริง หากวัยรุ่นประสบความสำเร็จในช่วงนี้ พวกเขาจะมีอัตลักษณ์ที่มั่นคง แต่หากล้มเหลว พวกเขาอาจเผชิญกับความสับสนในบทบาท

ทฤษฎีพัฒนาการทางการคิดของ Piaget

Piaget (1972) ได้เสนอทฤษฎีเกี่ยวกับพัฒนาการทางการคิด (Cognitive Development) ในช่วงวัยรุ่นจะเข้าสู่ขั้นการคิดเชิงนามธรรม (Formal Operational Stage) ซึ่งเริ่มต้นที่อายุประมาณ 11-12 ปี ในขั้นนี้ วัยรุ่นสามารถคิดอย่างมีเหตุผล เข้าใจเรื่องซับซ้อน เช่น แนวคิดทางคณิตศาสตร์ ปรัชญา และทฤษฎีที่เป็นนามธรรม พวกเขายังสามารถพิจารณาผลที่ตามมาจากการกระทำของตนเองในอนาคต และพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาที่ซับซ้อนมากขึ้น

ทฤษฎีพัฒนาการทางสังคมและอารมณ์ของ Hall

Hall (1904) เป็นหนึ่งในนักจิตวิทยาคนแรกๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับวัยรุ่น โดยเขาอธิบายว่าช่วงวัยรุ่นเป็นช่วงของ "พายุและความเครียด" (Storm and Stress) โดยในช่วงนี้จะเกิดความขัดแย้งในจิตใจ วัยรุ่นมักมีอารมณ์ที่ไม่แน่นอน การเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจทำให้เกิดความเครียดและความไม่มั่นคง

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura

Bandura (1986) ได้พัฒนาทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ที่อธิบายว่าวัยรุ่นพัฒนาพฤติกรรมผ่านการสังเกตและแบบจำลอง (Modeling) พฤติกรรมจากบุคคลรอบข้าง เช่น พ่อแม่ ครู และเพื่อน ๆ ซึ่งวัยรุ่นมักเรียนรู้พฤติกรรมเหล่านี้โดยไม่จำเป็นต้องมีประสบการณ์ตรง ทั้งยังสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ทางสังคมต่างๆ ได้

จากการศึกษาเอกสารเกี่ยวกับทฤษฎีจิตวิทยาวัยรุ่น สามารถสรุปได้ว่า ทฤษฎีจิตวิทยาวัยรุ่นส่วนใหญ่อธิบายถึงพัฒนาการทางจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคลในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ทั้งในด้านร่างกาย สังคม และจิตใจในช่วงวัยรุ่น วัยรุ่นจะเผชิญกับการค้นหาตัวตน การสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น การพัฒนาความคิดเชิงนามธรรม และการพัฒนาความสามารถในการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล นอกจากนี้ยังมีการจัดการกับอารมณ์ที่รุนแรงและความกดดันจากสังคม ทฤษฎีจิตวิทยาวัยรุ่นมีความสำคัญต่อการเข้าใจปัญหาและความท้าทายที่วัยรุ่นประสบ เช่น ความเครียด ความไม่มั่นใจในตัวเอง และปัญหาความสัมพันธ์ ซึ่งช่วยให้ผู้ใหญ่และครอบครัวสามารถสนับสนุนและให้คำแนะนำที่เหมาะสมแก่วัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่น เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่น พบเอกสารดังนี้

Khong, Ku, Teng, Ling, & Ooi (2023) ได้ศึกษาความชุกและความสัมพันธ์ของการกลั่นแกล้งบนอินเทอร์เน็ต และภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยรุ่นของมาเลเซียในช่วงการระบาดของ COVID-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 281 คน รายงานว่าตนเองมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 17.6% และกลุ่มตัวอย่าง 726 คน รายงานว่าตนเองไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 45.6% Winburn, & Ofei-Dodoo. (2023) ได้ศึกษาการพึ่งพานิโคตินจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า และอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นในมิดเวสต์สหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่าง 69 ราย อายุเฉลี่ยของวัยรุ่นคือ 17.6 (SD = 2.3), 46.4% (n = 32) เป็นผู้หญิง และ 53.6% (n = 37) เป็นผู้ชาย วัยรุ่นมากกว่า 88% (n = 61) มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การพึ่งพานิโคตินสูงจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า และ 30.4% มีภาวะซึมเศร้า ผลการวิเคราะห์แบบจำลองแบบผสม พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการพึ่งพานิโคตินจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้าและอาการซึมเศร้า (OR = 1.07; ช่วงความเชื่อมั่น 95%, 0.93-1.23; OR = 1.07; P = .0365)

กรองทอง ออมสิน และวารภรณ์ ชัยวัฒน์ (2556) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการกับความเครียดของวัยรุ่นตอนต้น พบว่า (1) วัยรุ่นตอนต้นที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการกับความเครียดหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง (M = 74.84, S.D = 7.88) ต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม (M = 59.23, S.D = 7.86) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t (df) = -8.39, p < .001) (2) วัยรุ่นตอนต้นที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการกับความเครียดภายหลังการทดลอง (M = 74.84, S.D = 7.88) ต่ำกว่าวัยรุ่นตอนต้นที่ได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการกับความเครียดตามปกติ (M = 59.13, S.D = 11.343) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t(df) = 6.30, p < .001) จากผลการวิจัย การจัดโปรแกรมการส่งเสริม

การรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถช่วยในการจัดการความเครียดในวัยรุ่นได้ และควรนำไปทดลองใช้ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกับกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น มารดา วัยรุ่น หรือ ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น เป็นต้น

สุธิดา พลพิพัฒน์พงศ์ และคณะ (2561) ได้ศึกษาความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่นและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า วัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงสูงต่อการมีความคิดฆ่าตัวตาย (Mean = 7.08, S.D. = 4.91) กลุ่มตัวอย่างที่มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต คือมีปัญหาเกี่ยวกับนักเรียนอื่นและมีปัญหาเกี่ยวกับครู/อาจารย์ มีโอกาสมีความคิดฆ่าตัวตายมากเป็น 3.7 เท่า ของผู้ที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับนักเรียนอื่น (OR = 3.65, CI = 1.53 - 8.73) และ 2.2 เท่าของผู้ที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับครู/อาจารย์ (OR = 2.21, CI = 1.15 - 4.23) นอกจากนี้ ผู้ที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหามีโอกาสมีความคิดฆ่าตัวตายมากเป็น 2.4 เท่า ของผู้ที่ไม่พฤติกรรมที่เป็นปัญหา (OR = 2.36, CI = 1.17 - 4.74) ผลการวิจัยครั้งนี้ให้ข้อเสนอแนะว่าพยาบาลและผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพวัยรุ่นควรนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการมีพฤติกรรมสังคมทางบวก รวมทั้งสนับสนุนการมีสัมพันธภาพที่เหมาะสมระหว่างเพื่อนนักเรียนและครู/อาจารย์ เพื่อลดและป้องกันการมีความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น

1. ความหมายของภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความหมายของภาวะซึมเศร้าโดยได้มีผู้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า ไว้ดังนี้

ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2556) ได้อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้เป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าที่หมายถึงอารมณ์เศร้าปกติ (Normal Low Mood, Feeling Blue) ภาวะซึมเศร้าในความหมายนี้ หมายถึง ภาวะอารมณ์ที่สามารถเกิดขึ้นได้ในคนปกติทั่วไป โดยเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งเร้าหรือสถานการณ์บางอย่างที่ทำให้บุคคลไม่สมหวัง ผิดหวัง ลึกลับ หรือไม่มีความสุข บุคคลจะมีความรู้สึกหดหู่และซึมเศร้า เป็นภาวะอารมณ์หนึ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เป็นภาวะปกติในบุคคล อาจเกิดขึ้นเป็นช่วงเวลา หรือเป็นวัน อารมณ์ซึมเศร้าในภาวะปกตินี้สามารถหายไปเอง หรือเมื่อบุคคลเจอกับสิ่งเร้าใหม่หรือเงื่อนไขใหม่อารมณ์นี้ก็ลดลง โดยปกติบุคคลจะมีความรู้สึกเคลื่อนไหวไปมาระหว่างความสุขกับความเศร้า ขึ้นอยู่กับสภาพการณ์ของแต่ละบุคคล ภาวะซึมเศร้าที่หมายถึงอารมณ์ปกตินี้ไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาใด ๆ

2. ภาวะซึมเศร้าที่หมายถึงภาวะเศร้าที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการและอาการแสดงภาวะซึมเศร้าในความหมายนี้ หมายถึง ภาวะเศร้าที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการและอาการแสดงในทางจิตสรีระ (Psychopathological Dimension) มีระดับความรุนแรงตั้งแต่ระดับเล็กน้อย ระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรง อาการและอาการแสดงจะเริ่มส่งผลกระทบต่อบุคคลได้มากกว่าอารมณ์เศร้าปกติ โดยบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมของบุคคลนั้น และมักพบว่า มีผลกระทบต่อ กิจกรรมประจำวัน การทำงาน และกิจกรรมทางสังคมทั่ว ๆ ไป ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนี้จำเป็นต้องมีผู้บำบัดหรือการปรึกษาจึงจะกลับสู่ภาวะปกติได้

3. ภาวะซึมเศร้าที่หมายถึงโรคทางจิตเวชคือโรคซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าในความหมายนี้หมายถึง โรคซึมเศร้า (Psychotic Depressive) ซึ่งจะมีเกณฑ์พิจารณาตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคทางจิตเวช ในความหมายของภาวะซึมเศร้าที่หมายถึงโรคซึมเศร้านี้บุคคลจะมีลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ เช่นเดียวกับภาวะซึมเศร้า แต่จะต้องพิจารณาตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชว่าเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่ และจะถูกระบุว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่ง เช่น การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชขององค์การอนามัยโรคฉบับที่ 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision [ICD-10]) ตัวอย่างเช่น Depressive Episode (F 32), Recurrent Depressive Episode (F 33), Dysthymia (F 34.1) การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition, Text Revision [DSM-IV-TR]) ตัวอย่างเช่น Major Depressive Disorder (296.2x) Dysthymic Disorder (300.4) โดยโรคซึมเศร้านี้จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทางการแพทย์ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม อาการต่าง ๆ จึงลดลงได้

นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ (2559) ได้อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึง ภาวะจิตใจที่แสดงออกถึงความผิดปกติของอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้าไม่มีความสุข เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง เชื่องซึม นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาดสมาธิ วิตกกังวลมองโลกในแง่ลบ ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนทั้งคนปกติ ผู้ป่วยทางกาย และผู้ป่วยทางจิตเวช อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ภาวะซึมเศร้าธรรมดาจนถึงภาวะซึมเศร้ารุนแรงหากไม่ได้รับการรักษาจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในที่สุด ซึ่งโรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติของจิตใจ โดยมีภาวะซึมเศร้าร่วมกับขาดความเคารพตนเอง รวมทั้งมีภาวะสิ้นยินดี คือ ไม่มีความพึงพอใจในกิจกรรมที่โดยปกติเป็นที่น่าพึงพอใจ ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตและอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงหรือเป็นโรคซึมเศร้าและไม่ได้รับการรักษาจะจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และไม่ตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นหากไม่ได้รับการรักษา ภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย อาทิ ความผิดปกติทางพันธุกรรม ความผิดปกติของสารชีวเคมีในสมอง ปัญหาทางด้านจิตใจ และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม จะเห็นได้ว่าสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าเกิดจากปัจจัยภายในและภายนอก ทั้งที่สามารถควบคุมได้และควบคุมไม่ได้

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2559) ได้อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ชนิดหนึ่ง อาการหลัก ๆ คือจะรู้สึกเบื่อหน่ายหรือเศร้าหรือทั้งสองอย่าง โดยอาจมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการกินการนอน เรียวแรง สมาธิ รวมถึงความรู้สึกที่มีต่อตัวเองร่วมด้วยการเปลี่ยนแปลงเช่นนี้ ถ้าเป็นไม่มากนัก อาจเข้าข่าย “ภาวะซึมเศร้า” แต่หากมีอาการมากและกินระยะเวลานานก็อาจพัฒนากลายเป็น “โรคซึมเศร้า” ซึ่งจะทำให้ไม่มีความสุขในชีวิต ทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ไม่ดีเหมือนเดิมและบางรายที่รู้สึกท้อแท้หรือหมดหวัง อาจส่งผลรุนแรงถึงขั้นไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป

กานต์ชนก อาจหาญ (2560) ได้อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ว่า ภาวะซึมเศร้าว่าเป็นมากกว่าความรู้สึกเศร้าเพียงอย่างเดียว โดยเน้นถึงความสำคัญของการเข้าใจว่าอาการนี้สามารถส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ที่ประสบปัญหา

กาญจนา สุทธิเนียม (2561) ได้อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่แสดงออกถึงความผิดปกติของสภาวะจิตใจโดยมีพฤติกรรมและการแสดงออกของภาวะผิดปกติได้ตั้งแต่วัยน้อยจนไปถึงระดับมาก ได้แก่ ไม่มีความสุข เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง เชื่องซึม นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาดสมาธิ วิตกกังวล มองโลกในแง่ลบ จนถึงการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย

กรมสุขภาพจิต (2563) ได้อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ว่า ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ที่มีลักษณะเศร้าหมอง ขาดความสนใจในกิจกรรมที่เคยชอบ และมีอาการอื่น ๆ เช่น ความเหนื่อยล้า การนอนหลับไม่ดี หรือการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันและความสัมพันธ์กับผู้อื่น ภาวะนี้อาจเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย รวมถึงกรรมพันธุ์ สภาพแวดล้อม และสภาวะจิตใจ

American Psychiatric Association (2013) ได้อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นโรคทางการแพทย์ที่พบได้บ่อยและร้ายแรง ซึ่งส่งผลกระทบต่อความรู้สึก วิธีคิด และพฤติกรรมของคุณ นอกจากนี้ยังสามารถนำไปสู่ปัญหาทางอารมณ์และร่างกายต่าง ๆ และลดความสามารถของบุคคลในการทำงานและใช้ชีวิตประจำวัน

WHO (2021) ได้อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติทางจิตที่พบบ่อยซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้คนมากกว่า 264 ล้านคนทั่วโลก มีลักษณะเฉพาะคือ ความเศร้าอย่างต่อเนื่อง และการขาดความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมที่สนใจหรือมีสนุกสนานในก่อนหน้านี้ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่ออารมณ์และความอยากอาหาร ความเหนื่อยล้าและสมาธิไม่ดีอย่างต่อเนื่อง ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการทั่วโลกและก่อให้เกิดภาวะโรคต่าง ๆ ทั่วโลก ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าอาจเกิดขึ้นได้นานหรือเกิดขึ้นอีกและอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำงานและใช้ชีวิตที่คุ้มค่าของบุคคล

National Institute of Mental Health (2022) ได้อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ว่า โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) ซึ่งมักเรียกว่า ซึมเศร้า เป็นโรคทางอารมณ์ที่พบได้บ่อยแต่ร้ายแรง ซึ่งส่งผลกระทบต่อความรู้สึก วิธีคิด และการจัดการกิจกรรมประจำวัน

จากการศึกษาเอกสารเกี่ยวกับความหมายของภาวะซึมเศร้า สามารถสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การเปลี่ยนทางอารมณ์ ทางพฤติกรรม และทางร่างกาย ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 เป็นภาวะซึมเศร้าที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันที่เกิดจากความเครียดและความวิตกกังวลในช่วงคราว และสามารถหายเองได้ ระดับที่ 2 เป็นภาวะซึมเศร้าที่แสดงออกทางอารมณ์ พฤติกรรมในทางลบ และมักส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งในระดับนี้ควรได้รับการบำบัดหรือการรักษาที่เหมาะสม ระดับที่ 3 เป็นภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าโดยต้องเข้ารับการรักษาโดยการทานยา ร่วมกับการทำจิตบำบัด เป็นต้น

2. ทฤษฎีที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวกับทฤษฎีภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยแบ่งออกเป็นทฤษฎีทางชีววิทยาและทฤษฎีทางจิตวิทยา ไว้ดังนี้

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theories of Depression)

1.1 ทฤษฎีด้านพันธุกรรม (Genetic Theory) การเกิดภาวะซึมเศร้าว่าเกิดจากการถ่ายทอดลักษณะทางพันธุกรรม จากรุ่นหนึ่งสู่อีกรุ่นหนึ่ง ผ่านยีน ที่สามารถเกิดได้ทุกเชื้อชาติ ทั้งจะพบได้บ่อยในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย มีการศึกษาพบว่าในกรณีที่เป็นแฝดไข่ใบเดียวกันคนใดคนหนึ่งเกิดโรค อารมณ์ซึมเศร้า มีแนวโน้มที่แฝดอีกคนจะเกิดโรคอารมณ์ซึมเศร้าทั้งคู่มากกว่าพี่น้องคนอื่น ๆ (Meisel, 2015)

1.2 ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical Theory) ภาวะซึมเศร้าว่าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีของสารสื่อประสาทคือ อะเซทิลโคลีน (Acetylcholine) ซีโรโทนิน (Serotonin) โดปามีน (Dopamine) และนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ลดลง และการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีแนวโน้มที่เกี่ยวข้องโดยตรงหรือเป็นสาเหตุโดยตรงของการเกิดภาวะซึมเศร้า (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2015)

1.3 ต่อมประสาทไร้ท่อ (Neuroendocrine) ต่อมไทรอยด์ (The Thyroid) ว่าต่อมไทรอยด์เป็นต่อมขนาดเล็ก รูปร่างคล้ายผีเสื้อ ตั้งอยู่บริเวณด้านหน้าของลำคอ มีหน้าที่ผลิตฮอร์โมนไทรอยด์ซึ่งมี 2 รูปแบบหลัก คือ Triiodothyronine (T3) และ Thyroxine (T4) โดยฮอร์โมนไทรอยด์นั้นมีผลต่อระบบเผาผลาญพลังงานของร่างกาย จึงเกี่ยวข้องกับการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายเกือบทุกส่วน ที่สำคัญ เช่น การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย การหายใจ การเต้นของหัวใจ น้ำหนักตัว อารมณ์ ฯลฯ (โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์, 2563)

1.4 ไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) เป็นส่วนหนึ่งของระบบต่อมที่ควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย และควบคุมการหลั่งฮอร์โมน รวมทั้งฮอร์โมนความเครียดเมื่อคุณรู้สึกถึงภัยคุกคาม ไฮโปทาลามัสของคุณจะส่งสัญญาณไปยังต่อมหมวกไต เพื่อหลั่งฮอร์โมนอะดรีนาลีนเข้าสู่กระแสเลือด เพื่อเตรียมร่างกายให้พร้อมรับสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว เรียกว่าการตอบสนองแบบต่อสู้หรือหนี ตอนเช้า ๆ ของเรื่องนี้ปฏิกิริยาต่อสู้หรือหนีสามารถทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากความต่อเนื่องการปล่อยอะดรีนาลีนขัดขวางเคมีธรรมชาติของสมองเป็นเหตุให้เปิดรับภัยคุกคามที่เกิดขึ้นจริง (Meisel, 2015)

1.5 ฮอร์โมนเพศ (Sex Hormones) ฮอร์โมนเพศจะเชื่อมโยงกับอารมณ์ เช่น ผู้หญิงวัยก่อนมีประจำเดือนมักประสบการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและความหงุดหงิด เมื่อเกิดอารมณ์แปรปรวนรุนแรง เรียกว่า อาการอารมณ์ผิดปกติก่อนมีประจำเดือน Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) เมื่อคิดว่าเป็นเรื่องปกติของรอบเดือน PMDD ถือเป็นปัญหาทางจิตเวชที่ส่งผลกระทบต่อ 3 ถึง 8 เปอร์เซ็นต์ของผู้หญิงทั้งหมด อารมณ์อื่นที่เกี่ยวข้องกับฮอร์โมน ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดหรือที่เรียกว่า Postpartum blue หรือ Baby Blue เมื่อผู้หญิงตั้งครรภ์ ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน ฮอร์โมนเพศหญิงจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้น จากนั้นในวัยสี่สัปดาห์หลังคลอด ระดับของฮอร์โมนเหล่านี้ลดลงอย่างรวดเร็วระดับฮอร์โมนที่ลดลงสามารถทำให้เกิดความรู้สึกจากเพียงความหงุดหงิดต่อความเศร้า ความสิ้นหวังอย่างลึกซึ้ง และ

แม้กระทั่งความคิดฆ่าตัวตายเพราะฮอร์โมนสัมพันธ์กับอารมณ์ และเพราะผู้หญิงพบกับการเปลี่ยนแปลงที่มากขึ้นในความสุขของฮอร์โมนในแต่ละเดือน โดยผู้หญิงจะพบภาวะซึมเศร้าบ่อยกว่าผู้ชาย เมื่อเด็กชายและเด็กหญิงเข้าสู่วัยรุ่นมีอัตราซึมเศร้าเท่ากันแต่ตามอายุ 15 ปี หญิงสาวมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้ามากขึ้นเป็นสองเท่า อย่างไรก็ตาม ผู้ชายที่เป็นโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดและการฆ่าตัวตายมากกว่า (Meisel, 2015)

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theories of Depression)

2.1 ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behaviorism Theory) เน้นถึงความสำคัญของสภาพแวดล้อมในการกำหนดพฤติกรรมมุ่งเน้นไปที่พฤติกรรมที่สังเกตได้และเงื่อนไขที่บุคคลเรียนรู้พฤติกรรม ได้แก่ การปรับสภาพแบบคลาสสิก การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ดังนั้นภาวะซึมเศร้าจึงเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ตัวอย่างเช่น การวางเงื่อนไขแบบคลาสสิกระบุว่าภาวะซึมเศร้าคือการเรียนรู้ผ่านการเชื่อมโยงสิ่งเร้าบางอย่างที่มีสภาพทางอารมณ์เชิงลบ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมระบุว่าพฤติกรรมคือเรียนรู้ผ่านการสังเกต การเลียนแบบ และการเสริมแรง (McLeod, 2015)

2.1.1 การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant Conditioning) Lewinsohn (1974 as cited in McLeod, 2015) ได้อธิบายไว้ว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการกำจัดการเสริมแรงทางบวกจากสิ่งแวดล้อม เหตุการณ์บางอย่าง เช่น การสูญเสียงาน ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เพราะจะลดการเสริมแรงทางบวกจากผู้อื่น ตัวอย่างเช่น การได้อยู่ใกล้คนที่ชอบ บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีความกระตือรือร้นในสังคมน้อยลงมาก นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร้าอาจเกิดจากการส่งเสริมพฤติกรรมซึมเศร้าของผู้อื่นโดยไม่ได้ตั้งใจ ตัวอย่างเช่น เมื่อสูญเสียผู้เป็นที่รัก การเสริมกำลังที่สำคัญที่สำคัญก็สูญเสียไปด้วย สิ่งนี้นำไปสู่การไม่มีการใช้งาน แหล่งที่มาหลักของการเสริมกำลังคือความเห็นอกเห็นใจและความสนใจของเพื่อนและญาติ อย่างไรก็ตาม สิ่งนี้มักจะส่งเสริมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การร้องไห้ การบ่น การพูดถึงการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ หากบุคคลนั้นขาดทักษะทางสังคมหรือมีโครงสร้างบุคลิกภาพที่เข้มงวดมาก พวกเขาอาจพบว่าเป็นการยากที่จะปรับเปลี่ยนเพื่อมองหาแหล่งการเสริมแรงใหม่และทางเลือก

2.2 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychodynamic Theory) Freud (1917 as cited in McLeod, 2015) ได้อธิบายไว้ว่า ภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยทางจิตวิทยา บางกรณีของภาวะซึมเศร้าอาจเชื่อมโยงกับการสูญเสียหรือการถูกละทิ้งจากครอบครัว อาการซึมเศร้ามีลักษณะเหมือนกับภาวะเศร้าโศก ที่มักเกิดขึ้นต่อการสูญเสียสิ่งสำคัญ ความสัมพันธ์ แต่มีข้อแตกต่างคือบุคคลที่เป็นภาวะซึมเศร้าจะนับถือตัวเองอย่างไร้ค่า ความแตกต่างระหว่างการสูญเสียที่เกิดขึ้นจริง (เช่น การตายของคนที่คุณรัก) กับการสูญเสียเชิงสัญลักษณ์ (เช่น ตกงาน) การสูญเสียทั้งสองประเภททำให้เกิดภาวะซึมเศร้าโดยทำให้แต่ละคนเพื่อสัมผัสประสบการณ์ในวัยเด็กอีกครั้งเมื่อพวกเขาสูญเสียความรักจากบางคนบุคคลสำคัญ (เช่น ผู้ปกครอง) ฟรอยด์ได้ปรับเปลี่ยนทฤษฎีของเขาโดยระบุว่าแนวโน้มที่จะฝังวัตถุที่สูญเสียอยู่ภายในนั้นปกติ และภาวะซึมเศร้านั้นเกิดจาก Ego ที่รุนแรงเกินไป ดังนั้นระยะซึมเศร้าเกิดขึ้นเมื่อ Super Ego ของแต่ละคนมีอำนาจเหนือกว่า ในตรงกันข้าม ระยะช่วงอารมณ์ดีมากกว่าปกติ หรือเมเนีย (mania) เกิดขึ้นเมื่อ Super Ego ของบุคคลหรือจิตใจที่มีเหตุผลยับยั้งตัวเองและบุคคลนั้นจะรู้สึกควบคุมได้เพื่อหลีกเลี่ยงการสูญเสียที่กลายเป็นภาวะซึมเศร้า บุคคล

จำเป็นต้องมีส่วนร่วมในช่วงเวลาของงาน ไว้ทุกซีในระหว่างที่เธอรลึกลงถึงความทรงจำของผู้สูญหาย สิ่งนี้ทำให้บุคคลแยกตนออกจากผู้หลงทาง จึงลตทิศทางภายในลงความโกรธ อย่างไรก็ตาม บุคคลบางกลุ่มต้องพึ่งพาผู้อื่นมากสำหรับความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองอาจไม่สามารถทำสิ่งนี้ได้ และยังคงหดหู่อย่างยิ่ง ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของภาวะซึมเศร้ามีผลกระทบอย่างลึกซึ้งต่อความร่วมมือทฤษฎีภาวะซึมเศร้า ตัวอย่างเช่น รูปแบบของภาวะซึมเศร้าของ Beck (1983 as cited in McLeod, 2015) ได้รับอิทธิพลจากความคิดเชิงจิตวิเคราะห์ เช่น การสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง (เรื่อง ทัศนคติเชิงลบของเบ็คที่มีต่อตนเอง) การสูญเสียวัตถุ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าทฤษฎีจิตวิเคราะห์จะมีอิทธิพลสูง แต่ก็ยากต่อการทดสอบทางวิทยาศาสตร์ ตัวอย่างเช่น คุณลักษณะส่วนกลางหลายอย่างไม่สามารถกำหนดได้ในการปฏิบัติงานที่มีความแม่นยำเพียงพอที่จะทำการตรวจสอบเชิงประจักษ์

2.3 ทฤษฎีทางปัญญา (Cognitive Theory) Beck, 1967 อ้างถึงใน ตฤไลา จำปาวัลย์ (2560) อธิบายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าไว้ว่า เกิดจากปัจจัย 2 ประการ ได้แก่ ปัจจัยแรก ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีพื้นฐานจิตใจบางอย่างที่ส่งผลมาจากประสบการณ์ในวัยเด็ก ซึ่งประสบการณ์ดังกล่าวทำให้เกิดความคิดในด้านลบ ปัจจัยที่สอง บุคคลมีความคิดอัตโนมัติทางลบเกี่ยวกับตนเอง อันเป็นผลมาจากความผิดพลาดของกระบวนการคิดซึ่งกระบวนการความคิดด้านลบเหล่านี้ จะแสดงออกเมื่อถูกกระตุ้นโดยความตึงเครียด ต่อมาได้อธิบายถึงการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มเติมว่า เกิดจากการเชื่อมโยงขององค์ประกอบทางด้านความคิด 3 ด้านได้แก่ ความคิดหลัก 3 ประการ (Cognitive Triad) โครงสร้างความคิด (Schema) และลักษณะความคิดที่บิดเบือน (Cognitive Errors or Faulty Information Processing) คือ

2.3.1 ความคิดหลัก 3 ประการ (Cognitive Triad) หมายถึง ความคิดที่บุคคลมีต่อตนเองในทางลบ (Negative View of Self ความคิดทางลบต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ (Negative View of Ongoing Experiences) และความคิดทางลบต่ออนาคตลบ (Negative View of The Future) (1) ความคิดที่บุคคลมีต่อตนเองในทางลบ (Negative View of Self) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองว่ามีความบกพร่อง ไม่มีคุณค่า ไร้ประสิทธิภาพ มีความคิดว่าความผิดพลาดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นผลพวงมาจากความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือจริยธรรมของตนเองและเชื่อว่าข้อบกพร่องดังกล่าวทำให้ตนเองไม่เป็นที่ปรารถนา ดังนั้นเมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้นจะมีแนวโน้มที่จะโทษตนเองทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) ยิ่งลดต่ำลง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (2) ความคิดทางลบต่อเหตุการณ์ที่ กำลังเผชิญ (Negative View of Ongoing Experiences) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวในแง่ของความสูญเสีย รู้สึกถูกบีบบังคับ มองว่าชีวิตเต็มไปด้วยอุปสรรคหรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดต่ำลง เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ก็จะไปแปลความเหตุการณ์นั้นไปในทางลบตามประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเอง จึงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า (3) ความคิดทางลบต่ออนาคต (Negative View of The Future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะคาดการณ์ว่าอุปสรรคหรือความทุกข์ยากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปโดยไม่มีที่สิ้นสุด มองชีวิตข้างหน้าจะพบแต่ความยากลำบาก เมื่อพิจารณาถึงภาระหน้าที่ในอนาคตอันใกล้จะนึกถึงแต่ความล้มเหลวไม่ประสบผลสำเร็จ ทำให้เกิดความท้อแท้ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2.3.2 โครงสร้างความคิด (Schema) คือ การแปลความหมาย การประเมินค่า และการอธิบายความหมายของเหตุการณ์ต่าง ๆ โครงสร้างความคิดของบุคคลจะมีลักษณะเฉพาะตัวมีรูปแบบที่ซับซ้อนของความคิด ซึ่งถูกสร้างขึ้นจากประสบการณ์ในวัยเด็ก โครงสร้างทางความคิดขึ้นอยู่กับ การเลี้ยงดู หรือการได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด โครงสร้างความคิดมีทั้งลักษณะที่ปกติ (Adaptive) หรือลักษณะที่มีการบิดเบือน (Maladaptive) ไปในทางลบหรือทางบวก ในผู้มีภาวะซึมเศร้าจะเกิดการเสียสมดุลของการพัฒนาโครงสร้างทางความคิด ทำให้เกิดการสร้างโครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ ส่งผลให้บุคคลเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ จะเกิดความคิดอัตโนมัติไปในทางลบต่อเหตุการณ์นั้น ๆ โครงสร้างความคิดที่บิดเบือนจะทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีลักษณะความคิดที่บิดเบือนไม่ตรงกับความจริง เกิดความผิดปกติของกระบวนการใช้เหตุผล

2.3.3 ลักษณะความคิดที่บิดเบือน (Cognitive Errors or Faulty Information Processing) เป็นลักษณะความคิดที่โน้มเอียงไปในทางลบมากกว่าทางบวก ลักษณะความคิดที่บิดเบือนนี้จะมีการเชื่อมโยง และมีความสัมพันธ์ที่มีลักษณะเฉพาะกับอารมณ์ที่แสดงออกของภาวะซึมเศร้า ความคิดที่บิดเบือนจะเกิดขึ้นเป็นอัตโนมัติ (Automatic ไม่สามารถควบคุมไม่ให้คิดได้ (Involuntary) คิดว่ามีความน่าเชื่อถือหรือเป็นไปได้ (Plausibility) และมีรูปแบบความคิดซ้ำ ๆ ในลักษณะเดิม (Persevere Ration) การบิดเบือนทางความคิดสามารถแบ่งตามกระบวนการ (Process) ได้หลายลักษณะ ในผู้มีภาวะซึมเศร้าจะมีลักษณะของความคิดที่บิดเบือน ได้แก่ (1) การด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานของข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (Arbitrary Inference) เป็นการคิดที่ด่วนสรุปในเหตุการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้นหรือยังไม่มีข้อมูลสนับสนุน ซึ่งมักจะสรุปไม่ตรงตามความจริง เช่น การด่วนสรุปในทางลบเกี่ยวกับความคิดหรืออ่านเจตนาของผู้อื่น ทั้ง ๆ ที่ยังไม่มีข้อมูลมาสนับสนุน (Mind Reading) หรือการทำนายเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นไปในทางที่ไม่สามารถเป็นไปได้ (Fortune Teller Error) (2) การเลือกสนใจคิดเฉพาะด้านลบ (Selective Abstraction) เป็นลักษณะการคิดในด้านลบต่อเหตุการณ์ โดยไม่สนใจที่จะพิจารณาส่วนอื่นที่สำคัญในเหตุการณ์นั้น ๆ (3) การสรุปความเกินความเป็นจริงจากประสบการณ์เดียว (Overgeneralization) เป็นลักษณะการคิดที่สรุปรวบยอดจากเหตุการณ์ หรือจากผลลัพธ์ในด้านไม่ดีที่เกิดขึ้นเรื่องหนึ่งนำไปคิดว่าทุกอย่างที่จะเกิดขึ้นต่อไปต้องไม่ดีไปหมดเสมอ (4) การขยายต่อเติมหรือลดความสำคัญของเรื่องราว (Magnification or Minimization) เป็นการคิดที่ประเมินค่าความสำคัญหรือขนาดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่เหมาะสมหรือประเมินความรุนแรงของเหตุการณ์มากหรือน้อยกว่าความเป็นจริง (5) การคิดถึงเหตุการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกันกับตนเองมาทำให้เป็นเรื่องของตนเอง(Personalization) เป็นการนำตนเองเข้าไปเกี่ยวข้องกับเรื่องต่าง ๆ แล้วคิดว่าเป็นความผิดหรือความรับผิดชอบของตนเอง ทั้งที่เหตุการณ์นั้นไม่ได้มีความเกี่ยวข้องกับตนเอง หรือมีความเกี่ยวข้องกับตนเองเพียงเล็กน้อยเท่านั้น (6) การคิดเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งในสองด้านที่ตรงกันข้าม (Dichotomous Thinking)เป็นลักษณะการคิดถึงสถานการณ์หรือผลลัพธ์ โดยแบ่งลักษณะแค่เพียงขาวหรือดำ ดีหรือเลวประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว ซึ่งในผู้มีภาวะซึมเศร้าจะมีความโน้มเอียงไปในทางด้านลบมากกว่าด้านบวก

2.4 ความสิ้นหวังอันเกิดจากการเรียนรู้ (Learned Helplessness) McLeod (2015 cited in Martin Seligman, 1974) ได้อธิบายไว้ว่า อาการซึมเศร้าเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเรียนรู้ว่าการพยายามหนีจากสถานการณ์เชิงลบนั้นไม่สร้างความแตกต่าง ผลที่ตามมาคือ บุคคลจะเฉยเมย

และจะทนต่อสิ่งเร้าหรือสภาพแวดล้อมที่ไม่ชอบ แม้ว่าการหลบหนีจะทำได้ก็ตาม Seligman ใช้ทฤษฎีของเขาในการวิจัยโดยใช้สุนัข ดังที่ธัญญารัตน์ โคตรวันทา (2564) ได้ทำการศึกษาความสิ้นหวังอันเกิดจากการเรียนรู้ (Learned Helplessness) พบว่า ในช่วงปี 1960-1970 Martin Seligman และ Steven Maier เริ่มทำการทดลองกับสุนัข โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มแรกจะถูกมัดไว้ช่วงระยะเวลาหนึ่งแล้วปล่อยไป กลุ่มที่สองจะถูกมัดไว้ด้วยสายรัดแบบเดียวกันและถูกช็อตไฟฟ้า ซึ่งสามารถหลีกเลี่ยงได้โดยใช้จุกกดแผงที่อยู่ใกล้ ๆ ส่วนกลุ่มที่สามจะถูกมัดไว้และถูกช็อตไฟฟ้า แต่ไม่มีหนทางให้หลีกเลี่ยงได้ จากนั้น Martin Seligman จะพาสุนัขทั้งสามกลุ่มเข้าไปอยู่ในกล่องที่คั่นกลางด้วยไม้เตี้ย ๆ ฝั่งหนึ่งจะมีไฟฟ้าช็อต ส่วนอีกฝั่งคือด้านที่ปลอดภัย ทันทันที่รู้สึกถึงแรงช็อตในกล่อง สุนัขกลุ่มแรกและกลุ่มที่สองจะรีบกระโดดมาอีกฝั่งทันที ขณะที่สุนัขกลุ่มที่สามส่วนใหญ่จะนั่งซึมอยู่ที่เดิม นั่นเป็นเพราะสุนัขกลุ่มที่สามเรียนรู้มาจากตอนถูกช็อตครั้งแรก ๆ และหลังจากนั้น เขาได้ทดลองกับหนูสามกลุ่มด้วยวิธีที่ใกล้เคียงกัน และผลออกมาแบบเดียวกับเจ้าสุนัขกลุ่มนี้ ต่อมาในปี 1974 มีผู้ทำการทดลอง Learned Helplessness กับมนุษย์ แต่เปลี่ยนจากการช็อตไฟฟ้า เป็นการเปิดเสียงรบกวนจนรำคาญหู โดยกลุ่มแรกจะไม่มีเสียงรบกวน กลุ่มที่สองมีเสียงรบกวนพร้อมปุ่มปิดเสียง และกลุ่มที่สาม มีเสียงรบกวน แต่ปุ่มกดไม่ทำงาน จากนั้นจะพาคนทั้งสามกลุ่มเข้าไปอยู่ในห้องที่มีเสียงรบกวนและมีปุ่มปิดเสียงที่ใช้งานได้ ผลปรากฏว่ามีเพียงกลุ่มแรกและกลุ่มที่สองเท่านั้นที่กดปิดเสียง ส่วนกลุ่มที่สามส่วนใหญ่จะปล่อยให้เสียงนั้นดำเนินต่อไป เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับมนุษย์และสัตว์ข้างต้น เป็นสิ่งยืนยันทฤษฎี “Learned Helplessness” นั่นคือการเรียนรู้ที่จะยอมรับและอดทนต่อสิ่งเร้าอันไม่พึงประสงค์ (unpleasant stimuli) โดยไม่พยายามหลีกเลี่ยงสิ่งเหล่านั้น แม้จะมีโอกาส เรียกว่า ‘ผิดหวังจนสิ้นหวัง’ ทำให้พวกเขาหยุดพยายามที่จะหลีกเลี่ยงจากบาดแผลเหล่านั้น แล้ว ‘ยอมรับ’ สภาพที่เป็นอยู่ แม้จะมีโอกาสเอาตัวรอด หลบหนี หรือทำให้สถานการณ์ดีขึ้นได้ก็ตาม สิ่งที่มาจึงมักเป็นความรู้สึกหมดแรงจูงใจ ความเครียด อาการเบิร์นเอาต์ (burnout syndrome) หรือ self-esteem ที่ลดน้อยถอยลงไปเรื่อย ๆ เช่น เด็กที่สอบตกเลขเป็นประจำ เลยหันหลังให้กับการเรียนเลขไปจนโต เหยื่อความรุนแรงที่ยอมถูกทำร้ายซ้ำ ๆ เพราะคิดว่าไม่มีทางสู้หรืออยู่ภายใต้การควบคุมของผู้ที่ทำร้าย นอกจากนี้ทฤษฎีดังกล่าว ยังมีความสัมพันธ์กับเรื่องอายุ อย่างคนที่อายุมากขึ้น มีโอกาสพบความผิดหวังบ่อยครั้งกว่าตอนเด็ก ๆ ข้อดีคือความรอบคอบและวุฒิภาวะในการตัดสินใจ แต่สิ่งที่หล่นหายไปอาจเป็นความกล้าเสี่ยง กล้าพยายามอีกครั้ง อย่างที่บางคนเคยบอกไว้ว่า “ความฝันมักหดเล็กลงไปตามอายุ”

2.5 ทฤษฎีมนุษยนิยม (Humanistic Theory) นักมนุษยวิทยาเชื่อว่ามนุษย์มีความต้องการเฉพาะ ตามที่ Maslow (1962 as cited in McLeod, 2015) ได้กล่าวไว้ สิ่งสำคัญที่สุดคือความจำเป็นในการทำให้เป็นจริงในตนเอง (การบรรลุศักยภาพ) มนุษย์ที่สร้างตัวเองให้เป็นจริงมีชีวิตที่มีความหมาย สิ่งใดก็ตามที่ขัดขวางการดิ้นรนเพื่อสนองความต้องการนี้สามารถทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ McLeod (2015) อธิบาย และยกตัวอย่างเหตุการณ์ที่เป็นส่วนหนึ่งของสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า ไว้ดังนี้

2.5.1 พ่อแม่กำหนดเงื่อนไขกับลูกอย่างเข้มงวด แทนที่จะยอมรับเด็กตามที่เขาเป็นและให้ความรักแบบไม่มีเงื่อนไข พ่อแม่กลับทำให้ความรักมีเงื่อนไขที่พฤติกรรมที่ดี เช่น เด็กอาจถูกตำหนิว่าทำได้ไม่ดีที่โรงเรียน สร้างภาพพจน์เชิงลบในตนเอง และรู้สึกหดหู่ใจเนื่องจากความล้มเหลวในการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ผู้ปกครองกำหนด

2.5.2 เด็กบางคนอาจพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งนี้โดยปฏิเสธตัวตนที่แท้จริงและแสดงภาพลักษณ์ตัวตนในแบบที่พวกเขาอยากเป็น ภาพลักษณ์นี้เป็นความพยายามที่จะเอาใจผู้อื่น อย่างไรก็ตาม การแยกตัวตนที่แท้จริงออกจากบุคคลที่คุณกำลังสร้างทำให้เกิดความเกลียดชังในตัวเอง บุคคลนั้นเข้ามาดูหมิ่นตัวเองที่ดำเนินชีวิตด้วยการโกหก

2.5.3 ในขณะที่ผู้ใหญ่ การตระหนักรู้ในความสามารถของตนเอง โดยความสัมพันธ์ที่ไม่มีความสุขและงานที่ไม่บรรลุผลสำเร็จ การแต่งงานที่ว่างเปล่าหมายความว่าบุคคลนั้นไม่สามารถให้และรับความรักจากคู่ของตนได้ งานที่แปลกแยกหมายความว่าบุคคลนั้นถูกปฏิเสธโอกาสในการสร้างสรรค์ในที่ทำงาน

จากการศึกษาเอกสารเกี่ยวกับทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น สามารถสรุปได้ว่าทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น จะมีอยู่ 2 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีทางชีววิทยา และทฤษฎีทางจิตวิทยา ที่อธิบายถึงสาเหตุการเกิดของภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากพันธุกรรม และปัจจัยอื่น ๆ ทางชีววิทยา และทฤษฎีทางจิตวิทยาจะอธิบายถึงการเกิดภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจและทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

3. องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยได้มีผู้อธิบายองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไว้ดังนี้

จุลจรรยาพร ศรีเพชร (2543) ได้อธิบายองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า ไว้ดังนี้

1. ปัจจัยสิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคล ได้แก่ ความผูกพันกับบิดา มารดาความสัมพันธ์กับเพื่อน และการมีเหตุการณ์สูญเสีย

2. ปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายในบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับชั้นเรียน ผลการเรียน

3. ปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษาของหัวหน้าครอบครัว สถานภาพสมรสของบิดามารดา จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ของครอบครัว

Borrill (2000) ได้อธิบายองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า ไว้ดังนี้

1. กรรมพันธุ์ มีหลักฐานบางอย่างที่แสดงว่าภาวะซึมเศร้า อาจเกิดขึ้นจากครอบครัว แต่ยังไม่มียีนที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ครอบครัวที่มีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้าอาจเพิ่มความเสี่ยงและมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าครอบครัวที่ไม่มีประวัติ

2. การเปลี่ยนแปลงของสมอง ภาวะซึมเศร้า เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงสารเคมีในสมองบางชนิด เรียกว่าสารสื่อประสาทซึ่งส่งผลกระทบต่ออารมณ์และความคิดของเรา สารเคมีเหล่านี้ เช่น serotonin ยังได้รับผลกระทบจากปัจจัยต่างๆ เช่น กิจกรรมและการออกกำลังกาย ฯลฯ

3. ประสบการณ์ในวัยเด็ก ประสบการณ์ในอดีตที่ยากลำบากหรือกระทบกระเทือนจิตใจ เช่น การสูญเสียพ่อแม่เมื่อยังเด็ก อาจส่งผลต่อความสามารถในการรับมือกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก เด็กที่เคยถูกล่วงละเมิดหรือขาดความรักยังเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้าในชีวิตในภายหลัง

4. ความเครียด ภาวะซึมเศร้า สามารถกระตุ้นได้ด้วยเรื่องเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตเรา โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียบางอย่าง เช่น การว่างงาน การย้ายออกจากบ้าน การเสียชีวิตของสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน แม้แต่เหตุการณ์ที่มีความสุขอย่างเห็นได้ชัดก็สามารถยังทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย เช่น พ่อแม่จะรู้สึกได้ถึง การสูญเสียลูกชายหรือลูกสาวเมื่อแต่งงานแม้ว่าพวกเขามีความสุขมากสำหรับพวกเขา ถ้าก็ต้องรับมือกับอะไรมามากมายของการเปลี่ยนแปลงหรือเหตุการณ์ดังเครียดอีกเรื่องหนึ่ง อาจดูเหมือน “ฟางเส้นสุดท้าย”

5. รูปแบบการคิดและการเผชิญปัญหา บุคคลที่ประสบปัญหาภาวะซึมเศร้า มักจะนึกถึงประสบการณ์แย่ ๆ ในลักษณะที่ทำให้พวกเขาจัดการได้ยากขึ้น เช่น ถ้าคุณเคยมีประสบการณ์แย่ ๆ มาก่อน ซึ่งคุณทำไม่ได้เพื่อควบคุมคุณอาจพัฒนาวิธีคิดที่ “สิ้นหวัง” รู้สึกติดอยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบากหรือประสบกับความรู้สึกที่นำไปสู่ความคิดเชิงลบและภาวะซึมเศร้านี้คือเหตุผลที่การรักษาบางรูปแบบมีเป้าหมายเพื่อ ช่วยให้คุณเปลี่ยนแปลงรูปแบบการคิดของคุณ

6. สุขภาพและความเจ็บป่วย บุคคลที่ประสบปัญหาความเจ็บป่วยจะมีความรู้สึกทุกข์เมื่อป่วย ปัญหาด้านสุขภาพ เช่น คนที่สูญเสียการมองเห็นหรือการได้ยิน อาจหดหูได้เช่นเดียวกับคนที่มีโรคหัวใจ โรคปอดเรื้อรัง เป็นต้น

Lortraku & Sukhanit (2015) ได้อธิบายองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าไว้ว่า ภาวะซึมเศร้าอาจเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกันประกอบไปด้วยปัจจัยทางชีวภาพ เช่น พันธุกรรม สารสื่อประสาท และระบบต่อมไร้ท่อ อีกทั้งปัจจัยทางสังคม เช่น เหตุการณ์ในชีวิต ปัจจัยสิ่งแวดล้อม บุคลิกภาพ ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological Factor) ปัจจัยทางชีวภาพที่เกี่ยวกับการเกิดโรคซึมเศร้า ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและการทำงานของสมอง ความผิดปกติของระบบสื่อประสาท ความผิดปกติของฮอร์โมน

1.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic Theory) การเกิดภาวะซึมเศร้าว่าเป็นลักษณะการบกพร่องทางพันธุกรรมที่ถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง การศึกษาในครอบครัว (Family Studies) พบว่า สมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ก็ยิ่งเพิ่มโอกาสที่บุตรจะป่วยด้วยโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 10-25 แต่หากบิดามารดาป่วยด้วยโรคซึมเศร้าทั้งคู่โอกาสป่วยของบุตรจะสูงขึ้นเป็น 2 เท่า (Sadock and Sadock, 2007)

1.2 ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง ซึ่งเป็นความผิดปกติของสารสื่อประสาทและพบว่าการทำงานของสารสื่อประสาท ที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า ซึ่งได้แก่ ซีโรโทนิน (Serotonin) นอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) และโดปามีน (Dopamine) ต่ำกว่าปกติ ทำให้การควบคุมการทำงานลดลง เช่น การนอนหลับลดลง ความอยากอาหารลดลง หงุดหงิด สมาธิลดลง ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ทางสิ่งแวดล้อม การใช้สารเสพติด หรือเกิดจากกระบวนการภายในร่างกายเอง (Vacarolis, 2002)

2. ปัจจัยทางจิตและสังคม (Psychosocial Factors)

2.1 ปัจจัยภายในจิตใจหรือปัจจัยพลวัตทางจิต (Intrapsychic) ปัจจัยทางด้านจิตใจได้ให้ความสำคัญกับความขัดแย้งภายในจิตใจ โรคซึมเศร้าเกิดขึ้นจากการที่บุคคลนั้นไม่สามารถบรรลุอุดมคติหรือความคาดหวังที่มีต่อตนเอง

2.2 ปัจจัยทางความคิด (Cognitive Factors) คนที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีมุมมองทางลบต่อตนเองประสบการณ์และสิ่งภายนอก มองไปถึงอนาคตว่าตนเองไม่มีความสามารถไม่มีใครต้องการ มองว่าผู้อื่นจะเอาเปรียบ มองเห็นแต่ความทุกข์ (Beck, 1973)

2.3 ปัจจัยทางพฤติกรรม (behavioral factors) มีผลต่อโรคซึมเศร้าได้จากผู้ที่ประสบปัญหากับความล้มเหลวและผิดหวังซ้ำ ๆ ก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และหมดอาลัยตายอยาก จนนำไปสู่อาการของโรคซึมเศร้า (Akiskal, 1995)

2.4 ปัจจัยทางสัมพันธภาพและสังคม (Interpersonal and Social Factor) ปัจจัยทางด้านสัมพันธภาพและปัญหาทางสังคมเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า (Weissman, Markowitz & Klerman, 2000) ได้อธิบายถึงปัญหาสัมพันธภาพ 4 ด้าน ที่เกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้า ได้แก่

2.4.1 อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

2.4.2 ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธภาพระหว่างบุคคลหรือความขัดแย้งกับบุคคลใกล้ชิด

2.4.3 การเปลี่ยนแปลงใด ๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิต เช่น การเปลี่ยนช่วงวัย การหย่าร้าง การย้ายที่อยู่ ปัญหาสุขภาพ หรือการเจ็บป่วย

2.4.4 ความบกพร่องทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคลหมายถึง การขาดทักษะทางสังคม ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาในการสร้างความสัมพันธ์ หรือขาดการสนับสนุนทางสังคมรวมถึงการแยกตัวทางสังคม

จากการศึกษาเอกสารเกี่ยวกับองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น สามารถสรุปได้ว่าองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้านั้นประกอบไปด้วยปัจจัยทั้งภายใน และภายนอก โดยปัจจัยภายในได้แก่ปัจจัยทางด้านกรรมพันธุ์ที่ได้รับสืบทอดมาที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิด ส่วนปัจจัยภายนอกคือปัจจัยได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ เป็นต้น

4. ลักษณะของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวกับลักษณะของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า โดยได้มีผู้อธิบายลักษณะของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ไว้ดังนี้

มาโนช หล่อตระกูล (2544) ได้อธิบายลักษณะของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ไว้ดังนี้

1. นอนไม่หลับ นอนหลับไม่เป็นเวลา
2. ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดเรื้อรัง
3. อากาศอ่อนเพลีย
4. หายใจขัด หายใจไม่อิ่ม
5. เบื่ออาหาร ผอมลง อึดแน่นท้อง

6. หลงลืมง่าย ไม่ค่อยมีสมาธิ
7. เครียด หงุดหงิดง่าย
8. อาการที่แฉะมีหลาย ๆ ระบบ ที่ฟังแล้วไม่สอดคล้องกันดูซึ่มๆ เครียด ไม่ค่อยพูด
9. รักษาแล้วไม่ดีขึ้น ยังคงมีปัญหาเดิม ๆ

ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย และสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต (2561) ได้อธิบายลักษณะของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ไว้ดังนี้

1. รู้สึกแยะ เศร้า หงุดหงิด หรือสิ้นหวัง
2. รู้สึกเหนื่อยล้า ไม่ค่อยมีเรี่ยวแรง
3. ไม่สนใจหรือไม่มีความสุขเวลาทำอะไร (ถึงแม้จะเป็นสิ่งที่เคยชอบ)
4. รู้สึกแยะกับตัวเอง
5. นอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป
6. จดจ่อกับอะไรได้ยาก เช่น อ่านหนังสือ
7. เบื่ออาหาร หรือกินมากกว่าปกติ
8. พูดหรือทำอะไรช้า หรือกระวนกระวายมาก

สิริพิมพ์ เพ็ญชาติ (2563) ได้อธิบายลักษณะของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ไว้ดังนี้

1. รู้สึกเศร้า เบื่อ ท้อแท้ หรือหงุดหงิดง่ายอย่างต่อเนื่อง
2. เลิกสนใจสิ่งที่เคยชอบมาก ๆ หรือไม่อยากทำสิ่งที่เคยชอบทำ
3. พฤติกรรมการกินเปลี่ยนไป กินมากไป กินน้อยไป จนทำให้น้ำหนักขึ้นหรือลงผิดปกติ
4. จากที่เคยหลับง่ายก็หลับยากขึ้น หรือไม่ก็นอนมากเกินไป
5. มีอาการกระวนกระวายหรือเฉื่อยชาที่แสดงออกให้เห็นชัด
6. รู้สึกหมดเรี่ยวแรง ไม่มีพลัง ไม่อยากลุกขึ้นมาทำอะไรเลย
7. รู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิด โทษตัวเองในทุกๆ เรื่อง
8. ไม่มีสมาธิในการทำสิ่งต่างๆ มีปัญหาเรื่องการคิดหรือตัดสินใจ

9. คิดถึงความตายหรืออยากตาย หรืออยากฆ่าตัวตายบ่อย ๆ

APA (2013) ได้อธิบายลักษณะของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ไว้ดังนี้

1. อารมณ์หดหู่: รู้สึกเศร้าหรือหดหู่เกือบทุกวัน
2. การสูญเสียความสนใจ: สูญเสียความสนใจในกิจกรรมที่เคยสนุกสนาน
3. การเปลี่ยนแปลงในน้ำหนักหรือการกิน: อาจมีน้ำหนักลดหรือเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ
4. ปัญหาในการนอนหลับ: อาจมีอาการนอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป
5. ความรู้สึกไร้ค่า: รู้สึกไม่มีคุณค่า หรือรู้สึกผิดบ่อยๆ
6. ปัญหาในการตั้งสมาธิ: มีปัญหาในการตั้งสมาธิหรือการคิด
7. ความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย: อาจมีความคิดเกี่ยวกับการทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตาย

WHO (2021) ได้อธิบายลักษณะของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ไว้ดังนี้

1. อารมณ์ซึมเศร้า: วัยรุ่นอาจรู้สึกเศร้า วิตกกังวล หรือหมดหวังเป็นเวลานาน
2. การเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรม: อาจแสดงพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง เช่น การสูญเสียความสนใจในกิจกรรมที่เคยชอบ

3. ปัญหาในการนอนหลับ: มีปัญหาในการนอนหลับ เช่น นอนมากเกินไปหรือนอนไม่หลับ
4. ความรู้สึกไม่มีคุณค่า: รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า หรือรู้สึกผิด
5. การแยกตัวออกจากสังคม: หลีกเลี่ยงการติดต่อสื่อสารกับเพื่อนและครอบครัว

จากการศึกษาเอกสารเกี่ยวกับลักษณะของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถสรุปได้ว่าบุคคลที่มีอาการภาวะซึมเศร้าในขั้นแรกจะมีอาการเบื่อหน่ายจากกิจกรรมรอบ ๆ ตัว และกิจวัตรประจำวันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด เช่น พฤติกรรมการกิน การนอน และการตื่นนอน นอกจากนี้ยังมีเรื่องของภาวะอารมณ์ที่อ่อนไหว และไม่สามารถจัดการให้เหมาะสมได้

5. การรักษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการรักษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยได้มีผู้อธิบายการรักษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ไว้ดังนี้

ธณินทร์ กองสุข (ม.ป.ป.) ได้แบ่งการรักษาภาวะซึมเศร้าไว้ ดังนี้

1. การรักษาทางการแพทย์

1.1 การให้ยาต้านเศร้า ยาต้านเศร้าโดยทั่วไปมีฤทธิ์ระงับอาการซึมเศร้า แต่ก็สามารถช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ด้วย โดยการที่ยาจะไปช่วยปรับความสมดุลของสารสื่อประสาทในสมองซึ่งต้องใช้เวลาพอสมควรกว่าที่จะทำให้อารมณ์เศร้าหายไป กลับมาเป็นปกติ หลังรับประทานยาไป 2-3 วันแรก จะทำให้หลับได้ดีขึ้นและจิตใจสงบลง ลดความหงุดหงิด กระวนกระวายใจ บางคนอาจยังรู้สึกเพลียอ่อนแรงหลังจากนั้น 1-2 สัปดาห์ อารมณ์ก็จะดีขึ้นจิตใจสดชื่น แจ่มใสขึ้นบางคนอาจต้องใช้เวลาราว 8 สัปดาห์กว่ายาจะออกฤทธิ์เต็มที่ ดังนั้นในการรักษาอาการซึมเศร้าไม่ควรคาดหวังเห็นผลในทันที หลังจากอาการซึมเศร้าหายดีแล้วก็ยังต้องรับประทานต่อไปอีกระยะหนึ่งเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยทั่วไปจะต้องรับประทานยาต่อไปอีกเป็นเวลาประมาณ 6 เดือน ถึง 1 ปี แล้วแพทย์จึงจะลดยาลงเรื่อย ๆ จนในที่สุดหยุดยาได้

1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (ในรายที่มีอาการรุนแรง)

1.3 การให้ยาต้านโรคจิต (กรณีมีประสาทหลอน หลงผิดร่วมด้วย)

2. การรักษาทางจิตใจ

2.1 จิตบำบัด เป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลดีในการลดอาการซึมเศร้าวิธีหนึ่ง จิตบำบัดมีหลายรูปแบบ แล้วแต่ความเหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วย

2.1.1 จิตบำบัดแบบมุ่งเน้นการปรับความคิดความเข้าใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความรู้สึกที่ชีวิตล้มเหลวสิ้นหวัง เมื่อมีสิ่งไม่ตีเกิดขึ้นก็จะโทษตำหนิตนเอง แต่เมื่อมีสิ่งดีเกิดขึ้นกลับบอกกับตนเองเพียงแต่โชคดีเท่านั้น หรือมากกว่านั้นก็เชื่อเลยว่าสิ่งต่างๆไม่มีทางดีขึ้นอีกแล้ว

2.1.2 จิตบำบัดแบบมุ่งเน้นการปรับความคิดความเข้าใจนี้ จะช่วยผู้ป่วยได้เห็นการคิดทางลบของตนเองและจะสอนวิธีคิดในทางที่เป็นบวกและเกิดประโยชน์มากขึ้น อีกทั้งจะทำให้

ได้เรียนรู้ว่าสามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต เรียนรู้ที่จะพ้นจากความล้มเหลวและได้คิด และเชื่อมั่นในสิ่งดี ๆ ในชีวิต

2.1.3 จิตบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้านักจะมีปัญหาในการสร้างแรงจูงใจเพื่อกระตุ้นตนเอง พบบ่อยว่าจะนั่งเฉยๆ ไม่ทำอะไรได้เป็นชั่วโมงคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับปัญหาของตนจนพลาดโอกาสที่ดีๆ จิตบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดจะช่วยค้นหาและปรับพฤติกรรมที่อาจจะเป็นสาเหตุให้อาการซึมเศร้าหายช้าหรือคงอยู่นาน พฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนได้แก่ การวางแผนปฏิบัติกิจกรรม การแก้ไขปัญหาคารวางเป้าหมาย และการฝึกทักษะทางสังคม เป็นต้น

2.2 การปรึกษา เป็นกระบวนการช่วยเหลือทางจิตใจ มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เข้าใจปัญหาที่แท้จริงของตนเอง ผู้ให้การปรึกษาจะช่วยให้ผู้ป่วยได้หาแนวทางแก้ไขปัญหานั้นอย่างเหมาะสม ขณะให้การปรึกษาผู้ป่วยก็จะเรียนรู้เข้าใจตนเองมากขึ้น การปรึกษาจะไม่ได้ลดอาการซึมเศร้าโดยตรง แต่จะช่วยให้ปัญหาที่ก่อความทุกข์ใจแก่ผู้ป่วยได้รับการแก้ไข เป็นการลดอาการซึมเศร้าทางอ้อม การเรียนรู้ทักษะจัดการความเครียด

มาโนช หล่อตระกูล (2544)) ได้อธิบายการลดระดับภาวะซึมเศร้า ไว้ดังนี้

1. การช่วยเหลือด้านจิตใจเบื้องต้น

1.1 ผู้ป่วยมักมีแนวคิดในแง่ลบ มองว่าตนเองมีอาการมาก เป็นโรคที่รักษาไม่หาย ควรบอกโดยเน้นว่าเป็นปัญหาที่พบได้ไม่น้อย และเป็นโรคที่การรักษาได้ผลดี

1.2 ผู้ป่วยอาจแจ้งอาการทางร่างกายต่าง ๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง ซา ร้อนตามตัว จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาที่เป็นต้นเหตุของอาการเหล่านี้จริง เมื่อโรคซึมเศร้าดีขึ้นอาการทางร่างกายเหล่านี้จะดีขึ้นตาม หากแพทย์รับฟังและอธิบายว่าเป็นอาการที่มักพบร่วมกับโรค จะดีขึ้นเมื่อรักษา จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณแพทย์สนใจตนเอง ทำให้สัมพันธภาพในการรักษาดีขึ้นควรพบญาติเพื่อประเมินอาการและปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และชี้แจงแก้ไขความเข้าใจผิด พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการดูแล

2. การรักษาด้วยยา ยาแก้ซึมเศร้าทุกชนิดไม่ได้ออกฤทธิ์รักษาอาการซึมเศร้าทันที โดยทั่วไปจะเห็นผลหลังจากได้ยาไปแล้ว 1-2 สัปดาห์ อย่างไรก็ตามในระหว่างนี้ผู้ป่วยจะรู้สึกดีขึ้นจากผลด้านอื่น ๆ ของยา เช่น หลับได้ดีขึ้น เบื่ออาหารลดลง ความวิตกกังวลลดลง เป็นต้น ยาแก้ซึมเศร้าอาจแบ่งคร่าว ๆ ออกเป็นสองกลุ่มใหญ่ ได้แก่ กลุ่มที่มีโครงสร้างเป็นแบบ Tricyclics Antidepressants (ยาด้านเศร่ากลุ่มไตรไซคลิก) และยากกลุ่มใหม่ ประสิทธิภาพในการรักษาของยาแก้ซึมเศร้าแต่ละตัวนั้นไม่ต่างกัน ความแตกต่างอยู่ที่ฤทธิ์ข้างเคียงการรักษาเริ่มโดยให้ Amitriptyline หรือ Nortriptyline ขนาด 25 มก./วัน เพิ่มขนาดยา 25มก. ทุก 1 สัปดาห์จนได้ขนาด 75 มก./วัน เนื่องจากส่วนใหญ่ของยาแก้ซึมเศร้ามีค่าครึ่งชีวิตยาวจึงสามารถให้ยารวันละ 1-2 ครั้งได้โดยให้มื้อเย็นหรือก่อนนอน ในผู้ป่วยสูงอายุหรือมีโรคทางร่างกายร่วมควรลดขนาดยาลงครึ่งหนึ่ง และปรับเพิ่มช้า ๆ อาการข้างเคียงจากยาด้านเศร่ากลุ่มไตรไซคลิก ที่พบบ่อย ได้แก่ อาการง่วงซึม ซึ่งก็มักจะเหมาะกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพราะส่วนใหญ่จะนอนไม่ค่อยหลับ อาการด้าน Anticholinergic ได้แก่ อาการปากคอแห้ง แก้โดยให้จิบน้ำบ่อย ๆ อาการท้องผูกแก้โดยให้กินอาหารมีกากมาก ๆ อาการ Postural Hypotension ผู้ป่วยมักจะมีอาการหน้ามืดเวลาเปลี่ยนท่า โดยเฉพาะในผู้สูงอายุควรแนะนำให้เปลี่ยนอิริยาบถช้า ๆ ยา Nortriptyline มีผลข้างเคียงนี้น้อยกว่ายาตัวอื่นในกลุ่มเดียวกัน ยาแก้

ซีมีเศร่ากลุ่มใหม่มีหลายขนานมาก กลุ่มที่นิยมใช้คือกลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) ข้อดีของยากกลุ่มนี้คือมีฤทธิ์ข้างเคียงต่ำ ไม่ค่อยทำให้ง่วง ใช้ได้ค่อนข้างปลอดภัยในผู้ป่วยที่มีโรคทางกายเช่นโรคหัวใจ ยาขนานที่อยู่ในบัญชียาหลัก ได้แก่ Fluoxetine ขนาด 20 มก. (มีทั้งชนิดเม็ดและแคปซูล) ให้กิน 1 เม็ดตอนเช้า เนื่องจากหากกินตอนเย็นอาจทำให้ง่วงนอนไม่หลับได้ ยาในกลุ่มอื่นที่อยู่ในบัญชียาหลัก ได้แก่ Mianserin มีขนาดเม็ดละ 10 และ 30 มก. ทำให้หลับได้ดีนิยมใช้ในผู้ป่วยซีมีเศร่าที่มีปัญหาการนอน มีฤทธิ์ข้างเคียงต่ำเช่นกันอาจให้ Benzodiazepine เช่น Diazepam 5-10 มก. กินก่อนนอนร่วมด้วยในช่วง 2-3 สัปดาห์แรก หากผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลมากหรือนอนไม่หลับ

ศูนย์จิตรักษา โรงพยาบาลกรุงเทพ (2565) ได้แบ่งการรักษาภาวะซีมีเศร่าไว้ ดังนี้

1. การรักษาด้วยการใช้ยา

1.1 ยากลุ่มต้านเศร่า (Antidepressants) ยาในกลุ่มนี้ปัจจุบันมีหลากหลายชนิดพบอาการข้างเคียงลดลง และมีจำนวนผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษาเพิ่มมากขึ้น โดยแพทย์และผู้ป่วยสามารถทำงานร่วมกันในการเลือกยาให้เหมาะสม

1.2 ยากลุ่มอื่น ๆ (Other Medications) ยาในกลุ่มอื่น ๆ ที่นำมาใช้ร่วมเพื่อการรักษาภาวะซีมีเศร่าในบางราย เช่น ยากลุ่มคลายกังวล ยากลุ่มสมาธิ ยากลุ่มควบคุมอารมณ์หรือยากลุ่มต้านโรคจิต โดยแพทย์จะพิจารณาจากความเหมาะสมร่วมกับการตอบสนองต่อการรักษาที่ผ่านมา

2. การรักษาแบบจิตบำบัด การทำจิตบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนหรือเรียนรู้วิธีที่ต่างออกไปในการจัดการปัญหาหรือความท้าทายต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิต รวมถึงปรับเปลี่ยนความคิดและมุมมองต่อสิ่งต่าง ๆ ในแง่ลบ อันเป็นผลมาจากภาวะซีมีเศร่า เช่น จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy) การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) ตัวอย่าง CBT ที่ใช้ในการรักษาคือ Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) and Dialectical Behavior Therapy (DBT)

3. การรักษาแบบอื่น

3.1 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy or ECT) Transcranial Magnetic Stimulation (TMS)

3.2 การกระตุ้นเส้นประสาทเวกัส Vagus Nerve Stimulation

American Academy of Pediatrics (2018) ได้แบ่งการรักษาภาวะซีมีเศร่าไว้ ดังนี้

1. การบำบัดทางจิตวิทยา: เช่น การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (CBT) ที่ช่วยให้วัยรุ่นเข้าใจและปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลบ

2. การใช้ยา: เช่น ยาต้านซีมีเศร่าที่อาจใช้ในการรักษา โดยต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์

3. การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน: การสร้างเครือข่ายสนับสนุนที่ดีสามารถช่วยให้วัยรุ่นรู้สึกมีค่าและไม่โดดเดี่ยว

4. กิจกรรมทางร่างกาย: การออกกำลังกายสามารถช่วยลดอาการซีมีเศร่าและเพิ่มระดับอารมณ์ที่ดีขึ้น

National Institute of Mental Health (2021) ได้แบ่งการรักษาภาวะซึมเศร้าไว้ ดังนี้

1. การบำบัดทางจิตวิทยา: เช่น การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (CBT) ที่ช่วยให้วัยรุ่นสามารถระบุและปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเชิงลบ
2. การใช้ยา: ยาต้านซึมเศร้า เช่น SSRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) สามารถช่วยปรับสมดุลสารเคมีในสมอง แต่ควรใช้ภายใต้การดูแลของแพทย์
3. การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน: การมีเครือข่ายการสนับสนุนที่เข้มแข็งสามารถช่วยให้วัยรุ่นรู้สึกเข้าใจและมีคุณค่า
4. การใช้กิจกรรมทางร่างกาย: การออกกำลังกายช่วยเพิ่มระดับฮอร์โมนที่ดีในร่างกาย ทำให้รู้สึกดีขึ้น
5. การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา: ช่วยให้วัยรุ่นสามารถจัดการกับความเครียดและอารมณ์ได้ดีขึ้น

จากการศึกษาเอกสารเกี่ยวกับรักษาภาวะซึมเศร้า สามารถสรุปได้ว่า การรักษาภาวะซึมเศร้ามักประกอบด้วยแนวทางหลัก ๆ ได้แก่ การบำบัดทางจิตวิทยา การรักษาโดยใช้ยา และการรักษาโดยการได้รับความรักการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว รวมไปถึงกิจกรรมทางร่างกาย เป็นต้น

6. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยได้มีผู้อธิบายเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า ไว้ดังนี้

สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง (2562) ได้อธิบายถึงเครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้าว่า เครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้าที่มีใช้ในประเทศไทยเป็นแบบสอบถามฉบับภาษาไทย ที่พิจารณาตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคและเป็นที่ยอมรับ สามารถใช้ได้ในระยะเวลาที่จำกัด

เครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้าที่มีใช้ในประเทศไทย (วัยผู้ใหญ่ ตั้งแต่อายุ 18 ปีขึ้นไป)

1. The Nine Patient Health Questionnaire Screening (PHQ-9)
2. 2Q, 9Q, 8Q
3. Depression Subscale of Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D)
4. Health-Related Self-Reported (HRSR-Scale)
5. Khon Kaen University Depression Inventory (KKU-DI)
6. Beck Depression Inventory

เครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้าที่มีใช้ในประเทศไทยในวัยเด็ก-วัยรุ่น

1. The Center for Epidemiology Studies Depression Scale (CES-D)
2. Children's Depression Inventory (CDI)

กมลพรรณ คำชู และเล็ก สมบัติ (2562) ได้อธิบายถึงแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) ไว้ดังนี้

1. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI)

คุณสมบัติของเครื่องมือ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า หรือ Children's Depression Inventory: CDI ฉบับภาษาไทยเป็นแบบวัดที่ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ หัวหน้าหน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแปลมาจากฉบับภาษาอังกฤษ

ที่สร้างขึ้นโดย Maria Kovacs โดยดัดแปลงจาก Beck Depression Inventory เหมาะสำหรับเด็ก และวัยรุ่นตอนต้น อายุ 10-15 ปี ซึ่งแบบวัดนี้ประกอบด้วยคำถาม 27 ข้อ เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในด้านต่างๆ ที่พบในเด็กแต่ละคำถามประกอบด้วยตัวเลือก 3 ข้อ ซึ่งบอกถึงความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละตัวเลือกจะมีคะแนนความรุนแรงของอาการ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการเศร้าเลยหรือน้อย คะแนน 1 หมายถึง มีอาการบ่อย ๆ และคะแนน 2 หมายถึง มีอาการตลอดเวลา คะแนนรวมของ CDI มีได้ตั้งแต่ 0-52 คะแนน จากการวิจัยพบว่า CDI ฉบับภาษาไทยมีค่าอำนาจจำแนกระหว่างเด็กปกติกับเด็กที่มีภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 10$ การศึกษาในเด็กไทยพบว่ามี Reliability Coefficient (Alpha) = 0.83 และมีความตรงในการจำแนกสูง จาก Receiver Operating Characteristic Curve คะแนนที่เป็นจุดตัดแยกภาวะซึมเศร้าที่มีความสำคัญทางคลินิก คือ 15 คะแนนขึ้นไป ที่คะแนนนี้ CDI ฉบับภาษาไทยมีความไว (Sensitivity) = 78.7% ความจำเพาะ (Specificity) = 91.3% และมีความแม่นยำ (Accuracy) = 87%

วิธีการใช้เครื่องมือ แบบคัดกรอง CDI ประกอบด้วยคำถาม 27 ข้อ แต่ละคำถามมี 3 ตัวเลือก เพื่อบอกความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา การให้คะแนนจะให้ตามความรุนแรงของอาการ ทั้งนี้ แต่ละข้อคำถามจะให้คะแนนตามความรุนแรงของอาการ การแปลผลผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า 15 ขึ้นไป จากการคัดกรองถือว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะมีอาการซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิก

2. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D)

คุณสมบัติของเครื่องมือ แบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale) เป็นเครื่องมือวัดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นประเภท Self-Report เครื่องมือนี้พัฒนาขึ้นมาโดยนักวิจัยแห่ง Center for Epidemiologic Studies ที่ National Institute of Mental Health ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ความเที่ยงตรงของ CES-D วัดโดย Cronbach Coefficient Alpha มีค่าเท่ากับ 0.86 โดยศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ ได้นำ CES-D มาแปลเป็นภาษาไทยเครื่องมือนี้ประกอบด้วยข้อความ 20 ข้อซึ่งเกี่ยวกับอารมณ์ซึมเศร้าในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ใช้ได้กับวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี ผู้ได้รับคะแนนรวม สูงกว่า 22 ถือว่าอยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้าสมควรได้รับการตรวจวินิจฉัยเพื่อช่วยเหลือต่อไป (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540)

วิธีการใช้เครื่องมือ เครื่องมือนี้ประกอบด้วยข้อความ 20 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ตัวเลือกเกี่ยวกับความรุนแรง หรือความถี่ของอาการซึมเศร้า มี 4 ระดับ คือ 1) ไม่เลย (น้อยกว่า 1 วัน) ให้ 0 คะแนน, 2) บางครั้ง (1-2 วัน) ให้ 1 คะแนน, 3) บ่อย ๆ (3-4 วัน) ให้ 2 คะแนน, 4) ตลอดเวลา (5-7 วัน) ให้ 3 คะแนน

การแปลผล ผู้ที่ได้คะแนนรวมสูงกว่า 22 ถือว่าอยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้าสมควรได้รับการตรวจวินิจฉัย เพื่อช่วยเหลือต่อไป

จากการศึกษาเอกสารเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยได้เลือกเครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้าที่มีใช้ในประเทศไทยในวัยเด็ก-วัยรุ่น คือ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีอายุระหว่าง 12 - 15 ปี ซึ่งแบบคัดกรองดังกล่าวเหมาะสำหรับเด็กและวัยรุ่นตอนต้น อายุ 10-15 ปี

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น พบเอกสารดังนี้
 อุษณี อินทสุวรรณ และคณะ (2562) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายภาวะซึมเศร้า
 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอเมือง จังหวัดตราด พบว่าความสามารถในการเผชิญปัญหา
 และฟันฝ่าอุปสรรค การเสพติดเกมอินเทอร์เน็ต และการอบรมเลี้ยงดูแบบมีเหตุผลตามลำดับ โดย
 ร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 27 ซึ่งปัจจัยด้านความสามารถในการเผชิญปัญหาและฟันฝ่า
 อุปสรรคและการอบรมเลี้ยงดูแบบมีเหตุผลเป็นปัจจัยปกป้องเพื่อไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่สำคัญ จึงมี
 ความน่าสนใจมากที่นำมาปรับวิธีการในการดูแลเด็กและวัยรุ่นให้เติบโตเป็นพลเมืองที่มีคุณภาพ และ
 มีภูมิคุ้มกันต่อภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้การเสพติดเกมอินเทอร์เน็ตเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า
 ของวัยรุ่นในยุคโลกาภิวัตน์ที่สังคมควรพิจารณาถึงความซับซ้อนของปัญหาในมิติต่าง ๆ เพื่อการ
 ป้องกันไม่ให้เกิดและเยาวชนเกิดปัญหาสุขภาพจิตและมีภาวะซึมเศร้า

กาญจนา สุทธิเนียม และอุบล สุทธิเนียม (2563) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะ
 ซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา พบว่าการครุ่นคิด เหตุการณ์ในชีวิต
 เชิงลบ ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก สามารถร่วมกันทำนายภาวะ
 ซึมเศร้าได้ 35.59% โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าสูงสุด คือ (1) การครุ่นคิด รองลงมา คือ
 เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบและความเครียด ตามลำดับ และการสนับสนุนทางสังคมและทุนทางจิตวิทยา
 เชิงบวก มีอิทธิพลทางอ้อมในทางลบกับภาวะซึมเศร้า แสดงว่า นักศึกษาที่มีการสนับสนุนทางสังคม
 และทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกสูงจะช่วยลดภาวะซึมเศร้า (2) โมเดลเชิงโครงสร้าง (Structural
 Equation Modeling) มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนี้ค่าความเที่ยงของการวัดของตัว
 แปรแฝงทุกตัวอยู่ในเกณฑ์ดีมาก โดยมีค่าน้ำหนักตัวชี้วัด (Indicator Loading) ของทุกตัวแปรเชิง
 ประจักษ์เป็นบวกและอยู่ระหว่าง 0.739-0.921 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 รวมทั้งมีค่าเฉลี่ย
 Community ประจักษ์กลุ่มตัวแปร หรือ Average Variance Extract (AVE) อยู่ระหว่าง 0.574-
 0.847 และ Composite Reliability (CR) ของทุกตัวแปรแฝง มีค่าอยู่ระหว่าง 0.843 – 0.943 และ
 GOF = 0.448 แสดงว่า มาตรการวัดมีความเชื่อถือได้และโมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิง
 ประจักษ์เป็นอย่างดี

กาญจนา สุทธิเนียม, ชลพร กองคำ, ชูวิทย์ รัตนพลแสนย์, และ อุบล สุทธิเนียม (2565)
 ได้ศึกษาโมเดลความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของวัยรุ่นใน
 ระดับอุดมศึกษา พบว่าการครุ่นคิด เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม
 และทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายและสามารถ
 ร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ร้อยละ 37.40 และความคิดฆ่าตัวตายได้ ร้อยละ 18.10 และโมเดล
 ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายแสดงให้เห็นว่าการ
 ครุ่นคิด เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ความเครียด มีอิทธิพลทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัว
 ตาย ส่วนการสนับสนุนทางสังคมและทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและความคิด
 ฆ่าตัวตายลดลง และโมเดลเชิงโครงสร้าง มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดังนี้ ค่าความเที่ยงของ
 การวัดของตัวแปรแฝงทุกตัวอยู่ในเกณฑ์ดีมาก โดยมีค่าน้ำหนักตัวชี้วัด ของทุกตัวแปรเชิงประจักษ์
 เป็นบวกและอยู่ระหว่าง 0.757 - 0.920 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 รวมทั้งมีค่าเฉลี่ย

Communality ประจากลุ่มตัวแปรหรือ Average Variance Extract อยู่ระหว่าง 0.573 - 0.847 และ Composite Reliability ของทุกตัวแปรแฝงมีค่าอยู่ระหว่าง 0.872 - 0.943 และ GOF = 0.449 แสดงว่า มาตรการมีความเชื่อถือได้และโมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นอย่างดี

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษากลุ่ม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษากลุ่ม โดยสามารถแบ่งออกได้ ดังต่อไปนี้

1. ความหมายของการปรึกษากลุ่ม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความหมายของการปรึกษากลุ่มโดยได้มีผู้ให้ความหมายของการปรึกษากลุ่ม ไว้ดังนี้

ลักษณะ สิริวัฒน์ (2560) ให้ความหมายของการปรึกษากลุ่มไว้ การปรึกษากลุ่ม (Group Counselling) หมายถึง การดำเนินการตามขั้นตอนหรือกระบวนการช่วยเหลือแก่บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่มีปัญหาในเรื่องที่คล้ายคลึงกัน หรือมีความต้องการที่จะพัฒนาตนเองในเรื่องเดียวกัน โดยใช้ความสัมพันธ์และอิทธิพลของกลุ่มในการช่วยเหลือสมาชิกในด้านกำลังใจ ความเห็นอกเห็นใจ การให้ข้อมูลย้อนกลับ และข้อเสนอแนะ เพื่อให้สมาชิกเข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหา และแนวทางในการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาจากการพูดคุยและพิจารณาร่วมกันเป็นกลุ่ม สำหรับจำนวนสมาชิกในกลุ่มควรอยู่ระหว่าง 8 - 12 คนซึ่งจะทำให้การปรึกษามีประสิทธิภาพ เพราะสมาชิกมีโอกาสสร้างปฏิสัมพันธ์กันได้ทั่วถึง และมีส่วนร่วมในการรับและให้ความช่วยเหลือกลุ่มได้อย่างเต็มที่

ชูวิทย์ รัตนพลแสนย์ (2562) ให้ความหมายของการปรึกษากลุ่มไว้ การปรึกษากลุ่ม หมายถึง กระบวนการที่ผู้ให้การปรึกษาจัดขึ้น เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ให้การปรึกษาหลาย ๆ ที่มีปัญหาลักษณะคล้ายคลึงกันหรือมีความต้องการเหมือนกัน โดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้รับการปรึกษา (สมาชิกในกลุ่ม) ได้แก้ไข ปรับปรุง และพัฒนาตนเอง โดยผู้ให้การปรึกษาจะคอยเอื้ออำนวยให้ผู้รับคำปรึกษาได้มีโอกาสสำรวจตนเอง แสดงความรู้สึกและความคิดเห็น กล่าวเผชิญความจริง ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ภายใต้อารมณ์ของบรรยากาศของกลุ่มที่อบอุ่น จริงใจ ให้การยอมรับ มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

พรรณิ ธนุทิพย์ (2563) ได้อธิบายว่า การปรึกษากลุ่มไม่เพียงแต่ช่วยในการแก้ปัญหาส่วนบุคคล แต่ยังส่งเสริมการสร้างสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ส่งผลให้เกิดการสนับสนุนทางอารมณ์ และการพัฒนาทักษะชีวิตในระยะยาว

Lewin (1947) อธิบายการปรึกษากลุ่มว่าเป็นกระบวนการที่สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ ซึ่งช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เขาเชื่อว่าการปรึกษากลุ่มสามารถสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการพัฒนาทางสังคมและจิตใจ โดยสมาชิกในกลุ่มจะช่วยกระตุ้นและสนับสนุนกันในการแก้ปัญหาและการเติบโต นอกจากนี้ Lewin ยังมีแนวคิดเรื่อง "การเปลี่ยนแปลงทางสังคม" ที่เน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของกลุ่มในการสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนในบุคคลและสังคม

Yalom (2005) ให้ความหมายของการปรึกษากลุ่มไว้ การปรึกษากลุ่มหมายถึง กระบวนการที่สมาชิกในกลุ่มมารวมตัวกันเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ และความรู้สึก เกี่ยวกับปัญหาหรือหัวข้อที่สนใจร่วมกัน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน ช่วยให้สมาชิกสามารถเข้าใจและรับมือกับสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ รวมถึงพัฒนาทักษะทางสังคมและการสื่อสาร

Corey (2018) ให้ความหมายของการปรึกษากลุ่มไว้ว่า เป็นกระบวนการของสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคลที่เน้นในเรื่องความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในขณะนั้น ซึ่งโดยทั่วไปจะ เกี่ยวข้องกับการศึกษา อาชีพ ส่วนตัว และสังคม การปรึกษาแบบกลุ่มมีจุดมุ่งหมายทั้งการป้องกัน และการบำบัดรักษา บรรยากาศของกลุ่มเต็มไปด้วยความไว้วางใจ แสดงความเห็นอกเห็นใจ และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยจะนำไปสู่การเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นความขัดแย้ง ความสับสน ตลอดจน ปัญหาต่าง ๆ มีการพัฒนาตนเองจากการพยายามค้นหาศักยภาพและจุดเด่นที่มีอยู่ในตนเอง และ พยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของตนเอง

จากการศึกษาเอกสารเกี่ยวกับความหมายของการปรึกษาแบบกลุ่ม สามารถสรุปได้ว่า การ ปรึกษากลุ่มหมายถึงกระบวนการที่สมาชิกในกลุ่มมารวมตัวกันเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ และความรู้สึกเกี่ยวกับหัวข้อหรือปัญหาที่มีความสนใจร่วมกัน โดยมุ่งหวังที่จะสนับสนุน ซึ่งกันและกัน ช่วยให้สมาชิกสามารถเข้าใจและรับมือกับสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ รวมถึงพัฒนาทักษะ ทางสังคมและการสื่อสาร การปรึกษากลุ่มช่วยสร้างความรู้สึกไม่โดดเดี่ยวและส่งเสริมการเรียนรู้ ร่วมกันในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและไม่ตัดสิน

2. จุดมุ่งหมายของการปรึกษากลุ่ม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของ การปรึกษากลุ่ม โดยได้มีผู้อธิบายจุดมุ่งหมายของการปรึกษากลุ่ม ไว้ดังนี้

วีซี ทรัพย์มี (2550) ได้กล่าวถึงจุดมุ่งหมายของการปรึกษากลุ่มไว้ว่า การปรึกษากลุ่มช่วย ให้ผู้รับการปรึกษาได้เข้าใจตนเอง ได้สำรวจตนเองกับปัญหาในสภาพอบอุ่นเป็นมิตร และเกิด ความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ

ลักขณา สรีวัฒน์ (2560) ได้อธิบายจุดมุ่งหมายของการปรึกษากลุ่มไว้ว่า การปรึกษามี ความมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดสติปัญญาในเรื่องของการรู้เท่าทันตนเอง คือได้รู้จัก ตนเอง และยอมรับตนเองในทุก ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านความถนัด ความสามารถ ความพึงพอใจ และความพร้อมของตนเอง ในการที่จะเลือกสิ่งต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับตนเอง จากแนวทางที่ได้รับการ เสนอแนะอย่างหลากหลายจนสามารถรู้จักวิถีทางในการแก้ปัญหาและพัฒนาตนเองได้อย่างมี ประสิทธิภาพ และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ

Yalom (2005) ได้อธิบายจุดมุ่งหมายของการปรึกษากลุ่มไว้ ดังนี้

1. การสนับสนุนทางอารมณ์: ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกไม่โดดเดี่ยว และสามารถแบ่งปัน ความรู้สึกและประสบการณ์ได้อย่างเปิดเผย

2. การเรียนรู้และการพัฒนา: สมาชิกสามารถเรียนรู้จากประสบการณ์และมุมมองของผู้อื่น ซึ่งช่วยในการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ

3. การสร้างทักษะทางสังคม: การมีส่วนร่วมในกลุ่มช่วยพัฒนาทักษะการสื่อสาร การทำงานร่วมกัน และการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี

4. การส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม: การปรึกษากลุ่มสามารถกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงในทัศนคติและพฤติกรรมของสมาชิกได้

Corey (2008) ได้อธิบายจุดมุ่งหมายของการปรึกษากลุ่มไว้ ดังนี้

1. เพื่อให้รู้จักที่จะเรียนรู้ในการให้ความไว้วางใจในตนเองและผู้อื่น
2. เพื่อให้ตระหนักเข้าใจในตนเองและพัฒนาเป็นเอกลักษณ์แห่งตน
3. เพื่อรับรู้ถึงความต้องการและปัญหาของสมาชิกคนอื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกัน
4. ช่วยให้สมาชิกเรียนรู้วิธีการแสดงให้เห็นซึ่งความสำคัญของความใกล้ชิดสนิทสนม
5. ช่วยเหลือสมาชิกในการค้นหาทรัพยากรที่มีอยู่ภายในครอบครัวและชุมชนที่สมาชิกมีส่วนเกี่ยวข้องอยู่

6. เพื่อให้สมาชิกเกิดความถึงพอใจ ความมั่นใจและการเคารพในตนเองมีความรับผิดชอบ ต่อตนเองและสังคม

7. เพื่อเรียนรู้วิธีการแสดงออกถึงความรู้สึกของแต่ละคนในด้านสุขภาพ

8. เพื่อรู้จักเอาใจใส่และเห็นอกเห็นใจผู้อื่น

9. เพื่อค้นหาแนวทางที่แน่นอนในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ และขจัดความขัดแย้งออกไป

The University of Mary Hardin-Baylor [UMHB] (2022) ได้อธิบายจุดมุ่งหมายของการปรึกษากลุ่มไว้ ดังนี้

1. เพื่อให้และรับการสนับสนุน
2. เพื่อทำความเข้าใจปัญหาและค้นหาแนวทางแก้ไขที่เป็นไปได้
3. เพื่อฝึกทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ในการตั้งค่ากลุ่มที่ปลอดภัย
4. เพื่อเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีที่ค้นพบปะกับผู้อื่น
5. เพื่อเพิ่มทักษะการสังเกตและข้อเสนอแนะ
6. เพื่อเสริมทักษะการแก้ปัญหา
7. เพื่อปรับปรุงการแสดงออกทางอารมณ์
8. เพื่อลดการแยกทางสังคม
9. เพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารที่ดี

จากการศึกษาเอกสารเกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการปรึกษากลุ่มของการปรึกษาแบบกลุ่ม สามารถสรุปได้ว่า จุดมุ่งหมายของการปรึกษากลุ่ม หมายถึง การที่ผู้ให้การปรึกษา และผู้รับการปรึกษาวางแผนเป้าหมาย หรือข้อตกลงร่วมกันการปรึกษากลุ่ม เพื่อให้ผู้รับการปรึกษามีแนวทางในการจัดการปัญหาของตนเอง เข้าใจตนเอง อย่างเหมาะสม

3. หลักการของการปรึกษากลุ่ม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวกับหลักการของการปรึกษากลุ่ม โดยได้มีผู้อธิบายหลักการของการปรึกษากลุ่ม ไว้ดังนี้

ลักษณะ สรวิวัฒน์ (2560) ได้อธิบายหลักการของการปรึกษากลุ่ม ดังนี้ การปรึกษาเป็นการให้บริการทางการปรึกษาในลักษณะของกระบวนการ ความเต็มใจของผู้มาขอรับบริการ หรือผู้มา

ขอรับการปรึกษา ดังนั้นผู้ให้การปรึกษาจะคุณสมบัติด้านการปรึกษาคือต้องได้รับการฝึกฝนอบรมและมีทักษะทางด้านมาโดยเฉพาะ เนื่องจากการปรึกษานั้นจะต้องยึดหลักความแตกต่างระหว่างผู้รับบริการในด้านต่าง ๆ เช่น ความแตกต่างทางด้านความสามารถ ความถนัด ความสนใจ ตลอดจนความแตกต่างทางฐานะ เศรษฐกิจ และสังคม ในการปรึกษาจะต้องคำนึงถึงผู้รับบริการในทุกเรื่องที่เกี่ยวข้อง เพราะปัญหาต่าง ๆ มักเกี่ยวข้องกัน เช่น ผู้รับบริการที่มีปัญหาส่วนตัวอาจมีผลกระทบถึงปัญหาทางการเรียนด้วย เป็นต้น

มนต์ชัย พึ่งทอง (2561) ได้อธิบายหลักการของการปรึกษากลุ่ม ดังนี้

1. การสร้างความเชื่อมั่นในกลุ่ม เน้นการสร้างบรรยากาศที่สมาชิกทุกคนรู้สึกปลอดภัยในการแสดงออก ทั้งในเรื่องความคิดและอารมณ์

2. การสนับสนุนจากสมาชิก ส่งเสริมให้สมาชิกช่วยเหลือและสนับสนุนกันผ่านการฟังและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์

3. การเรียนรู้และเติบโต เน้นว่าการปรึกษากลุ่มเป็นโอกาสในการเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น ซึ่งจะช่วยให้เห็นมุมมองที่แตกต่าง

4. การตั้งเป้าหมายร่วม สมาชิกกลุ่มจะต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจนในการทำงานร่วมกัน เพื่อให้กระบวนการปรึกษามีทิศทางที่ชัดเจน

มณฑรา ธรรมบุศย์ (2561) ได้อธิบายหลักการของการปรึกษากลุ่ม ดังนี้

1. สมาชิกกลุ่มทุกคนมีสิทธิในความรู้สึกของตน คือรู้สึกอย่างไรที่ตนรู้สึก ไม่ต้องปกปิดซ่อนเร้นผู้ให้คำปรึกษาจะสนับสนุนให้สมาชิกแสดงความรู้สึกของตนออกมา และให้เคารพในอารมณ์และความรู้สึกของผู้อื่นด้วย

2. สมาชิกกลุ่มแต่ละคนต้องตัดสินใจว่า ตนต้องการจะพัฒนาอะไรเกี่ยวกับตนเองด้วยตนเอง

3. สมาชิกกลุ่มแต่ละคน ต้องมุ่งแก้ปัญหาให้ตนเองไม่ใช่มุ่งแก้ปัญหาให้คนอื่น เพราะการที่สมาชิกเข้ากลุ่มก็เพราะต้องการให้มีการเปลี่ยนแปลงไป ในทางที่ดีขึ้นให้กับตนเอง

4. ในการปรึกษาแบบกลุ่ม ความรู้สึกของสมาชิกกลุ่มที่มีต่อสถานการณ์ เป็นจุดที่สำคัญยิ่งกว่าสถานการณ์ เพราะความรู้สึกที่เกิดขึ้นนั้น อาจจะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหาได้

5. การเปิดเผยตนเองของสมาชิกช่วยให้การปรึกษามีประสิทธิภาพ ถ้าสมาชิกกลุ่มไม่มีการป้องกันตนเองก็ย่อมพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง และการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นได้ในบรรยากาศที่มีความไว้วางใจ มีความหวังดี มีการยอมรับและมีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ

6. สมาชิกกลุ่มต้องมีความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตน นั่นคือ ยอมรับผลที่ตามมาจากพฤติกรรมที่ตนได้กระทำไป ซึ่งทำให้สมาชิกฟังฟังคนอื่นน้อยลง

7. การลงมือกระทำเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ซึ่งจะมีได้ในบรรยากาศของการยอมรับและความเข้าใจ ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาจะต้องพยายามสร้างบรรยากาศของการยอมรับและความเข้าใจ ให้เกิดขึ้นในกลุ่ม และรักษาสิ่งเหล่านี้ไว้ตลอดไป

8. ในการเผชิญปัญหา แก้ปัญหา มีวิธีการหรือทางเลือกหลายวิธี ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องช่วยให้สมาชิกสามารถเลือกแนวทางแก้ปัญหาจากทางเลือกต่าง ๆ ที่ได้มีการนำเสนอในกลุ่มด้วยตนเอง

9. สมาชิกกลุ่มจะต้องมีคำมั่นสัญญาให้กับตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ ดังนั้นการให้การเสริมแรงจึงถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องคำนึงถึง

10. ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มได้นำประสบการณ์ใหม่หรือสิ่งที่เรียนรู้ใหม่ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ดังนั้นประสบการณ์ในกลุ่มจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสมาชิก

11. การที่สมาชิกรู้จักตนเองอย่างลึกซึ้ง และยอมรับตนเอง ทำให้มีการป้องกันตนเองน้อยลง และทนต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับตน

12. สมาชิกกลุ่มจะเกิดความเข้าใจตนเอง มีความรับผิดชอบ และสามารถควบคุมตนเองได้มากขึ้น หลังจากได้เข้าร่วมการปรึกษาแบบกลุ่ม

Rogers (1961) กล่าวว่าความสำคัญของการสร้างความสัมพันธ์เชิงบวกและการฟังอย่างเข้าใจในกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกสามารถเติบโตทางอารมณ์และพัฒนาตนเอง และได้อธิบายหลักการของการปรึกษากลุ่ม ดังนี้

1. ความสัมพันธ์เชิงบวก (Positive Regard): Rogers เน้นความสำคัญของการสร้างความสัมพันธ์ที่อบอุ่นและสนับสนุนระหว่างสมาชิกในกลุ่ม สมาชิกแต่ละคนควรรู้สึกได้รับการยอมรับและไม่ถูกตัดสิน ซึ่งช่วยสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการพูดคุยและการเปิดเผยความรู้สึก

2. การฟังอย่างเข้าใจ (Empathic Listening): การฟังที่มุ่งเน้นไปที่ความรู้สึกและประสบการณ์ของผู้อื่นเป็นสิ่งสำคัญในกลุ่ม ฟังอย่างจริงใจและพยายามเข้าใจมุมมองของกันและกัน จะช่วยให้สมาชิกรู้สึกว่าคุณค่าและเข้าใจ

3. การเติบโตทางอารมณ์ (Emotional Growth): เมื่อสมาชิกในกลุ่มได้รับการสนับสนุนและความเข้าใจ พวกเขาจะรู้สึกปลอดภัยในการสำรวจความรู้สึกของตนเองและสามารถเติบโตได้ทั้งในด้านอารมณ์และสังคม นี่คือการสร้างโอกาสให้สมาชิกพัฒนาแนวคิดใหม่ ๆ และจัดการกับปัญหาของตน

4. การช่วยเหลือตนเอง (Self-Actualization): Rogers เชื่อว่าผู้คนมีศักยภาพในการเติบโตและพัฒนา ดังนั้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพูดคุยและการฟังจะช่วยให้สมาชิกสามารถค้นพบและใช้ศักยภาพของตนได้อย่างเต็มที่

Perls (1969) กล่าวว่าการตระหนักรู้ในตนเองและการแสดงออกของอารมณ์ในกลุ่ม การสร้างความตระหนักรู้ในปัจจุบันจะช่วยให้สมาชิกสามารถเข้าใจปัญหาของตนได้ดีขึ้น และได้อธิบายหลักการของการปรึกษากลุ่ม ดังนี้

1. การตระหนักรู้ในปัจจุบัน (Present Awareness): Perls เน้นความสำคัญของการอยู่กับปัจจุบัน (Here and now) ในการทำงานกลุ่ม สมาชิกควรมีความตระหนักรู้ในความรู้สึกและอารมณ์ของตนเองในขณะนั้น การให้ความสำคัญกับปัจจุบันช่วยให้สมาชิกเข้าใจและรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นในตัวเองได้ดียิ่งขึ้น

2. การแสดงออกทางอารมณ์ (Emotional Expression): Perls เชื่อว่า การแสดงออกอารมณ์อย่างเปิดเผยเป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการบำบัด การกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มแสดงออกถึงอารมณ์ ความรู้สึก และความคิดของตนจะช่วยให้พวกเขาได้ระบายและเข้าใจตนเองได้มากขึ้น

3. การใช้เทคนิค Gestalt (Gestalt Techniques): Perls ใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น “Empty Chair Technique” ซึ่งช่วยให้สมาชิกสามารถพูดคุยกับส่วนต่าง ๆ ของตนเอง หรือกับคนที่มีความสำคัญในชีวิต เทคนิคเหล่านี้ช่วยให้เกิดการตระหนักรู้และการเข้าใจตนเองมากขึ้น

4. การมองเห็นความสัมพันธ์ (Awareness of Relationships): ในการปรึกษากลุ่ม สมาชิกจะได้รับโอกาสในการสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างกัน การสังเกตว่าพวกเขามีปฏิสัมพันธ์กันอย่างไร ช่วยให้สมาชิกเข้าใจรูปแบบการสื่อสารและการเชื่อมโยงกับผู้อื่น

5. การสร้างความรับผิดชอบ (Responsibility): Perls เน้นให้สมาชิกรับผิดชอบต่อความรู้สึกและการกระทำของตน การรับรู้ว่าคุณมีส่วนในการสร้างประสบการณ์ชีวิตของตนเองจะช่วยให้สมาชิกมีพลังในการเปลี่ยนแปลง

Corey (2015) กล่าวว่าการศึกษากรุปควรมีการจัดโครงสร้างที่ชัดเจนและมีเป้าหมาย เพื่อให้การดำเนินการในกลุ่มเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และได้อธิบายหลักการของการปรึกษากลุ่มดังนี้

1. โครงสร้างและการจัดการกรุป (Structure and Group Management): Corey เน้นความสำคัญของการมีโครงสร้างที่ชัดเจนในกลุ่ม ซึ่งหมายถึงการกำหนดบทบาทของสมาชิกในกลุ่ม การจัดทำกฎระเบียบ และการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน การมีโครงสร้างที่ดีจะช่วยให้กรุปทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและสมาชิกสามารถเข้าใจบทบาทของตนเองได้ดีขึ้น

2. เป้าหมายและวัตถุประสงค์ (Goals and Objectives): Corey แนะนำให้ตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนสำหรับกรุป เช่น การสนับสนุนการพัฒนาอารมณ์ การเรียนรู้การสื่อสาร หรือการจัดการกับปัญหาส่วนตัว เป้าหมายเหล่านี้จะช่วยให้สมาชิกมีทิศทางในการทำงานและประเมินผลความก้าวหน้าของตนเอง

3. กระบวนการกรุป (Group Process): Corey มุ่งเน้นที่การศึกษากระบวนการที่เกิดขึ้นในกลุ่ม ซึ่งรวมถึงการสื่อสาร การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก และการเปลี่ยนแปลงในทัศนคติและพฤติกรรม การเข้าใจกระบวนการเหล่านี้จะช่วยให้กรุปสามารถพัฒนาและปรับปรุงวิธีการทำงานร่วมกันได้

4. บทบาทของผู้นำกรุป (Role of the Group Leader): Corey เชื่อว่าผู้นำกรุปมีบทบาทสำคัญในการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการพูดคุยและการเปิดเผย โดยผู้นำควรมีทักษะในการฟังอย่างเข้าใจ การสนับสนุนสมาชิก และการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในกลุ่ม

5. การประเมินผล (Evaluation): Corey แนะนำให้มีการประเมินผลการทำงานของกรุปอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สมาชิกสามารถตรวจสอบความก้าวหน้าและปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานให้เหมาะสม การประเมินผลจะช่วยให้กรุปเติบโตและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาเอกสารเกี่ยวกับหลักการของการปรึกษากลุ่ม สามารถสรุปได้ว่า หลักการของการปรึกษากลุ่ม จะต้องมีการตั้งต่อไป การสร้างบรรยากาศที่ปลอดภัย สมาชิกต้องรู้สึกสบายใจและปลอดภัยในการเปิดเผยความรู้สึกและประสบการณ์ของตนเอง การรับฟัง สมาชิกในกลุ่ม ควรสนับสนุนและฟังอย่างเข้าใจซึ่งกันและกัน เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และการเติบโตทางอารมณ์ การมีเป้าหมายชัดเจน การตั้งกฎระเบียบและเป้าหมายที่ชัดเจนจะช่วยให้การทำงานในกลุ่มมีประสิทธิภาพและมีทิศทาง การแบ่งปันและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพราะ การแบ่งปัน

ประสบการณ์และความรู้สึกช่วยเสริมสร้างความเข้าใจและความสัมพันธ์ที่ดีในกลุ่ม การตระหนักรู้ในตนเอง สมาชิกควรมีความตระหนักรู้ในอารมณ์และพฤติกรรมของตน เพื่อส่งเสริมการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลง และการประเมินผลและการปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้กลุ่มสามารถพัฒนาและปรับปรุงวิธีการทำงานได้

4. ประโยชน์ และคุณค่าของการปรึกษากลุ่ม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประโยชน์ และคุณค่าของการปรึกษากลุ่ม โดยได้มีผู้อธิบายประโยชน์ และคุณค่าของการปรึกษากลุ่ม ไว้ดังนี้

ลักษณะ อภิรัฐ (2563) สมาชิกในกลุ่มได้รับการสนับสนุนจากกันและกัน แต่ยังสามารถลดความเครียดและพัฒนาทักษะในการจัดการกับอารมณ์ของตนเอง ทำให้การปรึกษากลุ่มกลายเป็นเครื่องมือที่มีคุณค่าในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

อุษา พลุกษ์งาม (2564) ได้อธิบายประโยชน์ของการปรึกษากลุ่มไว้ว่า สมาชิกในกลุ่มได้เรียนรู้ที่จะเข้าใจผู้อื่น แต่ยังคงเสริมสร้างความมั่นใจและทักษะในการจัดการกับความท้าทายในชีวิต ทำให้การปรึกษากลุ่มเป็นเครื่องมือที่มีคุณค่าสำหรับการพัฒนาตนเองอย่างยั่งยืน

สุรีย์ มะลิ (2565) ได้อธิบายประโยชน์ของการปรึกษากลุ่มไว้ว่า การปรึกษากลุ่มเป็นวิธีที่สมาชิกในกลุ่มสามารถร่วมกันค้นหาและวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ ซึ่งช่วยให้ทุกคนได้มุมมองที่หลากหลาย การทำงานร่วมกันในลักษณะนี้สามารถกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ และช่วยให้สมาชิกพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ตัวอย่างเช่น สมาชิกอาจเผชิญกับปัญหาทางอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล สมาชิกในกลุ่มสามารถนำเสนอวิธีการหรือเทคนิคที่เคยใช้ในการจัดการกับปัญหานี้ เช่น การฝึกสติ หรือการใช้เทคนิคการพูดคุยกับตนเอง โดยสมาชิกแต่ละคนจะได้รับการสนับสนุนจากผู้อื่นในกลุ่ม ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและความเข้าใจในกระบวนการแก้ปัญหา

Beck (1976) ได้อธิบายประโยชน์ของการปรึกษากลุ่มไว้ ดังนี้

1. สมาชิกสามารถแบ่งปันความคิดและความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของตน ซึ่งช่วยให้สมาชิกคนอื่น ๆ มองเห็นและเข้าใจว่าความคิดบางอย่างอาจไม่เป็นจริงหรือไม่สมเหตุสมผล การทำงานร่วมกันนี้สามารถกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในมุมมองและความคิดที่เป็นลบได้

2. สมาชิกในกลุ่มจะได้ฝึกฝนเทคนิคการคิดเชิงบวก การใช้ทักษะการจัดการอารมณ์ และการสร้างความมั่นใจในตัวเอง ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์ที่ท้าทายและลดความเสี่ยงต่อปัญหาทางจิตใจ

3. ช่วยให้สมาชิกพัฒนาทักษะการสื่อสาร โดยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการสนทนาเกี่ยวกับความคิดและอารมณ์ของตน การฟังและการให้ข้อเสนอแนะแก่กันในกลุ่มจะส่งเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและส่งเสริมการพัฒนาตนเอง

4. ช่วยให้สมาชิกมีโอกาสสำรวจและรับรู้ถึงพฤติกรรมและอารมณ์ของตนเอง รวมถึงความเชื่อที่อาจนำไปสู่อารมณ์เชิงลบ การเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมจะช่วยให้สมาชิกสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนได้ดีขึ้น

Satir (1983) ได้อธิบายประโยชน์ของการปรึกษากลุ่มไว้ ดังนี้

1. ช่วยให้สมาชิกเรียนรู้วิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เช่น การใช้ “การสื่อสารที่เปิดเผย” (Open Communication) ซึ่งสมาชิกกลุ่มสามารถฝึกการพูดคุยอย่างตรงไปตรงมาและการฟังอย่างเข้าใจ สมาชิกจะได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมสื่อสารของตน ทำให้สามารถปรับปรุงวิธีการสื่อสารและเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นในครอบครัว

2. สมาชิกจะได้รับการสนับสนุนจากผู้อื่น ซึ่งช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง การแบ่งปันประสบการณ์และการได้รับคำชมเชยจากสมาชิกคนอื่นสามารถสร้างความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง นอกจากนี้ยังช่วยให้สมาชิกเข้าใจว่าความรู้สึกและความคิดของตนเองมีคุณค่าและสำคัญ

3. สมาชิกในกลุ่มเรียนรู้วิธีการปรับตัวและการจัดการกับความขัดแย้ง สมาชิกสามารถแลกเปลี่ยนกลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ และเรียนรู้ที่จะรับมือกับสถานการณ์ที่ท้าทายได้อย่างมีประสิทธิภาพ การใช้เทคนิคการปรับตัวในกลุ่มช่วยเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางอารมณ์และจิตใจ

4. ช่วยให้สมาชิกได้สำรวจและเข้าใจตนเองมากขึ้น ผ่านการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ สมาชิกสามารถระบุพฤติกรรมและความคิดที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาของตนเอง การได้รับข้อมูลย้อนกลับจากสมาชิกคนอื่น ๆ จะช่วยให้เข้าใจถึงภาพรวมของตนเอง

5. สมาชิกจะรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองปลอดภัยในการเปิดเผยความรู้สึกและประสบการณ์ ช่วยให้การเรียนรู้และการพัฒนาสามารถเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Ellis (2004) ได้อธิบายประโยชน์ของการปรึกษากลุ่มไว้ ดังนี้

1. ช่วยให้สมาชิกกลุ่มสามารถระบุมุมมองที่ไม่เป็นประโยชน์ เช่น ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล หรือความคิดเชิงลบเกี่ยวกับตนเอง สมาชิกในกลุ่มสามารถแชร์ประสบการณ์และรับคำแนะนำจากผู้อื่นในการเปลี่ยนแปลงความคิดเหล่านี้ไปสู่ความคิดที่สร้างสรรค์และมีประโยชน์มากขึ้น

2. สมาชิกในกลุ่มจะได้เรียนรู้วิธีการต่าง ๆ ในการจัดการอารมณ์ เช่น การใช้เทคนิคการหายใจ การฝึกสติ หรือการใช้การพูดคุยกับตนเองในเชิงบวก การแลกเปลี่ยนเทคนิคและประสบการณ์ช่วยให้สมาชิกรู้สึกมีอำนาจในการจัดการอารมณ์และปัญหาของตนได้ดียิ่งขึ้น

3. สมาชิกสามารถเรียนรู้จากการสนับสนุนซึ่งกันและกันและได้รับแรงบันดาลใจจากการเปลี่ยนแปลงของผู้อื่นในกลุ่ม

4. สมาชิกสามารถเรียนรู้วิธีการเผชิญกับความท้าทายและปัญหาชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการเข้าใจถึงกลไกการคิดและการจัดการอารมณ์ที่พัฒนาในกลุ่ม

จากการศึกษาเอกสารเกี่ยวกับประโยชน์ และคุณค่าของการปรึกษากลุ่ม สามารถสรุปได้ว่าประโยชน์ และคุณค่าของการปรึกษากลุ่ม คือการที่สมาชิกในกลุ่มได้รับการสนับสนุนจากผู้อื่นที่มีประสบการณ์คล้ายกัน ช่วยสร้างความรู้สึกว่าคุณค่าไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัญหาที่เผชิญ เรียนรู้การฟังอย่างตั้งใจ การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การให้ข้อเสนอแนะแบบสร้างสรรค์ สามารถแบ่งปันประสบการณ์และเทคนิคในการแก้ปัญหา ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่หลากหลายและพัฒนาทักษะใหม่ ๆ การสร้างบรรยากาศที่ปลอดภัยจะช่วยให้สมาชิกรู้สึกปลอดภัยในการเปิดเผยตัวตน ทำให้เกิดความไว้วางใจและความสัมพันธ์ที่ดีในกลุ่ม การได้รับการยอมรับและสนับสนุนจากสมาชิกคนอื่นสามารถสร้างความมั่นใจในตัวเองและช่วยเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหา การแบ่งปันและระบายอารมณ์ช่วย

ลดความเครียดและความวิตกกังวล ส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีในระยะยาว การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในกลุ่มช่วยสร้างเครือข่ายการสนับสนุนที่แข็งแกร่ง ช่วยให้มีความพึงพอใจในยามที่ต้องการ

5. กระบวนการของการปรึกษากลุ่ม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวกับกระบวนการของการปรึกษากลุ่ม โดยได้มีผู้อธิบายกระบวนการของการปรึกษากลุ่ม ไว้ดังนี้

มนต์ชัย สุทธิธรรม (2560) ได้อธิบาย กระบวนการของการปรึกษากลุ่มไว้ ดังนี้

1. การสร้างความไว้วางใจ บรรยากาศที่ปลอดภัย เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญ ซึ่งการสร้างบรรยากาศที่สมาชิกรู้สึกปลอดภัยและไม่ถูกตัดสิน ช่วยให้สมาชิกกล้าเปิดเผยตัวตนและความรู้สึก การสร้างความสัมพันธ์ การทำกิจกรรมที่ช่วยเชื่อมโยงกันในกลุ่ม เช่น การแนะนำตัว การแชร์เรื่องราวส่วนตัวเล็กน้อย ช่วยให้สมาชิกเกิดความสัมพันธ์ที่ดี

2. การตั้งเป้าหมาย การระบุปัญหา สมาชิกจะร่วมกันพูดคุยและค้นหาปัญหาที่ต้องการแก้ไขหรือประเด็นที่ต้องการทำงาน เช่น ปัญหาความเครียดในชีวิตประจำวัน การตั้งเป้าหมายร่วมกัน สมาชิกช่วยกันกำหนดเป้าหมายที่ต้องการบรรลุในระหว่างการปรึกษา เช่น การเรียนรู้วิธีการจัดการกับอารมณ์หรือการพัฒนาทักษะการสื่อสาร

3. การแบ่งปันประสบการณ์ การสื่อสารอย่างเปิดเผย สมาชิกแต่ละคนจะแบ่งปันประสบการณ์ ความรู้สึก และความคิดเกี่ยวกับปัญหาที่เผชิญอยู่ การสนับสนุน สมาชิกคนอื่น ๆ จะให้การสนับสนุนทางอารมณ์ ช่วยให้ผู้ที่แบ่งปันรู้สึกว่ามีใครสักคนเข้าใจ

4. การพัฒนาแนวทางแก้ไข การทำงานร่วมกัน สมาชิกจะร่วมกันอภิปรายและเสนอแนวทางแก้ไขที่เป็นไปได้ โดยอาจมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและแนวคิดจากประสบการณ์ของแต่ละคน การทดลองแนวทางใหม่ สมาชิกอาจเลือกวิธีการบางอย่างเพื่อทดลองใช้งานในชีวิตประจำวัน เช่น เทคนิคการผ่อนคลายหรือการจัดการเวลา

5. การประเมินผล การสรุปผล เมื่อถึงตอนท้ายของการปรึกษา สมาชิกจะมีการสรุปผลการสนทนาและสิ่งที่ได้เรียนรู้การประเมินความก้าวหน้า สมาชิกแต่ละคนจะสามารถประเมินความก้าวหน้าของตนเองในด้านการเผชิญปัญหาหรือการพัฒนาทักษะที่ตั้งใจไว้ รวมถึงการวางแผนสำหรับการปรึกษาครั้งถัดไป

อภิญา วิชัยดิษฐ (2562) ได้อธิบาย กระบวนการของการปรึกษากลุ่มไว้ ดังนี้

1. การตั้งกลุ่ม (Group Formation) การเลือกสมาชิกในกลุ่มที่มีความหลากหลายแต่มีเป้าหมายร่วมกัน โดยจำนวนสมาชิกควรเหมาะสมเพื่อให้ทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็น

2. การสร้างบรรยากาศที่ปลอดภัย (Creating a Safe Environment) ผู้ให้คำปรึกษาต้องสร้างบรรยากาศที่สมาชิกกลุ่มรู้สึกว่าจะได้รับการสนับสนุนและไม่ถูกตัดสิน นี่เป็นสิ่งสำคัญในการทำให้สมาชิกกล้าพูดคุยและเปิดใจ

3. การกำหนดเป้าหมาย (Setting Goals) สมาชิกกลุ่มร่วมกันตั้งเป้าหมายในการปรึกษา เพื่อให้การสนทนามีทิศทางและวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน

4. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Sharing Experiences) สมาชิกจะได้แบ่งปันประสบการณ์ ความคิด และความรู้สึก ซึ่งช่วยให้เกิดการเรียนรู้จากกันและกัน

5. การสนับสนุนและให้คำแนะนำ (Providing Support and Guidance) ผู้ให้คำปรึกษาให้การสนับสนุนและคำแนะนำเพื่อช่วยให้สมาชิกในกลุ่มสามารถพัฒนาตนเองและแก้ไขปัญหาได้

6. การประเมินผล (Evaluation) การประเมินผลหลังจากการปรึกษาเพื่อดูว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาขึ้นในด้านใดบ้าง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาสามารถปรับปรุงกระบวนการในอนาคตได้

Trotzer (1977) ได้อธิบาย กระบวนการของการปรึกษากลุ่มไว้ ดังนี้

1. ขั้นสร้างความมั่นคงปลอดภัยภายในกลุ่ม (The Security Stage) การปรึกษาในขั้นเริ่มต้นคือ ความกังวล ความลังเลสงสัย ความไม่แน่ใจ การต่อต้านความรู้สึกไม่สะดวกสบาย และปฏิกิริยาทางอารมณ์อื่น ๆ อันเป็นส่วนหนึ่งของความรู้สึกทั้งของสมาชิกกลุ่มและผู้นำกลุ่ม การที่สมาชิกกลุ่มมีความรู้สึกเช่นนี้ก็เพราะเขากำลังอยู่ในสถานการณ์ทางสังคมที่ใหม่สำหรับเขา ซึ่งไม่สามารถคาดเดาถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไป และเขาก็ไม่มีความมั่นใจในความสามารถของเค้าที่จะควบคุมตนเอง หรือสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้เกิดขึ้นภายในกลุ่มได้ ยิ่งกว่านั้นความรู้สึกอึดอัดจากการที่สมาชิกกลุ่มรู้ว่าตนเองกำลังอยู่ในกระบวนการปรึกษาและมีเรื่องส่วนตัวเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งไม่ใช่ว่าจะเปิดเผยได้ง่าย ๆ ภายใต้อสถานการณ์ใด ๆ ก็ตาม

2. ขั้นการยอมรับกลุ่ม (The Acceptance Stage) ในขั้นนี้จะเกี่ยวข้องโดยตรงกับความต้องการความรักและการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ซึ่งมีอิทธิพลต่อทิศทางของกระบวนการกลุ่ม โดยทั่วไปในขั้นคุณลักษณะที่เคลื่อนย้ายจากการต่อต้านไปสู่การร่วมมือกันของสมาชิกกลุ่ม เมื่อสมาชิกเริ่มผ่อนคลายความรู้สึกไม่สบายใจกับวิถีดำเนินการกลุ่ม พื้นฐานความกลัวของเขาก็จะหายไป การยอมรับสถานการณ์ของกลุ่มก็จะมีมากขึ้น มีความคุ้นเคยกับบรรยากาศ วิธีการ ผู้นำกลุ่มและสมาชิกภายในกลุ่มมากขึ้น รวมทั้งมีความสบายใจและรู้สึกปลอดภัยในการเข้ากลุ่ม สมาชิกจะยอมรับโครงสร้างของกลุ่มและบทบาทของผู้นำกลุ่ม การยอมรับนี้ไม่ได้หมายความว่าความถึงวัตถุประสงค์ของกลุ่ม แต่หมายถึงเขากำลังยอมรับวิถีดำเนินการกลุ่ม

3. ขั้นสร้างความรับผิดชอบ (The Responsibility Stage) เป็นขั้นตอนที่สามของกระบวนการปรึกษาแบบกลุ่ม คุณลักษณะที่สำคัญคือ การพัฒนาสมาชิกกลุ่มจากการยอมรับตนเองและผู้อื่น มาสู่การมีความรับผิดชอบต่อตนเอง ความแตกต่างระหว่างการยอมรับตนเองและการรับผิดชอบต่อตนเองว่าการยอมรับตนเองนั้น จะช่วยให้สมาชิกตระหนักและยอมรับว่าปัญหาที่เกิดขึ้นกับเขานั้นเป็นส่วนหนึ่งของตัวเขา แต่กระนั้นก็ตาม การยอมรับตนเองเพียงอย่างเดียว ก็อาจทำให้สมาชิกถอยหนีจากวิถีทางที่จะไปสู่การแก้ไขปัญหาได้ โดยเขาอาจจะพูดว่า “ใช่ นั่นคือแนวทางที่ฉันเป็น” หรือ “นั่นคือปัญหาของฉัน” แต่เมื่อถึงขั้นที่จะต้องแก้ไขปัญหาแล้ว เขาจะปฏิเสธว่าตนเองมีส่วนเกี่ยวข้อง หรือเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหานั้น รวมทั้งปฏิเสธความรับผิดชอบใด ๆ ที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง แก้ไข ส่วนการมีความรับผิดชอบต่อตนเอง จะเป็นการสนับสนุนให้สมาชิกก้าวไปสู่การแก้ไขปัญหา โดยการรวมขั้นตอนของการยอมรับตนเองและการรับผิดชอบต่อตนเองเข้าด้วยกัน ให้สมาชิกมีความคิดว่า “ใช่ นั่นคือปัญหาของฉัน และฉันจะต้องทำอะไรสักอย่างเพื่อหาทางแก้ไข” พื้นฐานความคิดในลักษณะนี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางสร้างสรรค์ต่อกระบวนการกลุ่ม

4. **ขั้นดำเนินการ (The Work Stage)** ลักษณะที่สำคัญของขั้นตอนนี้คือ การรวบรวมปัญหาและสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสมาชิกทั้งหมด ตั้งแต่ในขั้นตอนแรก ๆ ไม่ว่าจะเป็น การสร้างความไว้วางใจ การยอมรับ และความรับผิดชอบ เพื่อนำมาเป็นประสบการณ์ที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ในการแก้ไขบางสิ่งบางอย่างที่ทำให้ไม่สบายใจ ต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิก และสมาชิกได้รับประโยชน์จากการดำเนินการนั้น จีราภรณ์ อารยะรังษฤษฎ์ (2539 อ้างอิงจาก วอรัธาและเบรนต์โท) ได้แสดงความคิดเห็นว่า หัวใจสำคัญของกระบวนการกลุ่มอยู่ที่ขั้นตอนนี้ เพราะว่าเป้าหมายของการปรึกษาหรือการบำบัดรักษาแบบกลุ่มอยู่ที่ปัญหาของสมาชิกแต่ละคน และช่วยให้ปัญหาเหล่านั้นได้รับการแก้ไข

5. **ขั้นยุติกลุ่ม (The Closing Stage)** ขั้นตอนที่สุดท้ายของกระบวนการปรึกษากลุ่ม จะมีลักษณะให้การสนับสนุนในสภาพที่เป็นธรรมชาติ โดยการแสดงปฏิกิริยาสะท้อนกลับ การให้กำลังใจ และให้มีความพยายาม แม้ว่าสมาชิกกลุ่มจะประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาของตนเองภายในกลุ่ม แต่เขายังคงต้องเผชิญกับความยุ่งยากในการปรับพฤติกรรมและทัศนคติภายนอกกลุ่ม เนื่องจากความคาดหวังของบุคคลที่อยู่ภายนอกกลุ่มที่มีต่อสมาชิกกลุ่มนั้นยังคงขึ้นอยู่กับประสบการณ์เดิมที่ผ่านมา ดังนั้นจึงเป็นการยากที่สมาชิกกลุ่มจะได้รับกำลังใจหรือตัวเสริมแรงเพื่อแสดงพฤติกรรมใหม่ หรือปฏิบัติในแนวทางที่แตกต่างไปจากเดิม กลุ่มจึงเป็นสถานที่ที่สมาชิกสามารถเปิดเผยความคับข้องใจ ความสำเร็จ และความล้มเหลว ได้อย่างปลอดภัยและยังสามารถกลับมาประเมินพฤติกรรมของตนเองถึงความเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเป็นไปได้ เพื่อให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

Corey (2012) ได้อธิบาย กระบวนการของการปรึกษากลุ่มไว้ ดังนี้

1. **ขั้นเริ่มต้น** เป็นขั้นที่ผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกภายในกลุ่มเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ให้สมาชิกรู้สึกว่าคุณได้รับความรักและเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

2. **ขั้นดำเนินการ** ขั้นนี้จะพยายามให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ว่าพฤติกรรมที่ขาดความรับผิดชอบ และทางเลือกที่ไม่เหมาะสมนั้นทำให้เกิดปัญหาหรือความยุ่งยากในชีวิตโดยพยายามเน้นพฤติกรรมที่เป็นปัจจุบัน

3. **ขั้นยุติกลุ่ม** ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้สมาชิกมีการวางแผนเพื่อเปลี่ยนแปลงโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงที่ปฏิบัติได้

จากการศึกษาเอกสารเกี่ยวกับกระบวนการของการปรึกษากลุ่ม สามารถสรุปได้ว่า กระบวนการของการปรึกษากลุ่ม ประกอบไปด้วย 3 กระบวนการได้แก่ 1) **ขั้นเริ่มต้นการปรึกษา** ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้ารับการศึกษา เพื่อให้ผู้รับการศึกษาเกิดความสบายใจ และไว้วางใจที่จะพูดคุยกับผู้ให้การศึกษา 2) **ขั้นดำเนินการ** ได้แก่ การสำรวจสภาพปัญหา ทำความเข้าใจกับปัญหา และวางแผนร่วมมือกับผู้รับการศึกษาเพื่อแก้ไขปัญหา 3) **ขั้นยุติการปรึกษา** กระบวนการสุดท้ายของการปรึกษาโดยผู้ให้การศึกษาจะดำเนินการสรุปการศึกษาในแต่ละครั้งหรือผู้รับการศึกษาอาจเป็นผู้สรุป และหากปัญหาได้รับการคลี่คลายผู้ให้การศึกษา และผู้รับการศึกษาจะทำการตกลงการปรึกษาในครั้งนั้น ๆ แต่หากปัญหายังไม่ได้รับการคลี่คลายจะต้องทำการนัดหมายในครั้งต่อไป

6. บทบาทของผู้นำกลุ่ม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของผู้นำกลุ่ม โดยได้มีผู้อธิบายบทบาทของผู้นำกลุ่ม ไว้ดังนี้

สุวรรณา ธรรมสโรช (2561) ได้อธิบายบทบาทของผู้นำกลุ่ม ไว้ดังนี้

1. การสร้างความสัมพันธ์ ผู้นำกลุ่มมีบทบาทในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิก โดยการส่งเสริมให้เกิดความไว้วางใจในกลุ่ม สมาชิกต้องรู้สึกว่าคุณสามารถเปิดเผยตัวตนได้อย่างปลอดภัย ใช้กิจกรรมที่ช่วยให้สมาชิกได้รู้จักกันดีขึ้น เช่น การทำกิจกรรมกลุ่มหรือการเล่นเกมสั้น ๆ เพื่อสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง

2. การให้การสนับสนุนทางอารมณ์ ผู้นำกลุ่มควรฟังและเข้าใจความรู้สึกของสมาชิกเมื่อพวกเขาแบ่งปันประสบการณ์หรือความกังวล การแสดงความเข้าใจนี้ช่วยสร้างความรู้สึกเป็นที่ยอมรับ การสนับสนุนสมาชิกในการแสดงความรู้สึก ช่วยให้พวกเขามีความกล้าในการเปิดเผยตนเองและรู้สึกถึงความสำคัญในกลุ่ม

3. การประเมินความก้าวหน้า ผู้นำกลุ่มควรติดตามความก้าวหน้าของสมาชิกในระหว่างการปรึกษา เพื่อช่วยให้สมาชิกเห็นพัฒนาการของตนเอง การสรุปการประชุมและวางแผนสำหรับการปรึกษารั้งถัดไป เป็นการช่วยให้สมาชิกมีเป้าหมายในการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

Rogers (1961) ได้อธิบายบทบาทของผู้นำกลุ่ม ไว้ดังนี้

1. การฟังอย่างตั้งใจ ผู้นำกลุ่มต้องฟังสมาชิกอย่างใส่ใจและเข้าใจ โดยไม่ตัดสินหรือวิจารณ์ ช่วยให้สมาชิกรู้สึกปลอดภัยในการแสดงออก

2. การสร้างบรรยากาศที่ไม่ตัดสิน ผู้นำต้องสร้างสภาพแวดล้อมที่สมาชิกรู้สึกว่าคุณสามารถแสดงความรู้สึกได้อย่างอิสระ

3. การกระตุ้นการสำรวจตนเอง ผู้นำช่วยกระตุ้นให้สมาชิกสำรวจความคิดและอารมณ์ของตนเอง เพื่อให้เกิดการเติบโตและพัฒนา

Yalom (1995) ได้อธิบายบทบาทของผู้นำกลุ่ม ไว้ดังนี้

1. การตั้งขอบเขต ผู้นำกลุ่มต้องตั้งขอบเขตและกฎเกณฑ์ในการสนทนา เพื่อให้กลุ่มทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การเป็นตัวอย่าง ผู้นำควรเป็นแบบอย่างในการแสดงความรู้สึกและการแก้ปัญหา ซึ่งช่วยกระตุ้นให้สมาชิกกล้าแสดงออก

3. การช่วยให้สมาชิกเรียนรู้จากกัน ผู้นำจะส่งเสริมให้สมาชิกได้เรียนรู้จากประสบการณ์และความคิดเห็นของกันและกัน

Corey (2008) ได้อธิบายบทบาทของผู้นำกลุ่ม ไว้ดังนี้

1. การอยู่กับปัจจุบัน (Presence) ผู้นำกลุ่มที่ดีนั้นควรตระหนักถึงความสำคัญของความเป็นปัจจุบัน การรับรู้อย่างชัดเจนในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น จะช่วยให้ผู้นำกลุ่มเข้าใจถึงอารมณ์ความรู้สึกของตนเองได้เป็นอย่างดี รวมทั้งความเข้าใจในอารมณ์ ความรู้สึกของสมาชิกกลุ่มด้วย ซึ่งจะนำไปสู่การเอื้ออำนวยให้สมาชิกกลุ่มมีการเปิดเผยตนเองได้อย่างเต็มที่

2. พลังส่วนบุคคล (Personal Power) ผู้นำกลุ่มควรมีความเชื่อมั่นในตนเองและมีความตระหนักว่าตนเองสามารถมีอิทธิพลกับผู้อื่น ถ้าผู้นำกลุ่มไม่มีความรู้สึกว่ามีพลังในการดำเนินชีวิตแล้ว ก็จะเป็นสิ่งที่ยุ่งยากที่ผู้นำกลุ่มจะเอื้ออำนวยให้สมาชิกกลุ่มมีพลังอำนาจในตนเอง ผู้นำกลุ่มควรให้การส่งเสริมโดยการให้กำลังใจกับสมาชิกกลุ่ม เพราะผู้นำกลุ่มเป็นตัวกระตุ้นให้สมาชิกเกิดการต่อสู้ และมีความสามารถในการดำรงชีวิต

3. ความกล้าหาญ (Courage) ผู้นำกลุ่มควรมีความตระหนักว่าพวกเขาต้องแสดงความกล้าที่จะโต้ตอบกับสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มแสดงความกล้าโดยการสร้างความเสี่ยงในกลุ่ม แสดงให้เกิดความผิดพลาดในกลุ่ม และการมีปฏิกริยากับปัญหาของตนเอง โดยผู้นำกลุ่มต้องแสดงตามสัญญาตญาณและความเชื่อ สิ่งเหล่านี้จะทำให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ว่าพวกเขาจะต้องทำอะไรเมื่อต้องเผชิญกับข้อผิดพลาด

4. ความพร้อมในการเผชิญหน้ากับตนเอง (Willing to Confront Oneself) เป็นคุณสมบัติของผู้นำกลุ่มที่จะจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตของเขา มีการสำรวจถึงความบกพร่องต่าง ๆ ของตนเอง และยอมรับถึงความบกพร่องนั้น โดยไม่ผลักดันให้สาเหตุของความบกพร่องหรือความล้มเหลวที่เกิดขึ้นไปสู่สิ่งต่าง ๆ ภายนอก และไม่ได้หันมาพิจารณาตนเอง การกระทำเช่นนี้ของผู้นำกลุ่มจะเป็นแรงจูงใจให้สมาชิกหันมาสำรวจตนเอง และพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับตนเอง เพื่อหาทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตของเขาต่อไป

5. ความจริงใจและเป็นธรรมชาติ (Sincerity and Authenticity) ผู้นำกลุ่มต้องมีการแสดงออกอย่างจริงใจกับสมาชิกกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็ด้านของการพัฒนาความสามารถหรือการเผชิญหน้ากับปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ของสมาชิก รวมทั้งมีการแสดงออกอย่างตรงไปตรงมา เพื่อเป็นแบบอย่างให้สมาชิกมีการแสดงออกอย่างเปิดเผยและจริงใจต่อประสบการณ์ของเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม การเป็นธรรมชาติ เป็นการแสดงออกของผู้นำกลุ่มที่มีลักษณะเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง ไม่ยึดติดกับการคาดหวังจากผู้อื่น มีการแสดงออกจากความรู้ที่แท้จริง ไม่มีการเสแสร้งหรือแสดงบทบาทเพื่อเป็นการป้องกันตนเอง เต็มใจที่จะเปิดเผยตนเองมีการระบายความรู้สึกและแสดงปฏิกิริยาต่าง ๆ ที่เหมาะสม

6. เอกลักษณ์แห่งตน (Sense of Identity) ผู้นำกลุ่มที่ตระหนักถึงแรงจูงใจความต้องการความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม ตลอดจนจุดมุ่งหมายในการดำเนินชีวิตของตนเอง จะเป็นผู้ที่ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้ค้นพบเอกลักษณ์ของตนเองได้เช่นเดียวกัน คั้งนั้นผู้นำกลุ่มควรมีความชัดเจนในเอกลักษณ์ของตนเองก่อนเพื่อเป็นแบบอย่างในทางสร้างสรรค์ให้แก่สมาชิกในกลุ่ม

7. ความเชื่อในกระบวนการกลุ่มและมีความกระตือรือร้น (Belief in Group Process and Enthusiasm) ผู้นำกลุ่มที่มีความมั่นใจในวิธีการปรึกษากลุ่มว่าสามารถให้ความช่วยเหลือสมาชิกกลุ่มได้ ย่อมเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้กระบวนการกลุ่มประสบความสำเร็จ เพราะผู้นำกลุ่มจะมีแรงจูงใจและมีความกระตือรือร้นต่อการดำเนินกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มสร้างคุณค่าและผลประโยชน์ให้กับสมาชิกอย่างแท้จริง รวมทั้งผู้นำกลุ่มควรแสดงออกอย่างมีชีวิตชีวา มีความสนใจอย่างจริงจังทำที่ต่าง ๆ ของผู้นำกลุ่มไม่ว่าจะเป็นการแสดงความเห็นอกเห็นใจ การแสดงความรู้สึกในการเปิดเผยตนเอง การสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มเปิดเผยตนเอง ย่อมแสดงถึงแรงจูงใจที่ศนคติ ค่านิยมความคิด ความต้องการ

ของผู้นำกลุ่ม และมีอิทธิพลต่อสมาชิกกลุ่มด้วย ผู้นำกลุ่มที่ขาดความกระตือรือร้นในการนำกลุ่ม จะทำให้สมาชิกขาดความสนใจและหลีกเลี่ยงการมีส่วนร่วมในกลุ่ม

8. ความคิดสร้างสรรค์และแนวคิดใหม่ ๆ (Inventiveness and Creativity) ผู้นำกลุ่มควรมีความสามารถที่จะ ใช้วิธีการใหม่ๆ ที่เกิดจากความคิดสร้างสรรค์ของตนเองในการนำกลุ่มเพื่อให้กระบวนการกลุ่มดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสมาชิกมีความกระตือรือร้นที่จะให้ความช่วยเหลือ สิ่งที่ผู้นำกลุ่มควรหลีกเลี่ยงคือการจัดโปรแกรมไว้ล่วงหน้า หรือนำเทคนิคที่ไม่เกี่ยวข้องมาใช้ในการนำกลุ่ม เพราะนอกจากจะทำให้เกิดความเบื่อหน่ายแล้ว ยังทำให้สมาชิกกลุ่มได้รับประโยชน์จากการเข้ากลุ่มลดน้อยลงไป

จากการศึกษาเอกสารเกี่ยวกับบทบาทของผู้นำกลุ่ม สามารถสรุปได้ว่าบทบาทของผู้นำกลุ่ม มีลักษณะสำคัญ ดังนี้

1. ด้านบุคลิกภาพ โดยผู้นำกลุ่มจะต้องมีการเตรียมความพร้อมในการปรึกษาทุกครั้ง และมีความมั่นใจในตนเอง

2. ด้านความรู้ ความสามารถ ผู้นำกลุ่มต้องได้รับการฝึกฝนทักษะในการปรึกษากลุ่ม และมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ และทฤษฎีทางจิตวิทยาการปรึกษา

3. ด้านเจตคติ มีความเชื่อในกระบวนการกลุ่ม และมีความคิดสร้างสรรค์หรือแนวคิดใหม่ ๆ

7. บทบาทของผู้รับการปรึกษากลุ่มหรือสมาชิกกลุ่ม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวกับบทบาทของผู้รับการปรึกษากลุ่มหรือสมาชิกกลุ่ม โดยได้มีผู้อธิบายบทบาทของผู้รับการปรึกษากลุ่มหรือสมาชิกกลุ่มไว้ดังนี้

Rogers (1961) ได้อธิบายบทบาทของผู้รับการปรึกษากลุ่มหรือสมาชิกกลุ่ม ดังนี้

1. สมาชิกกลุ่มควรเปิดเผยความรู้สึกและประสบการณ์ของตนเอง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน

2. สมาชิกควรสนับสนุนกันในการแบ่งปันและฟังความคิดเห็นของกันและกัน

Yalom (1995) ได้อธิบายบทบาทของผู้รับการปรึกษากลุ่มหรือสมาชิกกลุ่ม ดังนี้

1. สมาชิกกลุ่มควรมีส่วนร่วมในการสนทนาและแบ่งปันประสบการณ์ของตนเอง

2. สมาชิกควรเปิดใจรับฟังความคิดเห็นและประสบการณ์ของสมาชิกคนอื่น ๆ เพื่อเรียนรู้

วิธีการจัดการกับปัญหาที่คล้ายคลึงกัน

Vygotsky (1978) ได้อธิบายบทบาทของผู้รับการปรึกษากลุ่มหรือสมาชิกกลุ่ม ดังนี้

1. สมาชิกควรมีบทบาทในการช่วยเหลือกันและกันในกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาแบบร่วมมือ

2. สมาชิกควรเปิดเผยความคิดเห็นและข้อเสนอแนะแก่กันและกัน เพื่อให้เกิดการพัฒนาทักษะและความรู้

Tuckman (1965) ได้อธิบายบทบาทของผู้รับการปรึกษากลุ่มหรือสมาชิกกลุ่ม ดังนี้

1. สมาชิกควรมีส่วนร่วมในแต่ละขั้นตอนของการทำงานกลุ่ม เช่น การสร้างความสัมพันธ์ การดำเนินการ และการประเมินผล

2. สมาชิกควรสนับสนุนและพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างกันภายในกลุ่ม

Newman (1997) ได้อธิบายบทบาทของผู้รับการปรึกษากลุ่มหรือสมาชิกกลุ่ม ดังนี้

1. สมาชิกควรยอมรับความแตกต่างของตนเองและสมาชิกคนอื่น ๆ เพื่อสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง

2. สมาชิกควรมีส่วนในการสร้างความรู้สึกสนับสนุนและการทำงานร่วมกันในกลุ่ม

Nelson (1993) ได้อธิบายบทบาทของผู้รับการปรึกษากลุ่มหรือสมาชิกกลุ่ม ดังนี้

1. การตั้งใจรับฟัง (Deep Listening) เป็นการฟังโดยมีความเข้าใจสิ่งที่สมาชิกกลุ่มได้พูด และพิจารณาว่าสมาชิกกลุ่มมีความรู้สึกอย่างไร มีความเห็นอย่างไร เป็นการฟังทั้งเนื้อหาและความรู้สึกของสมาชิก

2. การช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้พูด (Helping Another to Talk) สมาชิกกลุ่มต้องช่วยให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนได้พูดและแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกโดยเปิดเผย

3. การอภิปรายพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Discussing Problem or Concerns) ของกลุ่ม โดยสมาชิกกลุ่มได้อภิปรายถึงปัญหาในพฤติกรรมตนเองและให้สมาชิกกลุ่มคนอื่นอภิปรายถึงปัญหาเดียวกันดังกล่าวและวิธีการแก้ปัญหา

4. การพูดเกี่ยวกับความรู้สึก (Discussing Feeling) เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกในปัญหาของสมาชิกกลุ่ม ซึ่งมีวิธีการแก้ไขอยู่ก่อนแล้วหรือมีวิธีการแก้ไขโดยแนวทางอื่น

5. การกล่าวยืนยัน (Confirming) เมื่อสมาชิกกลุ่มได้กล่าวมาแล้ว จะให้สมาชิกคนอื่นในกลุ่มหยาบยกขึ้นพูดกล่าวอีกครั้ง เพื่อทบทวนเรื่องราวที่เป็นปัญหาอีกครั้งหนึ่ง

6. การวางแผน (Planning) เป็นวิธีการที่ทำให้สมาชิกมีแผนในการแก้ไขปัญหาหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ที่ดีกว่า

จากการศึกษาเอกสารเกี่ยวกับบทบาทของผู้รับการปรึกษากลุ่มหรือสมาชิกกลุ่มสามารถสรุปได้ว่าบทบาทของผู้รับการปรึกษากลุ่มหรือสมาชิกกลุ่มนั้นต้องมีความเต็มใจเข้ารับกระบวนการกลุ่มในการปรึกษา มีความตั้งใจในการรับฟังและยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น และสามารถสื่อสารโต้ตอบกับสมาชิกในกลุ่มได้

8. เวลาและจำนวนครั้งในการเข้ากลุ่ม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวกับเวลาและจำนวนครั้งในการเข้ากลุ่ม โดยได้มีผู้อธิบายเวลาและจำนวนครั้งในการเข้ากลุ่ม ไว้ดังนี้

คมเพชร ฉัตรศุภกุล (2546) ได้อธิบายเวลาและจำนวนครั้งในการเข้ากลุ่ม ไว้ดังนี้ การปรึกษากลุ่มว่าจำนวนครั้งที่เหมาะสม ควรประมาณ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ใช้เวลาไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง และไม่ควรมากเกิน 2 ชั่วโมงต่อครั้ง ถ้าต้องเพิ่มเป็น 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ก็ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง ทั้งนี้ผู้ให้การปรึกษาต้องการเตรียมในเรื่อง ดังกล่าวเพื่อให้การปรึกษาดำเนินไปด้วยดี

Ohlsen (1977) กล่าวว่า การปรึกษากลุ่มควรอยู่ในช่วง 8-10 ครั้ง ไม่ต่ำกว่า 90 นาที สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง

Jacobs, masson & Havill (2002) ได้อธิบายเวลาและจำนวนครั้งในการเข้ากลุ่ม ไว้ดังนี้ การปรึกษากลุ่ม ช่วยเหลือหรือพัฒนาแต่ละครั้ง ไม่ควรน้อยกว่า 1.30 ชั่วโมง และไม่ควรมานเกิน 3 ชั่วโมง ทุกวันหรือ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อให้สมาชิกได้มีเวลาเพียงพอในการเปลี่ยนแปลง และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

Corey (2018) ได้อธิบายเวลาและจำนวนครั้งในการเข้ากลุ่มไว้ว่า จำนวนครั้งในการเข้ากลุ่ม: การปรึกษากลุ่มโดยทั่วไปจะดำเนินไปเป็นช่วงเวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมงต่อครั้ง ขึ้นอยู่กับรูปแบบของกลุ่มและเป้าหมายที่ต้องการ การปรึกษาอาจเกิดขึ้นสัปดาห์ละครั้งหรือตามความต้องการของกลุ่ม หรือขึ้นอยู่กับผู้นำกลุ่ม สำหรับระยะเวลาในกลุ่ม โดยปกติแล้วกลุ่มการปรึกษาจะดำเนินไปเป็นช่วงเวลาหนึ่ง เช่น 8-12 สัปดาห์ (ในกลุ่มการปรึกษาที่มีเป้าหมายเฉพาะ) หรืออาจเป็นการบำบัดระยะยาวที่ไม่มีการกำหนดเวลาแน่นอนในบางกรณี เช่น กลุ่มบำบัดทางจิตวิทยา (Psychodynamic Groups) หรือกลุ่มสนับสนุน (Support Groups) ที่เน้นการพัฒนาและสนับสนุนสมาชิกในระยะยาว

จากการศึกษาเอกสารและข้อมูลเกี่ยวกับเวลาและจำนวนครั้งในการเข้ากลุ่ม สามารถสรุปได้ว่าระยะเวลาที่เหมาะสมในการปรึกษาไม่ควรเกิน 90 นาที และไม่ต่ำกว่า 60 นาที ความถี่ในการปรึกษาไม่ควรเกิน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ การปรึกษาจึงจะมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดระยะเวลาในการปรึกษาในครั้งนี้ ดังนี้ ระยะเวลาไม่เกิน 90 นาที ให้การปรึกษาสัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมทั้งสิ้นจำนวน 10 ครั้ง เนื่องจากระยะเวลาดังกล่าวเหมาะสมกับการปรึกษา และเอื้อต่อผู้เข้ารับการปรึกษาส่งผลให้การปรึกษามีประสิทธิภาพ

9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สรุประเสริฐ หุ่นแสน และคณะ (2561) ได้ศึกษาการปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานเทคนิคเพื่อเสริมสร้างปณิธานแห่งตนทางการเรียนของนักศึกษาวิชาชีพรู พบว่าปณิธานแห่งตนทางการเรียนทั้ง 6 องค์ประกอบ หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลองเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม แสดงว่าการปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานเทคนิคส่งผลต่อการเสริมสร้างปณิธานแห่งตนทางการเรียนของนักศึกษาวิชาชีพรูให้ดีขึ้นและมีความคงทนของการปรึกษากลุ่มอยู่จนถึงเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล ทั้งนี้เนื่องจากการปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานเทคนิคเพื่อเสริมสร้างปณิธานแห่งตนทางการเรียนของนักศึกษาวิชาชีพรู สามารถเสริมสร้างปณิธานแห่งตนทางการเรียนของนักศึกษาวิชาชีพรูของกลุ่มทดลองได้ โดยนักศึกษาวิชาชีพรูกลุ่มทดลองมีการเลือกและตัดสินใจทางการเรียนที่ดีขึ้นและเหมาะสมกับตนเอง สามารถที่จะแก้ไขปัญหาทางการเรียนได้ด้วยตนเอง มีการตั้งเป้าหมายทางการเรียนที่ชัดเจนและเป็นพฤติกรรมที่สามารถทำได้ สามารถหาหนทางสนับสนุนตนเองให้ประสบความสำเร็จทางการเรียน มีทักษะการควบคุมตนเองทางการเรียน และตระหนักรู้ในตนเองทางการเรียนได้ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้เป็นผลมาจากการปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานเทคนิคได้กำหนดขั้นตอนการปรึกษากลุ่มและผสมผสานเทคนิคที่ใช้ในการเสริมสร้างปณิธานแห่งตนทางการเรียนจากทฤษฎีการปรึกษากลุ่มที่สอดคล้องกับการเสริมสร้างปณิธานแห่งตนทางการเรียนให้กับนักศึกษาวิชาชีพรู จึงทำให้นักศึกษาวิชาชีพรูมีปณิธานแห่งตนทางการเรียนที่สูงขึ้น

Ryan, Bede Redpath (2011) ได้ศึกษาผลของวิธีการสองกลุ่มต่อความพึงพอใจในชีวิตและอารมณ์ของสตรีสูงวัยในบ้านพักคนชรา โดยมีจุดมุ่งหมายหลักของการศึกษานี้คือเพื่อประเมินว่าการแทรกแซงการบำบัดแบบกลุ่มสองครั้งจะเพิ่มระดับความพึงพอใจในชีวิตและอารมณ์ของสตรีสูงอายุน่าอายุ 65 ปีขึ้นไปที่อยู่อาศัยอยู่ในสถานพยาบาล การออกแบบกลุ่มการรักษาแบบสองการทดลองกึ่งทดลองนี้ตรวจสอบข้อมูลก่อนการทดสอบและหลังการทดสอบของวิธีการบำบัดด้วยการปรึกษากลุ่ม ได้แก่ ศิลปะบำบัดแบบกลุ่ม (GAT) และการบำบัดด้วยการเล่าเรื่องชีวิตกลุ่ม (GLSNT)

ผู้เข้าร่วมสิบเจ็ดคนเสร็จสิ้นเซสชัน 90 นาทีทั้งสองสัปดาห์ในช่วงสี่สัปดาห์ ANCOVA แบบ Univariate ที่มีสมาชิกกลุ่มเป็นตัวแปรอิสระคงที่ถูกรนำมาใช้เพื่อเปรียบเทียบคะแนนหลังความพึงพอใจในชีวิตกับคะแนนก่อนเป็นตัวแปรร่วม เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเพื่อหาว่ากลุ่มใดมีความพึงพอใจในชีวิตเพิ่มขึ้นสูงสุดหลังการปรึกษากลุ่ม พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับความพึงพอใจในชีวิตระหว่างสองกลุ่มแทรกแซง การทดสอบตัวอย่างแบบจับคู่ได้ดำเนินการเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาว่าการรักษาแบบใดที่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญ เนื่องจากตัวอย่างมีขนาดเล็ก จึงทำการทดสอบ Wilcoxon Signed Ranks GAT ต่อความพึงพอใจในชีวิตไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ผลการทดสอบความพึงพอใจในชีวิตของ Paired Samples Test พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญสำหรับ GLSNT นอกจากนี้ยังใช้ ANCOVA แบบ Univariate ที่มีสมาชิกกลุ่มเป็นตัวแปรอิสระคงที่เพื่อเปรียบเทียบคะแนนหลังการรบกวนทางอารมณ์กับคะแนนก่อนเป็นตัวแปรร่วม เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเพื่อพิจารณาว่ากลุ่มใดมีภาวะอารมณ์แปรปรวนลดลงสูงสุดหลังการให้ยากกลุ่ม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในการบำบัดด้วยศิลปะแบบกลุ่มหรือการบำบัดแบบเล่าเรื่องชีวิตกลุ่มสำหรับการรบกวนทางอารมณ์ มีการเสนอคำแนะนำสำหรับการวิจัยในอนาคต

Elder, Nuzmeya B. (2012) ได้ศึกษาการแทรกแซงการปรึกษากลุ่มสองครั้งต่อการรับรู้ของนักเรียนมัธยมปลายอาหรับ-อเมริกันเกี่ยวกับความสัมพันธ์หลักของพวกเขา (พ่อแม่ ครู เพื่อน) พบว่า ไม่มีระดับความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติในบริบทหลักทั้งสาม จากการค้นพบที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงกลุ่มที่แตกต่างในการรับรู้ของนักเรียนมัธยมปลายชาวอาหรับ-อเมริกันที่มีความสัมพันธ์หลักก่อน-หลัง สมมติฐานที่เป็นโมฆะนั้นยังคงอยู่ มีการสรุปและอภิปรายผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับสมมติฐานการวิจัยแต่ละข้อและข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมโดยสามารถแบ่งออกได้ ดังต่อไปนี้

1. ความหมายของทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (2558) ได้อธิบายความหมายของทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมไว้ว่า ทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมหมายถึง จิตบำบัดที่เป็นการรักษาโดยอาศัยการพูดคุยระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษาเน้นถึงวิถีคิดของผู้ป่วยที่มีผลต่ออารมณ์ พฤติกรรมและสรีระของตนเอง ทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมได้ถูกพัฒนาขึ้นครั้งแรกเพื่อใช้รักษาโรคซึมเศร้าโดย Aron Beck โดยมีความเชื่อว่า อารมณ์ที่ผิดปกติของคนเรานั้นเป็นผลมาจากการบิดเบือนความคิดหรือการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง และอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการคิดการเข้าใจที่ผิดพลาด (Cognitive Error) ต่อตนเอง โลกและอนาคต (Cognitive Triad) การคิดการเข้าใจดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีความคิดอัตโนมัติทางลบ (Automatic Negative Thought) ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Maladaptive Behavior) ให้ Cognitive Behavioral Therapy ได้รับการยอมรับทั่วโลกกว่า เป็นหนึ่งในการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าที่มีประสิทธิผลสูงสุด

ดาร์วอร์น ต๊ะปินตา (2558) ได้อธิบายความหมายของทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมไว้ว่า ทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม หมายถึง การศึกษาประเภทหนึ่ง เพื่อช่วยลดหรือปรับแก้ปัญหาทาง อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระตามความเชื่อที่ว่า สิ่งเร้าไม่ได้มีผลต่อ อารมณ์ พฤติกรรมและสรีระ โดยตรง แต่ต้องผ่านกระบวนการคิดซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ตามการเลี้ยงดูและประสบการณ์ที่ ผ่านมาในอดีตของบุคคล (Beck, 1995) ทราวเวอร์แคสซีและดรายเดน (Trower, Casey, & Dryden, 2006) ได้กล่าวถึงการรักษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมว่าเป็นการช่วยลดปัญหาทาง อารมณ์ต่าง ๆ เช่นความวิตกกังวล ความเครียด ความซึมเศร้าหรือภาวะซึมเศร้า การรักษาโดยการ ปรับความคิดและพฤติกรรม

American Psychological Association (2017) ได้อธิบายความหมายของทฤษฎีรู้คิด และพฤติกรรมไว้ว่า ทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมหมายถึง รูปแบบหนึ่งของการรักษาทางจิตที่ได้รับการ พิสูจน์แล้วว่าได้ผลดีสำหรับปัญหาต่าง ๆ เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล ปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ และสารเสพติด ปัญหาชีวิตสมรส โรคการกินผิดปกติ และอาการป่วยทางจิตขั้นรุนแรง การศึกษาวิจัย จำนวนมากชี้ให้เห็นว่า ทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมนำไปสู่การปรับปรุงการทำงานและคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญ ในหลายการศึกษาพบว่า ทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพเท่ากับหรือมี ประสิทธิภาพมากกว่าการบำบัดทางจิตหรือยาทางจิตเวชรูปแบบอื่น ๆ

จากการศึกษาเอกสารเกี่ยวกับความหมายของทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม สามารถสรุปได้ว่า ความทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมเป็นที่ทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับกับความคิดของมนุษย์ที่เกิดขึ้นโดย อัตโนมัติ แต่ขาดความสมเหตุสมผล โดยส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมให้แสดงออกมาในด้านลบ และเป็นที่ยอมรับ ในการนำทฤษฎีดังกล่าวมาใช้ในการรักษาผู้ป่วย หรือผู้ที่ประสบปัญหาภาวะซึมเศร้า เพื่อให้เกิดการ ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

2. องค์ประกอบของทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม

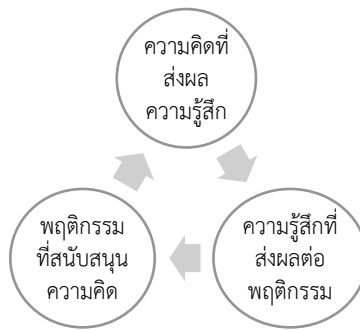
Albert and Suraji (2013) ได้อธิบายองค์ประกอบของทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม ไว้ว่า องค์ประกอบของทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม มีสามองค์ประกอบที่ประกอบกันเป็นประสบการณ์ทาง อารมณ์ คือ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม

1. ความคิด หมายถึงวิธีการเข้าใจสถานการณ์ต่าง ๆ ความคิดสามารถมีได้หลายรูปแบบ รวมถึงรูปแบบทางวาจา เช่น คำ ประโยค และความคิดที่ชัดเจน เช่นเดียวกับรูปแบบที่ไม่ใช่คำพูด เช่น ภาพในจิต ความคิดเป็นข้อคิดเห็นที่ได้ยินในจิตใจของตนเอง

2. ความรู้สึก คำว่าความรู้สึกในที่นี้ไม่ได้หมายถึงอารมณ์ แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงทาง สรีรวิทยาที่เกิดขึ้นจากอารมณ์ ตัวอย่างเช่น เมื่อรู้สึกโกรธ จะรู้สึกหน้าแดง เมื่อรู้สึกวิตกกังวล จะ รู้สึกหัวใจเต้นแรงและกล้ามเนื้อเกร็ง ความรู้สึกคือการแสดงออกทางอารมณ์ที่ยากจะอธิบาย

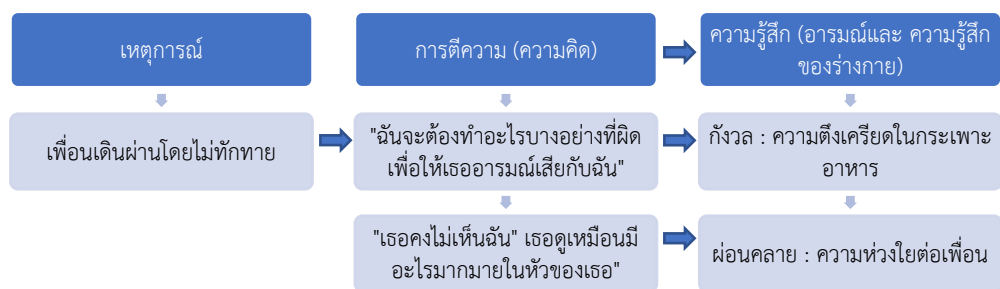
3. พฤติกรรม พฤติกรรมเป็นเพียงสิ่งที่กระทำ ที่สำคัญพฤติกรรมก็เป็นสิ่งที่ไม่กระทำ เช่นกัน ตัวอย่างเช่น หากรู้สึกวิตกกังวลอย่างท่วมท้น อาจถอนตัวจากการพูดคุย ในทางกลับกัน หาก รู้สึกมั่นใจ อาจแสวงหาการมีส่วนร่วมเหล่านั้นจริง ๆ

ส่วนประกอบแต่ละอย่างมีปฏิสัมพันธ์กับส่วนประกอบอื่น ๆ เพื่อสร้างอารมณ์และรูปแบบ ทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบหนึ่งส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาลูกโซ่ที่เปลี่ยนแปลงองค์ประกอบ อื่น ๆ ดังภาพที่ 2.1



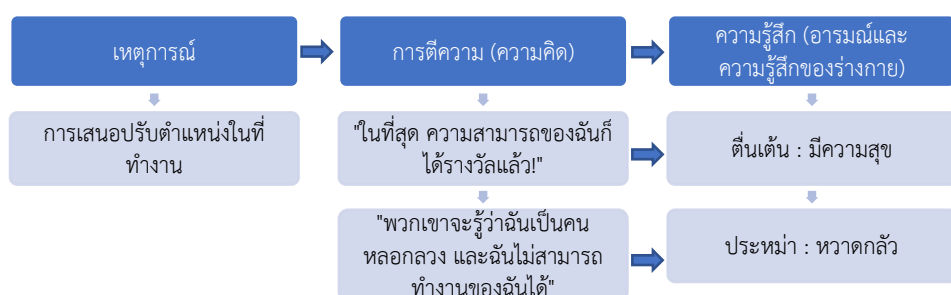
ภาพที่ 2.1 องค์ประกอบของทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม
ที่มา : Albert and Suraji (2013)

Psychology Tools (2023) ได้อธิบายองค์ประกอบของทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม ไว้ว่า องค์ประกอบของทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม ไม่ได้ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบ แต่เป็นการตีความเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความหมายที่เกิดขึ้น ที่ก่อให้เกิดความรู้สึก ซึ่งสิ่งนี้อธิบายว่าเพราะเหตุใดคนสองคนที่ประสบกับเหตุการณ์เดียวกันจึงมีปฏิกิริยาที่แตกต่างกันโดยสิ้นเชิง ดังภาพที่ 2.2



ภาพที่ 2.2 รูปแบบการตีความเหตุการณ์ และความรู้สึก
ที่มา : Psychology Tools, 2023

จากภาพที่ 2.2 พบว่าการตีความครั้งแรกทำให้เหตุการณ์เป็นส่วนตัว ("ฉันทำอะไรผิด") และส่งผลให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล การตีความครั้งที่สองจะเข้าใจพฤติกรรมของเพื่อนในมุมมองที่เป็นกลางมากขึ้นและนำไปสู่ผลลัพธ์ที่แตกต่างออกไป



ภาพที่ 2.3 รูปแบบการตีความเหตุการณ์ และความรู้สึก
ที่มา : Psychology Tools, 2023

จากภาพที่ 2.3 พบว่าการตีความครั้งแรกที่นี้เป็นสิ่งที่น่าตื่นเต้น – การเสนอปรับตำแหน่ง ในที่ทำงานถูกมองว่าเป็นโอกาสที่น่ายินดี การตีความที่สองเป็นไปในเชิงบวกน้อยกว่า – บุคคลที่เสนอ การเลื่อนตำแหน่งกำลังทำนายภัยพิบัติเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้น และผลที่ตามมาคือความวิตกกังวล

จากการศึกษาเอกสารเกี่ยวกับองค์ประกอบของทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม สามารถสรุปได้ว่า องค์ประกอบของทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม หมายถึงรูปแบบการคิดตามกระบวนการของทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม โดยเน้นไปที่สถานการณ์ที่ส่งผลต่อความคิด พฤติกรรมที่แสดงออกทั้งทางร่างกาย และจิตใจ โดยทั้งหมดมีความเชื่อมโยงกันในการแสดงออก

3. เทคนิคของทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม

Beck (2011) ได้อธิบายเทคนิคของทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม ไว้ดังนี้

1. การตัดสินใจ (Making Decisions) ผู้รับการบำบัดที่ประสบปัญหาภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่จะมีปัญหาในการตัดสินใจ และเมื่อผู้รับการบำบัดต้องการความช่วยเหลือจากผู้บำบัดในการตัดสินใจ ผู้บำบัดจะถามถึงรายการข้อดีข้อเสียของแต่ละตัวเลือก และจากนั้นจึงดำเนินการ ชั่งน้ำหนักแต่ละรายการและวาดข้อสรุปส่วนเกี่ยวกับตัวเลือกใดดูเหมือนจะดีที่สุด ดังภาพที่ 2.4

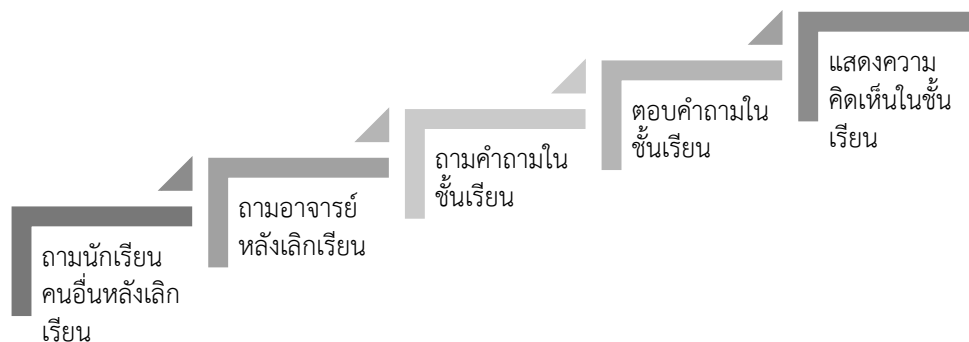
<p>ข้อดีของงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> • ทำเงิน • อาจเรียนรู้ทักษะ • เลิกจากสิ่งที่ทำอยู่ • พบปะผู้คนที่หลากหลาย • ทำให้ฉันรู้สึกมีประสิทธิผลมากขึ้น • เหมาะสำหรับเรอซูเม่ 	<p>ข้อเสียของงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> • ต้องหาให้เจอ • เวลาว่างน้อยลง • อาจจะไม่ชอบก็ได้
<p>ข้อดีของการเรียนภาคฤดูร้อน</p> <ul style="list-style-type: none"> • เพื่อนสองคนกำลังจะไป • สามารถเรียนน้อยลงหนึ่งหลักสูตรในฤดูใบไม้ร่วง • เวลาว่างเยอะๆ • เป็นปริมาณที่ทราบ • สามารถพบปะผู้คนใหม่ ๆ 	<p>ข้อเสียของโรงเรียนภาคฤดูร้อน</p> <ul style="list-style-type: none"> • ไม่ทำเงินและต้องเสียเงิน • ไม่เพิ่มทักษะของฉันทัน • เหมือนกับที่ฉันทำอยู่ • ไม่ทำให้ฉันรู้สึกมีประสิทธิผล • สมัยง่ายกว่าทำงาน • ไม่ช่วยเรอซูเม่ของฉันทัน

ภาพที่ 2.4 การตัดสินใจ (Making Decisions)

ที่มา : Beck, 2011

2. การวัดอารมณ์และพฤติกรรมจากการใช้แผนภูมิกิจกรรม (Measuring Moods and Behavior Using The Activity Chart) สำหรับผู้รับการบำบัดบางราย การใช้แผนภูมิกิจกรรมจะเป็นประโยชน์มากกว่าการกำหนดเวลากิจกรรมต่าง ๆ เพื่อติดตามอารมณ์ของพวกเขาในขณะที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ผู้รับการบำบัดที่มีโรควิตกกังวลอาจรอกในช่องรายการกิจกรรมและระดับคะแนนความวิตกกังวล 0-10 (หรือน้อย ปานกลาง รุนแรง) ผู้รับการบำบัดที่เป็นโรคเรื้อรังซึ่งหงุดหงิดหรือโกรธเคืองก็อาจทำเช่นเดียวกันกับระดับความโกรธ ทำให้ผู้รับการบำบัดที่ได้สังเกตเห็นขนาดที่เปลี่ยนแปลงของผลกระทบ การบันทึกกิจกรรมเพื่อตรวจสอบรูปแบบของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นหรือเพื่อ บันทึกปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตนเอง

3. การมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอน (Graded Task Assignments) ในการบรรลุเป้าหมาย คือจะต้องทำหลายขั้นตอนให้สำเร็จระหว่างทาง ผู้รับการบำบัดจะรู้สึกหนักใจ แต่เมื่อพวกเขาเริ่มรู้สึกว่าพวกเขาอยู่ห่างจากเป้าหมายมากแค่ไหน แทนที่จะมุ่งความสนใจไปที่ปัจจุบันขั้นตอนการแสดงผลงานขั้นตอนต่าง ๆ มักจะสร้างความมั่นใจ ดังภาพที่ 2.5



ภาพที่ 2.5 การมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอน (Graded Task Assignments)

ที่มา : Beck, 2011

Ann Pietrangelo (2019) ได้อธิบายเทคนิคของทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม ไว้ดังนี้

1. การปรับโครงสร้างทางความคิดหรือการปรับโครงสร้างใหม่ (Cognitive Restructuring or Reframing) เป็นการพิจารณารูปแบบความคิดเชิงลบ โดยผู้คนส่วนใหญ่อาจจะสันนิษฐานว่าสิ่งเลวร้ายที่สุดจะเกิดขึ้น หรือให้ความสำคัญกับรายละเอียดปลีกย่อยมากเกินไป การคิดแบบนี้อาจส่งผลต่อการกระทำและอาจกลายเป็นคำทำนายที่เป็นจริง โดยผู้บำบัดของจะดำเนินการถามเกี่ยวกับกระบวนการคิดในบางสถานการณ์ เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถระบุรูปแบบเชิงลบได้ เมื่อผู้รับการบำบัดทราบแล้ว จะสามารถเรียนรู้วิธีจัดการรอบความคิดเหล่านั้นใหม่เพื่อให้เป็นไปในเชิงบวกและมีประสิทธิผลมากขึ้น ตัวอย่างเช่น: “ฉันทำรายงานพังเพราะฉันไม่มีความสามารถ” อาจกลายเป็น “รายงานนั้นไม่ใช่ผลงานที่ดีที่สุดของฉัน แต่ฉันเป็นพนักงานที่มีคุณค่าและฉันก็มีส่วนร่วมในหลาย ๆ ด้าน”

2. การค้นพบที่แนะนำ (Guided Discovery) ในการค้นพบแบบมีคำแนะนำ ผู้บำบัดจะทำความเข้าใจความคุ้นเคยกับมุมมองของผู้รับการบำบัด จากนั้นผู้บำบัดจะถามคำถามที่ออกแบบมาเพื่อท้าทายความเชื่อ และขยายความคิด โดยผู้รับการบำบัดอาจถูกขอให้แสดงหลักฐานที่สนับสนุนสมมติฐาน เช่นเดียวกับหลักฐานที่ไม่สนับสนุนในกระบวนการนี้ ผู้รับการบำบัดจะได้เรียนรู้ที่จะเห็นสิ่งต่าง ๆ จากมุมมองอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิ่งที่ผู้รับการบำบัดอาจไม่เคยพิจารณามาก่อน วิธีนี้จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเลือกเส้นทางที่เป็นประโยชน์มากขึ้นได้

3. การบำบัดด้วยการสัมผัส (Exposure Therapy) การบำบัดด้วยการสัมผัสสามารถใช้เพื่อเผชิญหน้ากับความกลัวและความหวาดกลัวได้ ผู้บำบัดจะค่อยๆ เปิดเผยให้ผู้รับการบำบัดเห็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความกลัวหรือวิตกกังวล พร้อมให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีรับมือกับสิ่งเหล่านั้นในขณะนั้นสามารถทำได้ทีละน้อย ในที่สุด การสัมผัสจะทำให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกอ่อนแอ น้อยลงและมั่นใจในความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้รับการบำบัดมากขึ้น

4. บันทึกประจำวันและบันทึกความคิด (Journaling and Thought Records) การเขียนเป็นวิธีการติดต่อกับความคิดของผู้รับการบำบัดเอง ผู้บำบัดของคุณอาจขอให้ผู้รับการบำบัดเขียนรายการความคิดเชิงลบที่เกิดขึ้นกับผู้รับการบำบัดระหว่างการบำบัด รวมถึงความคิดเชิงบวกที่ผู้รับการบำบัดสามารถเลือกได้แทนแบบฝึกหัดการเขียนอีกอย่างคือติดตามความคิดใหม่และพฤติกรรมใหม่ ๆ ที่ผู้รับการบำบัดฝึกฝนตั้งแต่ช่วงสุดท้าย การเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเห็นว่าผู้รับการบำบัดมาไกลแค่ไหนแล้ว

5. กำหนดการกิจกรรมและการกระตุ้นพฤติกรรม (Activity Scheduling and Behavior Activation) หากมีกิจกรรมใดที่คุณมักจะเลื่อนหรือหลีกเลี่ยงเนื่องจากความกลัวหรือความวิตกกังวล การใส่ไว้ในปฏิทินสามารถช่วยได้ เมื่อหมดภาระในการตัดสินใจแล้ว ผู้รับการบำบัดก็อาจจะทำตามได้สำเร็จการจัดตารางกิจกรรมสามารถช่วยสร้างนิสัยที่ดีและให้โอกาสมากมายในการนำสิ่งที่ผู้รับการบำบัดได้เรียนรู้ไปปฏิบัติ

6. การทดลองพฤติกรรม (Behavioral Experiments) โดยทั่วไปแล้วการทดลองทางพฤติกรรมจะใช้สำหรับโรควิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับการคิดแบบหายนะก่อนเริ่มงานที่มักจะทำให้คุณวิตกกังวล คุณจะถูกขอให้คาดเดาว่าจะเกิดอะไรขึ้น หลังจากนั้น ผู้รับการบำบัด จะพูดถึงว่าคำทำนายเป็นจริงหรือไม่เมื่อเวลาผ่านไป ผู้รับการบำบัดอาจเริ่มเห็นว่าภัยพิบัติที่คาดการณ์ไว้นั้นไม่น่าจะเกิดขึ้นจริง ๆ ผู้รับการบำบัดน่าจะเริ่มด้วยงานที่มีความวิตกกังวลน้อยลงและสร้างขึ้นจากตรงนั้น

7. เทคนิคการผ่อนคลายและลดความเครียด (Relaxation and Stress Reduction Techniques) ผู้รับการบำบัดอาจได้รับการสอนเทคนิคการผ่อนคลายแบบก้าวหน้า เช่น: แบบฝึกหัดการหายใจลึก ๆ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ภาพคุณจะได้เรียนรู้ทักษะการปฏิบัติเพื่อช่วยลดความเครียดและเพิ่มความรู้สึกในการควบคุมของผู้รับการบำบัด วิธีนี้จะเป็นประโยชน์ในการจัดการกับโรคกลัวความวิตกกังวลทางสังคม และความเครียดอื่น ๆ

8. สวมบทบาท (Role Playing) การสวมบทบาทช่วยให้ผู้รับการบำบัดผ่านพฤติกรรมต่าง ๆ ในสถานการณ์ที่ยากลำบากได้ การเล่นตามสถานการณ์ที่เป็นไปได้สามารถลดความกลัวและสามารถใช้เพื่อ : พัฒนาทักษะการแก้ปัญหา สร้างความคุ้นเคยและความมั่นใจในบางสถานการณ์ ฝึกทักษะทางสังคม การฝึกความกล้าแสดงออก พัฒนาทักษะการสื่อสาร

9. การประมาณต่อเนื่อง (Successive Approximation) สิ่งนี้เกี่ยวข้องกับการทำงานที่ดูเหมือนจะหนักหนาสาหัสและแบ่งออกเป็นขั้นตอนที่เล็กและบรรลุผลได้มากขึ้น แต่ละขั้นตอนที่ต่อเนื่องกันสร้างขึ้นจากขั้นตอนก่อนหน้า ดังนั้นผู้รับการบำบัดจึงได้รับความมั่นใจเมื่อดำเนินการที่ละเอียดที่ละน้อย

ดาร์วอร์ธ ตีปินตา (2556) ได้อธิบายเทคนิคของทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม ไว้ดังนี้

1. เทคนิคการเขียนรูปแบบของการเกิดปัญหา ผู้บำบัดจำเป็นที่จะต้องร่วมกับผู้รับการบำบัดในการเขียนรูปแบบของการเกิดปัญหา (CBT Formation หรือ Case Conceptualization) โดยเขียนตามแนวคิดทางปัญญา (Cognitive Model) โดยการเขียนถึงรูปแบบของการเกิดปัญหา มีลักษณะดังนี้คือ 1) บรรยายถึงปัญหาที่เกิดขึ้น 2) สาเหตุและวิธีที่จะทำให้ปัญหานี้พัฒนาขึ้น 3) วิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่ทำให้รูปแบบนี้ยังคงดำเนินต่อไป และทำให้ปัญหายังคงอยู่อย่างต่อเนื่อง ดังรายละเอียดต่อไปนี้คือ การเริ่มเขียนรูปแบบของปัญหาสามารถทำได้โดยการบรรยายปัญหาเป็น

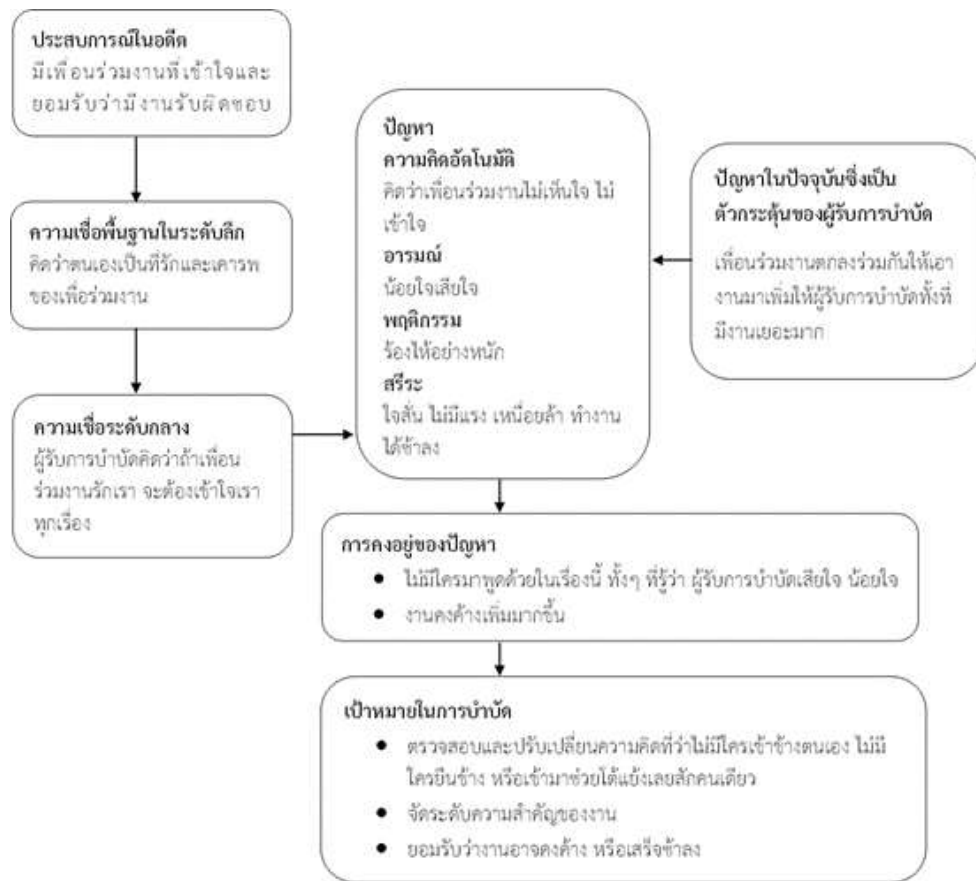
การนำปัญหาต่าง ๆ มาเรียงเป็นระบบ และพยายามหาภาพที่ชัดเจนให้ได้ว่าแท้ที่จริงแล้วปัญหาคืออะไรและอยู่ในระดับใดโดยพยายามนำคำอธิบายไปใส่ไว้ในแนวคิดทางปัญญา เช่น ในสิ่งเร้า มีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นบ้างมีความคิดที่เป็นคำพูดหรือภาพเข้ามาในใจของผู้รับการบำบัดอย่างไรบ้างขณะที่เผชิญกับสิ่งเร้า นั้น ๆ มีอารมณ์ใดเกิดขึ้นบ้าง เช่น วิตกกังวล เศร้า เครียด พฤติกรรมเป็นลักษณะการกระทำของผู้รับการบำบัดที่มองเห็นได้และสังเกตได้ สรีระ เช่น อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติต่าง ๆ เช่น มือสั่น เกร็ง อ่อนแรง เป็นต้น หลังจากนั้น ให้ประเมินว่าปัญหาปัจจุบันที่ก่อให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงหรือเด่นชัดกว่าปัญหาอื่น ๆ คืออะไร และสุดท้ายมองหาผลที่เกิดขึ้นจากปัญหานั้นๆ โดยสำรวจว่ามีผลกระทบอย่างไรต่อชีวิตของผู้รับการบำบัด มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้างหลังการเกิดเหตุการณ์ ผู้รับการบำบัดแก้ปัญหายังไรต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใดในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยสามารถเขียนได้หลายแบบ ตัวอย่างเช่น

สถานการณ์	ความคิดอัตโนมัติ	อารมณ์	พฤติกรรม	สรีระ
สามีออกไปนอกบ้านหลังอาหารเย็น บ่อยครั้งขึ้น ในระยะ 3 เดือนนี้โดยบอกว่าไปดูแลลูกค้า	<ul style="list-style-type: none"> • คิดว่าสามีมีผู้หญิงอื่น (เชื่อ 80%) • คิดว่าสามีไปดื่มกับเพื่อน (เชื่อ 20%) • คิดว่าสามีไปดูแลลูกค้าจริง (เชื่อ 15%) 	หงุดหงิดง่าย, เศร้า, กังวล	ร้องไห้, นอนไม่หลับรับประทานอาหารน้อยลง	อ่อนเพลีย, ไม่มีเรี่ยวแรง, คลื่นไส้

ภาพที่ 2.6 วิธีการเขียนรูปแบบของปัญหาแบบที่ 1

ที่มา : ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2556

วิธีการเขียนรูปแบบของปัญหาแบบที่ 2



ภาพที่ 2.7 วิธีการเขียนรูปแบบของปัญหาแบบที่ 2

ที่มา : ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2556

2. เทคนิคการกำหนดประเด็นการสนทนา การบำบัดและให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดที่มีโครงสร้างโดยแต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมงครึ่ง และจำนวนครั้งประมาณ 6-12 ครั้งขึ้นไป ดังนั้น ในโครงสร้างเหล่านี้จะเป็นประโยชน์สูงสุดได้ก็เมื่อมีการกำหนดประเด็น (Agenda Setting) ที่จะพูดคุยกันในแต่ละครั้งอย่างชัดเจน โดยประเด็นควรได้มาจากข้อตกลงระหว่างผู้รับการบำบัด

ขั้นตอนในการกำหนดประเด็นการสนทนา

1. ผู้บำบัดถามผู้รับการบำบัดว่ามีเรื่องใดที่สำคัญและอยู่ในความคิดของผู้รับการบำบัดค่อนข้างถี่หรือเพิ่งเกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ผ่านมา หรือเรื่องที่เกิดขึ้นในชีวิตที่ผู้รับการบำบัดคิดว่าเป็นปัญหาที่สำคัญ

2. ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดเลือกประเด็นที่สำคัญที่สุดขึ้นมา 1 เรื่อง เพื่อเล่าให้ฟังอย่างละเอียด

3. ตกลงร่วมกันว่าจะคุยในประเด็นที่สำคัญดังกล่าวที่ประเด็น ประเด็นละประมาณกี่นาที ต่อเรื่อง

ตัวอย่างของประเด็นการสนทนาในการบำบัด

1. การทบทวนเรื่องในสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยประเด็นนี้ไม่ควรให้ยาวจนเกินไปเพราะจะรบกวนประเด็นหลักที่จะสนทนาในการบำบัดครั้งนี้

2. การทบทวนการสนทนาครั้งที่ผ่านมามีประเด็นตกค้าง ซึ่งอาจนำมาสนทนาต่อในครั้งนี้ได้หรือไม่อย่างไร

3. การประเมินอารมณ์โดยอาจประเมินแบบไม่เป็นทางการ เช่น การใช้คำถามว่าช่วงที่ผ่านมาจากการบำบัดครั้งก่อนจนถึงการบำบัดในครั้งนี้ คุณมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง หรือจะทดลองประเมินอารมณ์โดยใช้เครื่องมือประเมินที่ได้มาตรฐาน เช่น แบบประเมินภาวะซึมเศร้า หรือแบบการให้คะแนนอารมณ์ เป็นต้น

4. การทบทวนการบ้าน ซึ่งได้มอบหมายไปในการบำบัดครั้งที่แล้ว โดยหลังจากการทำ การบ้านจะสามารถดึงมาใช้ในการสนทนาเพื่อการบำบัดได้

5. ประเด็นหลักที่จะพูดคุยกันในวันนี้ โดยส่วนใหญ่แล้วไม่ควรคุยเกิน 2 เรื่องในแต่ละครั้ง เพราะมีเวลาที่สั้น อาจทำให้ไม่ได้ประโยชน์เต็มที่ สิ่งที่ต้องพิจารณาในการจัดลำดับความสำคัญของ ประเด็นการสนทนา เช่น เป็นเรื่องที่มีความเสี่ยงต่อผู้รับการบำบัดหรือผู้อื่น เช่น การคิดฆ่าตัวตาย หรืออยากทำร้ายตัวเอง เป็นเรื่องที่เร่งด่วน เช่น กำลังจะเปลี่ยนลักษณะงาน เป็นเรื่องที่สร้างความ ทุกข์ใจให้กับผู้รับการบำบัดเรื่องที่มีความสอดคล้องกับรูปแบบการเกิดปัญหา เป็นเรื่องที่มีแนวโน้มจะ เกิดความเปลี่ยนแปลงเป็นเรื่องเกี่ยวกับทักษะที่ผู้รับการบำบัดควรได้รับรู้

6. การมอบหมายการบ้านครั้งต่อไป ควรให้เวลาในช่วงนี้เพื่อมั่นใจได้ว่าผู้รับการบำบัดจะ สามารถทำการบ้านที่ได้รับมอบหมายและตั้งใจจะทำจริง ๆ

7. การให้ข้อมูลย้อนกลับ เป็นการประเมินสิ่งได้เรียนรู้ของผู้รับการบำบัดในการสนทนา ครั้งนี้รวมทั้งการประเมินการทำงานของผู้บำบัด

ในช่วงแรก ๆ ของการบำบัด ควรหลีกเลี่ยงปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อนและมีผลต่ออารมณ์ของ ผู้รับการบำบัดเนื่องจากผู้รับการบำบัดยังอาจมีทักษะไม่เพียงพอในการแก้ปัญหา ควรหลีกเลี่ยงปัญหา ที่เป็นความเชื่อลึก ๆ ของผู้รับการบำบัดซึ่งเปลี่ยนแปลงได้ค่อนข้างยากและอาจมีการต่อต้านจากผู้รับ การบำบัดนอกจากนั้น ผู้บำบัดควรสรุปประเด็นเป็นช่วง ๆ เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจให้ตรงกัน การกำหนดประเด็นที่กว้างจนเกินไป เช่น ประเด็นเรื่องครอบครัว จะทำให้เกิดความไม่ชัดเจน ผู้บำบัดควรสอบถามความชัดเจนว่าเป็นเรื่องครอบครัวในแง่มุมใด เกี่ยวข้องกับใครบ้าง และเรื่องใด เป็นต้น

3. เทคนิคการตั้งเป้าหมายในการบำบัด การตั้งเป้าหมายของการบำบัด (Goal setting) เป็นการตั้งเป้าหมายเพื่อให้ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน และทำให้เห็นว่า การบำบัดจะดำเนินไปอย่างไร การตั้งเป้าหมายที่ดีจะช่วยทำให้ผู้รับการบำบัดเกิดความหวัง ช่วยให้ผู้รับ การบำบัดทราบว่า การบำบัดจะจบลงอย่างไร การตั้งเป้าหมายควรมีลักษณะที่สำคัญ 5 เรื่อง คือ มีความจำเพาะเจาะจง วัดได้ ทำได้จริง อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงและมีกรอบของเวลา กำหนดไว้ด้วย เช่น กำหนดว่า ภายในเดือนนี้ จะไปไหว้พระที่วัดข้างบ้าน อย่างน้อย 2 ครั้ง และไปตลาดเพื่อ

ซื้ออาหารมาทำกับข้าวให้กับครอบครัวอย่างน้อย 3 ครั้ง เป็นต้น ผู้บำบัดควรแน่ใจว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้จะสามารถเป็นจริงได้ และหากผู้รับการบำบัดตั้งเป้าหมายไว้สุดขีด และตั้งเป้าหมายไว้บนความจำกัดในเรื่องเวลา แหล่งสนับสนุน และทักษะที่ต้องใช้ มากจนเกินไป หรือเปลี่ยนแปลงมากระดับจนเกินไป ซึ่งอาจทำให้เกิดความล้มเหลวได้ ผู้บำบัดต้องช่วยให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจว่า อาจต้องใช้เวลานานและความพยายามมากขึ้น จึงจะสามารถบรรลุเป้าหมายได้ นอกจากนี้ผู้บำบัดควรช่วยให้ผู้รับการบำบัดเลือกเป้าหมายที่ทำได้ก่อน ทำแล้วได้ผลเร็วเพื่อให้ผู้รับการบำบัดรู้สึก มีความหวัง มีกำลังใจ ที่สำคัญการตั้งเป้าหมายควรเน้นที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองในผู้รับการบำบัดมากกว่าที่จะเปลี่ยนแปลงผู้อื่น โดยควรคำนึงถึงทรัพยากรและศักยภาพที่มีอยู่ซึ่งจะเป็นตัวช่วยให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่น ทักษะต่าง ๆ ของผู้รับการบำบัดรวมทั้งความมุ่งมั่นและเวลาที่มีอยู่ การมีผู้ให้ความช่วยเหลือ หรือแหล่งให้ความช่วยเหลือเรื่องเงิน เป็นต้น

4. เทคนิคการปรับความคิดในการปรับความคิด (Cognitive Technique) มีเทคนิคหลายอย่างที่จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง ได้ประเมิน ตรวจสอบ หรือพิสูจน์ความคิดดังกล่าว รวมทั้งได้ปรับเปลี่ยนความคิดใหม่หรือปรับแก้ปัญหา ดังมีรายละเอียดของแต่ละเทคนิคต่อไปนี้

4.1 คำถามแบบโสเครติค ในการปรับความคิดมีเทคนิคที่ช่วยให้ผู้บำบัดได้นำทางให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าของตนเอง จากการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง การพิสูจน์ความคิดดังกล่าวรวมถึงการปรับเปลี่ยนความคิดไปตามความเป็นจริง รวมถึงการแก้ปัญหาคำถามที่ จะเอื้อให้เกิดผลตามเป้าหมายก็โดยการตั้งคำถามแบบโสเครติค (Socratic Question) จะต้องเป็นคำถามที่สร้างสรรค์ ตรงประเด็น เข้าใจง่ายและหลังจากการถามคำถามแล้ว ผู้บำบัดควรต้องฟังคำตอบอย่างเข้าใจ ระมัดระวังและไม่ด่วนตัดสินหรือแปลความ ผู้บำบัดควรสรุปประเด็นที่ได้จากการตั้งคำถามและวิเคราะห์คำตอบที่ได้ร่วมกับผู้รับการบำบัด โดยคำถามแบบโสเครติคเป็นวิธีการที่สำคัญมากที่สุดในการบำบัดและให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม โดยคำถามแบบโสเครติคได้ชื่อมาจากนักปราชญ์ชื่อ โสเครติส (Socratis) ชาวเอเธนส์ ซึ่งมีชีวิตอยู่ประมาณคริสต์ศตวรรษที่ 400 เขาเป็นนักปราชญ์ ที่มักจะสอนให้นักศึกษาที่เข้ามาเรียนรู้ออกมาได้ค้นพบความจริงด้วยตัวเองโดยที่เขาช่วยให้นักศึกษาเหล่านี้ตอบคำถามที่เขาถามขึ้น หรือไปค้นคว้าเพื่อให้ได้คำตอบที่ละส่วนจนกระทั่งนักศึกษาสามารถตอบคำถามที่ถามมาโดยตนเอง ในการบำบัดและการปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมคำถามแบบโสเครติส จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถที่จะเรียนรู้ด้วยตนเองจำได้แม่นยำและไม่ลืม ผู้รับการบำบัดจะถูกกระตุ้นให้ได้ค้นพบสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง รวมทั้งหาทางออกได้ด้วยตนเอง คำถามแบบโสเครติคจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดให้ความสนใจต่อข้อมูลจริงที่ปรากฏกับชีวิตของเขาเอง และได้ข้อสรุปสำหรับชีวิตต่อไป

4.2 การสำรวจต่อเนื่อง เทคนิคนี้เป็นเทคนิคการถามที่เป็นประโยชน์มาก เป็นการถามแบบสำรวจต่อเนื่องเพื่อให้ค้นพบสิ่งที่ซ่อนอยู่ภายใต้คำพูดของผู้รับการบำบัด (Downward Arrow Technique) มีประโยชน์คือ ช่วยให้ค้นพบข้อสรุปส่วนตัวในแบบของตัวผู้รับการบำบัด (Assumption) เป็นการตั้งคำถามเพื่อถามถึงความคิดหรือความเชื่อที่ผู้รับการบำบัดได้เปิดใจสู่ผู้บำบัด เป็นการถามความหมายในคำพูดเหล่านั้นต่อตัวผู้รับการบำบัด สิ่งแวดล้อมของผู้รับการบำบัด หรืออนาคตของผู้รับการบำบัด และถามเพื่อให้ทราบถึงความเชื่อที่อยู่เบื้องหลังความคิดอัตโนมัติตั้ง

กล่าว ซึ่งมีโอกาสทำให้ผู้บำบัดได้มีโอกาสมองเห็นความเชื่อในระดับกลางหรือระดับลึก เป็นการแกะรอยโดยใช้คำถาม ถามต่อไปในเรื่องดังกล่าว เช่น “หากคุณคิดแบบนี้ แล้วความคิดของคุณเป็นจริง จะมีอะไรเกิดขึ้น” “จะมีสิ่งเลวร้ายที่เกิดขึ้นกับคุณอย่างไร” “คำพูดนี้หมายความว่าตัวคุณเป็นอย่างไร” จะเห็นได้ว่า การสำรวจอย่างต่อเนื่องเป็นการถามถึงผลที่อาจจะเกิดขึ้น ความคิดความคาดการณ์ต่อสิ่งที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต หรือถามถึงความหมายของสิ่งที่คิด ผู้บำบัดจะสามารถหยุดการสำรวจลงลึกก็เมื่อผู้บำบัดสามารถช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ค้นพบความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเองที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ผู้บำบัดอาจช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองเห็นความคิด และความเชื่อในระดับกลางและในความเชื่อพื้นฐานในระดับลึกได้

4.3 การถามเพื่อให้ผู้ป่วยได้ค้นพบความคิดของตนเอง การถามเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้ค้นพบความคิดอัตโนมัติ จินตนาการหรือความเชื่อของตนเองด้วยคำตอบที่ผู้รับการบำบัดตอบตนเอง (Guided Discovery) จากการตั้งคำถามแบบโสเครติคและการถามแบบสำรวจต่อเนื่องของผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองเห็นความหมายของสถานการณ์ที่ตนเองคิดและทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ผู้บำบัดจะนำทางในการตรวจสอบหรือพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติโดยผู้รับการบำบัดจะค้นพบคำตอบด้วยตนเอง รวมทั้งยังช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองเห็นทางเลือกในการคิดและแก้ปัญหาในมุมมองใหม่ที่เป็นประโยชน์

5. เทคนิคการปรับความคิดและพฤติกรรม การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม ต้องช่วยปรับผู้รับการบำบัด ทั้งในการคิดและทางพฤติกรรม ในหลายๆ ครั้ง ผู้รับการบำบัดอาจยังไม่พร้อมในการปรับความคิด หรือมีอารมณ์ที่ยังสูงการปรับที่พฤติกรรมก่อนจะช่วยได้มาก เช่นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มักจะไม่อยากคิดอะไร หรือคิดได้ช้าลง การช่วยปรับพฤติกรรมในระยะเริ่มแรก โดยให้ทำในสิ่งที่ผู้รับการบำบัดพอจะทำได้ไม่ยาก หรือมีคนช่วยบ้างก็จะช่วยให้บางอารมณ์ลดลง และอาจทำให้ความคิดเปลี่ยนไปได้ด้วยเทคนิคการปรับพฤติกรรมที่สามารถนำมาใช้ในการบำบัด ดังต่อไปนี้

5.1 การทดลองกระทำพฤติกรรม การทดลองกระทำบางพฤติกรรม (Behavioral Experiment) เป็นเทคนิคที่ช่วยในการตรวจสอบหรือพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติของผู้รับการบำบัด โดยสามารถใช้การทดลองกระทำพฤติกรรมเดี่ยว ๆ หรือทำร่วมกับการตั้งคำถามแบบโสเครติค การทดลองกระทำพฤติกรรมสามารถทำทั้งในและนอกห้องบำบัด โดยการทดลองทำพฤติกรรมจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม โดยเฉพาะในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยผู้บำบัดจะต้องขยายรายละเอียดของการทดลองพฤติกรรมให้ชัดเจน เช่น ให้ผู้รับการบำบัดที่เสียเวลาในการทำงานโดยได้เนื่องานน้อยมาก ได้ไปทดลองเขียนตารางกิจกรรมทั้งหมดในการทำงานในแต่ละวันและจำนวนเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม เพื่อสำรวจว่าผู้รับการบำบัดไม่มีเวลาจริง ๆ หรือใช้เวลาไม่เหมาะสมหรือการให้ ผู้รับการบำบัดทดลองพูดกับภรรยา เช่น การพูดขอบคุณ การพูดให้กำลังใจ 2-3 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์ เพื่อดูปฏิกิริยาตอบสนองของภรรยา เป็นต้น

5.2 การตรวจสอบกิจวัตรประจำวัน การตรวจสอบกิจวัตรประจำวันของผู้รับการบำบัด (Activities Monitoring and Scheduling) สามารถทำได้โดยใช้แบบบันทึกที่ทำในรูปแบบของตารางหรือเขียนบรรยายในบันทึกประจำวัน เพื่อตรวจสอบว่าแต่ละวันผู้รับการบำบัดทำกิจกรรมอะไรบ้าง และกิจกรรมใดที่ทำให้เขามีความสุขและในระดับใด จาก 0 – 10 คะแนน และกิจกรรมใดที่ทำให้ผู้รับ

การบำบัดรู้สึกเป็นทุกข์ใจ ให้คะแนนตั้งแต่ 0 – 10 โดยผู้บำบัดต้องระบุให้ชัดเจนว่า 0 หมายถึงอะไร เช่น หมดความสุขทั้งปวงเท่ากับ 10 หรือ 10 หมายถึงทุกข์มาก 0 หมายถึงสบายใจดี

5.3 เทคนิคการกระตุ้นให้กระทำพฤติกรรม อาการแสดงของผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์ โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า อาการที่ชัดเจนอาการหนึ่งก็คือ การแยกตัว ไม่สนใจ หรือไม่รู้รู้สึกสนุกที่จะเข้าร่วมในกิจกรรมใด ๆ กับครอบครัวหรือสังคม ซึ่งเกิดจากการไม่ได้รับการเสริมแรงจากการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ คู่มืออารมณ์เศร้า ไม่มีเรี่ยวแรง รวมทั้งการแสดงสีหน้าที่ไม่มีความสุข การพูดจะช้าลง การกระตุ้นให้ทำกิจกรรมบางอย่างบ้าง (Behavioral Activation Techniques) จะสามารถช่วยเพิ่มพลังให้กับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ดังนี้

5.3.1 การกระตุ้นพฤติกรรมของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถเริ่มได้จากการให้ผู้ที่ภาวะซึมเศร้าสำรวจกิจวัตรประจำวันของตนเอง แล้วจดบันทึกไว้ (Daily Record of Dysfunctional Thoughts [DRDT]) รวมทั้งการให้คะแนนระดับของอารมณ์ในแต่ละชั่วโมงแต่ละวัน เป็นการช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ตระหนักถึงกิจกรรมในชีวิตของตนเอง วันต่อวันและเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของตนเอง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่ให้ความร่วมมืออย่างสม่ำเสมอในการจดบันทึกชีวิตประจำวัน รวมทั้งให้คะแนนระดับทางอารมณ์พบว่าอารมณ์ที่ดีขึ้นเรื่อย ๆ สามารถเปรียบเทียบได้ต้นสัปดาห์ถึงปลายสัปดาห์

5.3.2 การกำหนดกิจกรรมในแต่ละวันในสัปดาห์ (Weekly Scheduling Activities [WSA]) กิจกรรมหนึ่งที่ผู้บำบัดสามารถช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้รับความพึงพอใจจากการทำกิจกรรม โดยเฉพาะผู้รับการบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้า ควรกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดกำหนดกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ของตนเอง เช่น ภายใน 1 สัปดาห์ จะออกกำลังกาย 3 วัน วันละ 30 นาที หรือจะไปตลาดซื้ออาหารมารับประทาน 2 ครั้งใน 1 สัปดาห์ เป็นต้น การกำหนดกิจกรรม ผู้บำบัดสามารถกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดไปทำเป็นการบ้าน และให้ผู้รับการบำบัดลองคาดหวังว่า หากเขาสามารถทำกิจกรรมเหล่านั้นได้จริง ให้ผู้รับการบำบัดประเมินว่าเขามีความพึงพอใจในระดับคะแนนใดจาก 1 - 10 และเมื่อมาทำกิจกรรมเหล่านั้นเสร็จเรียบร้อยแล้วให้ผู้รับการบำบัดให้คะแนนความพึงพอใจอีกครั้งหนึ่ง เพื่อเปรียบเทียบว่า ความพึงพอใจที่เกิดจากการทำกิจกรรม นำสู่ความพึงพอใจมากหรือน้อยกว่าที่คาดหวังไว้ มีสิ่งใดเกิดขึ้นระหว่างการทำกิจกรรมบ้าง และผู้รับการบำบัดเรียนรู้จากการทำกิจกรรมเหล่านั้นอย่างไรบ้าง ผู้บำบัดสามารถจะใช้การกำหนดกิจกรรมนี้ เป็นเครื่องมือที่จะพิสูจน์และตรวจสอบความคิดอัตโนมัติว่าจริงอย่างที่เขาค่อยกังวลหรือกลัวหรือไม่ ช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ประเมิน ความคิดที่ว่า “ฉันคงไม่สามารถกลับไปเป็นเหมือนเดิมได้อีกแล้ว” เพราะในแต่ละกิจกรรมที่เธอได้กำหนดและได้กระทำจริง ๆ เป็นขั้นตอนที่นำไปสู่ชีวิตปกติและเหมาะสมดีขึ้นกว่าเดิม

5.3.3 การกำหนดกิจกรรม (Scheduling Activities or Graded Task Assignments) มีประโยชน์ 2 ทางคือการทำกิจกรรมต่าง ๆ ช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีพลังมีกำลังใจมากขึ้น สมาธิดีขึ้น และลดความรู้สึกหมดเรี่ยวแรงลง ในอีกทางหนึ่ง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จะเริ่มมีประสบการณ์ของกิจกรรมที่ให้ประโยชน์ต่อตนเองจึงเป็นการช่วยพัฒนาให้ประโยชน์ทั้งในด้านของการทำหน้าที่ (Functional) และกระบวนการคิด (Cognitive Process) รวมทั้งเป็นการช่วยลดอารมณ์ทางลบลง เนื่องจากใช้เวลาไปในการสนใจการทำกิจกรรมต่างๆ ของตนเองและทำให้สามารถปรับพฤติกรรมของตนเองได้ เช่นผู้รับการบำบัดเปลี่ยนเวลาการอ่าน e-mail ของเพื่อนไป

เป็นช่วงเวลาบ่าย ๆ หรือก่อนกลับบ้านและโต้ตอบ E-Mail เท่าที่จำเป็นเท่านั้น ซึ่งทำให้การทำงานในวันนั้น ๆ และวันต่อ ๆ ไป มีประสิทธิภาพ ทำให้เธอรู้สึกดีขึ้น และสามารถควบคุมความรู้สึกทางลบของตนเองได้มากขึ้น

6. เทคนิคอื่น ๆ

6.1 เทคนิคการมอบหมายการบ้าน (Homework Assignment) การบ้านเป็นกิจกรรมหนึ่งที่สำคัญมากในการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม เนื่องจากจะเป็นการฝึกหัดทักษะต่างๆ ได้อย่างต่อเนื่อง จากการพูดคุยกันในแต่ละครั้งที่เข้ามาพบกับผู้บำบัดเป็นการช่วยให้เกิดประสบการณ์ตรง ช่วยให้เกิดความเข้าใจในแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และช่วยนำไปสู่การเป็นผู้บำบัดตนเองในที่สุด โดยการบ้านที่ดีควรสอดคล้องกับประเด็นการบำบัด หรือทักษะที่ผู้รับการบำบัดควรต้องฝึกในครั้งนั้น ๆ และจะต้องเป็นสิ่งที่ผู้รับการบำบัดสามารถกระทำได้จริง

6.2 เทคนิคการแสดงบทบาทสมมติ การแสดงบทบาทสมมติ เป็นเทคนิคที่สามารถใช้ได้หลากหลายวัตถุประสงค์ ตัวอย่างเช่น ใช้เพื่อช่วยในการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ ใช้เพื่อการพัฒนาการปรับตัวที่เหมาะสมหรือใช้เพื่อเรียนรู้ทักษะทางสังคม เป็นต้น การใช้บทบาทสมมติเป็นการกระทำระหว่างผู้รับการบำบัดกับผู้ให้การบำบัด หรือให้คำปรึกษา เพื่อแสดงบทบาทตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงของผู้รับบริการ จะช่วยให้ผู้รับบริการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบจากการโต้ตอบ สื่อสาร ระหว่างการแสดงบทบาทสมมติหรือผู้รับการบำบัดจะได้ฝึกทักษะทางสังคม โดยฝึกกับผู้บำบัดและมีการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อพัฒนาทักษะทางสังคม ของผู้รับการบำบัด สามารถนำไปใช้ในชีวิตจริงได้อย่างเหมาะสม และช่วยลดปัญหาหระหว่างบุคคลในสังคมจริง เป็นต้น

6.3 พายเทคนิค (Pie Technique) พายเทคนิคเป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจความคิดของตนเองอย่างเป็นรูปธรรมโดยใช้กราฟฟิก เป็นภาพวงกลมที่สามารถตัดแบ่งเป็นชิ้นๆ เหมือนลักษณะของขนมพาย (Pie Chart) สามารถช่วยให้ผู้รับการบำบัดตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาหรือกำหนดความรับผิดชอบของตนเองเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการ ตัวอย่างเช่น ผู้บำบัดต้องการให้ผู้รับบริการได้มองเห็นเป้าหมายในชีวิตเทียบกับสิ่งที่ผู้รับบริการได้ปฏิบัติโดยใช้พายเทคนิค 2 ภาพวงกลมเพื่อเปรียบเทียบกัน เป็นต้น

6.4 เทคนิคการเปรียบเทียบรายการข้อปฏิบัติที่ได้ตั้งใจไว้และรายการการปฏิบัติในความเป็นจริง การเปรียบเทียบรายการข้อปฏิบัติที่ได้ตั้งใจไว้ (Credit List) และรายการการปฏิบัติในความเป็นจริงนั้น เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้รับบริการได้ประเมินตนเองโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ตนเองละเอียด ให้ปรากฏชัดเจนต่อตนเองหรือหลงลืมไป การเปรียบเทียบรายการข้อปฏิบัติในความเป็นจริงและรายการข้อปฏิบัติที่ได้ตั้งใจไว้จะช่วยให้ผู้รับบริการได้ตั้งเป้าหมายเพื่อให้ตนเองปฏิบัติตามที่ได้ตั้งใจไว้

6.5 เทคนิคการแก้ปัญหา การแก้ปัญหามาตามแนวคิดของเดอร์ซูเลร์ และเนซุ (D'Zurilla & Nezu) ดาราวรรณ ตะปินตา (2556 อ้างถึงใน D'Zurilla & Nezu) ได้เสนอแนวคิดในการแก้ปัญหาโดยการแก้ปัญหาคงต้องทำความเข้าใจกับประเด็น 3 ประเด็น คือ การแก้ไขปัญหา และวิธีการแก้ปัญหา การแก้ปัญหามุ่งถึงการนำตนเอง กำกับตนเองในการที่จะพยายามค้นหา หรือระบุปัญหาที่เกิดขึ้นซึ่งมีเป้าหมายที่จะทำให้เกิดศักยภาพที่หลากหลายและมีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหานั้นที่เฉพาะเจาะจง รวมทั้งเพิ่มความเป็นไปได้ในการเลือกวิธีที่ดีที่สุดจากหลาย ๆ ทางเลือก ดังนั้น

การแก้ไขปัญหาจึงจำเป็นต้องมีความรู้ตัว (Conscious) มีเหตุผล (Rational) มีความพยายาม (Effortful) และมีกิจกรรมหรือการกระทำที่มีเป้าหมาย (Purposive Activity) เป้าหมายของการแก้ปัญหาเป็นการปรับการรับรู้ต่อสถานการณ์ปัญหาให้ดีขึ้นตามความเป็นจริง ปรับลดอารมณ์ที่กดดันลง เรียนรู้การปรับศักยภาพจากการแก้ปัญหาทั่ว ๆ ไป และวิธีการควบคุมตนเอง สถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้แต่ละคน การรับปัญหามี 2 แบบ แบบที่หนึ่ง การมองปัญหาในทางบวก (Positive Problem Oriented [PPO]) และการมองปัญหาในทางลบ (Negative Problem Oriented [NPO])

จากการศึกษาเอกสารเกี่ยวกับเทคนิคของทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม สามารถสรุปได้ว่าเทคนิคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นมีหลากหลาย โดยเทคนิคของทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมจะเน้นในเรื่องของการกระตุ้นให้เกิดความคิดที่แตกต่างออกไปจากเดิม โดยออกมาในรูปแบบการเขียนโครงสร้างความคิด การสำรวจความคิดตัวเอง การใช้คำถามที่กระตุ้นให้เกิดความคิด เป็นต้น

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม ดังนี้

ชุดิกาลญจน์ อินทร์ทิม และคณะ (2564) ได้ศึกษาผลการบูรณาการ การปรึกษาทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับศิลปะ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ต้องขังหญิง พบว่า ผู้ต้องขังกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษามีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล โดยสังเกตได้จากค่าคะแนนเฉลี่ย 23.10 , 11.60 และ 14.50 ตามลำดับ จากค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังหญิงกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม พบว่ามีระดับค่าคะแนนเฉลี่ยที่ลดลงอย่างเห็นได้ชัดเนื่องจากได้รับการปรึกษาทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มุ่งเน้นการแก้ไขระดับความคิดการปรับความคิดอัตโนมัติเชิงลบของผู้ต้องขังหญิง เมื่อความคิดอัตโนมัติเชิงลบได้ถูกแก้ไขแล้วจึงส่งผลต่อเนื่องมาถึงการปรับพฤติกรรมในการดำรงชีวิต รวมถึงการปรับพฤติกรรมที่ส่งผลมาจากความคิดให้สมเหตุและสมผลมากยิ่งขึ้น

ศิริรัตน์ เอี่ยมประไพ (2564) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียน นิสิตและนักศึกษาในประเทศไทย พบว่า งานวิจัยที่ใช้แนวคิดการปรึกษากลุ่มปัญหาและพฤติกรรมนิยมมีค่าขนาดอิทธิพลมากที่สุด แสดงถึงโปรแกรมการปรึกษาที่ใช้แนวคิดกลุ่มปัญหาและพฤติกรรมนิยม (การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม และแนวคิดการปรึกษาแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม) มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพจิตดีขึ้นมากที่สุด

เมธาวร เฉลิมเขตต์ และคณะ (2565) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มโดยใช้ทฤษฎีทางความคิดและพฤติกรรมเป็นฐานต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาหญิงระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าหลังจากได้รับโปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มโดยใช้ทฤษฎีทางความคิดและพฤติกรรมเป็นฐาน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามลดลงกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

กาญจนา สุทธิเนียม, ชลพร กองคำ และ อุบล สุทธิเนียม (2566) ได้เปรียบเทียบผลของการบำบัดทางความคิดกับสุขภาพจิตศึกษาที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครู พบว่า ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา หลังการทดลองและหลังการติดตามผลต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับการบำบัด

ทางความคิด หลังการทดลองและหลังการติดตามผลต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาไม่แตกต่างกัน ($F = 3.229$) เมื่อพิจารณาในช่วงเวลาของการวัดพบว่า ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองการบำบัดทางความคิดและกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และหลังการทดลองกับหลังการติดตามผลการบำบัดทางความคิดและกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัย เรื่อง การศึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตภาคกลาง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi : Experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนหลัง (Two Groups Pretest-Posttest Test Design) โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1) เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตภาคกลาง ก่อนทดลองและหลังการทดลองการศึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม 2) เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตภาคกลาง ก่อนทดลองและหลังการทดลองการศึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. แบบแผนการวิจัย
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ที่กำลังศึกษาในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2566 ของโรงเรียนสิงห์บุรี จำนวน 500 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ที่กำลังศึกษาในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2566 ของโรงเรียนสิงห์บุรี จำนวน 500 คน จากนั้นใช้ตารางสำเร็จรูปของเครซีและมอร์แกน แกน (Krejcie & Morgan, 1970 อ้างใน ธีรวุฒิ เอกะกุล, 2552) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 217 คน และทำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI) คัดเลือกนักเรียนมีค่าคะแนนรวมสูงกว่า 15 คะแนนขึ้นไป และอยู่ในเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) ตามที่ผู้วิจัยกำหนด จำนวน 16 คน สอบถามความสมัครใจ ยินดีเข้าร่วมการศึกษากลุ่มและได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง และได้ทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 8 คน Jacobs, Masson & Havill (2002)

แบบแผนการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่มทดสอบก่อนและหลัง (Two Group Pretest-Posttest Design) การศึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตภาคกลาง เพื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมของการศึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตภาคกลาง

ตารางที่ 3.1 แบบแผนการทดลองแบบ Two Group Pretest – Posttest Design

กลุ่มตัวอย่าง	Pretest	Treatment การปรึกษากลุ่มตาม ทฤษฎีรู้คิดและ พฤติกรรม	Posttest
กลุ่มทดลอง (ER)	O ₁	X	O ₂
กลุ่มควบคุม (CR)	O ₁	-	O ₂

เมื่อ

E คือ กลุ่มทดลอง

C คือ กลุ่มควบคุม

R คือ การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม

O₁ คือ การคัดกรองภาวะซึมเศร้าของนักเรียน ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

O₂ คือ การคัดกรองภาวะซึมเศร้าของนักเรียน หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

X คือ การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม

- คือ การดูแลนักเรียนตามปกติตามระบบดูแลช่วยเหลือของโรงเรียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างและวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยดำเนินการสร้างดังมีขั้นตอนต่อไปนี้

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ จากการที่ผู้วิจัยไปศึกษางานวิจัยพบว่า มีแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่ตรงกับกลุ่มเป้าหมายของงานวิจัย ซึ่งแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า หรือ Children's Depression Inventory: CDI ฉบับภาษาไทยเป็น แบบวัดที่ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ หัวหน้าหน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแปลมาจาก ฉบับภาษาอังกฤษที่สร้างขึ้นโดย Maria Kovacs โดยดัดแปลงจาก Beck Depression Inventory เหมาะสำหรับเด็กและวัยรุ่นตอนต้น อายุ 10-15 ปี (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2561)

1. ผู้วิจัยนำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า หรือ Children's Depression Inventory: CDI ฉบับภาษาไทย ซึ่งแบบวัดนี้ประกอบด้วยคำถาม 27 ข้อ เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในด้านต่างๆ ที่พบในเด็กแต่ละคำถามประกอบด้วยตัวเลือก 3 ข้อ ซึ่งบอกถึงความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา การแปลผล ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า 15 ขึ้นไป จากการคัดกรองถือว่ามีความเสี่ยงสูงที่มีนัยสำคัญทางคลินิก

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

2.1 นำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า หรือ Children's Depression Inventory: CDI ฉบับภาษาไทย มาหาค่าความเชื่อมั่นโดยนำไปทดสอบในเด็กชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2566 ที่มีอายุระหว่าง 10 -15 ปี ในโรงเรียนสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน ด้วยการหาสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ที่ 0.77

2.2 ผู้วิจัยนำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า หรือ Children's Depression Inventory : CDI ฉบับภาษาไทย ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตภาคกลาง

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างดงมีขึ้นต่อไปนี้

1. ศึกษาทฤษฎีการให้การปรึกษากลุ่ม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางในการสร้างการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรม

2. กำหนดวัตถุประสงค์ของการสร้างการให้การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรม วิเคราะห์แนวคิด หลักการสำคัญ แนวทางการดำเนินการในการสร้างการให้การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

3. ดำเนินการสร้างการให้การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรมให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และเหมาะกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

4.1 นำโปรแกรมการปรึกษากลุ่มฉบับร่างตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยพิจารณาความถูกต้องของภาษา ความเหมาะสม เพื่อให้เนื้อหามีความครอบคลุมกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย โดยผู้เชี่ยวชาญทางจิตวิทยาการปรึกษา จำนวน 3 ท่าน

4.2 ผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้จากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยมีเกณฑ์การประเมินการพิจารณาข้อความ ของแบบวัดแต่ละข้อตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้

+1 หมายถึง แนใจว่าการให้การปรึกษากลุ่มมีวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการและการใช้เทคนิค เหมาะสมในการลดระดับภาวะซึมเศร้าสำหรับนักเรียนตามทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรม

0 หมายถึง ไม่แนใจว่าการให้การปรึกษากลุ่มมีวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการและการใช้เทคนิค เหมาะสมในการลดระดับภาวะซึมเศร้าสำหรับนักเรียนตามทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรม

-1 หมายถึง แนใจว่าการให้การปรึกษากลุ่มมีวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการและการใช้เทคนิค ไม่เหมาะสมในการลดระดับภาวะซึมเศร้าสำหรับนักเรียนตามทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรม

มีค่าอยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็น และข้อเสนอแนะ นำมาทดลองใช้กับนักเรียนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อดูความเหมาะสมของกิจกรรมและปรับแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

4.3 ผู้วิจัยนำการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรมไปใช้กับนักเรียน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 คน ซึ่งมีขั้นตอนการให้การปรึกษากลุ่ม 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเริ่มต้น ขั้นดำเนินการ ขั้นยุติ จำนวน 10 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ ๑ ชั่วโมง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะทดลอง และระยะหลังการทดลอง ดังนี้

ระยะก่อนการทดลอง

1. นำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยาส่งถึงผู้อำนวยการโรงเรียน
2. ดำเนินการขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หมายเลขเอกสารรับรอง COA No.661110 วันที่รับรอง 22 พฤศจิกายน 2566
3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีตอบแบบคัดกรองกับกลุ่มตัวอย่าง
4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าทางนำคะแนนมาแปลผล และคัดเลือกผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า 15 ขึ้นไปสอบถามสมัครใจที่จะเข้าร่วมการปรึกษากลุ่ม และจะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง

ระยะทดลอง

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. ผู้วิจัยให้นักเรียนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบคัดกรองพร้อมกัน (Pre-test) โดยเก็บคะแนนไว้เป็นคะแนนก่อนเข้าร่วมการปรึกษากลุ่ม
3. ผู้วิจัยดำเนินการทำกิจกรรมในกลุ่มทดลองโดยผู้วิจัยดำเนินการตามแผนการปรึกษากลุ่มตามกิจกรรมที่กำหนดไว้จนครบ 10 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง พร้อมทั้งสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม แล้วยุติการปรึกษา แล้วให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (Post-test) ทันทีเมื่อเสร็จสิ้นการปรึกษา

ตารางที่ 3.2 กำหนดเวลาในการให้การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดละพฤติกรรม เพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าของนักเรียน

ครั้งที่	วัน/เดือน/ปี	รายการกิจกรรม
1	23 มกราคม 2567	ปฐมนิเทศ และสร้างสัมพันธภาพ วัตถุประสงค์ 1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี และความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก และสมาชิกกับสมาชิก 2. เพื่อให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ ความสำคัญของการให้การปรึกษากลุ่ม วิธีการ บทบาทและหน้าที่ของสมาชิกภายในกลุ่ม รวมทั้งการรักษาความลับของกลุ่ม 3. เพื่อให้สมาชิกสำรวจปัญหา และสามารถตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา
2	25 มกราคม 2567	เรียนรู้กระบวนการที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า 2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ ความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า
3	30 มกราคม 2567	เรียนรู้กระบวนการของทฤษฎีรู้คิด และพฤติกรรม วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ ความเข้าใจหลักการ เหตุผล ขั้นตอนวิธีการ และประโยชน์ของทฤษฎีรู้คิด และพฤติกรรม 2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ ความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า
4	1 กุมภาพันธ์ 2567	การตั้งเป้าหมาย วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้สมาชิกกำหนดเป้าหมาย และมีเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลง 2. เพื่อสร้างความมีวินัย และความรับผิดชอบให้กับสมาชิก
5	6 กุมภาพันธ์ 2567	การกระตุ้นพฤติกรรม วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้สมาชิกมีการกระตุ้นพฤติกรรม และกำหนดแผนการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบ 2. เพื่อสร้างความมีวินัย และความรับผิดชอบให้กับสมาชิก

ตารางที่ 3.2 (ต่อ)

ครั้งที่	วัน/เดือน/ปี	รายการกิจกรรม
6	8 กุมภาพันธ์ 2567	การสำรวจรูปแบบความคิดเชิงลบ วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้สมาชิกมีทักษะในการจัดการความคิดของตนเอง และเรียนรู้รูปแบบความคิดเชิงลบ 2. เพื่อสร้างความมีวินัย และความรับผิดชอบต่อให้กับสมาชิก
7	13 กุมภาพันธ์ 2567	การสำรวจรูปแบบความเชื่อพื้นฐาน วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้กระบวนการที่ส่งผลต่อความคิดของตนเอง 2. เพื่อสร้างความมีวินัย และความรับผิดชอบต่อให้กับสมาชิก
8	15 กุมภาพันธ์ 2567	สติ วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้การรักษาสมดุลของตนเองขณะรับมือกับสภาวะอารมณ์ที่บีบคั้น 2. เพื่อสร้างความมีวินัย และความรับผิดชอบต่อให้กับสมาชิก
9	20 กุมภาพันธ์ 2567	การมีเมตตาต่อตัวเอง วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้ และพิจารณาวิธีการที่ทำได้จริงในการดูแลตัวเองทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ 2. เพื่อสร้างความมีวินัย และความรับผิดชอบต่อให้กับสมาชิก
10	22 กุมภาพันธ์ 2567	ยุติการให้การปรึกษา วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการประเมินผล และสรุปผลของการลดภาวะซึมเศร้าของผู้รับการปรึกษากลุ่มจากประสบการณ์ที่ผ่านมา

ระยะหลังการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการภายหลังเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มลดระดับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ครบ 10 ครั้ง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า เพื่อเป็นคะแนนหลังการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา (COA No.661110) วันที่รับรอง 22 พฤศจิกายน 2566 โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนของการวิจัย ประโยชน์ที่ผู้ร่วมวิจัยจะได้รับ สอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง ลงนามยินยอม เข้าร่วมการวิจัย การเก็บข้อมูลเป็นความลับและการนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม รวมทั้งสามารถปฏิเสธและออกจากการวิจัยได้ โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการเรียน และภายหลังที่ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น กลุ่มควบคุมจะได้รับการปรึกษากลุ่มเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์สถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีผู้คิดและพฤติกรรม ดังนี้

1. วิเคราะห์สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
2. การทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติ Skewness, Kurtosis
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักเรียน กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test
4. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักเรียน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเรื่องผลของการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตภาคกลาง เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตภาคกลาง ก่อนทดลองและหลังการทดลองการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม และเพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตภาคกลาง ก่อนทดลองและหลังการทดลองการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมผู้วิจัยนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตาราง และแปลความหมาย จำแนกออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 กลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการปรึกษากลุ่มการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตภาคกลาง ก่อนทดลองและหลังการทดลองการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม

ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 หลังได้รับการปรึกษากลุ่มตามการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามระบบการช่วยเหลือผู้เรียน

การวิเคราะห์ และแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดข้อมูลสัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
\bar{X}	แทน	ค่าเฉลี่ย
S.D.	แทน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
KU	แทน	ค่าความโด่ง (Kurtosis)
SK	แทน	ความเบ้ (Skewness)
U	แทน	ค่าสถิติ U
Z	แทน	ค่าสถิติ Z
P	แทน	ระดับนัยสำคัญทางสถิติ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ และอายุ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน (8 คน)	ร้อยละ	จำนวน (8 คน)	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	0	0.00	3	37.50
หญิง	8	100.00	5	62.50
2. อายุ				
12 ปี	2	25.00	1	12.50
13 ปี	6	75.00	7	87.50

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลอง จำนวน 8 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 และมีอายุส่วนใหญ่ 13 ปี ร้อยละ 75.00 กลุ่มควบคุม จำนวน 8 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.50 และมีอายุส่วนใหญ่ 13 ปี ร้อยละ 87.50 ดังแสดงในตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ และอายุ จากการศึกษพบว่า นักเรียนเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะประสบกับภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ซึ่งสามารถสังเกตได้จากข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างในการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 กลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการปรึกษากลุ่มการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม

ก่อนการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์การแจกแจงของข้อมูล ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลการกระจายข้อมูล

ช่วงเวลา	การทดสอบภาวะซึมเศร้า			SK	KU
	กลุ่ม	\bar{X}	S.D.		
ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	27.50	2.14	-0.29	-0.91
	กลุ่มควบคุม	27.38	2.72	-0.30	-2.15
หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	13.75	1.04	-0.39	-0.45
	กลุ่มควบคุม	27.00	1.93	-0.16	-0.38

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ผลการวิเคราะห์การตรวจสอบการแจกแจงปกติของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักเรียน ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่า Skewness เท่ากับ -0.292 , -0.300 และค่า Kurtosis เท่ากับ -0.905 , -2.148 ซึ่งมีค่ามากกว่า 2

ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักเรียน หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่า Skewness เท่ากับ -0.386 , -0.160 และค่า Kurtosis เท่ากับ -0.448 , -0.377 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 2

จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าวค่าการทดสอบ Skewness และ ค่าการทดสอบ Kurtosis บางค่ามีค่ามากกว่า 2 ซึ่งหมายความว่า ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักเรียน ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิตินอนพาราเมตริก (Nonparametric Statistics) ในการทดสอบเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักเรียน กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test และใช้สถิติเพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักเรียน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในเขตภาคกลาง ก่อนทดลองและหลังการทดลองการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม

ตารางที่ 4.3 ผลการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักเรียน กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม

ภาวะซึมเศร้าของนักเรียน		\bar{x}	S.D.	Z	P
ระดับ	ก่อนการทดลอง	27.50	2.14	-3.386	.001***
ภาวะซึมเศร้า	หลังการทดลอง	13.75	1.04		

*** $p < .001$

จากตารางที่ 4.3 พบว่าภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ก่อน และหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($Z = -3.386$)

ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 หลังได้รับการ
 ปรึกษากลุ่มตามการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและ
 กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามระบบการช่วยเหลือผู้เรียน

ตารางที่ 4.4 ผลการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักเรียน ระหว่าง กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษา
 กลุ่มแบบทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามระบบดูแล
 ช่วยเหลือผู้เรียน

ภาวะซึมเศร้าของนักเรียน		\bar{X}	S.D.	U	P
ระดับ	กลุ่มทดลอง	13.75	1.04	.000	.000***
ภาวะซึมเศร้า	กลุ่มควบคุม	27.00	1.93		

*** $p < .001$

จากตารางที่ 4.4 พบว่า นักเรียนกลุ่มทดลอง ภายหลังจากที่ได้รับการปรึกษาแบบกลุ่มด้วย
 ทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรมมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่านักเรียน กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลด้วยระบบ
 ดูแลช่วยนักเรียนตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการลดระดับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตภาคกลาง โดยการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม มีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในเขตภาคกลาง ก่อนทดลองและหลังการทดลองการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม 2) เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในเขตภาคกลาง ก่อนทดลองและหลังการทดลองการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ประชากร คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ที่กำลังศึกษาในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2566 ของโรงเรียนสิงห์บุรี จำนวน 500 คน

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ที่กำลังศึกษาในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2566 ของโรงเรียนสิงห์บุรี จำนวน 500 คน จากนั้นใช้ตารางสำเร็จรูปของเครซีและมอร์แกน แกน แกน (Krejcie & Morgan, 1970 อ้างใน อังโน อธิวุฒิชัย เอกะกุล, 2552) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 217 คน และทำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI) คัดเลือกนักเรียนมีค่าคะแนนรวมสูงกว่า 15 คะแนนขึ้นไป และอยู่ในเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) ตามที่ผู้วิจัยกำหนด จำนวน 16 คน สอบถามความสมัครใจ ยินดีเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มและได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง และได้ทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 8 คน Jacobs, masson & Havill (2002) (ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะดำเนินการการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมให้กับกลุ่มควบคุม) ทั้งนี้ในการขอความร่วมมือนักเรียนในการเก็บข้อมูลการคัดกรอง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นความลับ ไม่เปิดเผยว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีภาวะซึมเศร้า

สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถสรุปผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ ดังนี้

1. ผลการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในเขตภาคกลาง ก่อนทดลองและหลังการทดลองการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม ลดลงกว่าก่อนได้รับการปรึกษากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในเขตภาคกลาง ก่อนทดลองและหลังการทดลองการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องผลของการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตภาคกลาง สามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง หลังได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม ลดลงมากกว่าก่อนได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม จากการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 27.50$) หลังได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมแตกต่างจากก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 13.75$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐาน ทั้งนี้ อภิปรายผลได้ว่าการปรึกษาแบบกลุ่มนั้นเป็นกระบวนการปรึกษามุ่งเน้นในส่วนของความคิด และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นของนักเรียนในกลุ่มซึ่งเป็นการพัฒนาการด้วยตนเอง โดยนักเรียนเกิดการเรียนรู้ ฝึกฝนในทักษะต่าง ๆ และยอมรับในตัวตนเอง ตลอดจนความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่พึงปรารถนาของตนเอง และส่งผลต่อพฤติกรรมเชิงบวก โดยที่นักเรียนในกลุ่มจะแสดงความเห็นอกเห็นใจและช่วยเหลือซึ่งกันและกันในบรรยากาศแห่งความไว้วางใจ อันนำไปสู่การเปิดเผยถึงเรื่องราวและปัญหาต่าง ๆ และมีการสำรวจปัญหาร่วมกัน ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีอยู่ในการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม จนกลายเป็นผู้ที่มีทักษะที่ดีในการปรับเปลี่ยนความคิด รวมไปถึงพฤติกรรม การมีมุมมองความคิดที่กว้างขึ้น ในหลายมิติ จากคำพูดนักเรียนที่เข้าร่วมการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม คนที่ 1 กล่าวว่า “หนูรู้สึกดีมากๆ ค่ะที่ได้มาพูดคุยกับเพื่อนในครั้งนี้” และจากคำพูดนักเรียนที่เข้าร่วมการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม คนที่ 2 กล่าวว่า “การทำกิจกรรมนี้ทำให้รู้สึกไม่โดดเดี่ยวค่ะ” ในการทดลองที่มีการเข้าร่วมกลุ่ม เป็นเวลา 5 สัปดาห์ รวม 10 ครั้ง ซึ่งเวลาและจำนวนครั้งเหมาะสมกับช่วงวัยของนักเรียน ที่จะส่งผลต่อการเรียนรู้ สอดคล้องกับงานวิจัยของของ Joshi et al. (1998) กล่าวว่า การใช้ทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมในการลดระดับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนนั้น มีผลดีต่อการลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในนักเรียนวัยรุ่น Saleh, Mahmoudi, and Paydar (2015) กล่าวว่า การบำบัดด้วยทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมสามารถใช้เป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพสำหรับปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของนักเรียนได้ Oud et al. (2019) กล่าวว่า การใช้ทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมได้ผลดีกับสำหรับเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า (แบบไม่แสดงอาการ) ส่งผลให้ความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้าน้อยลง 63% ธนกร แสงสุริยาภาส (2565) กล่าวว่า การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม สามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าได้จากระดับเล็กน้อยจนถึงปานกลางเป็นไม่มีภาวะซึมเศร้า และปฎิภาณี บุตรชัย (2565) กล่าวว่า การให้การปรึกษาตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม มีคะแนนจากแบบประเมินภาวะซึมเศร่าลดลงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมมีลักษณะความคิดที่เปลี่ยนไปในทางบวก

สมมติฐานที่ 2 กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม มีภาวะซึมเศร่าลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปรึกษากลุ่มตาม ทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม จากการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าของนักเรียน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม ($\bar{X} = 13.75$) กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติตามระบบดูแลช่วยเหลือ นักเรียน ($\bar{X} = 27.00$) มีระดับภาวะซึมเศร่าแตกต่างกัน ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ 2 จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม เป็นกระบวนการที่ทำให้

นักเรียนแต่ละคนเรียนรู้ที่จะสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันประกอบด้วย ผู้วิจัยได้จัดบรรยากาศที่เป็นมิตรให้การยอมรับ และเข้าใจทำให้เกิดบรรยากาศที่อบอุ่น โดยสมาชิก มีการพูดคุยกันโต้ตอบกันอย่างเปิดเผย และระหว่างที่รอทำกิจกรรมสมาชิกในกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนเรื่องในชีวิตประจำวันซึ่งกันและกัน เนื่องจากการทำกิจกรรมในครั้งนี้ส่งผลทำให้สมาชิกรู้สึกปลอดภัย ตลอดจนสมาชิกสามารถเปิดเผยตนเอง โดยการเล่าเรื่อง ระบายความรู้สึก และประสบการณ์ ของตนเองได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ จากคำพูดนักเรียนที่เข้าร่วมการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม คนที่ 1 กล่าวว่า จาก “เมื่อก่อนหนูไม่ยอมมาโรงเรียนเลยคะ แต่พอทำกิจกรรมนี้หนูรู้สึกว่าจะหนูอยากที่จะไปโรงเรียนเพื่อเข้าร่วมกิจกรรม หนูอยากพูดคุยแลกเปลี่ยนกับเพื่อน และรู้สึกอยากทำกิจกรรมใหม่ ๆ ร่วมกับเพื่อน ๆ” และนักเรียนที่เข้าร่วมการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม พูดเป็นเสียงเดียวกันเลยว่า ทุกคนรู้สึกมีความปลอดภัยทางใจเมื่ออยู่ในกิจกรรมนี้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Ayman M. et al. (2009) กล่าวว่า การใช้ทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมในการบำบัดอาการซึมเศร้า ความเครียดของนักเรียนพบว่า นักเรียนมีคะแนนด้านการรับรู้ความเครียด อาการซึมเศร้าที่ลดลง การใช้แผนการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงน้อยลง และการใช้แผนการเผชิญปัญหามากขึ้น การค้นพบนี้จะกล่าวถึงในแง่ของผลการรักษาและคำแนะนำสำหรับการใช้งานในด้านวิชาการและการดูแลสุขภาพ รำพึง รัตนา (2565) กล่าวว่า ความต้องการทางสังคมของนักเรียน ด้านสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น มีความต้องการด้านสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนอยู่ในระดับที่มาก โดยเฉพาะประเด็นมีความต้องการมีเพื่อนสนิทที่สามารถปรึกษาทุกสิ่งทุกอย่างได้ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานของวัยรุ่น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ครูและผู้บริหาร ที่ดูแลนักเรียนภาวะซึมเศร้า ครูแนะแนว สามารถนำการปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอน รวมไปถึงระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียน เพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าในนักเรียน หรือกลุ่มวัยรุ่นที่มีช่วงอายุเดียวกัน อื่นๆ ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างได้

2. ผู้ปกครอง สามารถนำการปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมไปประยุกต์ใช้เพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าสำหรับบุคคลในครอบครัว ที่มีช่วงอายุเดียวกันหรือมีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างได้

3. ผู้ที่จะนำการปรึกษาแบบกลุ่ม ตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมนี้ไปใช้ควรเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจตลอดจนมีทักษะในการปรึกษากลุ่มเป็นอย่างดี และก่อนนำไปใช้ควรมีการทดลองใช้และปรับปรุงให้เหมาะสมกับนักเรียน ของแต่ละกลุ่ม

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาผลในระยะยาวของการปรึกษา กลุ่มแบบกลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อประเมินการคงอยู่ระดับภาวะซึมเศร้าที่ลดลง ของนักเรียน และควรศึกษาผลการนำการปรึกษากลุ่มแบบกลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม ไปใช้กับนักเรียน หรือเยาวชนในช่วงวัยเดียวกัน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน

2. ควรมีการเปรียบเทียบการปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีรู้คิด และพฤติกรรม โดยเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง เพศ สถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และอาจต้องปรับรายละเอียดของโปรแกรมให้สอดคล้องกับลักษณะของกลุ่มที่เปลี่ยนไป

3. ควรมีการศึกษาและทดลองการปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม ที่มีต่อระดับภาวะซึมเศร้า กับกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น ผู้ต้องขัง เยาวชนในสถานพินิจ เด็กกำพร้า เด็กหรือสตรีที่ถูกทารุณกรรมผู้พิการ

4. ระยะเวลาในการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมควรมีการเว้นระยะระหว่างการจัดกิจกรรม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมมีโอกาสสำรวจและทำความเข้าใจตนเองอย่างลึกซึ้งมากขึ้น เนื่องจากการจัดกิจกรรม 2 ครั้งต่อสัปดาห์ อาจทำให้ผู้เข้าร่วมมีเวลาสำรวจตนเองไม่เพียงพอ ส่งผลให้พลาดโอกาสในการมองเห็นและวิเคราะห์ความคิดอย่างรอบด้าน

5. การแบ่งกลุ่มตัวอย่างควรพิจารณาไม่ให้เกิดละเพศ เนื่องจากผู้เข้าร่วมอยู่ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเปิดเผยความรู้สึกและแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างเปิดเผยมากขึ้นเมื่ออยู่กับเพศเดียวกัน แทนที่จะเป็นเพื่อนต่างเพศ

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2562). รายงานจำนวนการฆ่าตัวตายของประเทศไทย แยกตามช่วงอายุ. สืบค้น 14 เมษายน 2565 จาก <https://dmh.go.th/report/suicide/age.asp>
- กรองทอง ออมสิน และ วราภรณ์ ชัยวัฒน์. (2556). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการกับความเครียดของวัยรุ่นตอนต้น. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ**, 29(1), 31-41.
- กรุงเทพฯธุรกิจ. (2562). **5 อันดับปัญหาเด็กไทย**. สืบค้น 20 กรกฎาคม 2565. จาก <https://www.bangkokbiznews.com/social/844522>
- กาญจนา สุทธิเนียม, ชลพร กองคำ, ชูวิทย์ รัตนพลแสนย์, และ อุบล สุทธิเนียม (2565). โมเดลความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในระดับอุดมศึกษา. **วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา**, 16(1), 1-20.
- กาญจนา สุทธิเนียม, ชลพร กองคำ และ อุบล สุทธิเนียม (2566). เปรียบเทียบผลของการบำบัดทางความคิดกับสุขภาพจิตศึกษาที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครู. **วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา**, 17(1), 1-19.
- กาญจนา สุทธิเนียม และ อุบล สุทธิเนียม. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 34(3), 43-61.
- กานต์ชนก อาจหาญ. (2560). **ความเข้าใจภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขวัญใจ ฤทธิ์คำรพ. (2563). **โปรแกรมการปรึกษาแบบบูรณาการที่มีต่อการกำกับอารมณ์ของนิสิตระดับปริญญาตรีที่มีภาวะซึมเศร้า**. (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จริยา เจริญสุข. (2560). **วัยรุ่นกับการเผชิญความท้าทาย**. นนทบุรี: สำนักพิมพ์สุขภาพ.
- จิราภรณ์ อารยะรังสฤษฏ์. (2539). **จิตวิทยาการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม**. โครงการตำราและเอกสารวิชาการ คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุลจรรยา ศรีเพชร. (2543). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น** (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชุติกานุจน์ อินทร์ทิม, เพ็ญนภา กุลนภาดล, และ ภรภัทร เสง้อุดมทรัพย์. (2564). ผลการบูรณาการการปรึกษาทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับศิลปะ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ต้องขังหญิง. **วารสารการวัดผลการศึกษา**, 38(104), 158-196.
- ชูวิทย์ รัตนพลแสนย์. (2562). **การปรึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม**. เอกสารประกอบการสอนวิชาการปรึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม.
- ฐิติพร ศุภสิทธิ์ อารัง. (2565). **โรคซึมเศร้า**. สืบค้น 18 กรกฎาคม 2565. จาก <https://www.medparkhospital.com/disease-and-treatment/depression>

- ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร. (2565). **Basic skills in CBT.** (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). **โรคซึมเศร้า รักษาหายได้.** (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นำอักษร การพิมพ์.
- ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2556). **ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดและการให้การปรึกษาโดยการปรับ ความคิดและพฤติกรรม.** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วนิดาการพิมพ์.
- ดาวชมพู พัฒนประภาพันธุ์. (2544). **Cognitive behavior therapy.** สืบค้น 20 กรกฎาคม 2565. จาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental>
- ตฤติลา จำปาวัลย์. (2560). แนวคิดและทฤษฎีภาวะซึมเศร้าทางจิตวิทยา. **วารสารพุทธจิตวิทยา.** 2(2), 1-10.
- ถิรนนท์ ผิวมา. (2560). **ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา ตอนปลาย.**(วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ธีรวิมล เอกะกุล. (2552). **ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: วิทยาออฟเซทการพิมพ์.
- นันทิราหงษ์ ศรีสุวรรณ. (2559). ภาวะซึมเศร้า. **วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ วิชาการ,** 41(4), 105.
- นิตยา ตากวิริยะนันท์, ศุภรา เชาว์ปรีชา, และ มะลิสสา งามศรี. (2557). ผลของโปรแกรมการบำบัด ความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นนศุูนย์ฝึกรวมเด็กและเยาวชนในเขต ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. **พยาบาลสาร,** 41(4), 36-47.
- บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์. (2560). **วัยรุ่นไทยเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้ากว่า 3 ล้านคนป่วยแล้วกว่า 1 ล้านคน.** สืบค้น 16 กรกฎาคม 2565 จาก <https://www.thansettakij.com/content/244893>
- ประทุม แป้นสุวรรณ. (2545). **การให้คำปรึกษากลุ่มด้านเพศศึกษาวัยรุ่นในกลุ่มเสี่ยง.** กรุงเทพฯ: ก๊อปปี้ แอนด์ พรินท์.
- ปรีศนา จันทักต. (2554). **การให้คำปรึกษากลุ่ม (Group Counseling).** สืบค้น 20 มกราคม 2565. จาก http://www.rtc.ac.th/www_km/03/031/014_2-2554.pdf
- พนม เกตุมาน. (2550). **พัฒนาการวัยรุ่น (Adolescent development).** สืบค้น 19 สิงหาคม 2565 จาก http://www.psyclin.co.th/new_page_56.htm
- พรรณี ธนุทิพย์. (2563). **การปรึกษากลุ่มและพัฒนาทักษะชีวิต.** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- พุกษา พึ่งสุข, & มานิกา วิเศษสาธ. (2562). ผลของโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิด (CBT) ต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์. **วารสารจิตวิทยา,** 9(1), 28-39.
- พิงพิศ จักรปิง. (2539). **เอกสารประกอบการสอนรายวิชาจิตวิทยาและการแนะแนวเด็กวัยรุ่น.** กรุงเทพฯ: อักษรคอมส์พรินท์.

- ภาณุกานต์ บ่อเงิน. (2560). ผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่มที่มีต่อเจตคติในการกระทำผิดวินัยของผู้ต้องขังเรือนจำกลางบางขวาง จังหวัดนนทบุรี. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 9(1), 117–127.
- มนต์ชัย พึ่งทอง. (2561). *กลุ่มและการปรึกษากลุ่ม: แนวทางสำหรับผู้ปฏิบัติงาน*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (2562). *สังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคม: การปลดล็อกความเหลื่อมล้ำสู่ความยั่งยืน*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มันทรา ธรรมบุศย์. (2561). *จิตวิทยาสำหรับครู (Psychology for Teachers)*. สืบค้น 20 กรกฎาคม 2565. จาก <http://https://sites.google.com/site/psychologybkf1/>
- มาโนช หล่อตระกูล. (2544). *คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- เมธาพร เฉลิมเขตต์, วีรวรรณ วงศ์ปิ่นเพ็ชร, & ไชยันต์ สกกุลศรีประเสริฐ. (2565). ผลของโปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มโดยใช้ทฤษฎีทางความคิดและพฤติกรรมเป็นฐานต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาหญิงระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิชาการเครือข่ายบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ*, 12(1), 163–178.
- ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทยและสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต. (2561). *คู่มือปฏิบัติการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า: สำหรับบุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา ตามแนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.
- ราตรี ธรรมนิยม. (2525). *จิตวิทยาพัฒนาการฉบับสมบูรณ์* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: หอรัตนชัยการพิมพ์.
- โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์. (2563). *รับมืออย่างไรกับไทรอยด์เป็นพิษ*. สืบค้น 20 กรกฎาคม 2565. จาก <https://www.bumrungrad.com/th/health-blog/october-2020/thyrototoxicosis>
- โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต. (2558). *คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. พิมพ์ครั้งที่ 2. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.
- ลักขณา สริวัฒน์. (2560). *ทฤษฎีและเทคนิคการให้การปรึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- วัชรีย์ ทรัพย์มี. (2533). *ทฤษฎีและกระบวนการให้บริการปรึกษา = Theories and process of counseling*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โครงการส่งเสริมการแต่งตั้งตำราทบวงมหาวิทยาลัย.
- _____. (2549). *ทฤษฎีและกระบวนการให้บริการปรึกษา*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- _____ (2550). กระบวนการปรึกษา: ขั้นตอน สัมพันธภาพ ทักษะ = The counseling process : stages, rapport, skills. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2540). **วัยรุ่นไทยภาพสะท้อนจากมุมหนึ่ง**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
- ศุภชัยจิตร์รักษ์ โรงพยาบาลกรุงเทพ. (2565). **รักษาโรคซึมเศร้า**. สืบค้น 22 กรกฎาคม 2565. จาก <https://www.bangkokhospital.com/content/depression-treatment>
- สถาบันพัฒนาสุขภาพภาวะเขตเมือง. (2564). **แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า**. สืบค้น 20 กรกฎาคม 2565 จาก <https://mwi.anamai.moph.go.th>
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2559). **คู่มือการดูแลผู้สูงวัย: สูตรคลายซึมเศร้า**. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บริษัท โอเพนเวิลด์ส พับลิชชิ่ง เฮาส์ จำกัด.
- สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. (2563). **คู่มือการปฏิบัติดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด.
- สมศักดิ์ สมปอง. (2559). **ความหมายของวัยรุ่นในปัจจุบัน**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย.
- สารรัตน์ วุฒิอากาศ. (2555). การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 20(5), 457-467.
- สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 5. (2564). **ผลการดำเนินงานมาตรการการเฝ้าระวัง ป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตเด็กนักเรียนฯ**. (รายงานผลการดำเนินงาน). สิงห์บุรี: สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 5.
- สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาสิงห์บุรี อ่างทอง. (2564). **ผลการดำเนินงานมาตรการการเฝ้าระวัง ป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตเด็กนักเรียนฯ** (รายงานผลการดำเนินงาน). สิงห์บุรี: สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาสิงห์บุรี อ่างทอง.
- สำนักอนามัยเด็กและวัยรุ่น. (2555). **คู่มือการพัฒนานโยบายและแผนการดูแลเด็กและวัยรุ่น**. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- สิริพิมพ์ เพ็ญชาติ. (2565). **โรคซึมเศร้า โรคฮิตหรือแค่คิดไปเอง**. สืบค้น 20 กรกฎาคม 2565. จาก https://www.phyathai.com/article_detail/2876/th
- สุชา จันทรเือง. (2525). **จิตวิทยาวัยรุ่น**. แพร์: แพร์วิทยา.
- สุธิดา พลพัฒน์พงศ์, นุจรี ไชยมงคล, & ดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2561). ความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่นและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 26(1), 40-48.
- สุรีย์ มะลิ. (2565). **กลุ่มปรึกษาและการพัฒนาคุณภาพชีวิต**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สุวรรณ ธรรมสโรช. (2561). **จิตวิทยากลุ่มในประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: คณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุวิน ศรีสวัสดิ์ (2562). **การค้นหาดัตตนในวัยรุ่น**. ขอนแก่น: สำนักพิมพ์แห่งชาติ.
- อภิญา วิชัยดิษฐ์. (2562). **การปรึกษากลุ่มในงานจิตวิทยา**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2561). **การทดสอบดัชนีภาวะซึมเศร้าในเด็ก**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เด็กไทย.
- อุษณี อินทวรรณ, จิณห์จุฑา ชัยเสนา, & ชนิดดา แนบเกษร. (2562). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น. **วารสารกรมการแพทย์**, 44(4), 125–131.
- Albert onfil & Suraji Wagage. (2013). **A Course in CBT Techniques**. Retrieved June 17,2022, from <https://Cogbtherapy.Com>. <https://cogbtherapy.com/free-online-cbt-workbook#>
- American Academy of Pediatrics. (2018). Clinical practice guideline for screening, diagnosis, and treatment of depression in children and adolescents. **Pediatrics**, 142(6).
- American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association. (2017). **What is Cognitive Behavioral Therapy?**. Retrieved June 17,2022, from <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/cognitive-behavioral>
- Ann Pietrangelo. (2019). **9 CBT Techniques for Better Mental Health**. **Healthline**. Retrieved June 17,2022, from <https://www.healthline.com/health/cbt-techniques>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Beck, A.T. (1973). **The diagnosis and management of depression**. U. Pennsylvania Press.
- _____. (1976). **Cognitive therapy and the emotional disorders**. New York, NY: Penguin.
- Borrill, J. (2000). *All about depression: A booklet for people with depression, their carers, families and friends*. The Mental Health Foundation.
- Corey, G. (2004). **Theory and Practice of Counseling & Psychotherapy**. Belmont, CA : Brooks/Cole.
- _____. (2008). **Theory and practice of group counseling**. (7th ed). Thomson/ Brooks/Cole.
- _____. (2012). **Theory and practice of counseling & psychotherapy**. (9th ed.). Belmont, CA : Thomson Learning.
- _____. (2015). **Theory and practice of group counseling** (9th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole
- _____. (2016). **Theory & Practice of Group Counseling** (9th ed.). Cengage Learning.
- _____. (2018). **Theory and practice of group counseling** (10th ed.). Cengage Learning.

- Dworetzky. (1985). **Child Psychology** (4th ed.). Prentice-Hall.
- Ellis, A. (2004). **Reason and emotion in psychotherapy**. New York, NY: Lyle Stuart.
- Erikson, E. H. (1968). **Identity: Youth and crisis**. New York: W. W. Norton & Company.
- Freud, S. (1905). **Three essays on the theory of sexuality (J. Strachey, Trans.)**. Basic Books. Original work published.
- Hall, G. S. (1904). **Adolescence: Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education**. New York: D. Appleton and Company.
- Hurlock, E. B. (1974). **Personality Development**. McGraw - Hill Book.
- Jacobs, E. E., Masson, R. L., & Harvill, R. L. (1998). **Group counseling: Strategies and skills** (3rd ed). Brooks/Cole.
- Judith S. Beck & Judith S. Beck. (2011). **Cognitive behavior therapy: Basics and beyond** (2nd ed). Guilford Press.
- Khong Yun Pang, Wen Li Ku and Jaclyn Hui Jie Teng et al. The Prevalence and Association of Cyberbullying and Depression in the Malaysian Adolescent Population During the COVID-19 Pandemic. **Vulnerable Children and Youth Studies**. 2023. 18(3), 346-358.
- Kohlberg, L. (1981). **The philosophy of moral development: Moral stages and the idea of justice**. Harper & Row.
- Kroger, J. (2013). **Identity development: Adolescence through adulthood**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Lewin, K. (1947). Frontiers in group dynamics: Concept, method and reality in social science; social equilibria and social change. **Human Relations**, 1(5), 5-41
- Meisel, A. (2015). **Depression and bipolar disorder: Examining chemical imbalances and mood disorders**. Jasmine Health, an imprint of Enslow Publishers.
- National Institute of Mental Health. (2022). **What is depression?**. Retrieved June 17,2022, from <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/depression>
- Nelson, R. J. (1993). **Practical counseling skills: A psychological skills approach for The helping professions and for voluntary counsellors**. Holt Rinehart.
- Newman, M. (1997). Transforming the workforce: The role of group process in nursing education. **Nursing Education Perspectives**, 18(6), 292-298.
- Perls, F. S. (1969). **Gestalt therapy verbatim**. New York, NY: Bantam Books.
- Piaget, J. (1972). **The psychology of the child**. New York: Basic Books.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2009). **Fundamentals of Nursing (7th ed.)**. St. Louis, Mo. :Mosby Elsevier

- Rogers, C. R. (1961). **On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy**. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Rogers, D. (1972). **The Psychology of Adolescent**. Appieton Century Croft.
- Sadock, B. J., Kaplan, H. I., & Sadock, V. A. (2007). **Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry** (10th ed). Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Santrock, J. W. (2018). **Adolescence** (10th ed.). New York, NY: McGraw-Hill Education.
- Sara Lindberg. (2021). **Can Counseling Help With Depression?**. Retrieved June 17,2022, from <https://www.verywellmind.com/depression-counseling-4769574>
- Satir, V. (1983). **Conjoint family therapy**. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Saul McLeod. (2022). **Behaviorist Approach**. Retrieved May 17,2021, from <https://www.simplypsychology.org/behaviorism.html>
- Steinberg, L. (2014). **Adolescence** (10th ed.). New York, NY: McGraw-Hill Education.
- Stone, L. J., & Church, J. (1986). **Childhood and Adolescence: A Psychology of the Growing Person** (2nd ed.). Random House.
- The University of Mary Hardin-Baylor. (2022). What is Group Counseling. [Online]. Retrieved December 17,2023, from <http://cths.umhb.edu>
- Trotzer, J. P. (1999). **The counselor and the group: Integrating theory, training, and practice** (3rd ed). Accelerated Development.
- Tuckman, B. W. (1965). Developmental sequence in small groups. **Psychological Bulletin**, 63(6), 384-399.
- Urbinner. (2011). What is Group Counseling. Retrieved June 17,2022, from <https://www.urbiner.com/post/what-is-group-counseling>
- Varcarolis, E. M. (2002). **Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical approach** (4th ed). W.B. Saunders.
- Vygotsky, L. S. (1978). **Mind in society: The development of higher psychological processes**. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). **Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy**. Basic Books.
- Winburn, C., & Ofei-Dodoo, S. (2023). Nicotine Dependence from Electronic Cigarettes Use and Depressive Symptoms Among Adolescents. **Kansas Journal of Medicine**, 16(1), 1-4.
- World Health Organization. (2021a). Adolescent Mental Health. Retrieved June 17,2022, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

- World Health Organization. (2021b). Depression. [Online]. Retrieved June 17,2022, from https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1
- Yalom, I. D. (1995). **The theory and practice of group psychotherapy** (4th ed.). New York, NY: Basic Books.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). **The theory and practice of group psychotherapy** (5th ed.). Basic Book

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

ภาคผนวก ข
หนังสือราชการ



ที่ ฮว ๐๖๔๓.๓๕/๘๖๓

มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
๑๐๖๑ ถนนอิสรภาพ แขวงทวีบุรี
เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร ๑๐๖๐๐

๑ กันยายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน รองศาสตราจารย์ พันตำรวจโทหญิง ดร.สุชอรุณ วงษ์พิมพ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า หรือ Children's Depression Inventory : CDI ฉบับภาษาไทย
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีจิตและพฤติกรรม เพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้า

ด้วยนางสาวชนิกานต์ บุญเรือง นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยตามโครงการวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีจิตและพฤติกรรมที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตภาคกลาง" โดยมีคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ดังนี้

- | | |
|--|------------------|
| ๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา สุทธิเนียม | ประธานกรรมการ |
| ๒. รองศาสตราจารย์ ดร.ทยาดา รัตนภิญโญวานิช | กรรมการที่ปรึกษา |

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ดังกล่าวข้างต้น ได้พิจารณาเห็นว่าท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ ความสามารถ สอดคล้องกับหัวข้อการทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าวเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งคำแนะนำของท่านจะเกิดประโยชน์ต่อการปรับปรุงแก้ไขในการสร้างเครื่องมือสำหรับการวิจัยของนักศึกษาให้มีคุณภาพและเหมาะสมเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแก้ไขเครื่องมือวิจัยดังแนบมาพร้อมนี้และบัณฑิตวิทยาลัย ขอขอบคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.นัยนพัส อินจางจิริกิตต์)

รองคณบดี ปฏิบัติราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทรศัพท์ ๐๒-๕๖๒๙๙๐๐๐ ต่อ ๑๘๑๑๔

ที่ อว ๐๖๔๓.๑๘/๘๖๓



มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
๑๐๖๓ ถนนอิสรภาพ แขวงทวีบุรี
เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร ๑๐๖๐๐

๓ กันยายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.มณฑิรา จารุเพ็ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า หรือ Children's Depression Inventory : CDI ฉบับภาษาไทย
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้า

ด้วยนางสาวชนิกานต์ บุญเรือง นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยตามโครงการวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตภาคกลาง" โดยมีคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ดังนี้

- | | |
|--|-------------------|
| ๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา สุทธิเนียม | ประธานกรรมการ |
| ๒. รองศาสตราจารย์ ดร.หยาดา รัตนัญญ์โยวานิช | กรรมการที่ปรึกษาฯ |

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ดังกล่าวข้างต้น ได้พิจารณาเห็นว่าท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ ความสามารถ สอดคล้องกับหัวข้อการทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าวเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งคำแนะนำของท่านจะเกิดประโยชน์ต่อการปรับปรุงแก้ไขในการสร้างเครื่องมือสำหรับการวิจัยของนักศึกษาให้มีคุณภาพและเหมาะสมเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแก้ไขเครื่องมือวิจัยดังแนบมาพร้อมนี้และบัณฑิตวิทยาลัย ขอขอบคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.นัยนพิศ อินจางจิรศักดิ์)

รองคณบดี ปฏิบัติราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทรศัพท์ ๐๖-๕๖๒๙๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๑๑๔



ที่ อว ๐๖๔๓.๓๕/๘๖๒

มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
๑๐๖๑ ถนนอิสรภาพ แขวงที่วีรฤจิ
เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร ๑๐๖๐๐

๓ กันยายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมิทธิวิทย์ จันทร์ภักษ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า หรือ Children's Depression Inventory : CDI ฉบับภาษาไทย
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีคิดและพฤติกรรม เพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้า

ด้วยนางสาวชนิกานต์ บุญเรือง นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยตามโครงการวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีคิดและพฤติกรรมที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตภาคกลาง" โดยมีคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ดังนี้

- | | |
|--|----------------------|
| ๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา สุทธิเนียม | ประธานกรรมการ |
| ๒. รองศาสตราจารย์ ดร.ทยาดา รัตนวิญญูวานิช | กรรมการที่ปรึกษาร่วม |

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ดังกล่าวข้างต้น ได้พิจารณาเห็นว่าท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ ความสามารถ สอดคล้องกับหัวข้อการทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าวเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งคำแนะนำของท่านจะเกิดประโยชน์ต่อการปรับปรุงแก้ไขในการสร้างเครื่องมือสำหรับการวิจัยของนักศึกษาให้มีคุณภาพและเหมาะสมเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแก้ไขเครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาพร้อมนี้และบัณฑิตวิทยาลัย ขอขอบคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.นัยนพิศ อินจางจิริกิตต์)

รองคณบดี ปฏิบัติราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทรศัพท์ ๐๖-๘๗๗๗๑๐๐ ต่อ ๓๘๑๔๔

ที่ ยว ๐๖๔๓.๑๔/๒๕๕๑



มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
๑๐๖๑ ถนนอิสรภาพ แขวงหิรัญรูจี
เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร ๑๐๖๐๐

๘ ธันวาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อจัดทำวิทยานิพนธ์และเผยแพร่ข้อมูลในรูปแบบวารสาร

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนสิงห์บุรี

ด้วยบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ได้เปิดสอนหลักสูตรวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา โดยในหลักสูตรนี้กำหนดให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือและเก็บ รวบรวมข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

ในการนี้ นางสาวชนิกานต์ บุญเรือง กำลังจัดทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การลดระดับภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๓ โดยการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีคิดและพฤติกรรม" ซึ่งมีความจำเป็นต้องทดลองเครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลกับนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ตั้งแต่วันที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๖๖ - ๑๒ มกราคม ๒๕๖๗ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ จากท่านให้นักศึกษาดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือเพื่อเก็บข้อมูลและเผยแพร่ข้อมูลในรูปแบบบทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.นิยณพัช อินจงจิริกิตต์)

รองคณบดี ปฏิบัติราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทรศัพท์ ๐-๒๔๓๗-๗๐๐๐ ต่อ ๓๘๓๔

เบอร์ติดต่อนักศึกษา ๐๙๕-๗๑๖๑๔๘๖

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตัวอย่างแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย

ชื่อ.....อายุ.....ปี
 ชั้น.....ครั้งที่.....วันประเมิน.....

1. ก. ฉันรู้สึกเศร้ามานาน ๆ ครั้ง
 ข. ฉันรู้สึกเศร้าบ่อยครั้ง
 ค. ฉันรู้สึกเศร้าตลอดเวลา
2. ก. อะไร ๆ ก็รู้สึกเศร้าไปเสียหมด
 ข. ฉันไม่แน่ใจว่าสิ่งต่าง ๆ จะเป็นด้วยดี
 ค. สิ่งต่าง ๆ จะเป็นไปด้วยดีสำหรับฉัน
3. ก. ฉันทำอะไร ๆ ได้ค่อนข้างดี
 ข. ฉันทำผิดพลาดหลายอย่าง
 ค. ฉันทำอะไรผิดพลาดไปหมด
4. ก. ฉันรู้สึกสนุกกับหลายสิ่งหลายอย่าง
 ข. ฉันรู้สึกสนุกเฉพาะกับบางสิ่งบางอย่าง
 ค. ไม่มีอะไรสนุกสนานเลยสำหรับฉัน
5. ก. ฉันทำตัวไม่ตีเสมอ
 ข. ฉันทำตัวไม่ตีบ่อยครั้ง
 ค. ฉันทำตัวไม่ตีนาน ๆ ที
6. ก. นาน ๆ ครั้งฉันจะคิดถึงสิ่งไม่ตีที่อาจเกิดขึ้นกับฉัน
 ข. ฉันคิดว่าจะมีสิ่งไม่ตีเกิดขึ้นกับฉัน
 ค. จะต้องมียุติเลวร้ายเกิดขึ้นกับฉันแน่ ๆ
7. ก. ฉันเกลียดตัวเอง
 ข. ฉันไม่ชอบตัวเอง
 ค. ฉันชอบตัวเอง
8. ก. สิ่งเลวร้ายทั้งหมดที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของฉัน
 ข. สิ่งเลวร้ายหลายสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของฉัน
 ค. สิ่งเลวร้ายที่เกิดขึ้นมักไม่ใช่ความผิดของฉัน
9. ก. ฉันไม่คิดจะฆ่าตัวตาย
 ข. ฉันคิดถึงการฆ่าตัวตายแต่ฉันจะไม่ทำเช่นนั้น
 ค. ฉันต้องการฆ่าตัวตาย
10. ก. ฉันรู้สึกอยากร้องไห้ทุกวัน
 ข. ฉันรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยครั้ง
 ค. ฉันรู้สึกอยากร้องไห้นาน ๆ ครั้ง
11. ก. ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจตลอดเวลา
 ข. ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจบ่อยครั้ง
 ค. ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจนาน ๆ ครั้ง
12. ก. ฉันชอบอยู่กับคนอื่น
 ข. ฉันไม่ค่อยชอบอยู่กับคนอื่น
 ค. ฉันไม่ต้องการอยู่กับใครเลย
13. ก. ฉันไม่สามารถตัดสินใจอะไรต่าง ๆ ด้วยตนเอง
 ข. ฉันตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ได้ลำบาก
 ค. ฉันตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ได้ง่าย
14. ก. ฉันเป็นคนหน้าดำตาดำ
 ข. ฉันเป็นคนหน้าดำไม่ค่อยดี
 ค. ฉันเป็นคนหน้าดำตามากเกินไป

รับรองโดย 2๕ พ.ย. ๒๕๕๕

คณะกรรมการวิจัยระบบการวินิจฉัยปัญหา
 มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย

15. ก. ฉันต้องใช้ความพยายามอย่างหนักทุกครั้งที่ทำที่บ้าน
 ข. ฉันต้องใช้ความพยายามอย่างหนักบ่อยครั้งเวลาทำการบ้าน
 ค. การทำการบ้านไม่ใช่ปัญหาใหญ่สำหรับฉัน
16. ก. ฉันนอนไม่หลับทุกคืน
 ข. ฉันนอนไม่หลับหลายคืน
 ค. ฉันนอนหลับสบาย
17. ก. ฉันรู้สึกเหนื่อยนาน ๆ ครั้ง
 ข. ฉันรู้สึกเหนื่อยบ่อยครั้ง
 ค. ฉันรู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
18. ก. มีหลายวันที่ฉัน รู้สึกไม่อยากกินอาหาร
 ข. มีบางวันที่ฉัน รู้สึกไม่อยากกินอาหาร
 ค. ฉันกินอาหารได้ดี
19. ก. ฉันไม่กังวลกับการเจ็บป่วย
 ข. ฉันกังวลกับการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง
 ค. ฉันกังวลกับการเจ็บป่วยตลอดเวลา
20. ก. ฉันไม่รู้สึกลง
 ข. ฉันรู้สึกหงายบ่อยครั้ง
 ค. ฉันรู้สึกหงายตลอดเวลา
21. ก. ฉันรู้สึกไม่สนุกเลย เวลาที่อยู่โรงเรียน
 ข. ฉันรู้สึกสนุกนาน ๆ ครั้ง เวลาที่อยู่โรงเรียน
 ค. ฉันรู้สึกสนุกบ่อยครั้ง เวลาที่อยู่โรงเรียน
22. ก. ฉันมีเพื่อนมาก
 ข. ฉันมีเพื่อนไม่กี่คน และอยากมีมากกว่านี้
 ค. ฉันไม่มีเพื่อนเลย
23. ก. การเรียนของฉันอยู่ในขั้นใช้ได้ดี
 ข. การเรียนของฉันไม่ค่อยดีเหมือนเมื่อก่อน
 ค. การเรียนของฉันแย่มาก
24. ก. ฉันทำอะไรไม่ได้ดีเท่าคนอื่น
 ข. ฉันทำอะไร ได้ดีเท่าคนอื่น ถ้าฉันพยายาม
 ค. ฉันทำได้ดีพอ ๆ กับคนอื่นอยู่แล้วในขณะนี้
25. ก. ไม่มีใครรักฉันจริง
 ข. ฉันไม่แน่ใจว่ามีใครรักฉันหรือเปล่า
 ค. ฉันรู้สึกว่ามีคนรักฉัน
26. ก. ฉันทำตามคำสั่งที่ได้รับเสมอ
 ข. ฉันไม่ทำตามคำสั่งบ่อยครั้ง
 ค. ฉันไม่เคยทำตามคำสั่ง
27. ก. ฉันเข้ากับคนอื่นได้ดี
 ข. ฉันทะเลาะกับคนอื่นบ่อยครั้ง
 ค. ฉันทะเลาะกับคนอื่นตลอดเวลา

ผลรวมคะแนน =คะแนน

คะแนนรวมสูงกว่า 15 ขึ้นไป
 จากการคัดกรองถือว่า
 มีภาวะซึมเศร้าที่มีข้อสงสัยทางคลินิก

รับรองโดย
 คณะกรรมการวิชาการการวิจัยในชุมชน
 มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

รูปแบบการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม

ครั้งที่/เรื่อง และ วัตถุประสงค์	ทฤษฎีและเทคนิคในการให้การปรึกษากลุ่ม	วิธีดำเนินการ
<p>ครั้งที่ 1</p> <p>เรื่อง</p> <p>ปฐมนิเทศ และสร้างสัมพันธภาพ</p> <p>ระยะเวลา : 1 ชั่วโมง</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี และความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก และสมาชิกกับสมาชิก 2. เพื่อให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ ความสำคัญของการให้การปรึกษากลุ่ม วิธีการ บทบาทและหน้าที่ของสมาชิกภายในกลุ่ม รวมทั้งการรักษาความลับของกลุ่ม 3. เพื่อให้สมาชิกสำรวจปัญหา และสามารถตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา 	<p>แนวคิดสำคัญของทฤษฎีที่นำมาใช้</p> <p>ความทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมเป็นที่ทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับความคิดของมนุษย์ที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ แต่ขาดความสมเหตุสมผล โดยส่งผลต่อพฤติกรรมให้แสดงออกมาในด้านลบ และเป็นที่ยอมรับในการนำทฤษฎีดังกล่าวมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยหรือผู้ที่ประสบปัญหาภาวะซึมเศร้า เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม</p> <p>เทคนิคในการให้การปรึกษากลุ่ม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เทคนิคการฟัง (Listening) 2. เทคนิคการทวนซ้ำ (Restatement) 3. เทคนิคการถาม (Question) <ol style="list-style-type: none"> 3.1 คำถามปลายเปิด (Opened Question) 3.2 คำถามปลายปิด (Closed Question) 4. เทคนิคการเงียบ (Silence) 5. เทคนิคการสะท้อนความรู้สึก (Reflection Feeling) 6. เทคนิคการสะท้อนเนื้อหา (Reflection Content) 7. เทคนิคการให้กำลังใจ 8. เทคนิคการแนะนำ 9. เทคนิคเอาอำนวย 10. เทคนิคการทำให้กระจ่าง 	<p>ขั้นเริ่มต้นการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในกลุ่ม ด้วยการกล่าวต้อนรับสมาชิกด้วยความยินดีทำทางเป็นมิตร และแนะนำตัวให้สมาชิกทราบ สมาชิกในกลุ่มแนะนำตนเองจนครบทุกคนเพื่อให้คุ้นเคยกัน 2. ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงวิธีการดำเนินการให้กับสมาชิกเข้าร่วมกลุ่มจำนวน 10 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 60 นาที โดยสมาชิกมีบทบาทหน้าที่และข้อปฏิบัติตนเป็นสมาชิกกลุ่มที่ดีขณะดำเนินการกลุ่ม มีปฏิสัมพันธ์ด้วยความสุภาพ รับฟังให้เกียรติซึ่งกันและกัน เรื่องราวที่สมาชิกพูดคุยในกลุ่มจะเก็บเป็นความลับ โดยใช้ห้องให้คำปรึกษา โรงเรียนสิงห์บุรี ในการให้การปรึกษากลุ่มทุกครั้ง <p>ขั้นดำเนินการให้การปรึกษา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยให้สมาชิก ระดมความคิด และวัตถุประสงค์ และความคาดหวังของกลุ่มในการเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มเพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้า จากนั้นจึงขออาสาสมัครของสมาชิกในกลุ่มสรุปวัตถุประสงค์ และความคาดหวังของกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมอีกครั้ง 2. ผู้วิจัยแจกใบงานที่ 1 กิจกรรม “ฉันคือฉัน” โดยให้สมาชิกเขียนความสนใจ ความถนัด ความสามารถของตนเอง เป็นการการใช้ความคิด ความรู้สึกรู้อภิปราย

		<p>ตรวจสอบตนเอง เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้การมองตนเอง และสมาชิกกลุ่มคนอื่น ๆ</p> <p>3. ผู้วิจัยบรรยายถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลโดยเชื่อมโยงถึงกิจกรรมในข้อที่ 2 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ให้สมาชิกซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติม</p> <p>ขั้นยุติการให้การปรึกษา</p> <p>ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ได้รับการให้การปรึกษาครั้งนี้ เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีการนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการให้การปรึกษา</p>
<p>ครั้งที่ 2</p> <p>เรื่อง</p> <p>เรียนรู้กระบวนการที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า</p> <p>ระยะเวลา : 1 ชั่วโมง</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า 2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ ความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า 	<p>แนวคิดสำคัญของทฤษฎีที่นำมาใช้</p> <p>ความทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมเป็นที่ทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับกับความคิดของมนุษย์ที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ แต่ขาดความสมเหตุสมผล โดยส่งผลต่อพฤติกรรมให้แสดงออกมาในด้านลบและเป็นที่ยอมรับในการนำทฤษฎีดังกล่าวมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยหรือผู้ที่ประสบปัญหาภาวะซึมเศร้า เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม</p> <p>เทคนิคในการให้การปรึกษากลุ่ม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เทคนิคการฟัง (Listening) 2. เทคนิคการทวนซ้ำ (Restatement) 3. เทคนิคการถาม (Question) <ol style="list-style-type: none"> 3.1 คำถามปลายเปิด (Opened Question) 3.2 คำถามปลายปิด (Closed Question) 4. เทคนิคการเงียบ (Silence) 5. เทคนิคการสะท้อนความรู้สึก 	<p>ขั้นเริ่มต้นการให้การปรึกษากลุ่ม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิก ทบทวนการเข้าร่วมกลุ่มการให้การปรึกษาครั้งที่ 1 แจ้งวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาในครั้งนี้ และให้สมาชิกได้ทำภารกิจของตนเองให้เรียบร้อยก่อนเข้าร่วมกลุ่ม 2. ผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันทบทวนกติกาในการเข้ากลุ่มเพื่อให้กลุ่มดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ <p>ขั้นดำเนินการให้การปรึกษา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยแจกเอกสารชุดความรู้ที่ 1 ให้กับสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า กับสมาชิกในกลุ่ม หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ให้สมาชิกซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติม

	(Reflection Feeling) 6. เทคนิคการสะท้อนเนื้อหา (Reflection Content) 7. เทคนิคการให้กำลังใจ 8. เทคนิคการแนะนำ 9. เทคนิคเอื้ออำนวย 10. เทคนิคการทำให้กระจ่าง	2. ผู้วิจัยให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า 3. ผู้วิจัยบรรยายถึงภาวะซึมเศร้าเพิ่มเติมจากเอกสาร หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ให้สมาชิกซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติม ขั้นตอนการให้การปรึกษา ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ได้รับการให้การปรึกษาครั้งนี้ เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีการนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการให้การปรึกษา
ครั้งที่ 3 เรื่อง เรียนรู้กระบวนการของทฤษฎีรู้คิด และพฤติกรรม	แนวคิดสำคัญของทฤษฎีที่นำมาใช้ ความทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมเป็นที่ทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับความคิดของมนุษย์ที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ แต่ขาดความสมเหตุสมผล โดยส่งผลต่อพฤติกรรมให้แสดงออกมาในด้านลบและเป็นที่ยอมรับในการนำทฤษฎีดังกล่าวมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยหรือผู้ที่ประสบปัญหาภาวะซึมเศร้า เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม	ขั้นเริ่มต้นการให้การปรึกษากลุ่ม 1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิก ทบทวนการเข้าร่วมกลุ่มการให้การปรึกษาครั้งที่ 2 แจงวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาในครั้งนี้ และให้สมาชิกได้ทำภารกิจของตนเองให้เรียบร้อยก่อนเข้าร่วมกลุ่ม 2. ผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันทบทวนกติกาในการเข้ากลุ่มเพื่อให้กลุ่มดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ
ระยะเวลา : 1 ชั่วโมง	เทคนิคในการให้การปรึกษากลุ่ม 1. เทคนิคการฟัง (Listening) 2. เทคนิคการทวนซ้ำ (Restatement) 3. เทคนิคการถาม (Question) 3.1 คำถามปลายเปิด (Opened Question) 3.2 คำถามปลายปิด (Closed Question) 4. เทคนิคการเงียบ (Silence) 5. เทคนิคการสะท้อนความรู้สึก (Reflection Feeling)	ขั้นตอนการให้การปรึกษา 1. ผู้วิจัยแจกเอกสารชุดความรู้ที่ 2 ให้กับสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมรวมไปถึงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า กับสมาชิกในกลุ่ม หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ให้สมาชิกซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติม 2. ผู้วิจัยให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยเน้นไปที่ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม

	<ol style="list-style-type: none"> 6. เทคนิคการสะท้อนเนื้อหา (Reflection Content) 7. เทคนิคการให้กำลังใจ 8. เทคนิคการแนะนำ 9. เทคนิคเอื้ออำนวย 10. เทคนิคการทำให้กระจ่าง 	<p>เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ ความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า</p> <p>3. ผู้วิจัยบรรยายถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมโดยเชื่อมโยงถึงกิจกรรมในข้อที่ 2 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ให้สมาชิกซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติม</p> <p>ขั้นยุติการให้การปรึกษา</p> <p>ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ได้รับการให้การปรึกษาครั้งนี้ เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีการนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการให้การปรึกษา</p>
<p>ครั้งที่ 4</p> <p>เรื่อง</p> <p>การตั้งเป้าหมาย</p> <p>ระยะเวลา : 1 ชั่วโมง</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้สมาชิกกำหนดเป้าหมาย และมีเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลง 2. เพื่อสร้างความมีวินัย และความรับผิดชอบให้กับสมาชิก 	<p>แนวคิดสำคัญของทฤษฎีที่นำมาใช้</p> <p>ความทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมเป็นที่ทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับกับความคิดของมนุษย์ที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ แต่ขาดความสมเหตุสมผล โดยส่งผลต่อพฤติกรรมให้แสดงออกมาในด้านลบ และเป็นที่นิยมในการนำทฤษฎีดังกล่าวมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยหรือผู้ที่ประสบปัญหาภาวะซึมเศร้า เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม</p> <p>เทคนิคในการให้การปรึกษากลุ่ม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เทคนิคการฟัง (Listening) 2. เทคนิคการทวนซ้ำ (Restatement) 3. เทคนิคการถาม (Question) <ol style="list-style-type: none"> 3.1 คำถามปลายเปิด (Opened Question) 3.2 คำถามปลายปิด (Closed Question) 4. เทคนิคการเงียบ (Silence) 5. เทคนิคการสะท้อนความรู้สึก 	<p>ขั้นเริ่มต้นการให้การปรึกษากลุ่ม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิก ทบทวนการเข้าร่วมกลุ่มการให้การปรึกษาครั้งที่ 3 แจ้งวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาในครั้งนี้ และให้สมาชิกได้ทำภารกิจของตนเองให้เรียบร้อยก่อนเข้าร่วมกลุ่ม 2. ผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันทบทวนกติกาในการเข้ากลุ่ม เพื่อให้กลุ่มดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ <p>ขั้นดำเนินการให้การปรึกษา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยแจกเอกสารชุดความรู้ที่ 3 ให้กับสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการตั้งเป้าหมาย ประโยชน์ของการตั้งเป้าหมาย และการกำหนดเป้าหมาย กับสมาชิกในกลุ่ม หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ให้สมาชิกซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติม

	<p>(Reflection Feeling)</p> <p>6. เทคนิคการสะท้อนเนื้อหา</p> <p>(Reflection Content)</p> <p>7. เทคนิคการให้กำลังใจ</p> <p>8. เทคนิคการแนะนำ</p> <p>9. เทคนิคเอื้ออำนวย</p> <p>10. เทคนิคการทำให้กระจ่าง</p> <p>11. เทคนิคการตั้งเป้าหมาย (Goal Setting)</p>	<p>2. ผู้วิจัยแจกใบงานที่ 2 กิจกรรม “สำรวจเป้าหมาย” โดยผู้วิจัยให้สมาชิกเขียนทบทวนจุดอ่อน จุดแข็งของตนเอง อะไรที่อยากปรับปรุงเปลี่ยนแปลง เป็นต้น</p> <p>3. . ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มบรรยายเป้าหมายของตนเอง จากกิจกรรม “สำรวจเป้าหมาย” หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ให้สมาชิกซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติม</p> <p>ขั้นปฏิบัติการให้การปรึกษา</p> <p>ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ได้รับการให้การปรึกษารั้งนี้ เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีการนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการให้การปรึกษา</p>
<p>ครั้งที่ 5</p> <p>เรื่อง</p> <p>การกระตุ้นพฤติกรรม</p> <p>ระยะเวลา : 1 ชั่วโมง</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>1. เพื่อให้สมาชิกมีการกระตุ้นพฤติกรรม และกำหนดแผนการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบ</p> <p>2. เพื่อสร้างความมีวินัย และความรับผิดชอบให้กับสมาชิก</p>	<p>แนวคิดสำคัญของทฤษฎีที่นำมาใช้</p> <p>ความทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมเป็นที่ทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับความคิดของมนุษย์ที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ แต่ขาดความสมเหตุสมผล โดยส่งผลต่อพฤติกรรมให้แสดงออกมาในด้านลบ และเป็นที่ยอมรับในการนำทฤษฎีดังกล่าวมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยหรือผู้ที่ประสบปัญหาภาวะซึมเศร้า เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม</p> <p>เทคนิคในการให้การปรึกษากลุ่ม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เทคนิคการฟัง (Listening) 2. เทคนิคการทวนซ้ำ (Restatement) 3. เทคนิคการถาม (Question) <ol style="list-style-type: none"> 3.1 คำถามปลายเปิด (Opened Question) 3.2 คำถามปลายปิด (Closed Question) 4. เทคนิคการเงียบ (Silence) 	<p>ขั้นเริ่มต้นการให้การปรึกษากลุ่ม</p> <p>1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิก ทบทวนการเข้าร่วมกลุ่มการให้การปรึกษาครั้งที่ 4 แจงวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาในครั้งนี้ และให้สมาชิกได้ทำภารกิจของตนเองให้เรียบร้อยก่อนเข้าร่วมกลุ่ม</p> <p>2. ผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันทบทวนกติกาในการเข้ากลุ่มเพื่อให้กลุ่มดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>ขั้นดำเนินการให้การปรึกษา</p> <p>1. ผู้วิจัยแจกเอกสารชุดความรู้ที่ 4 ให้กับสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการกระตุ้นพฤติกรรม เพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ให้สมาชิกซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติม</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 5. เทคนิคการสะท้อนความรู้สึก (Reflection Feeling) 6. เทคนิคการสะท้อนเนื้อหา (Reflection Content) 7. เทคนิคการให้กำลังใจ 8. เทคนิคการแนะนำ 9. เทคนิคเอื้ออำนวย 10. เทคนิคการทำให้กระจำ 11. เทคนิคการกระตุ้นให้กระทำพฤติกรรม (Behavioral Activation Techniques) 	<ol style="list-style-type: none"> 2. ผู้วิจัยแจกใบงานที่ 3 กิจกรรม “การกระตุ้นพฤติกรรม” โดยผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มดำเนินการทำใบงานใบงานที่ 3 กิจกรรม “การกระตุ้นพฤติกรรม” 3. ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมเกี่ยวกับกิจกรรมดังกล่าวโดยเชื่อมโยงกับเป้าหมายที่สมาชิกในกลุ่มตั้งไว้ <p>ขั้นปฏิบัติการให้การปรึกษา</p> <p>ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ได้รับในการให้การปรึกษารั้งนี้ เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีการนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการให้การปรึกษา</p>
<p>ครั้งที่ 6</p> <p>เรื่อง</p> <p>การสำรวจรูปแบบความคิดเชิงลบ</p> <p>ระยะเวลา : 1 ชั่วโมง</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้สมาชิกมีทักษะในการจัดการความคิดของตนเอง และเรียนรู้รูปแบบความคิดเชิงลบ 2. เพื่อสร้างความมีวินัย และความรับผิดชอบให้กับสมาชิก 	<p>แนวคิดสำคัญของทฤษฎีที่นำมาใช้</p> <p>ความทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมเป็นที่ทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับกับความคิดของมนุษย์ที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ แต่ขาดความสมเหตุสมผล โดยส่งผลต่อพฤติกรรมให้แสดงออกมาในด้านลบ และเป็นที่ยอมรับในการนำทฤษฎีดังกล่าวมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยหรือผู้ที่ประสบปัญหาภาวะซึมเศร้า เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม</p> <p>เทคนิคในการให้การปรึกษากลุ่ม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เทคนิคการฟัง (Listening) 2. เทคนิคการทวนซ้ำ (Restatement) 3. เทคนิคการถาม (Question) <ol style="list-style-type: none"> 3.1 คำถามปลายเปิด (Opened Question) 3.2 คำถามปลายปิด (Closed Question) 4. เทคนิคการเงียบ (Silence) 	<p>ขั้นเริ่มต้นการให้การปรึกษากลุ่ม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิก ทบทวนการเข้าร่วมกลุ่มการให้การปรึกษารั้งนี้ 5 แจงวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาในครั้งนี้ และให้สมาชิกได้ทำภารกิจของตนเองให้เรียบร้อยก่อนเข้าร่วมกลุ่ม 2. ผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันทบทวนกติกาในการเข้ากลุ่มเพื่อให้กลุ่มดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ <p>ขั้นดำเนินการให้การปรึกษา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยแจกเอกสารชุดความรู้ที่ 5 ให้กับสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการสำรวจรูปแบบความคิดเชิงลบ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ให้สมาชิกซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติม

	<ol style="list-style-type: none"> 5. เทคนิคการสะท้อนความรู้สึก (Reflection Feeling) 6. เทคนิคการสะท้อนเนื้อหา (Reflection Content) 7. เทคนิคการให้กำลังใจ 8. เทคนิคการแนะนำ 9. เทคนิคเอื้ออำนวย 10. เทคนิคการทำให้กระจ่าง 11. เทคนิคการเขียนรูปแบบของการเกิดปัญหา (CBT Formation หรือ Case Conceptualization) 	<ol style="list-style-type: none"> 2. ผู้วิจัยแจกใบงานที่ 4 กิจกรรม “การสำรวจรูปแบบความคิดเชิงลบ” โดยผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มดำเนินการทำใบงานใบงานที่ 4 เพื่อฝึกในการทำแบบฝึกหัดการจัดการรูปแบบความคิด 3. ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมเกี่ยวกับกิจกรรมดังกล่าวโดยเชื่อมโยงกับเป้าหมายที่สมาชิกในกลุ่มตั้งไว้ <p>ขั้นตอนการให้การปรึกษา</p> <p>ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ได้รับการให้การปรึกษาครั้งนี้ เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีการนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการให้การปรึกษา</p>
<p>ครั้งที่ 7</p> <p>เรื่อง</p> <p>การสำรวจรูปแบบความเชื่อพื้นฐาน</p> <p>ระยะเวลา : 1 ชั่วโมง</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้กระบวนการที่ส่งผลต่อความคิดของตนเอง 2. เพื่อสร้างความมีวินัย และความรับผิดชอบให้กับสมาชิก 	<p>แนวคิดสำคัญของทฤษฎีที่นำมาใช้</p> <p>ความทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมเป็นที่ทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับความคิดของมนุษย์ที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ แต่ขาดความสมเหตุสมผล โดยส่งผลต่อพฤติกรรมให้แสดงออกมาในด้านลบและเป็นที่ยอมรับในการนำทฤษฎีดังกล่าวมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยหรือผู้ที่ประสบปัญหาภาวะซึมเศร้า เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม</p> <p>เทคนิคในการให้การปรึกษากลุ่ม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เทคนิคการฟัง (Listening) 2. เทคนิคการทวนซ้ำ (Restatement) 3. เทคนิคการถาม (Question) <ol style="list-style-type: none"> 3.1 คำถามปลายเปิด (Opened Question) 	<p>ขั้นเริ่มต้นการให้การปรึกษากลุ่ม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิก ทบทวนการเข้าร่วมกลุ่มการให้การปรึกษาครั้งที่ 6 แจงวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาในครั้งนี้ และให้สมาชิกได้ทำภาระกิจของตนเองให้เรียบร้อยก่อนเข้าร่วมกลุ่ม 2. ผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันทบทวนกติกาในการเข้ากลุ่มเพื่อให้กลุ่มดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ <p>ขั้นดำเนินการให้การปรึกษา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยแจกเอกสารชุดความรู้ที่ 6 ให้กับสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับรูปแบบความเชื่อพื้นฐาน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ให้สมาชิกซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติม

	<p>3.2 คำถามปลายปิด (Closed Question)</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. เทคนิคการเงียบ (Silence) 5. เทคนิคการสะท้อนความรู้สึก (Reflection Feeling) 6. เทคนิคการสะท้อนเนื้อหา (Reflection Content) 7. เทคนิคการให้กำลังใจ 8. เทคนิคการแนะนำ 9. เทคนิคเอื้ออำนวย 10. เทคนิคการทำให้กระจ่าง 11. เทคนิคการเขียนรูปแบบของการเกิดปัญหา (CBT Formation หรือ Case Conceptualization) 	<ol style="list-style-type: none"> 2. ผู้วิจัยแจกใบงานที่ 5 กิจกรรม “การสำรวจความเชื่อพื้นฐาน” โดยผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มดำเนินการทำใบงานที่ 5 เพื่อฝึกในการทำแบบฝึกหัดการจัดการรูปแบบความคิด 3. ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมเกี่ยวกับกิจกรรมดังกล่าวโดยเชื่อมโยงกับเป้าหมายที่สมาชิกในกลุ่มตั้งไว้ <p>ขั้นยุติการให้การปรึกษา</p> <p>ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ได้รับในการให้การปรึกษาครั้งนี้ เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน มีการนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการให้การปรึกษา</p>
<p>ครั้งที่ 8</p> <p>เรื่อง</p> <p>สติ</p> <p>ระยะเวลา : 1 ชั่วโมง</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้การรักษาสมาคมของตนเองขณะรับมือกับสภาวะอารมณ์ที่บีบคั้น 2. เพื่อสร้างความมีวินัย และความรับผิดชอบให้กับสมาชิก 	<p>แนวคิดสำคัญของทฤษฎีที่นำมาใช้</p> <p>ความทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมเป็นที่ทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับกับความคิดของมนุษย์ที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ แต่ขาดความสมเหตุสมผล โดยส่งผลต่อพฤติกรรมให้แสดงออกมาในด้านลบและเป็นที่ยอมรับในการนำทฤษฎีดังกล่าวมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยหรือผู้ที่ประสบปัญหาภาวะซึมเศร้า เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม</p> <p>เทคนิคในการให้การปรึกษากลุ่ม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เทคนิคการฟัง (Listening) 2. เทคนิคการทวนซ้ำ (Restatement) 3. เทคนิคการถาม (Question) <p>3.1 คำถามปลายเปิด (Opened Question)</p>	<p>ขั้นเริ่มต้นการให้การปรึกษากลุ่ม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิก ทบทวนการเข้าร่วมกลุ่มการให้การปรึกษาครั้งที่ 7 แจ้งวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาในครั้งนี้ และให้สมาชิกได้ทำภารกิจของตนเองให้เรียบร้อยก่อนเข้าร่วมกลุ่ม 2. ผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันทบทวนกติกาในการเข้ากลุ่มเพื่อให้กลุ่มดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ <p>ขั้นดำเนินการให้การปรึกษา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยแจกเอกสารชุดความรู้ที่ 7 ให้กับสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับ “การมีสติ” หลังจากนั้นผู้วิจัย

	<p>3.2 คำถามปลายปิด (Closed Question)</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. เทคนิคการเงียบ (Silence) 5. เทคนิคการสะท้อนความรู้สึก (Reflection Feeling) 6. เทคนิคการสะท้อนเนื้อหา (Reflection Content) 7. เทคนิคการให้กำลังใจ 8. เทคนิคการแนะนำ 9. เทคนิคเคื่ออำนาจ 10. เทคนิคการทำให้กระจ่าง 	<p>ได้ให้สมาชิกซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติม</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. ผู้วิจัยทำกิจกรรม “การฝึกสติ” โดยผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มดำเนินการฝึกสติร่วมกัน 3. ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมเกี่ยวกับกิจกรรมดังกล่าวโดยเชื่อมโยงกับเป้าหมายที่สมาชิกในกลุ่มตั้งไว้ <p>ขั้นตอนการให้การปรึกษา</p> <p>ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ได้รับในการให้การปรึกษารั้งนี้ เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีการนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการให้การปรึกษา</p>
<p>ครั้งที่ 9</p> <p>เรื่อง</p> <p>การมีเมตตาต่อตัวเอง</p> <p>ระยะเวลา : 1 ชั่วโมง</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้ และพิจารณาวิธีการที่ทำได้จริงในการดูแลตัวเองทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ 2. เพื่อสร้างความมีวินัย และความรับผิดชอบให้กับสมาชิก 	<p>แนวคิดสำคัญของทฤษฎีที่นำมาใช้</p> <p>ความทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมเป็นที่ทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับกับความคิดของมนุษย์ที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ แต่ขาดความสมเหตุสมผล โดยส่งผลต่อพฤติกรรมให้แสดงออกมาในด้านลบและเป็นที่ยอมรับในการนำทฤษฎีดังกล่าวมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยหรือผู้ที่ประสบปัญหาภาวะซึมเศร้า เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม</p> <p>เทคนิคในการให้การปรึกษากลุ่ม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เทคนิคการฟัง (Listening) 2. เทคนิคการทวนซ้ำ (Restatement) 3. เทคนิคการถาม (Question) 	<p>ขั้นเริ่มต้นการให้การปรึกษากลุ่ม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิก ทบทวนการเข้าร่วมกลุ่มการให้การปรึกษารั้งนี้ 8 แจงวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาในครั้งนี้ และให้สมาชิกได้ทำภารกิจของตนเองให้เรียบร้อยก่อนเข้าร่วมกลุ่ม 2. ผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันทบทวนกติกาในการเข้ากลุ่มเพื่อให้กลุ่มดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ <p>ขั้นดำเนินการให้การปรึกษา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยแจกเอกสารชุดความรู้ที่ 8 ให้กับสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการมีเมตตาต่อตัวเอง

	<p>3.1 คำถามปลายเปิด (Opened Question)</p> <p>3.2 คำถามปลายปิด (Closed Question)</p> <p>4. เทคนิคการเงียบ (Silence)</p> <p>5. เทคนิคการสะท้อนความรู้สึก (Reflection Feeling)</p> <p>6. เทคนิคการสะท้อนเนื้อหา (Reflection Content)</p> <p>7. เทคนิคการให้กำลังใจ</p> <p>8. เทคนิคการแนะนำ</p> <p>9. เทคนิคเอื้ออำนวย</p> <p>10. เทคนิคการทำให้กระจ่าง</p>	<p>หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ให้สมาชิกซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติม</p> <p>2. ผู้วิจัยแจกใบงานที่ 6 กิจกรรม “การมีเมตตาต่อตัวเอง” โดยผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มดำเนินการทำใบงานใบงานที่ 4 เพื่อฝึกในการทำแบบฝึกหัดการจัดการรูปแบบความคิด</p> <p>3. . ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมเกี่ยวกับกิจกรรมดังกล่าวโดยเชื่อมโยงกับเป้าหมายที่สมาชิกในกลุ่มตั้งไว้</p> <p>ขั้นยุติการให้การปรึกษา</p> <p>ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ได้รับการให้การปรึกษารั้งนี้ เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน มีการนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการให้การปรึกษา</p>
<p>ครั้งที่ 10</p> <p>เรื่อง</p> <p>ยุติการให้การปรึกษา</p> <p>ระยะเวลา : 1 ชั่วโมง</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อเป็นการประเมินผล และสรุปผลของการลดภาวะซึมเศร้าของผู้รับการปรึกษากลุ่มจากประสบการณ์ที่ผ่านมา</p>	<p>แนวคิดสำคัญของทฤษฎีที่นำมาใช้</p> <p>ความทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมเป็นที่ทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับกับความคิดของมนุษย์ที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ แต่ขาดความสมเหตุสมผล โดยส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมให้แสดงออกมาในด้านลบและเป็นที่ยอมรับในการนำทฤษฎีดังกล่าวมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยหรือผู้ที่ประสบปัญหาภาวะซึมเศร้า เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม</p> <p>เทคนิคในการให้การปรึกษากลุ่ม</p> <p>1. เทคนิคการฟัง (Listening)</p> <p>2. เทคนิคการทวนซ้ำ (Restatement)</p> <p>3. เทคนิคการถาม (Question)</p> <p>3.1 คำถามปลายเปิด (Opened Question)</p>	<p>ขั้นเริ่มต้นการให้การปรึกษากลุ่ม</p> <p>1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิก ทบทวนการเข้าร่วมกลุ่มการให้การปรึกษารั้งนี้ 1-9 แจ้งวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาในครั้งนี้ และให้สมาชิกได้ทำภารกิจของตนเองให้เรียบร้อยก่อนเข้าร่วมกลุ่ม</p> <p>2. ผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันทบทวนกติกาในการเข้ากลุ่มเพื่อให้กลุ่มดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>ขั้นดำเนินการให้การปรึกษา</p> <p>1. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการถาม (Question) ให้กลุ่มได้แลกเปลี่ยนความคิด การเปลี่ยนแปลงหลังจากสมาชิกเข้า</p>

3.2 คำถามปลายปิด (Closed Question)

4. เทคนิคการเงียบ (Silence)
5. เทคนิคการสะท้อนความรู้สึก (Reflection Feeling)
6. เทคนิคการสะท้อนเนื้อหา (Reflection Content)
7. เทคนิคการให้กำลังใจ
8. เทคนิคการแนะนำ
9. เทคนิคเอื้ออำนวย
10. เทคนิคการทำให้กระจำ

กลุ่มการให้การปรึกษาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและประโยชน์ที่เกิดขึ้น

2. ผู้วิจัยสนับสนุนข้อมูลของกลุ่มรวมถึงสมาชิกร่วมสนับสนุนข้อมูลของกลุ่มเช่นกัน ให้กำลังใจ

ขั้นตอนการให้การปรึกษา

ผู้วิจัยสรุป การให้การปรึกษากลุ่มเพื่อลดภาวะซึมเศร้าครบทั้งหมด 10 ครั้งพร้อมกล่าวขอบคุณและเป็นกำลังใจให้สมาชิกทุกท่าน

ภาคผนวก ง
สำเนาประกาศนียบัตรภาษาอังกฤษ



This is to certify that

Miss Chanikan Boonruang

Achieved BSRU English Proficiency Test (BSRU-TEP) level

C1

Given on 13th February 2022



(Assistant Professor Dr Kulsirin Aphiratvoradej)

Director

ภาคผนวก จ
แบบตอบรับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ

ที่ สธ ๐๘๒๑.๓๕/๕๖๖๖



สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
๓๓๒ ถนนสมเด็จเจ้าพระยา เขตคลองสาน
กรุงเทพมหานคร ๑๐๖๐๐

๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ตอบรับการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ลงวารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
เรียน คุณชนิกานต์ บุญเรือง

ตามที่ท่านได้ส่งบทความ เรื่อง “ผลของการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมที่มีต่อ
ภาวะซึมเศร้าของนักเรียน ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๓ โรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตภาคกลาง” นั้น

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยกองบรรณาธิการวารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์-
สมเด็จเจ้าพระยา ได้พิจารณาบทความของท่านให้ตีพิมพ์ในวารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
ปีที่ ๑๘ ฉบับที่ ๒ (กันยายน ๒๕๖๗ - ธันวาคม ๒๕๖๗)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา)
ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ภาคผนวก ฉ

ใบรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์



COA No. 661110

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์


สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา


1061 ซอยอิสรภาพ15 ถนนอิสรภาพ แขวงหิรัญรูจี เขตธนบุรี กรุงเทพฯ 10600 โทรศัพท์ 0 2473 7000 ต่อ 1600-1601 หรือ 1603

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

- ชื่อโครงการ** : ผลของการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตภาคกลาง
- เลขที่โครงการวิจัย** : 044/66
- ผู้วิจัยหลัก** : นางสาวชนิกานต์ บุญเรือง
- สังกัด** : สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
- วิธีทบทวน** : แบบเร่งด่วน (Expedited Review)
- รายงานความก้าวหน้า** : ส่งรายงานความก้าวหน้าเมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัยหรือไม่เกิน 12 เดือน
- เอกสารรับรอง** : โครงการวิจัย หมายเลข 044/66-V.02 และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ลงวันที่ 10 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

ลงนาม 
 (รองศาสตราจารย์ ดร.กิจจา จิตปริรัมย์)
 ประธาน
 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์


ลงนาม 
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรี ผสานสินธุวงศ์)
 กรรมการและเลขานุการ
 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

วันหมดอายุ : 21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

AF 10-04

	สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
	เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้รับการวิจัย (Information sheet for research participant)

ชื่อโครงการวิจัย: ผลของการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีคิดและพฤติกรรมที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตภาคกลาง

ผู้สนับสนุนการวิจัย: -

ผู้วิจัยหลัก

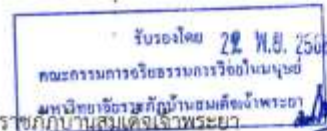
ชื่อ นางสาวณิกานต์ บุญเรือง
สถานที่ทำงาน สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาสิงห์บุรี อ่างทอง
หมายเลขโทรศัพท์ ที่ทำงาน 036-510648 - 49 มือถือ 095-7161486

ที่ปรึกษา

ชื่อ ผศ.ดร.กาญจนา สุทธิเนียม
สถานที่ทำงาน สาขาจิตวิทยาการปรึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
หมายเลขโทรศัพท์ 089-7694989

ชื่อ ผศ.ดร.ชลพร กองคำ

สถานที่ทำงาน สาขาจิตวิทยาการปรึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
หมายเลขโทรศัพท์ 081-6964170



เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ที่กำลังศึกษาในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2566 ของโรงเรียนสิงห์บุรี ซึ่งมีคะแนนรวมสูงกว่า 15 คะแนนขึ้นไป โดยประเมินจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI) ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อ่างถึงถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือคนใกล้ชิดของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

ในปัจจุบัน วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ และสังคม รวมถึงการเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ในสังคม ทำให้วัยรุ่นเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นส่วนใหญ่ยังไม่เป็นที่

AF 10-04

รู้จักและไม่ได้รับการรักษา วัยรุ่นที่มีภาวะสุขภาพจิต มีความเสี่ยงเป็นอย่างมากในการใช้ชีวิตในสังคมปัจจุบัน (ส่งผลต่อความพร้อมในการขอความช่วยเหลือ) เช่น ปัญหาทางการศึกษา พฤติกรรมเสี่ยงภัย สุขภาพร่างกาย การละเมิดสิทธิมนุษยชน และความผิดปกติทางอารมณ์ ปัญหาที่พบได้แก่ โรควิตกกังวล (ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับ ความตื่นตระหนกหรือวิตกกังวลมากเกินไป) มักพบบ่อยในกลุ่มอายุนี้ และมักพบในผู้สูงอายุมากกว่าวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า องค์การอนามัยโลกคาดว่า 3.6% ของเด็กอายุ 10-14 ปี และ 4.6% ของเด็กอายุ 15-19 ปี มีที่อาการวิตกกังวล และสามารถเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ประมาณ 1.1% ของวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี และ 2.8% ของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลมีอาการเดียวกัน ซึ่งรวมถึงการเปลี่ยนแปลงทาง อารมณ์อย่างรวดเร็วและไม่คาดคิดความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าสามารถส่งผลกระทบต่อ การเข้าโรงเรียนและการเรียน การแยกตัวออกจากสังคมอาจทำให้ความโดดเดี่ยวและความเหงารุนแรงขึ้น ภาวะซึมเศร้าสามารถนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (World Health Organization, 2021)

ภาวะซึมเศร้า ถือว่าเป็นดัชนีชี้วัดที่สำคัญที่ใช้ประเมินสภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นและเป็นปัญหา สุขภาพจิตที่สำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพของบุคคลทุกเพศทุกวัยในทุกประเทศทั่วโลกโดยเฉพาะอย่างยิ่งใน วัยรุ่น ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะอารมณ์ที่แสดงออกโดยมีอารมณ์เศร้า ไร้ไหว สิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า มัก ดำหนดิตเดียนตนเองร่วมกับมีอาการทางกาย เช่น พุศ่น้อย เหนื่อยล้า ซึ่งอาจเป็นประสบการณ์ความสูญเสีย ความผิดหวังในชีวิตจากสิ่งที่ตั้งใจไว้ (กาญจนา สุทธิเนียม, 2561 : 1) และดังที่ นฤนเรื่อง ไครเรื่อง วรรวัฒน์ (2560) กล่าวไว้ว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะการเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการรักษาและป้องกันให้ถึงจุดโรคนี้ส่งผลต่อ การสูญเสียทั้งชีวิต การงาน การเรียน การเข้าสังคมของผู้ป่วย

วัยรุ่นเป็นทรัพยากรที่มีค่าในการพัฒนาประเทศในอนาคตจากการสำรวจข้อมูลของกรมสุขภาพจิต (2562) พบว่าในปี 2560 กลุ่มเยาวชนอายุ 20-24 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายที่ 4.9% ต่อประชากรแสนคน ในปี 2561 เพิ่มขึ้นเป็น 5.33 ต่อประชากรแสนคน และจากรายงานจำนวนการฆ่าตัวตายของประเทศไทย พบว่า ในปี 2560 กลุ่มเด็ก และเยาวชนอายุ 10 - 29 ปี มีจำนวนการฆ่าตัวตายที่ 714 คน ในปี 2561 มีจำนวนการ ฆ่าตัวตายที่ 776 คน และในปี 2562 มีจำนวนการฆ่าตัวตายที่ 778 คน (กรมสุขภาพจิต, 2562) โดยพบว่าการ ฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี

สถานการณ์ปัจจุบันเด็กและเยาวชนมีแนวโน้มต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตในส่วนของการให้บริการสายด่วนสุขภาพจิตพบว่า กลุ่มเยาวชนโทรเข้ามา ปรีक्षाปัญหาสุขภาพจิตมากยิ่งขึ้น โดยในช่วง 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2562 พบว่า 1 ใน 3 ของ ผู้ที่โทรเข้ามาปรึกษาทั้งหมด เป็นกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 11-25 ปี และ 5 อันดับปัญหาที่พบมาก คือ ความเครียด หรือความวิตกกังวล ปัญหาจิตเวช ปัญหาความรัก ปัญหาซึมเศร้า และปัญหาครอบครัว ที่อาจ นำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หรือเหตุการณ์ที่เป็นอันตราย เพื่อตระหนักถึงสถานการณ์ดังกล่าวที่เกิดขึ้นกับนักเรียน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) โดยสำนักวิชาการและมาตรฐาน การศึกษา จึงได้มีการดำเนินการพัฒนาด้านสุขภาพจิตในโรงเรียนแบบบูรณาการ โดยการสำรวจข้อมูล การ เก็บรวบรวมข้อมูลจากการคณะทำงานด้านสุขภาพจิตในโรงเรียนสะท้อนถึงผลการดำเนินงานสุขภาพจิตใน โรงเรียนที่ผ่านมา และเปิดเวทีรับฟังความคิดเห็นของจิตแพทย์ นักจิตวิทยา รวมทั้งผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต ในโรงเรียน เพื่อร่วมกันวางแผนพัฒนาด้านสุขภาพจิต นำไปสู่การวางแนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตใน โรงเรียนแบบบูรณาการ ควบคู่กับการพัฒนาโปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการช่วยเหลือสุขภาพจิตของนักเรียน กับสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับจิตแพทย์และทีมสุขภาพจิตในแต่ ละพื้นที่ครอบคลุมทั่วประเทศ ส่งผลต่อการดำเนินงานสุขภาพจิตในโรงเรียนได้อย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรมได้ มากยิ่งขึ้น เพื่อดูแลส่งเสริมให้นักเรียนมีพัฒนาการและมีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งถือเป็นพื้นฐานความพร้อมสู่การ เรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพและดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข (กรุงเทพมหานคร, 2562)

AF 10-04

จากการสำรวจนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า ของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาสิงห์บุรี อ่างทอง (สพม.5 เดิม) จำนวน 26 โรงเรียน ในปีการศึกษา 2563 ปีการศึกษา 2564 และปีการศึกษา 2565 สามารถสรุปได้ ดังตารางที่ 1.1

ระดับชั้น	ปีการศึกษา 2563			ปีการศึกษา 2564			ปีการศึกษา 2565			เกณฑ์คะแนนของโรงเรียน (ร้อยละ)
	จำนวนนักเรียนทั้งหมด	จำนวนนักเรียนที่มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า	คิดเป็นร้อยละ	จำนวนนักเรียนทั้งหมด	จำนวนนักเรียนที่มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า	คิดเป็นร้อยละ	จำนวนนักเรียนทั้งหมด	จำนวนนักเรียนที่มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า	คิดเป็นร้อยละ	
ม.1	3,413	299	8.76	3,340	576	17.25	3,485	588	16.87	0.02
ม.2	3,531	343	9.71	3,378	656	19.42	3,278	363	11.07	-0.45
ม.3	3,428	246	7.18	3,537	636	17.98	3,332	480	14.41	-0.25
ม.4	2,718	261	9.60	2,775	426	15.35	2,878	248	8.62	-0.42
ม.5	2,563	253	9.87	2,609	386	14.79	2,597	353	13.59	-0.09
ม.6	2,348	240	10.22	2,488	302	12.14	2,509	223	8.89	-0.26
รวม	18,001	1,642	9.12	18,127	2,982	16.45	18,079	2,255	12.47	-0.24

ตารางที่ 1.1 เปรียบเทียบสัดส่วนนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าในแต่ละปีการศึกษาจะพบนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าโดยทั้ง 3 ปีการศึกษา นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยรวม คิดเป็นร้อยละ 12.68 และระดับชั้นที่มีความรุนแรงเพิ่ม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีรูปแบบการวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ดังนี้ (1) การลดระดับภาวะซึมเศร้าโดยการนำทฤษฎีการให้การศึกษาแบบรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Counselling Theory) การศึกษาแบบรู้คิดและพฤติกรรม จะมุ่งเน้นไปที่ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมในปัจจุบันและสิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อชีวิตของคุณในปัจจุบันอย่างไร นั่นเป็นเหตุผลที่ การให้การศึกษาแบบรู้คิดและพฤติกรรม เป็นรูปแบบที่มีประโยชน์ในการใช้ในการให้การศึกษาสำหรับภาวะซึมเศร้า (Lindberg, 2021) (2) การบำบัดด้วยยา และจิตบำบัด ซึ่งขึ้นอยู่กับแพทย์ผู้บำบัดรักษา การรักษาด้วยจิตบำบัด ที่มีหลักฐานว่าประสิทธิภาพในการรักษาภาวะซึมเศร้า ได้แก่การบำบัดโดยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการทำจิตบำบัดสัมพันธ์สภาพระหว่างบุคคล (IPT) การบำบัดทางความคิด (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, 2563) จากการศึกษาพบว่าการลดระดับภาวะซึมเศร้าโดยการให้การศึกษาแบบรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Counselling Theory) เป็นที่นิยมในการนำมาใช้ในการศึกษา ภาวะซึมเศร้า โดยจะเห็นได้จากการศึกษาของ พงุศา พึงสุข (2561) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ผลของโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิด (CBT) ต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ พบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถปรับความคิด อารมณ์พฤติกรรมที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าให้ลดลงได้ และฉัตรนัท ผิวมา (2560) ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตของนักเรียน ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในกลุ่มทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

AF 10-04

ผู้วิจัยในฐานะนักจิตวิทยาโรงเรียนประจำสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียน และงานเตรียมความพร้อมรับมือภาวะวิกฤติสุขภาพจิต มีความสนใจที่จะใช้กระบวนการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ทฤษฎีการปรึกษากลุ่มแบบรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Group Counselling Theory) มาใช้ในการช่วยเหลือนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อลดภาวะซึมเศร้า และได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกวิธีและเหมาะสม เนื่องจากนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 เป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ ดังทฤษฎีพัฒนาการของ Erikson ที่แบ่งพัฒนาการของมนุษย์เป็น 8 ขั้น พัฒนาการแต่ละขั้นติดต่อกันต่อเนื่องกันตลอดเวลา โดยมีพัฒนาการทางด้านร่างกายเป็นตัวนำไปสู่พัฒนาการขั้นต่อไป ในแต่ละขั้นพัฒนาการที่แบ่ง Erikson เชื่อว่าในแต่ละขั้นเด็กจะต้องพบกับปัญหาเฉพาะ ซึ่งถ้าแก้ปัญหาได้สำเร็จก็จะเกิดความรู้สึกดีเหลือตกค้างอยู่ก่อนที่ จะก้าวขึ้นสู่พัฒนาการขั้นต่อไป แต่ถ้าแก้ปัญหาไม่ได้ก็จะเกิดความรู้สึกที่ไม่ดี (พรพนทิพย์ ศิริวรรณบุญ, 2547: 89) ดังนั้นหากนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ไม่สามารถจัดการกับปัญหาทางจิตใจได้ ก็จะส่งต่อการพัฒนาการไปสู่ขั้นต่อไปได้ยาก ซึ่งถ้าได้รับวิธีการที่เหมาะสมในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นก็จะส่งที่ดีต่อตัวนักเรียน รวมไปถึงสามารถไปสู่พัฒนาการในขั้นต่อไปได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักของการศึกษาในครั้งนี้คือ

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในเขตภาคกลาง ก่อนทดลองและหลังการทดลองการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในเขตภาคกลาง ก่อนทดลองและหลังการทดลองการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

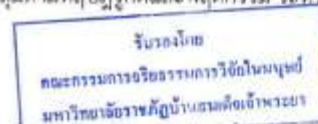
ประชากร เป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ที่กำลังศึกษาในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2566 ของโรงเรียนสิงห์บุรี จำนวน 500 คน

กลุ่มตัวอย่าง นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ที่กำลังศึกษาในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2566 ของโรงเรียนสิงห์บุรี จำนวน 500 คน จากนั้นใช้ตารางสำเร็จรูปของเครซีและมอร์แกน แกน (Krejcie & Morgan, 1970 อ้างใน อีรวิฑู เอกะกุล, 2552) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 217 คน และทำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI) คัดเลือกนักเรียนมีค่าคะแนนรวมสูงกว่า 15 คะแนนขึ้นไป และอยู่ในเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ตามที่ผู้วิจัยกำหนด จำนวน 16 คน สอบถามความสมัครใจยินดีเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มและได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง และได้ทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 8 คน Jacobs, masson & Havill (2002 : 40) (ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะดำเนินการให้การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมให้กับกลุ่มควบคุม) ทั้งนี้ในการขอความร่วมมือนักเรียนในการเก็บข้อมูลการคัดกรองผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นความลับ ไม่เปิดเผยว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีภาวะซึมเศร้า

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ที่มีคะแนนรวมสูงกว่า 15 คะแนนขึ้นไป โดยประเมินจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI)



AF 10-04

2. ไม่เป็นผู้มีความผิดปกติทางการเรียนรู้ เช่น โรคสมาธิสั้น (ADHD) กลุ่มผิดปกติในการเรียนรู้ (Learning Disorders) เป็นต้น

3. ไม่เป็นผู้มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิต และไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า

4. มีความประสงค์เข้าร่วมการวิจัยโดยผ่านการยินยอมจากผู้ปกครอง

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. นักเรียนเข้ารับการรักษากภาวะซึมเศร้าโดยจิตแพทย์
2. นักเรียนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด
3. ไม่ได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองในเข้าร่วมกรวิจัย

เกณฑ์การยุติเข้าร่วมโครงการ (Terminal criteria)

1. นักเรียนมีความต้องการออกจากโครงการวิจัย
2. นักเรียนเข้ารับการดูแลรักษาบำบัดทางด้านภาวะซึมเศร้า นอกเหนือการเข้าร่วมโครงการ

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีคิดและพฤติกรรม

ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยและขอรับข้อมูลและสอบถามเพื่อคัดกรองว่าท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมที่จะเข้าร่วมในการวิจัยนี้หรือไม่

หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ท่านจะได้รับเชิญให้มาเข้ากลุ่มรับการปรึกษาเป็นเวลา 10 ครั้ง ที่ 1 ปฐมนิเทศ และสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ความสำคัญของการให้การปรึกษากลุ่ม วิธีการ บทบาทและหน้าที่ของสมาชิกภายในกลุ่ม

ครั้งที่ 2 เรียนรู้กระบวนการที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

ครั้งที่ 3 เรียนรู้กระบวนการของทฤษฎีคิด และพฤติกรรม เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ ความเข้าใจหลักการ เหตุผล ขั้นตอน วิธีการ และประโยชน์ของทฤษฎีคิด และพฤติกรรม

ครั้งที่ 4 การตั้งเป้าหมาย เพื่อให้สมาชิกกำหนดเป้าหมาย และมีเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลง และสร้างความมีวินัย และความรับผิดชอบให้กับสมาชิก

ครั้งที่ 5 การกระตุ้นพฤติกรรม เพื่อให้สมาชิกมีการกระตุ้นพฤติกรรม และกำหนดแผนการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบ

ครั้งที่ 6 การสำรวจรูปแบบความคิดเชิงลบ เพื่อให้สมาชิกมีทักษะในการจัดการความคิดของตนเอง และเรียนรู้รูปแบบความคิดเชิงลบ

ครั้งที่ 7 การสำรวจรูปแบบความเชื่อพื้นฐาน เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้กระบวนการที่ส่งผลต่อความคิดของตนเอง

ครั้งที่ 8 สติ เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้การรักษาสมดุลของตนเองขณะรับมือกับสภาวะอารมณ์ที่บีบคั้น

ครั้งที่ 9 การมีเมตตาต่อตัวเอง เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้ และพิจารณาวิธีการที่ทำได้จริงในการดูแลตัวเองทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ

ครั้งที่ 10 ยุติการให้การปรึกษา เพื่อเป็นการประเมินผล และสรุปผลของการลดภาวะซึมเศร้าของผู้รับการปรึกษากลุ่มจากประสบการณ์ที่ผ่านมา

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

AF 10-04

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใครขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งเข้าร่วมรับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีคิดและพฤติกรรมเพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้า ตลอดจนจบโครงการวิจัย

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

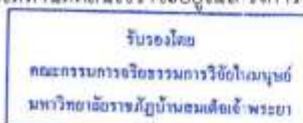
ท่านอาจมีความเสี่ยงเล็กน้อยต่อร่างกาย เนื่องจากการวิจัยเป็นการลดระดับภาวะซึมเศร้า โดยการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีคิดและพฤติกรรม ซึ่งในการให้การปรึกษาแต่ละครั้งจะมีการฝึกทดลองทำกิจกรรมตัวอย่างเช่น การเคลื่อนไหวร่างกายในการทำกิจกรรม ทั้งนี้ผู้ทำวิจัยมีวิธีการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างดำเนินกิจกรรมดังนี้

1. ผู้ทำวิจัยทำความเข้าใจและสาธิตการทำกิจกรรมให้แก่ท่านอย่างชัดเจน ฝึกปฏิบัติก่อนที่ท่านจะดำเนินกิจกรรม เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดต่อการทำกิจกรรมที่ต้องฝึกปฏิบัติ
2. ผู้ทำวิจัยคอยดูแลอย่างใกล้ชิดพร้อมกับให้ความช่วยเหลือท่านขณะทำกิจกรรม

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

หากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ ๆ ที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้ทำวิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที เพื่อให้ท่านตัดสินใจว่าจะอยู่ในโครงการวิจัยต่อไปหรือจะขอยกตัวออกจากโครงการวิจัย



ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย


1. ได้รูปแบบการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีคิดและพฤติกรรมที่ช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ที่ส่งผลต่อระดับภาวะซึมเศร้าให้ลดลง และนักเรียนมีแนวทางในการแก้ปัญหาและปรับตัวเข้ากับสังคมปัจจุบันได้
2. นักจิตวิทยาโรงเรียน ครู และบุคลากรทางการศึกษา หรือผู้ที่สนใจการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีคิดและพฤติกรรมที่สามารถนำผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ เพื่อช่วยเหลือนักเรียนรวมถึงมีแนวทางในการดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่ประสบปัญหาภาวะซึมเศร้าต่อไป
3. สถานศึกษา สามารถนำผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้กับกระบวนการดูแลช่วยเหลือนักเรียนในสังกัด
4. อาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำแนวทาง และเทคนิค ในการดูแล และเยียวยาจิตใจตัวเองด้วยวิธีการที่เหมาะสมเพื่อใช้ในการลดระดับภาวะซึมเศร้า

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย
- ขอให้ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งที่มีการนัดหมาย
- ขอให้ท่านให้ความร่วมมือระหว่างการทำกิจกรรมในแต่ละครั้งตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย

AF 10-06

	สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย (Informed Consent Form)

การวิจัยเรื่อง ผลของการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีวัฏคิดและพฤติกรรมที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้น
มัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตภาคกลาง

วันที่ทำคำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า เด็กชาย/เด็กหญิง.....

ที่อยู่.....ได้อ่าน

รายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และ
ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่
พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้
ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย
หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทาง
รักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่าง
แล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่มีอคติซ่อนเร้นและบิดเบือนข้อเท็จจริง

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการ
บอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการ
ยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม
การวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อ
วัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้
คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอขอลบเลิกการเข้าร่วม
โครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัว
ข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า และสามารถยกเลิก
การให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึง
ได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

Version.....Dated.....

1 ของ 1 หน้า

AF 10-06

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

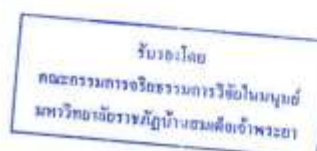
(นางสาวชนิกานต์ บุญเรือง) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่เดือน..... พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่เดือน..... พ.ศ.....



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล นางสาวชนิกานต์ บุญเรือง
 วัน เดือน ปีเกิด 14 กรกฎาคม 2538
 สถานที่เกิด จังหวัดราชบุรี
 E-mail 6363168001@bsru.ac.th

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2556 – 2561 ปริญญาตรี : สาขาวิชาจิตวิทยา
 คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
 มหาวิทยาลัยบูรพา
 พ.ศ. 2563 - ปัจจุบัน ปริญญาโท : สาขาจิตวิทยาการปรึกษา
 หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะครุศาสตร์
 มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

สถานที่ทำงาน

2561 - 2567 ตำแหน่ง นักจิตวิทยาโรงเรียนประจำสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา
 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาสิงห์บุรี อ่างทอง
 2567 - ปัจจุบัน ตำแหน่ง นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ
 สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดสุพรรณบุรี