

การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลและการใช้ละครจิตบำบัดที่มีต่อ  
ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการแนะแนว

พฤษภาคม 2554

การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลและการใช้ละครจิตบำบัดที่มีต่อ  
ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการแนะแนว

พฤษภาคม 2554

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลและการใช้ละครจิตบำบัดที่มีต่อ  
ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการแนะแนว

พฤษภาคม 2554

พรหมิมล เพ็ชรกุล. (2554). การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลและการใช้ละครจิตบำบัดที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว).  
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม:  
รองศาสตราจารย์ ดร.นันทา ผู้รักษา, อาจารย์ ดร.จิตรา ดุษฎีเมธา.

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมาย เพื่อเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษารายบุคคล และละครจิตบำบัดของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการที่กลุ่มงานจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างการศึกษาคั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการรักษาที่กลุ่มงานจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา จำนวน 14 คน และใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (Thai Depression Inventory) เพื่อจำแนกผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับอ่อนและระดับปานกลาง และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการทดลอง จากนั้นจึงสุ่มเข้ากลุ่ม 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคล จำนวน 6 คน ซึ่งใช้เวลาประมาณ 60 นาที ต่อคนต่อครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 10 ครั้ง และกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่ใช้ละครจิตบำบัด จำนวน 8 คน ใช้เวลา 60 นาที ต่อครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 10 ครั้ง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ The Wilcoxon Matched Pairs Signed Ranks Test

ผลการวิจัยพบว่า

1. ภายหลังการเข้าร่วมการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนการเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
2. ภายหลังการเข้าร่วมละครจิตบำบัด ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนการเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
3. ภายหลังการเข้าร่วมการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และละครจิตบำบัด ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

A COMPARISON OF THE EFFECTS OF INDIVIDUAL COUNSELING AND  
PSYCHODRAMA ON DEPRESSIVE PATIENTS



Present in partial fulfillment of the requirement for the  
Master of Education degree in Guidance and Counseling Psychology  
at Srinakharinwirot University

May 2011

Pornpimon Pechkul. (2011). *A comparison of the effects of individual counseling and psychodrama on depressive patients*. Master Thesis, M.ed. (Guidance and Counseling Psychology). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Assoc. Prof. Dr. Nanta Sooraksa, Dr. Jitra Dudsadeemaytha.

The purpose of this research is to compare the effects of individual counseling and psychodrama on depressive patients. The sample group consisted of 14 depressive patients of the Psychiatric Services Group, part of the Outpatient Department of Phayao Hospital in Phayao Province. The patients were volunteer participants. They were randomly divided into two groups of 6 and 8 patients, respectively. The first group of 6 patients participated 10 individual counseling sessions (2 per week for 5 weeks), each of approximately 60 minute duration. The second group of 8 patients participated 10 psychodrama treatments (2 per week for 5 weeks). Each session was approximately 60 minutes in duration. The instruments were the Thai Depression Inventory as well as the selected methods of treatment, individual counseling and psychodrama. The statistics used for data analysis were The Wilcoxon Matched Pairs Signed Ranks Test and The Mann Whitney U Test.

The results showed that

1. After participating in individual counseling, patients had lower levels of depression than before receiving treatment at the 0.05 level statistically significant
2. After participating in psychodrama therapy , patients had lower levels of depression than before receiving treatment at the 0.05 level Statistically significant
3. After participating in individual counseling and adrama psychotherapy, patients had lower levels of depression than before receiving treatment not different at the 0.05 level statistically significant.

## ประกาศคุณูปการ

ปริญญาฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความเอาใจใส่จากรองศาสตราจารย์ ดร.นันทา ผู้รักษา และอาจารย์ ดร. จิตรา ดุษฎีเมธา ซึ่งเป็นประธานและกรรมการควบคุมปริญญาฉบับนี้ที่ได้ สละเวลาเพื่อให้คำแนะนำข้อคิดเห็นต่างๆ ตลอดจนช่วยแก้ไขข้อบกพร่องเป็นอย่างดียิ่งเสมอมา ผู้วิจัย ขอบซึ่งในความกรุณาของทั้งสองท่านเป็นอย่างยิ่งและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.นันทา ผู้รักษา และอาจารย์ ดร. จิตรา ดุษฎี เมธา และรองศาสตราจารย์ ดร.คมเพชร ฉัตรสุภกุล ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็น ประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ นายแพทย์มานิต หล่อตระกูล อาจารย์ ดร.สกล วรเจริญศรี และอาจารย์กุลนารี ณ ตะกั่วทุ่ง ที่กรุณาให้คำแนะนำ และเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่ได้จัดสรรทุน “เป็นทุนสนับสนุน การวิจัย บบประมาณแผ่นดิน ประจำปีงบประมาณ 2553 ระดับปริญญาโทประจำปีการศึกษา 2552” ให้แก่ ผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา คณะเจ้าหน้าที่ที่ เกี่ยวข้องพยาบาลจิตเวช และผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการทดลองเครื่องมือวิจัยก่อนนำไปใช้ และ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพะเยา นายแพทย์ธีรรัชย์ คฤหโยธิน หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช นายแพทย์พิพัฒน์ จิรณัยราดูล และคณะเจ้าหน้าที่กลุ่มงานจิตเวช และผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมืออย่างดี ยิ่งในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และขอขอบคุณบุคคลในครอบครัวทุกคนที่ได้กรุณาให้ การสนับสนุน ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา

คุณประโยชน์และความดีที่เกิดจากปริญญาฉบับนี้ขอมอบแต่บิดา มารดา ครูอาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านที่ให้การศึกษา อบรม และช่วยเหลือจนผู้วิจัยประสบความสำเร็จในการศึกษา

พรภิมล เพ็ชรกุล

## สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	4
ความสำคัญของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	5
ตัวแปรที่ศึกษา.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
สมมติฐาน.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า.....	9
ความหมายของภาวะซึมเศร้า.....	12
สาเหตุของภาวะซึมเศร้า.....	12
ระดับของภาวะซึมเศร้า.....	13
การดูแลรักษาภาวะซึมเศร้า.....	16
การตรวจสุขภาพทางจิต.....	17
การประเมินภาวะซึมเศร้า.....	18
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า.....	21
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษา.....	23
ความหมายของการให้คำปรึกษา.....	23
ความหมายของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม.....	24
ทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม.....	25
หลักการของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม.....	29
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม.....	35

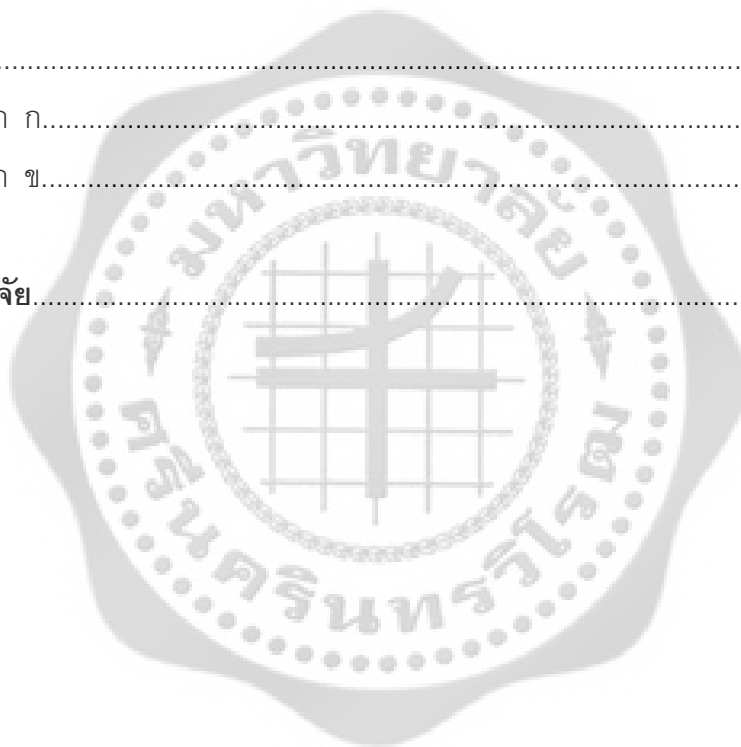


## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
2 (ต่อ)	
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับละครจิตบำบัด.....	36
ความหมายของละครจิตบำบัด.....	36
วัตถุประสงค์ของละครจิตบำบัด.....	37
หลักการที่สำคัญของละครจิตบำบัด.....	38
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับละครจิตบำบัด.....	49
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	52
การกำหนดประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง.....	52
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	53
การดำเนินการทดลอง.....	55
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	55
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
ลำดับการนำเสนอข้อมูล.....	57
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	61
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	61
สมมติฐานการวิจัย.....	61
วิธีดำเนินการวิจัย.....	61
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	62
การดำเนินการทดลอง.....	62
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	63

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 (ต่อ)	
อภิปรายผล.....	64
ข้อเสนอแนะ.....	67
บรรณานุกรม.....	69
ภาคผนวก.....	75
ภาคผนวก ก.....	76
ภาคผนวก ข.....	117
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	123



## บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 การเปรียบเทียบคะแนนของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ 1 ก่อนและหลังให้ คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม.....	58
2 การเปรียบเทียบคะแนนของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ 2 ก่อนและหลังใช้ ละครจิตบำบัด.....	58
3 การเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ 1 ที่ได้รับการให้ คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มทดลองที่ 2 ที่ใช้ละครจิตบำบัด.....	59



# บทที่ 1

## บทนำ

### ภูมิหลัง

ปัจจุบันโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ จากการคาดการณ์ภาวะโรคที่มีต่อประชากรในทุกภูมิภาคของโลกขององค์การอนามัยโลก และธนาคารโลก พบว่า โรคซึมเศร้าจะเปลี่ยนแปลงอันดับของโรคที่เป็นภาระ จากอันดับ 4 ในปี ค.ศ. 1990 มาเป็นอันดับที่ 2 ในปี ค.ศ. 2020 และสำหรับประเทศไทยเมื่อ ปี 2547 ได้มีการเปรียบเทียบความสูญเสียจากการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บ 135 ประเภทพบว่า ผู้หญิงไทยโรคซึมเศร้าจะก่อความสูญเสียการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years, DALY) เป็นอันดับที่ 4 และเป็นอันดับ 10 ในผู้ชายไทย แต่ถ้าพิจารณาจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years Lost due to Disability, YLD) พบว่า โรคซึมเศร้าจะเป็นอันดับ 1 ในผู้หญิงไทย และเป็นอันดับ 2 ในผู้ชายไทย แสดงให้เห็นว่า โรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพของประชากรโลกเป็นเท่าตัว ถึงแม้ว่าจะไม่มีการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร แต่ผู้ป่วยก็ต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้เป็นเวลานานกว่าโรคอื่น ๆ ส่งผลกระทบต่อสังคมเศรษฐกิจมีค่อนข้างสูงมาก (ชาติตรี บานชื่น, 2552: คำนิยม) เช่นเดียวกับผลสำรวจทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตของประเทศไทย ปี 2546 โดยกรมสุขภาพจิตประมาณการว่า ประชากรไทยอายุ 15-59 ปี จำนวน 1.2 ล้านคน ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง จำนวน 871,700 คน และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง จำนวน 321,300 คน พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย 1.7 เท่า ถึงแม้ว่าโรคซึมเศร้าไม่ได้ทำให้เสียชีวิตโดยตรง แต่การป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรงก่อให้เกิดความพิการได้เท่าๆ กับการป่วยด้วยโรคหัวใจล้มเหลว (แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1... 2552: คำนำ - 65)

โรคซึมเศร้า จัดอยู่ในกลุ่มโรคอารมณ์แปรปรวน (Mood Disorders) เป็นกลุ่มอาการที่มีอารมณ์ผิดปกติเพียงด้านเดียว คือ มีแต่อารมณ์เศร้า (มาโนช หล่อตระกูล, 2548: 143-144 ) และมีอาการสำคัญคือ ผู้ป่วยมีอาการเศร้าเป็นอาการเด่นชัด ร่วมกับอาการสำคัญอย่างอื่น เช่น มีความรู้สึกเบื่อ และหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าและมีความคิดอยากตาย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542: 92) ในผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า สารเคมีในสมองชื่อ เซโรโทนิน (Serotonin) มีปริมาณลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกท้อแท้ หงอยเหงา เบื่อหน่าย ไม่สนุกสนานกับชีวิต นอนไม่หลับ สะดุ้งตื่นกลางดึก ผื่นร้ายบ่อยครั้ง ส่งผลกระทบให้ความสามารถในการทำงานลดลง ลักษณะของคนที่เป็นโรคซึมเศร้าจึงมักจะชอบแยกตัวอยู่คนเดียว ย้ำคิดย้ำทำ เชื่องช้า ซึม เก็บตัว ชอบพูดเปรยว่าถ้าไม่มีเขาคงจะดี และพูดสิ่งเสียอยู่เรื่อย ๆ ซึ่งผู้ป่วย

จะมีอาการหนักราว 2-3 เดือน ถือเป็นช่วงอันตรายที่สุด เพราะมีโอกาสคิดสั้นฆ่าตัวตายสูงมาก หากมีเรื่องกระทบจิตใจเพียงนิดเดียว (อภิชัย มงคล. ม.ป.ป.: ออนไลน์)

อาการของโรคซึมเศร้า บางครั้งอาจมีการซ่อนเร้นไม่สามารถสังเกตเห็นได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตัวเองเป็นโรคซึมเศร้า หลายคนที่มีการแสดงออกภายนอกดูเข้มแข็งก็อาจเป็นคนที่มีความซึมเศร้าได้ และมักพบว่าอาการเหล่านี้จะเกิดได้ง่ายกับคนที่มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ มีความเครียดในจิตใจสูงและเป็นคนมองโลกในแง่ร้าย ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตนเอง 'ได้แก่ ความรู้สึกไม่สบายใจ หดหู่ เศร้าหมอง เหงา อ้างว้าง กระทั่งกระเทือนใจง่าย (ศศิธร บำรุงจิตต์. 2548: 2; อ้างอิงจาก กอบจิตต์ ลิ้มปะยอม ; และคณะ.ม.ป.ป.: 1)

ด้วยเหตุนี้เอง โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุในอันดับต้น ๆ ของการฆ่าตัวตาย โดยพบว่าผู้ที่มีผู้ฆ่าตัวตายมากถึงร้อยละ 60 เป็นผู้เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งคนที่เป็นโรคนี้จะมีภาวะจิตใจอ่อนแอ เมื่อประสบกับความผิดหวังหรือปัญหาในชีวิต ไม่ว่าจะเป็นเรื่องครอบครัว ความรัก หรือการศึกษา ผู้ป่วยจะเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ง่ายกว่าคนปกติถึง 3 เท่า จากการสำรวจประชากรไทยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 5 หรือกว่า 3 ล้านคน ยังไม่รวมถึงคนที่ไม่รู้ตัวเองว่าป่วย อีกทั้งโรคนี้มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมจากพ่อแม่สู่ลูกด้วย แต่ไม่ได้หมายความว่าผู้ที่ป่วยจะต้องอยากฆ่าตัวตายเสมอไป ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและปัจจัยกระตุ้นด้วย" (อภิชัย มงคล.ม.ป.ป.: ออนไลน์) สอดคล้องกับ มณฑิรา เลิศพานิช (2542: 2; อ้างอิงจาก ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. 2530: 122) กล่าวไว้ว่าโรคซึมเศร้าเป็นภาวะของความเครียด อย่างหนึ่ง บุคคลที่มีความเครียดจะพยายามดิ้นรนหาทางออกให้กับตนเองด้วยวิธีการหลายอย่าง โดยอาจใช้กลไกทางจิตแบบต่าง ๆ บางคนแม้ว่าจะพยายามแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นแต่ก็ไม่สามารถแก้ไขปัญหานั้น ๆ ได้ ทำให้ครุ่นคิด คิดไม่ตก คิดซ้ำ ๆ หาทางออกไม่ได้ แยกตัวอยู่คนเดียว มีความกลัดกลุ้มในจิตใจ รู้สึกตนเองไม่มีค่า หดหวังในชีวิต คิดมากมองโลกในแง่ร้าย และหากอาการรุนแรงมากขึ้น ๆ ในที่สุดก็หาทางออกเพื่อให้พ้นทุกข์ หรือเพื่อให้พ้นจากสภาพปัญหาที่ประสบนั้นโดยการพยายามฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับ สมภพ เรื่องตระกูล (2545) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีผลกระทบหลายด้านคือ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ส่งผลให้มีปัญหาอื่น ๆ ตามมาและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง

ในประเทศไทยพบว่ามีอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย หรือฆ่าตัวตายมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 27.36 และ 30.72 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ.2540 และ 2543 เป็น 35.41 ในปี 2545 (กรมสุขภาพจิต. 2545)

เนื่องจากโรคซึมเศร้าเป็นการป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจและความคิด ซึ่งผลของโรคกระทบต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับ การรับรู้ตัวเอง ผู้ป่วยไม่สามารถประสานความคิด ความรู้สึกของตนเองในการแก้ปัญหา ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาอาการอาจจะอยู่นานเป็น

เดือน และอาการจะทวีความรุนแรงขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ดังนั้นหากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เนิ่นๆ จะทำให้อาการซึมเศร้า รู้สึกท้อแท้ หดงอกำลังใจ กลับมาดีขึ้น สำหรับการรักษาที่สำคัญในโรคนี้คือ การรักษาด้วยยาต้านเศร้า การรักษาด้วยการช็อคไฟฟ้า เฉพาะในรายที่อาการรุนแรง ส่วนในรายที่มีอาการซึมเศร้าไม่รุนแรงมาก แพทย์หรือนักจิตวิทยาคลินิกจะใช้การรักษาทางจิตใจ ได้แก่ การทำจิตบำบัด การให้คำปรึกษา ร่วมกับการใช้ยาต้านเศร้าหรือยาคลายกังวลเสริม ในช่วงที่เห็นว่าจำเป็น ซึ่ง คริสติน (Christine.1993: 42-45) กล่าวว่า การบำบัดรักษาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น มีหลายวิธี เช่น การให้คำปรึกษาแบบประคับประคอง การบำบัดแบบจิตวิเคราะห์ การบำบัดทางปัญญา พฤติกรรมบำบัด ตลอดจนการรักษาอื่น ๆ ซึ่งวิธีการบำบัดจะแตกต่างกัน ตามชนิดของปัญหาของผู้ป่วย และอาจจะใช้วิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายๆ วิธีร่วมกัน โดยการบำบัดรักษาทางจิตใจนั้นจะใช้ได้ดีกับบุคคลที่มีอาการซึมเศร้า ระดับน้อย ๆ และปานกลาง

การรักษาโดยละครจิตบำบัด เป็นการรักษาทางด้านจิตใจ เป็นรูปแบบหนึ่งของกลุ่มจิตบำบัด ที่ช่วยแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ โดยที่ผู้ป่วยจะได้ระบายอารมณ์ ระบายความรู้สึก นึกคิดที่ฝังใจออกมาอย่างเต็มที่ ทำให้ผู้บำบัดได้รับรู้ปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย อีกทั้งบรรยากาศภายในกลุ่ม จะเป็นตัวสนับสนุนให้สมาชิกแต่ละคน สามารถแสดงความรู้สึกที่แท้จริงของตนเองและร่วมกันพิจารณาหาสาเหตุว่า อะไรเป็นต้นเหตุให้เกิดความรู้สึกที่แท้จริงของตน ซึ่งการหาสาเหตุที่มาของความรู้สึกนี้ เป็นหัวใจสำคัญที่จะช่วยให้สมาชิกในกลุ่มได้เข้าใจปัญหาของอารมณ์ที่เกิดขึ้น และผู้ป่วยจะได้เรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาของตนเอง และปัญหาของคนอื่นด้วย (กุลนารี ณ ตะกั่วทุ่ง.2546: 6) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของฮามามิ (Hamamci. 2006: 199-207) ได้ศึกษาผลของละครจิตบำบัด ร่วมกับการทำจิตบำบัดโดยใช้ทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ในการบำบัดรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง พบว่า การใช้ละครจิตบำบัดร่วมกับการทำจิตบำบัดโดยใช้ทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

สำหรับการให้คำปรึกษาโดยใช้เทคนิคการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นวิธีการรักษาที่เน้นการแก้ปัญหาที่อาการซึมเศร้าในปัจจุบัน และองค์ประกอบที่ทำให้เกิดปัญหา โดยใช้กระบวนการและเทคนิคของการเรียนรู้มาบำบัด ซึ่งสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้านั้น มักจะมีความคิดทางด้านลบหรือความเศร้าเป็นกรอบที่ครอบไว้ไม่ให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาได้เอง ดังนั้นการค้นหาความคิดทางลบที่ก่อทุกข์ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ให้เกิดความคิดความเชื่อที่ถูกต้องเหมาะสม จึงเป็นวิธีการที่นำไปสู่กระบวนการช่วยเหลือ ซึ่งจะทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น และไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้ป่วยคิดแบบมีเหตุผลได้เท่านั้น แต่ยังสามารถนำไปสู่เป้าหมายของการรักษาที่ตั้งไว้ คือการหาข้อสรุปให้กับปัญหาของผู้ป่วย หาสาเหตุที่มาของความคิดทางลบ ซึ่งจะช่วยให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงได้สอดคล้องกับ กุลธิดา สุภาคุณ (2550: 78)

ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด และการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัย พบว่า ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดน้อยกว่าก่อนที่จะได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด และ ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผู้วิจัยในฐานะเป็นนักจิตวิทยาคลินิกประจำ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพะเยา แผนกผู้ป่วยนอกและมีหน้าที่หลักคือการบำบัดรักษา และให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตแก่ผู้มารับบริการ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีความประสงค์จะหาแนวทางในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย นอกเหนือจากการให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง และการรักษาด้วยยา ซึ่ง เป็นวิธีการที่กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลฯ ใช้อยู่ในปัจจุบัน ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และการใช้ละครจิตบำบัดบำบัดที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า เพื่อนำผลการศึกษามาช่วยแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางอารมณ์ (Emotional Problem) อีกทั้งผู้วิจัยประสงค์ที่จะทราบว่า การรักษาด้วยวิธีการใดจะสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มารับบริการได้ดีกว่ากัน และวิธีการใดเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพะเยา เพื่อเป็นแนวทางในการบำบัดรักษาทางด้านจิตใจอันก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพจิตต่อไป

### **ความมุ่งหมายของการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมาย เพื่อศึกษาการเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมและละครจิตบำบัดของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการที่กลุ่มงานจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา

### **ความสำคัญของการวิจัย**

เพื่อเป็นแนวทางในการรักษาสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โดยนำเอาวิธีให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และละครจิตบำบัดไปใช้ในการลดภาวะซึมเศร้าให้กับผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นแนวทางการรักษาที่เหมาะสมในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะยาวต่อไป

## ขอบเขตการวิจัย

กำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง

### ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการรักษาที่กลุ่มงานจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา จำนวน 100 ราย

### กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คัดเลือกมาโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการรักษาที่กลุ่มงานจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา และใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (Thai Depression Inventory) เพื่อจำแนกผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับอ่อนและระดับปานกลางได้ จำนวน 14 คน และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการทดลอง หลังจากนั้นจึงสุ่มเข้ากลุ่มอย่างง่าย โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม จำนวน 6 คน เป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับอ่อน จำนวน 2 คน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 4 คน ใช้เวลาประมาณ 60 นาที ต่อคนต่อครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 10 ครั้ง (5 สัปดาห์) กลุ่มที่ 2 ใช้ละครจิตบำบัด จำนวน 8 คน เป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับอ่อน จำนวน 2 คน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 6 คน ใช้เวลาประมาณ 60 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 10 ครั้ง (5 สัปดาห์)

### ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) คือ

1.1 ให้คำปรึกษารายบุคคล ใช้เวลาประมาณ 60 นาที ต่อคนต่อครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 10 ครั้ง (5 สัปดาห์)

1.2 ละครจิตบำบัด ใช้เวลาประมาณ 60 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 10 ครั้ง (5 สัปดาห์)

2. ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า



## นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **ภาวะซึมเศร้า** หมายถึง ความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด โดยมีอาการซึมเศร้า หดหวัง โดดเดี่ยว มองตนเองด้านลบ พร้อม ๆ กับการรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีค่าน้อยลง ซึ่งจะมีลักษณะเศร้าเป็นอาการเด่น

2. **การให้คำปรึกษารายบุคคล** หมายถึง การให้คำปรึกษาตามแนวทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ซึ่งเน้นการแก้ปัญหาปัจจุบัน มีรูปแบบโครงสร้างชัดเจน เป็นการใช้กระบวนการ และเทคนิคการเรียนรู้มาใช้ในการบำบัดเพื่อเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม โดยการค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดทุกข์ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของตนให้เกิดความคิดที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น ในการให้คำปรึกษารายบุคคลประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ คือ ขั้นตอนที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าตามแนวทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม 2. ขั้นประเมินพฤติกรรมและความคิด โดยอาศัยการสังเกตการสัมภาษณ์ เพื่อประเมินปัญหาของผู้ป่วย และขั้นตอนที่ 3 เป็นขั้นปฏิบัติการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนย่อย คือ 3.1 การค้นหาความคิดอัตโนมัติ 3.2 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ และ 3.3 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ

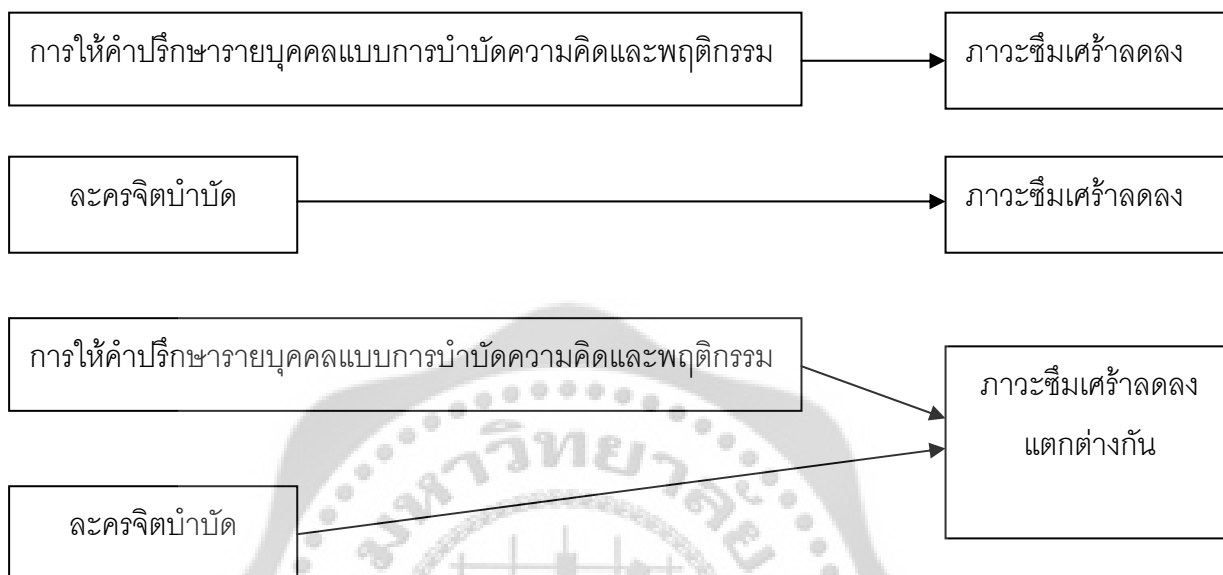
3. **ละครจิตบำบัด** หมายถึง กลุ่มจิตบำบัดรูปแบบหนึ่ง เพื่อช่วยแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ บุคลิกภาพ ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และปัญหาข้อขัดแย้ง โดยใช้การแสดงละครเป็นการถ่ายทอดเรื่องราว จำลองเหตุการณ์ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตจริงของผู้ป่วย โดยผู้บำบัดทำหน้าที่เป็นผู้กำกับในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงเรื่องราว เหตุการณ์ หรือสัมพันธภาพที่ทำให้เกิดปัญหากับเขาในชีวิตจริง โดยมีขั้นตอนที่สำคัญแบ่งเป็น 3 ช่วงใหญ่ดังนี้คือ 1. ระยะเวลาอุ่นเครื่องหรือช่วงก่อนการแสดง (Warm-up Phase) มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ความรู้สึกไว้วางใจ ในการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยกล้าเปิดเผยเรื่องราวปัญหาของตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่ช่วงที่ 2. คือ ช่วงการแสดง (Action Phase) เป็นช่วงที่ผู้ป่วยนำเรื่องราวปัญหาในชีวิตจริงของผู้ป่วยถ่ายทอดออกมาผ่านการแสดงละคร ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญ 3. ช่วงแสดงความคิดเห็น (Sharing Phase) เป็นช่วงที่เปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งจะทำให้เจ้าของเรื่องหรือตัวเอกของเรื่อง และสมาชิกภายในกลุ่มเกิดการเรียนรู้ปัญหาร่วมกัน

4. **ผู้ป่วย** หมายถึง ผู้ที่มารับบริการรักษาที่กลุ่มงานจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยมีอาการซึมเศร้าระดับอ่อน 21-25 คะแนน และซึมเศร้าระดับปานกลาง 26-34 คะแนน ที่ได้จากแบบสอบถามเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (Thai Depression Inventory (TDI))

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ตัวแปรอิสระ

### ตัวแปรตาม



### สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังจากให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนการเข้าร่วม
2. ภายหลังจากใช้ละครจิตบำบัดผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนการเข้าร่วม
3. ภายหลังจากการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมและใช้ละครจิตบำบัดผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลงแตกต่างกัน

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งเป็นหัวข้อดังต่อไปนี้

1. เอกสารและงานที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า
  - 1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
  - 1.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า
  - 1.3 ระดับของภาวะซึมเศร้า
  - 1.4 การดูแลรักษาภาวะซึมเศร้า
  - 1.5 การประเมินสภาพทางจิต
  - 1.6 การประเมินภาวะซึมเศร้า
  - 1.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า
2. เอกสารและงานที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม
  - 2.1 ความหมายของการให้คำปรึกษา
  - 2.2 ความหมายของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy)
  - 2.3 ทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม
  - 2.4 หลักการของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม
  - 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม
3. เอกสารและงานที่เกี่ยวข้องกับละครจิตบำบัด
  - 3.1 ความหมายของละครจิตบำบัด
  - 3.2 วัตถุประสงค์ของละครจิตบำบัด
  - 3.3 หลักการที่สำคัญของละครจิตบำบัด
  - 3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับละครจิตบำบัด

## 1. เอกสารและงานที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

### 1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้า หรือโรคซึมเศร้านั้น ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ต่างๆ กัน ซึ่งจะต้องอาศัยเกณฑ์มาตรฐานในการวินิจฉัย ในปัจจุบันที่นิยมใช้มีอยู่ 2 เกณฑ์หรือ 2 ระบบในการวินิจฉัย คือ ICD (International Classification of Diseases and health-related problems.) ซึ่งพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก และ DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders) พัฒนาขึ้นโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association 2000) เกณฑ์การวินิจฉัยทั้งสองระบบในปัจจุบันพัฒนาใกล้เคียงกันมาก และได้อธิบายผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าว่ามีลักษณะดังต่อไปนี้

1. มีอารมณ์เศร้า ซึ่งอารมณ์เศร้านี้จะมีเกือบตลอดทั้งวันและเป็นทุกวันบางวันอาจเป็นมากบางวันอาจเป็นน้อย
2. ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก
3. เบื่ออาหารจนน้ำหนักลดหรือบางรายอาจมีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น กินมากมากจนน้ำหนักเพิ่ม (เช่น 2-3 กิโลกรัม ต่อเดือน)
4. นอนไม่หลับ หรือหลับมากแทบทุกวัน ส่วนใหญ่จะนอนไม่หลับ กระสับกระส่ายหลับตึกแต่จะตื่นเช้า 1-2 ชั่วโมงก่อนเวลาปกติที่เคยตื่นและไม่สดชื่น
5. ทำอะไรช้า พุดช้า เดินเหิน เคลื่อนไหวช้าลง แต่มีบางรายก็มีหงุดหงิด กระสับกระส่าย ทำอะไรเหมือนเร่งรีบ
6. อ่อนเพลียหรือไวเร็วแรง ทั้งวันและแทบทุกวัน
7. รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากเกินควร (หลายรายที่มองตนเอง มองโลก มองอนาคตในด้านลบไปหมด เช่น ตนไม่หล่อไม่สวยไม่เก่งไม่ดี โลกสังคมก็แย่เสื่อมโทรมทุกอย่างแก้ไขไม่ได้แล้วอนาคตต้องทุกข์ยากลำบากมีเดมน)
8. สมาธิหรือความคิดอ่านช้าลดลง
9. คิดอยากตายไม่อย่างมีชีวิตอยู่ คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อยๆ

ในบางรายที่มีอาการรุนแรงมากจะมีอาการประสาทหลอน เป็นหูแว่วได้ยินเสียงคนพูดตำหนิติเตียนหรือหลงผิดว่า ทุกคนรอบข้างมองตนเองไม่ดีแกล้งทำให้ตนล้มเหลว

ถ้ามีอาการดังข้างต้น อย่างน้อย 5 อาการ อยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป และมีอารมณ์เศร้า (ข้อ 1) หรือเบื่อหน่ายไม่มีความสุข (ข้อ 2) ก็จะเรียกได้ว่า ป่วยเป็น “โรคซึมเศร้า” หรือมีภาวะซึมเศร้า

รุนแรง ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องต่อไป (แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1. 2552: 59-60) นอกจากนี้

เบค (Beck.1973 : 6) กล่าวถึงความหมายของความซึมเศร้าไว้ดังนี้คือ

1. ภาวะอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่น เศร้าโศกเสียใจ อ่างว้าง โดดเดี่ยว เฉื่อยชา เชื่องซึม
2. มีอึดทนในทัศนคติในแง่ลบกับตนเอง ต่ำหนิตนเอง
3. พฤติกรรมถดถอยและลงโทษตนเอง ต้องการที่จะหลีกเลี่ยงหรืออยากตาย
4. มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ
5. กิจกรรมต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากขึ้นหรือน้อยลง เช่น เชื่องช้า

(Retardation) หรือกระวนกระวาย (Agiation)

จัสมีน และทริกสตาต (Jasmin; & Trygstad. 1979: 123) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นการ สะสมความคิด ความรู้สึก และปฏิกิริยาที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองด้อยค่า เสียใจ ช่วยเหลือตนเอง ไม่ได้ หมดหวัง มีการเปลี่ยนแปลงของหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย และแยกตนเอง ไม่ปรารถนาที่จะ เข้าสังคม

วาเลนเต (Valente.1994: 18-25) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่มีความรู้สึก เศร้า เสียใจ ขาดแรงจูงใจ ขาดความกล้าหาญ ไม่สนใจทำกิจกรรมต่าง ๆ

นิวแมน (Newman.1997: 155) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความรู้สึกเสียใจ ไร้ ความหวัง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความสุขกับเรื่องทั่วไป ความรู้สึกถูกกดให้ต่ำลง ซึ่งอาจมี อาการอื่นร่วมด้วย เช่น กังวล อารมณ์ไม่ดี ไม่รู้สึกอยากอาหาร นอนไม่หลับ รู้สึกเหนื่อย ซึ่งอารมณ์ ทำนายแนวโน้มที่จะเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ที่รุนแรงกว่าได้

บีเบอร์ (Beeber.1998) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ลักษณะของความรู้สึกอย่างหนึ่ง จัดเป็นปัญหาทางสุขภาพจิต แสดงออกในลักษณะของกลุ่มอาการดังนี้ คือ อาการ โศกเศร้า เสียใจ โดดเดี่ยว รู้สึกท้อแท้หมดหวัง

พิชิตา ตัญญบุตร (2544: 19) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หด หู่ เศร้าโศก ไม่มีความสุข รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีชีวิตชีวา พลังในการทำงานลดลงและมองโลกในแง่ร้าย

อรพรรณ ลือบุญวิชัย (2543: 14-24) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง เป็นปฏิกิริยา จากการสูญเสียทำให้เกิดความรู้สึกมีดมนเบื่อหน่าย หดหู่ จิตใจอ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า ในที่สุดอาจเกิดความรู้สึกไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป และทำร้ายตนเอง

อรพรรณ ทองแดง (2542: 1) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การเจ็บป่วยทางจิตใจชนิด หนึ่ง ซึ่งจะทำให้รู้สึกไม่มีความสุข ซึมเศร้า จิตใจหม่นหมอง หมดความกระตือรือร้น เบื่อหน่าย แยกตัว

เอง ชอบอยู่เงียบๆคนเดียว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อคนอื่น ถ้ามีอาการมากจะมีความรู้สึกเบื่อชีวิต คิดอยากตาย หรือคิดฆ่าตัวตาย

สมาคมจิตแพทย์สหรัฐอเมริกา (กนกศรี จาดเงิน. 2543: 8; อ้างอิงจาก American Psychiatric Association.1986: 22) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง ภาวะจิตใจที่ผิดปกติอย่างหนึ่งซึ่งแสดงออกทางอารมณ์ เช่น รู้สึกเศร้า อยากร้องไห้ เบื่อหน่ายท้อแท้ ไม่สนุกสนาน ในรูปของความคิด เช่น คิดว่าตนเองไม่มีค่า หรือเป็นคนไม่ดี และทางพฤติกรรม เช่น แยกตัว หรือมีอาการก้าวร้าว ภาวะซึมเศร้า สามารถพบได้หลายแบบ ตั้งแต่ความผิดปกติในการปรับตัว (Adjustment Disorder) โรคซึมเศร้า ร้อยรัง (Dysthymia) และโรคเศร้าแบบรุนแรง (Major Depressive Disorder) รวมทั้งพบกับโรคทางจิตเวชอื่น ๆ

สถาบันสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุขและสมาคมสุขภาพจิตเวชแห่งประเทศไทย (2536: 1) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า รวมถึงความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าต่ำ ต่ำหนีดตนเอง ความรู้สึกเหล่านี้ คงอยู่เป็นระยะเวลาและเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย

เรไร ทีวะทัศน์ (2535: 4) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง สภาพอารมณ์ โศกเศร้า เสียใจ ไม่มีความสุข รู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว ท้อแท้ ขาดสมาธิและพลังในการทำงานลดลง จากข้อมูลดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติของจิตใจซึ่งแสดงออกทางด้านอารมณ์ ความคิดและการรับรู้ และพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติ ดังนี้

1. อาการด้านอารมณ์ ได้แก่ มีอารมณ์เศร้าเป็นอาการเด่น ซึ่งอารมณ์เศร้าจะมีเกือบตลอดทั้งวันและเป็นทุกวันบางวันอาจเป็นมากบางวันอาจเป็นน้อย ผู้ป่วยจะมีความโศกเศร้าหดหู่ ท้อแท้ ร้องไห้บ่อย

2. อาการด้านความคิดและการรับรู้ ได้แก่ มีความคิดในแง่ลบกับตนเอง ต่ำหนีดตนเอง โทษตนเอง รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากเกินไป ขาดแรงจูงใจ คิดอยากตายไม่ยอมมีชีวิตอยู่ คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อยๆ

3. อาการเบี่ยงเบนทางด้านพฤติกรรม ได้แก่ ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก แยกตนเอง เบื่ออาหารจนน้ำหนักลด หรือบางรายอาจมีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น นอนไม่หลับหรือหลับมากแทบทุกวัน ส่วนใหญ่จะนอนไม่หลับ กระสับกระส่าย สมาธิหรือความคิดอ่านช้าลง ทำอะไรช้า พุดช้าเดินเหิน เคลื่อนไหวช้าลง

## 1.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลายๆปัจจัยผสมผสานรวมกัน ซึ่ง ดวงใจ กษานติกุล (2542: 82 – 87) ได้รวบรวมสาเหตุของภาวะซึมเศร้าไว้ได้แก่ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ร่างกาย จิตใจ และสภาพสังคม วัฒนธรรม ที่บีบคั้นและเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว รวมเรียกว่า ปัจจัยชีวจิตสังคม (Biopsychosocial Factors) โดยปัจจัยแต่ละด้าน จะมีอิทธิพลมากหรือน้อย แตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคอารมณ์ผิดปกติ มีดังนี้

### 1) ปัจจัยเสริม (Predisposing Factors)

พันธุกรรม

ปัจจัยทางสังคมในช่วงต้นของชีวิต เช่น ขาดบิดามารดา ปัญหาครอบครัว บิดามารดา

หย่าร้าง การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม(Poor Parenting)

ในตนเอง

บุคลิกภาพ(Depressive personality) ขี้กังวล ซอบคิดแง่ลบ ขาดความภูมิใจ

### 2) ปัจจัยเร่ง (Precipitating Factors)

ความพิการทางกาย (Physical Loss)

น้องไม่

สภาพแวดล้อมหรือครอบครัวยากจน (Poverty) ยุ่งเหยิง ห่างเหิน แยกแยก พี่

ปรองดองกลมเกลียว

ปัจจัยทางสังคมในปัจจุบัน ไม่มีมนุษยสัมพันธ์ ขาดความผูกพัน

มีปัญหาชีวิต (Loss of Love) พบกับความล้มเหลวผิดหวัง เช่น สอบตก ออกหัก

ธุรกิจ การค้าขาดทุน

สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง (Loss of Self – Esteem)

ถูกลวนลามทางเพศ

### 3) ปัจจัยให้ป่วยต่อเนื่อง (Perpetuating Factors)

บุคลิกภาพ การปรับตัว

ปัจจัยทางสังคม ปัญหาชีวิต

แสดงอารมณ์รุนแรงในครอบครัว

ปัจจัยทางชีวภาพ พันธุกรรม

กมลทิพย์ แก้วพรหม (2545: 50-57) ได้อธิบายถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีสาเหตุมาจากปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้คือ

1. สาเหตุจากการมีความผิดปกติทางชีวภาพ (Biological Models) โดยมีอิทธิพลของพันธุกรรมมาเกี่ยวข้อง ได้แก่ ความไม่สมดุลของสาร (Biogenic Amine) ในเซลล์ประสาทความผิดปกติของฮอร์โมนในต่อมไร้ท่อ และจากการศึกษาพบว่าสภาพครอบครัวที่มีทั้งพ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่งมีอาการซึมเศร้า ลูกมีโอกาสเป็นได้ร้อยละ 10-15 แต่ถ้าทั้งพ่อแม่มีภาวะซึมเศร้าลูกมีโอกาสเป็นได้ถึงร้อยละ 50

2. สาเหตุทางด้านจิตใจและสังคม (Psychosocial Models)

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) เชื่อว่าผู้ที่สูญเสียบุคคลที่รักจะรู้สึกเหมือนตัวเองถูกทอดทิ้งทำให้มีภาวะซึมเศร้า

2.2 รูปแบบความคิด แอรอน เบค (Aron Beck) อธิบายว่า บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่มีรูปแบบความคิด ที่ทำให้ตนเองเกิดความเศร้าได้แก่

2.2.1 การมองตนเองในแง่ลบมักคิดว่าตนเองไม่สมบุญรมมีข้อบกพร่อง โดยอ้างเหตุผลว่าประสบการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจนั้น มีสาเหตุมาจากความบกพร่องทางร่างกาย ทางจิตใจและคุณธรรมที่ตนสันนิษฐานเอาเอง

2.2.2 การแปลงประสบการณ์ในแง่ลบ มองปัญหาที่เกิดขึ้นว่าเป็นอุปสรรคทำให้ไม่สามารถบรรลุความสำเร็จจนหมดความพยายาม หมดความพอใจในสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

2.2.3 การมองอนาคตในทางลบมักจะกังวลล่วงหน้าว่า ความยุ่งยากในปัจจุบันคงต่อเนื่องไปไม่มีที่สิ้นสุด รู้สึกถึงความยากลำบากที่ต้องเผชิญ เกิดความคับข้องใจตลอดเวลา

### 1.3 ระดับของภาวะซึมเศร้า

อัมไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2541: 125-127) ได้แบ่งระดับของภาวะซึมเศร้าเป็น 3 ระดับ ดังนี้คือ ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

1. ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (Mild Depression or Depression Symptoms or Blue Mood ) เป็นภาวะที่บุคคลประสบความสูญเสีย ผิดหวัง ขาดความเห็นใจ รู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และส่งผลกระทบต่อร่างกายร่วมด้วย เมื่อสาเหตุที่ทำให้เกิดความเศร้าถูกขจัดไป หรือแก้ไขสถานการณ์ได้ บุคคลนั้นก็มักจะกลับเข้าสู่ภาวะปกติ แต่ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้



เกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้นและยังคงอยู่เป็นเวลานานก็จะมี การเปลี่ยนแปลงเรื่องความคิดความรู้สึก พฤติกรรมซึ่งจะนำไปสู่ภาวะของภาวะซึมเศร้าปานกลาง

2. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate Depression or Neurotic Depression) ภาวะซึมเศร้า ระยะนี้จะรุนแรงขึ้นจนมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวและการทำงาน แต่ก็ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ถึงแม้จะไม่สมบูรณ์นัก

3. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe Depression or Psychotic Depression) เป็นภาวะที่บุคคลมีความซึมเศร้าในระดับลึกเป็นอยู่ระยะเวลานาน คนที่มีความเศร้าในระดับนี้จะไม่ สามารถปฏิบัติภาระหน้าที่ของตนได้ และมักถอนตัวจากความเป็นจริง อาจมีอาการหลงผิดหรือมี ประสาทหลอน อาจคิดหรือพยายามฆ่าตัวตาย

โสมสิริ รอดพิพัฒน์ (2547: 19 – 20) ซึ่งแบ่งภาวะซึมเศร้าตามความรุนแรงได้ 3 ระดับ ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild Depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่น ไม่แจ่มใส อารมณ์เศร้า เหงาหงอยชั่วคราว ซึ่งบุคคลทั่วไปก็รู้สึกได้ในบางครั้ง โดยอาจมีสาเหตุ เพียงพอหรือบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ มักเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของ สถานการณ์ที่เผชิญอยู่ในทางลบ เริ่มมีความรู้สึกไม่พอใจต่ออุปนิสัยของตน ความตั้งใจในการ ทำงานต่างๆ เริ่มลดลงต้องการความช่วยเหลือ คำแนะนำ การเอาใจใส่ การปลอบโยน ภาวะการนอน หลับเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น หลับยากกว่าปกติ หรือตื่นเช้ากว่าปกติ เป็นต้น

2. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate depression) ภาวะซึมเศร้าในระดับ นี้จะรุนแรงขึ้นจนถึงขั้นมีผลกระทบต่อชีวิต ครอบครัว และการทำงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แม้ว่าจะไม่สมบูรณ์นัก มักมีอาการเศร้ามากขึ้นในช่วงเช้า และจะดีขึ้นในตอนกลางวัน รู้สึกไม่มีความสุขเบื่อหน่ายต่อสิ่งแวดล้อม อ่อนเพลีย รู้สึกว่ามีพลังกำลังน้อยลง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ ความสามารถ มักตำหนิตัวเอง หงุดหงิด ร้องไห้ง่าย โกรธง่าย ก้าวร้าว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกาย และสุขภาพตนเองปรากฏมากขึ้น รู้สึกว่ามีความเปลี่ยนแปลงไป มีความต้องการหลีกเลี่ยงจาก สถานการณ์แวดล้อมและสังคม จะทิ้งสังคมที่ละน้อย อาจมีความคิดเกี่ยวกับการตาย การนอนหลับ ผิดปกติ ความอยากรับประทานอาหารลดลงจนกระทั่งไม่ยอมรับประทานอาหารและน้ำ น้ำหนักลด ความต้องการทางเพศลดลง

3. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe Depression) จะมีอารมณ์ซึมเศร้า ตลอดเวลา มีความรู้สึกสิ้นหวัง มองตนเองด้านลบ ไม่มีคุณค่าตลอดเวลา ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว มีความต้องการหลีกเลี่ยง หลบซ่อน ไม่มีการเข้าร่วมสังคมใดๆเลย ลักษณะ อารมณ์เหมือนไม่มีความรู้สึก รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง มองอนาคตมืดมนและสิ้นหวัง

หมดความสนใจสิ่งต่างๆ การตัดสินใจเสียแม้แต่เรื่องง่ายๆในชีวิตประจำวัน มักจะนั่งอยู่เฉยๆกับที่ตลอดเวลา อยู่ในท่าเดียนานๆ หรืออาจอยู่ไม่นิ่ง ผุดลุกผุดนั่ง ไม่สนใจต่อตนเอง ดูแลตนเองไม่ได้ นอนหลับไม่สนิท หรือนอนไม่หลับ มักรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียตลอดเวลา หมดความสนใจในเรื่องเพศ ผู้ที่อยู่ในระยะนี้อาจจะถอนตัวถอยหนีออกจากโลกของความเป็นจริง มีความหลงผิด (Delusion) และมีความคิดฆ่าตัวตายตามมาได้

สมภพ เรื่องตระกูล (2542: 94-96) สรุปผลที่เกิดจากความซึมเศร้าจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ดังต่อไปนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Physiological Change) อาการต่าง ๆ อาจเปลี่ยนแปลงเพียงอย่างเดียว หรือเปลี่ยนแปลงหลายอย่างพร้อมกันก็ได้ ซึ่งอาจเกิดความรู้สึกว่าอวัยวะผิดปกติจนต้องไปพบแพทย์ด้วยอาการต่าง ๆ เช่น
  - 1.1 เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย โดยไม่ทราบสาเหตุ แบบแผนการนอนเปลี่ยนไป นอนไม่หลับ หรือนอนหลับมากกว่าเก่าแต่ก็รู้สึกว่ายังไม่พอ
  - 1.2 มีอาการท้องผูก หรือถ่ายลำบากบ่อย
  - 1.3 เบื่ออาหารทำให้น้ำหนักลดลงกว่าปกติ
  - 1.4 มีการเปลี่ยนแปลงของระบบประจำเดือน เช่น ประจำเดือนมาน้อยกว่าปกติ หรือไม่มา หรือมาไม่สม่ำเสมอ เป็นต้น
  - 1.5 กล้ามเนื้อไม่มีแรง เคลื่อนไหวช้า เดินช้า
  - 1.6 ความต้องการทางเพศลดลง
2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Psychological Change) ผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าจะมีอาการทางจิตใจดังนี้
  - 2.1 จิตใจหดหู่ เศร้าหมอง ไม่สดใส
  - 2.2 มักทำอะไรไม่ค่อยได้ สับสน ลังเล ไม่แน่ใจ และไม่มั่นใจในตนเอง
  - 2.3 ไม่มีสมาธิ มีความสนใจสั้น ไม่สามารถสนใจอะไรได้นาน ๆ
  - 2.4 ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีความรู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า ไม่มีความหมาย
3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ (Emotional Change) การเปลี่ยนแปลงจะขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของโรค ส่วนใหญ่จะมีความกลัว และความวิตกกังวลร่วมด้วยทำให้ไม่สามารถสงบจิตใจได้

## 1.4 การดูแลรักษาภาวะซึมเศร้า

รัชชัชย ลิพืหานาจ (2545: 346 – 347) กล่าวถึงสิ่งสำคัญในการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

### 1.4.1 สิ่งที่ต้องพิจารณาในการดูแลรักษา

#### 1.4.1.1 สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า

เนื่องจากภาวะซึมเศร้ามีหลายสาเหตุการรักษาที่สาเหตุเริ่มต้นร่วมด้วยจะทำให้ได้ผลการรักษาที่ดีกว่าการรักษาเฉพาะภาวะซึมเศร้า เช่น ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ซึ่งเป็นโรคที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ หากโรคดังกล่าวได้รับการรักษาแล้วดีขึ้น การรักษาภาวะซึมเศร้าก็จะรักษาได้ง่าย หรือผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำ หากสามารถลดหรือหยุดการดื่มสุราก็จะส่งผลให้การรักษาภาวะซึมเศร้าได้ผลดีขึ้น

#### 1.4.1.2 ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

อาการซึมเศร้ามีความรุนแรงหลายระดับตั้งแต่รุนแรงน้อย คือ มีอาการเพียงไม่กี่อาการเท่านั้นไปจนถึงขั้นรุนแรงมาก ในรายที่อาการมีความรุนแรงน้อยอาจใช้เพียงการพูดคุยหรือแนะนำการปฏิบัติตัว ในรายที่มีอาการมาก มักต้องเข้ามารับประทานร่วมด้วย

#### 1.4.1.3 การกลับเป็นซ้ำ

ภาวะซึมเศร้าสามารถกลับเป็นซ้ำได้ แม้จะได้รับการรักษาจนหายเป็นปกติแล้วก็ตาม ในรายที่กลับเป็นซ้ำจะต้องทานยารักษาต่อเนื่อง 2 – 5 ปี หรืออาจต้องทานยาตลอดชีวิตก็ได้

### 1.4.2 วิธีการรักษา

#### 1.4.2.1 จิตบำบัด

เป็นวิธีที่นิยมใช้มากที่สุด ในรายที่มีอาการเล็กน้อยถึงปานกลาง จิตบำบัดวิธีนี้ จะพยายามช่วยผู้ป่วยให้เห็น และเข้าใจว่าอาการไม่สบายทางจิตใจ เกิดจากการมีบุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดปัญหาในการปรับตัว ช่วยให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงความขัดแย้งที่มีอยู่ในใจ และจัดการแก้ไขได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับ รศ. นพ.มาโนช หล่อตระกูล (2548: 144-152) กล่าวว่า จิตบำบัดชนิดที่ได้ผลดีในโรคซึมเศร้า ได้แก่ 1) จิตบำบัดรายบุคคล เป็นการรักษาที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น มุ่งให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม และผู้อื่นที่ดีขึ้น ไม่เน้นถึงความขัดแย้งในจิตใจ 2) Cognitive-behaviour therapy เชื่อว่าอาการของผู้ป่วยมีต้นเหตุมาจากการมีแนวคิดที่ไม่ตรงตามความเป็นจริงการรักษามุ่งแก้ไขแนวคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความจริงมากขึ้น รวมถึงการปรับพฤติกรรม ใช้ทักษะใหม่ในการแก้ปัญหา 3) การปรึกษาแนะแนว ส่วนใหญ่ผู้ป่วยและครอบครัว จำเป็นต้องได้รับการปรึกษาแนะแนวร่วมกับการรับประทานยาแก้ซึมเศร้า เพื่อช่วยให้อาการปรับตัวทำใจกับปัญหาชีวิตดีขึ้น

#### 1.4.2.5 เภสัชบำบัด (การรับประทานยา)

โดยทั่วไปแล้วการรักษาภาวะซึมเศร้าไม่จำเป็นต้องใช้ยา การบำบัดด้วยวิธีดังกล่าวข้างต้นก็สามารถทำให้อาการซึมเศร้าดีขึ้นได้ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยลักษณะต่อไปนี้ควรให้การรักษาด้วยยาร่วมด้วย

- ให้การรักษาด้วยวิธีที่ไม่ใช้ยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น
- ความรุนแรงของโรคระดับรุนแรง หรือระดับปานกลาง
- มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว

แพทย์ผู้รักษาจะเป็นผู้พิจารณาในการจ่ายยารักษาภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยไม่ควรที่จะซื้อยารับประทานเอง และควรพบแพทย์เพื่อรับการรักษอย่างต่อเนื่องเพื่อให้หายจากอาการป่วย

### 1.5 การตรวจสภาพทางจิต (Mental Status Examination)

ในการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยวิธีการตรวจสภาพทางจิต นั้น ทำได้โดยการสังเกต ร่วมกับการสนทนากับบุคคลที่ถูกประเมิน ซึ่งผู้ประเมินจะต้องมีความเข้าใจวัฒนธรรมของผู้ถูกประเมิน เป็นอย่างดี จึงจะตีความพฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง และคำพูดต่างๆได้อย่างถูกต้อง สภาพทางจิตของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะประเมินได้จากลักษณะต่างๆดังนี้ (ศิริพร จิรวัดนกุล .2546: 43-45)

#### 1.5.1 พฤติกรรมทั่วไป

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวช้า คิดช้า สีหน้าเศร้า คอตก หลังมักจะค่อม ไม่สบตาคู่สนทนา

#### 1.5.2 อารมณ์และสีหน้า

ส่วนใหญ่สีหน้าเศร้าหมอง แต่บางคนไม่แสดงออกทางสีหน้า และปฏิเสธว่าไม่รู้สึกรเศร้า แต่จะแสดงอารมณ์เศร้าโดยการแยกตัวเองจากสังคม กิจกรรมต่างๆลดลง

#### 1.5.3 ความผิดปกติทางการรับรู้สัมผัส

ผู้มีอารมณ์เศร้าทั่วไปมักไม่มีความผิดปกติทางการรับรู้สัมผัส แต่บางคนอาจมีอาการประสาทหลอน (Hallucination) และหลงผิด (Delusion) ได้ ซึ่งก็มักจะมีเนื้อหาเกี่ยวกับตนเองผิดบาป ไม่มีค่า ล้มเหลว ถูกกลั่นแกล้ง ซึ่งการแสดงออกของการรับรู้สัมผัสนี้จะเกี่ยวข้องกับความรู้สึก และวัฒนธรรมของบุคคลนั้นๆเป็นอย่างมาก

#### 1.5.4 เนื้อหาและกระบวนการคิด

เนื้อหาความคิดของผู้มีภาวะซึมเศร้าจะมองโลก มองตนเองไปในทางลบ หมกมุ่นกับความรู้สึกผิด ความสูญเสีย และความตาย กระบวนการคิดก็ช้า แสดงออกโดยพูดช้า พูดน้อย ใช้เวลาในการตอบคำถามนาน และตอบด้วยคำพูดสั้นๆ

### 1.5.5 การรับรู้บุคคล เวลา และสถานที่

ผู้มีอารมณ์ซึมเศร้าส่วนใหญ่ไม่มีความผิดปกติด้านนี้ ตอบคำถามเรื่องนี้ได้ถูกต้อง แต่ถ้าอารมณ์เศร้านักก็ไม่สนใจ หรือไม่มีพลังที่จะตอบคำถาม

### 1.5.6 ความจำ

ส่วนใหญ่สมาธิไม่ดี ลืมง่าย

### 1.5.7 การตัดสินใจ และความหยิ่งเห็น

การตัดสินใจในชีวิตอยู่บนพื้นฐานความคิดว่าตนเองไม่มีค่า ไม่มีแรงจูงใจที่จะทำอะไร มักเห็นว่าตนเองไม่สบายมาก หรือมีปัญหาชีวิตมากจนไม่มีความหวังอะไร

### 1.5.8 ความเชื่อถือได้ของข้อมูล

เนื่องจากผู้มีภาวะซึมเศร้าหมกมุ่นอยู่กับความคิดทางลบ ทำให้เนื้อหาสาระที่พูดออกมาจะวนเวียนเป็นอยู่ที่ความไม่ดี ไม่มีคุณค่า ไม่มีความหวังในชีวิต ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนผู้ประเมินควรตรวจสอบข้อมูลจากคนแวดล้อมของผู้ถูกประเมินประกอบด้วย

## 1.6 การประเมินภาวะซึมเศร้า

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินโดยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (TDI : Thai Depression Inventory) เป็นแบบสอบถามชนิดให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง พัฒนาขึ้นมาโดยนายแพทย์ มาโนช หล่อตระกูล และนายแพทย์ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย การสร้างคำถามอิงจากการศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย และจากแบบสอบถามที่ใช้บ่อยในทางตะวันตก แบบประเมินชุดนี้นำแบบสอบถามฉบับแก้ไขครั้งสุดท้ายไปใช้กับผู้ป่วยจำนวน 50 ราย โดยใช้ Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือเปรียบเทียบผลการศึกษาพบว่า มีความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.858 และ concurrent validity โดยวิธี Spearman-Brown formula มีค่าเท่ากับ 0.7189 ( $p < 0.001$ ) โดยข้อคำถามเรื่อง psychomotor retardation และ loss of libido มีความสัมพันธ์กับค่าคะแนนรวมต่ำ จากการทดสอบ construct validity โดยใช้วิธีการทางสถิติ principal component analysis with varimax rotation พบว่ามี 5 ปัจจัยที่สำคัญและปัจจัยที่เด่นคือ Anxiety-Insomnia factor ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับ major depression จะมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 35 คะแนนขึ้นไป แบบสอบถาม TDI ที่ได้พัฒนาขึ้นมาจึงมีความเที่ยงตรงและความเชื่อถือได้ อยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งสามารถนำไปใช้เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทยได้

**Table 1** Mean score, correlation with the total score, and Cronbach's alpha with item deleted of the Thai Depression Inventory, for 50 depressed Thai subjects

Item	Mean	Item-total correlation (item deleted)	Alpha if item deleted +
Hopelessness	1.76	0.535	0.848
Suicide	1.20	0.396	0.854
Guilty feelings	1.92	0.387	0.859
Retardation	1.60	0.190 *	0.861 *
Agitation	1.44	0.568	0.847
Depressed mood	1.48	0.636	0.845
Anxiety	2.18	0.534	0.849
Anhedonia	1.76	0.495	0.850
Irritability	1.18	0.386	0.854
Early insomnia	2.16	0.431	0.852
Late insomnia	1.40	0.502	0.849
Loss of appetite	1.06	0.500	0.849
Lethargy	1.64	0.422	0.854
Loss of libido	2.06	0.251 *	0.859
Indecisiveness	1.54	0.536	0.849
Hypochondriasis	1.60	0.376	0.854
Loss of concentration	1.20	0.586	0.847
Work inhibition	1.44	0.500	0.850
Somatic anxiety	1.56	0.562	0.848
Social withdrawal	1.30	0.321	0.856

+ Cronbach's coefficient alpha = 0.858

Table 2 Factor analysis of the Thai Depression Inventory

Factor	Eigenvalue	Percentage of variance	Symptoms	Factor Loading
1	5.8736	29.4	Anxiety	.8061
			Indecisiveness	.6897
			Loss of concentration	.5689
			Agitation	.5569
			Anhedonia	.4972
			Initial insomnia	.4559
2	1.9304	9.7	Suicide	.7666
			Hopelessness	.6585
			Depressed mood	.6359
			Loss of libido	.5556
3	1.5813	7.9	Hypochondriasis	.7669
			Work inhibition	.7011
4	1.3718	6.9	Lethargy	.8384
			Somatic anxiety	.7221
			Irritability	.4434
5	1.1744	5.9	Social withdrawal	.7386
			Guilty feelings	.5587
			Late insomnia	.5207
			Loss of appetite	.4809
6	1.1190	5.6	Psychomotor retardation	.8441

**Table 3** Relationship between the Thai Depression Inventory and the Thai version of Hamilton Rating Scale for Depression as a function of severity of depression

Severity	N	HRSD score	Mean Thai Depression Inventory score (SD) *	Range of Thai Depression Inventory (CI 95%)
No depression	2	0-7	13.00 (12.73)	≤ 20
Mild depression	10	8-13	21.60 (6.80)	21-25
Less than major depression	14	14-19	29.28 (6.81)	26-34
Major depression	22	20-29	37.95 (7.52)	35-40
Severe major depression	2	>29	43.50 (12.02)	≥ 41
<b>Total</b>	<b>50</b>		<b>31.48 (10.54)</b>	

\* F= 13.15 P <0.0001

### 1.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

เพอร์ติกเซส (Perdices.1992: 280-320) ศึกษาความวิตกกังวล และภาวะอารมณ์ซึมเศร้าของกลุ่ม ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 207 คน และไม่ติดเชื้อ จำนวน 36 คน พบว่าคะแนนความวิตกกังวล และความซึมเศร้าไม่มีความแตกต่างกันในอายุ และระดับการศึกษา ส่วนความรุนแรงของความวิตกกังวล และภาวะอารมณ์ซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการทางร่างกาย

ไรซ์ แอสบาย (Rice,Ashby; & Slaney.1998: 304-314) ได้ศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษา จำนวน 464 คน ในเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวไม่ได้ของบุคลิกภาพแบบสมบูรณแบบ และสุขภาพจิต (ความภาคภูมิใจในตนเองและภาวะซึมเศร้า) ผลพบว่าการปรับตัวได้ของผู้ที่มีบุคลิกภาพที่สมบูรณแบบไม่มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้า การปรับตัวของผู้ที่มีบุคลิกภาพสมบูรณแบบที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับความภาคภูมิใจในตนเองในทางลบและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า

ชอย (Choi. 2002: 71-85) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในมุมมองของเชื้อชาติวัฒนธรรม โดยเป็นการศึกษาแบบเจาะลึก ผลการศึกษาพบว่าอิทธิพลของครอบครัว ภูมิหลังของเด็ก



และพลังของวัฒนธรรมมีผลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นแอฟริกัน อเมริกัน ส่วนระดับการศึกษา วัฒนธรรมที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ความเชื่อโชคลาง และการมองโลกในแง่ร้าย เอกลักษณะเฉพาะตัว และบทบาททางเพศมีผลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นลาตินอเมริกัน ส่วนการพัฒนาอัตมโนทัศน์ อิทธิพลของครอบครัว และภูมิหลังของเด็กก็มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นอเมริกันเชื้อสายเอเชีย

วิล กุศลวิศิษฎ์กุล และอุมาพร อุดมทรัพย์กุล (2539: 165-167) ได้สำรวจปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี สุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 215 คน โดยใช้แบบวัดความซึมเศร้า ซีอีเอส-ดี (CES-D) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความซึมเศร้ากับอายุ การศึกษา รายได้ ความพอใจในฐานะการเงิน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความพึงพอใจในชีวิต กิจกรรมในการดำเนินชีวิตและสภาวะสุขภาพร่างกาย ความซึมเศร้าพบสูงมากในผู้สูงอายุ เพศหญิงโสดหรือเคยสมรสแล้ว และกลุ่มที่ไม่พึงพอใจในฐานะการเงิน

วีระ ชูรุจิพร (2542: 176-179) ได้สำรวจคนไทยที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับวิธีการแก้ปัญหา กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนประชากรในแต่ละเขตสาธารณสุขจำนวน 7,432 คน โดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้าของเบค และแบบวัดวิธีการแก้ปัญหาของ จาโลวิต (Jalowiec) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงร้อยละ 60.2 และชายร้อยละ 33.8 ผลที่ได้จากการวัดภาวะซึมเศร้าพบว่า ร้อยละ 38.1 ความรุนแรงถึงระดับควรพบแพทย์ หรือผู้รู้ร้อยละ 36.2 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 25.7 มีอารมณ์เบี่ยงเบนจากปกติเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงจะสัมพันธ์กับวิธีการจัดการกับปัญหาด้วยการระบายอารมณ์ การหลีกเลี่ยงปัญหาและการมองโลกในแง่ร้าย คิดเป็น ร้อยละ 72.8, 71.8 และ 64.7 ตามลำดับ วิธีการจัดการปัญหาแบบอื่น เช่น การมองโลกในแง่ดีกับการอาศัยแหล่งช่วยเหลือ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กัน ( $p < 0.05$ ) การเผชิญกับปัญหา จะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า คือ ถ้าใช้มากพบว่าภาวะซึมเศร้าจะน้อยลงหรือลดลง สรุปคนไทย หนึ่งในสามมีภาวะซึมเศร้า ที่ควรพบแพทย์หรือผู้รู้ ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไขอาจจะเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงตามมา

ยิ่งรัตน์ ตันติรังสี (2544: 47-54) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับปัญหาการปรับตัวของนักศึกษามหาวิทยาลัยศิลปากร กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาจำนวน 137 ราย โดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้าของเบค (Beck, 1973) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับปัญหาการปรับตัวด้านอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และจากการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวพบว่า นักศึกษาที่มีปัญหาการปรับตัวด้านปัญหาสุขภาพด้านสังคม ด้านอารมณ์ ด้านบ้านและครอบครัวและด้านการเรียนที่แตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) และพบว่านักศึกษาต่างคณะกันมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาการปรับตัวด้านสังคม ด้านอารมณ์และ

ด้านบ้านและครอบครัวที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ส่วนนักศึกษาที่มีเกรดเฉลี่ยสะสมที่แตกต่างกันจะมีปัญหาการปรับตัวด้านการเรียนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ไม่พบความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับเพศ อายุ คณะที่ศึกษา ชั้นปีที่กำลังศึกษาและเกรดเฉลี่ยที่สะสม

จากข้อมูลดังกล่าวสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการทางร่างกาย ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงจะสัมพันธ์กับวิถีจัดการกับปัญหาด้วยการระบายอารมณ์ การหลีกเลี่ยงปัญหา และการมองโลกในแง่ร้าย การเผชิญกับปัญหาจะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไขอาจจะเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงตามมา

## 2. เอกสารและงานที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษา

### 2.1 ความหมายของการให้คำปรึกษา

โรเจอร์ (Rogers, 1942: 3) ได้ให้ความหมายของการให้การปรึกษาว่าเป็นการติดต่อสัมพันธ์โดยตรงระหว่างบุคคล โดยที่บุคคลหนึ่งต้องการความช่วยเหลือจากอีกบุคคลหนึ่งเพื่อเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ต้องการความช่วยเหลือ

จอร์จ และ คริสเตียนิ (George; & Cristiani, 1995: 2) กล่าวว่า การให้การปรึกษามีหมายถึง กระบวนการที่ผู้ให้การปรึกษาให้ความช่วยเหลือแก่ผู้มารับการปรึกษา เพื่อช่วยให้ผู้มารับการปรึกษาได้รู้จักตนเองและสิ่งแวดล้อม สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และตัดสินใจแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529: 1) กล่าวว่า การให้การปรึกษาเป็นกระบวนการที่แสดงถึงมนุษยสัมพันธ์ที่ละเอียดอ่อนระหว่างบุคคลโดยบุคคลหนึ่งทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและอีกบุคคลหนึ่งคือผู้มารับคำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นผู้ที่ได้รับการศึกษา มีประสบการณ์ มีความรู้ความสามารถในการให้การปรึกษาและทางจิตวิทยา สามารถให้ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ผู้มารับคำปรึกษา เพื่อให้ผู้มารับคำปรึกษาเข้าใจปัญหาหรือเรื่องราวที่นำมาปรึกษา หรือสามารถใช้พลังและความสามารถของตนเองในการตัดสินใจ ตกลงใจที่จะเลือกวิถีทางที่เหมาะสมที่เขาปรารถนาและในที่สุดสามารถแก้ปัญหาและพัฒนาตนเองได้อย่างเหมาะสม

คมเพชร ฉัตรศุภกุล (2530: 8) กล่าวว่า การให้การปรึกษาเป็นสถานการณ์ระหว่างผู้ให้การปรึกษา และผู้รับการปรึกษาที่มีจุดประสงค์ร่วมกัน คือ การแก้ปัญหาของผู้รับการปรึกษา และ ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถที่จะเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ โดยผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการให้การปรึกษา

ทิพย์วรรณ กิตติพร (2536: 3) กล่าวว่า การให้การปรึกษาเป็นบริการทางวิชาชีพที่เป็นกระบวนการทางสัมพันธภาพ เป็นความร่วมมือกันของบุคคลสองฝ่ายที่พูดคุย ช่วยเหลือกันโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้มารับบริการได้เกิดการสำรวจตนเอง เข้าใจตนเอง และสามารถลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหา หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงปรารถนาและปรับตนได้อย่างมีความสุข

วัชรีย์ ทรัพย์มี (2546: 3) กล่าวว่า การให้บริการปรึกษาเป็นกระบวนการของสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการปรึกษาซึ่งเป็นนักวิชาชีพที่ได้รับการฝึกอบรมกับผู้รับบริการซึ่งต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น และเข้าใจสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น ได้ปรับปรุงทักษะในการตัดสินใจและทักษะในการแก้ปัญหา ตลอดจนปรับปรุงความสามารถในการที่จะทำให้ตนเองพัฒนาขึ้น

กรมสุขภาพจิต (2547: 43) ได้ให้ความหมายของการให้การปรึกษาว่าเป็นกระบวนการที่อาศัยสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ระหว่างผู้ให้การปรึกษากับผู้รับการปรึกษาด้วยการสื่อสารสองทางจนเกิดความร่วมมือโดยผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้ช่วยเหลือด้วยการใช้คุณสมบัติของผู้ให้การปรึกษาและทักษะต่าง ๆ เพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาได้ใช้ศักยภาพของตนเองในการสำรวจตัวเองเพื่อทำความเข้าใจปัญหา สาเหตุของปัญหา และความต้องการ ตลอดจนสามารถหาวิธีการแก้ไขปัญหาและพัฒนาตนเองให้ดีขึ้นได้ด้วยตนเอง

จากความหมายของการให้การปรึกษาดังกล่าวสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการของสัมพันธภาพ ระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้มาขอรับคำปรึกษาในการที่จะร่วมมือกันเพื่อช่วยให้ผู้มาขอรับคำปรึกษารู้จักตนเอง เข้าใจตนเอง ช่วยตนเองในการป้องกัน และแก้ไขปัญหา ตัดสินใจเลือกวิถีทางในการพัฒนาตนเองตามขีดความสามารถของตนได้ อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

การให้คำปรึกษาทางจิตวิทยานั้นมีหลายทฤษฎีด้วยกัน โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) ตามแนวคิดของ เบค (Beck)

## 2.2 ความหมายของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy)

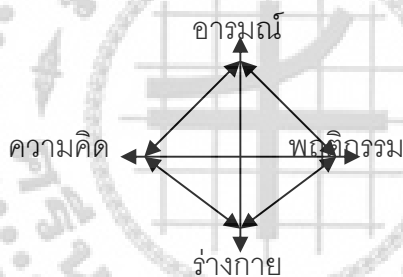
เบค (Beck, 1979) กล่าวว่า iva การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งซึ่งมีลักษณะที่สำคัญคือ เป็นการบำบัดในเชิงรุก และมีทิศทาง (active and directive) มีระยะเวลาในการบำบัดที่มีขอบเขต (time-limited) และมีรูปแบบโครงสร้างชัดเจน (structured) สามารถใช้บำบัดรักษาโรคทางจิตเวชได้หลากหลายได้แก่ โรคซึมเศร้า (depressive disorder) โรควิตกกังวล (anxiety disorder) โรคกลัว (phobias) โดยการบำบัดมีแนวคิดอยู่บนทฤษฎีพื้นฐานที่ว่า อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของคนเราส่วนใหญ่แล้วขึ้นอยู่กับแนวทางการมองโลกของบุคคลนั้น

สตรัท และ ลาเรีย (Stuart; & Laraia.1998) กล่าวว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาในปัจจุบันมีเป้าหมายในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน ผู้รับการรักษาจะต้องมีบทบาทในการวางเป้าหมายของการรักษาไปกับผู้บำบัดรักษาด้วย

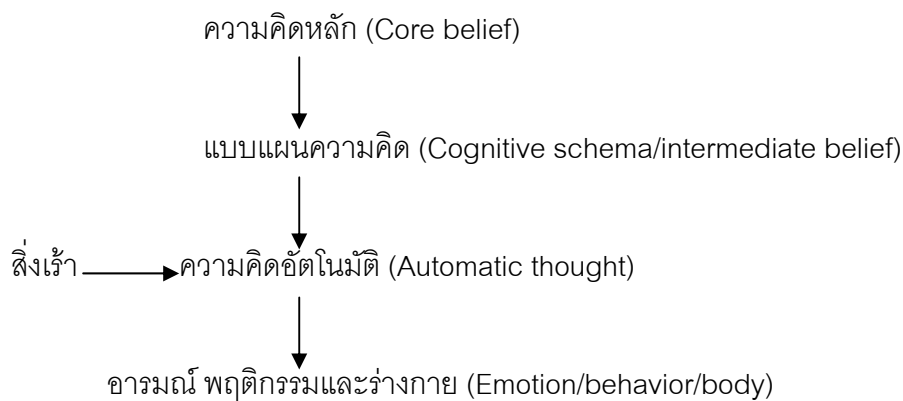
จากข้อมูลดังกล่าวสรุปได้ว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรมนั้นก็คือ การใช้กระบวนการและเทคนิคของการเรียนรู้มาใช้ในการบำบัดเพื่อเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม โดยช่วยให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของตนให้เกิดความคิดที่ถูกต้องเหมาะสม และสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น

### 2.3 ทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT)

แนวคิดนี้มีความเชื่อว่า อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และร่างกายของมนุษย์มีความสัมพันธ์กัน การเปลี่ยนแปลงที่ส่วนใดส่วนหนึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในส่วนอื่นๆ ตามมาด้วย ดังภาพ



อย่างไรก็ตาม แต่ละบุคคลจะตอบสนองทางความคิดแตกต่างกันขึ้นกับประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาความคิดที่สะสมไว้จะกลายเป็นความคิดหลัก (Core belief) ซึ่งทำให้เกิดแบบแผนความคิด (cognitive schema/intermediate belief) มีลักษณะเป็นกฎของความคิด มีรูปแบบชัดเจนว่าจะแปลความหมายของสิ่งเร้าต่างๆ อย่างไร เมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้า ก็จะเกิดการตอบสนองต่อสิ่งเร้า นั้นๆ ตามแบบแผนความคิด เกิดเป็นความคิดอัตโนมัติขึ้น (automatic thought) นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมตามมา ดังภาพ



ทฤษฎีนี้มองว่าความคิดที่เกิดขึ้น เป็นเพียงความเชื่อของบุคคลนั้นๆ ซึ่งอาจไม่ตรงกับความเป็นจริง การจะรู้ให้แน่ชัดว่าความคิดที่เกิดขึ้นเป็นจริงหรือไม่ จำเป็นต้องได้รับการพิสูจน์ โดยในผู้ป่วยจิตเวช มักจะพบลักษณะความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง ซึ่งหากสามารถปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดของผู้ป่วยได้ ก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในอารมณ์ พฤติกรรม และอาการทางกายตามมา และผู้ป่วยหายจากโรคได้ในที่สุด (Hawton, Salkovsky, Kirk, and Clark, 1990; Clark and Fairburn, 1997; Boekaerts, Pintrich; & Zeidner, 2000)

กระบวนการคิดที่ทำให้เกิดปัญหาโรคทางจิตเวช เรียกว่า ความคิดไม่สมเหตุสมผล (irrational thought/dysfunctional thought) เป็นความคิดที่บิดเบือนไม่ตรงกับความเป็นจริง ตัวอย่างของความคิดที่บิดเบือนไปตามทฤษฎีปัญญานิยม (cognitive errors or faulty information processing) (Back et al. ; อ้างในอัญชลี ฉัตรแก้ว, 2546) เช่น

1. การด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (arbitrary inference) เป็นกระบวนการความคิดที่ด่วนสรุปในเหตุการณ์ยังไม่เกิดขึ้น เป็นความคิดที่มักจะสรุปไม่เป็นไปตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง เช่น คนที่มีปัญหาในการปฏิบัติตัวตามแนวทางการรักษาภาวะซึมเศร้าแบบก่อน ๆ อาจคิดว่าการรักษาแบบใหม่นี้ไม่เหมาะสมกับตนเองและไม่ช่วยให้ตนเองมีอาการดีขึ้น เป็นต้น
2. การเลือกสนใจคิดเฉพาะบางด้าน (selective abstraction) เป็นลักษณะความคิดที่มุ่งความสนใจในเรื่องรายละเอียดของบริบท โดยละเลยส่วนที่สำคัญของสถานการณ์นั้น ๆ หรือลักษณะความคิดที่ว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเป็นเช่นเดียวกับประสบการณ์ในทางลบต่าง ๆ ที่ผ่านมามาในอดีต เช่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าคิดว่าตนเองไม่ได้ประสบกับความสุข ความพึงพอใจเลยทั้งวัน เพราะผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมักจะไม่ได้ตระหนักถึงความสุขหรือความพึงพอใจที่เกิดขึ้น

3. ความคิด และการแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง (overgeneralization) เป็นลักษณะความคิดที่สรุปรวมว่าเหตุการณ์ หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยเป็นเหตุการณ์ หรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองทั้งหมด เป็นการตัดสินใจอย่างรวดเร็วบนพื้นฐานตัวอย่างเพียงเล็กน้อยและเกินความเป็นจริง เช่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเมื่อทำผิดเพียงครั้งเดียวแต่จะคิดว่าตนเองทำผิดพลาดทุกอย่าง เป็นต้น

4. การขยายต่อเติมหรือการตัดทอนเรื่องราว (magnification and minimization) เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความคิดที่ประเมินค่าความสำคัญหรือขนาดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นผิดพลาดไป หรือประเมินไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความคิดที่บิดเบือน เช่น เมื่อมีเหตุการณ์ที่มากกระทบตนเองเพียงเล็กน้อย ก็อาจมองว่าเหตุการณ์นั้นเป็นเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อตนเองอย่างรุนแรง เป็นต้น มักจะให้ความสำคัญแก่สิ่งเร้าหรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งมากหรือน้อยเกินไป

5. มีความคิดเอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (personalization) มักนำตนเองเข้าไปเป็นธุระกับเรื่องต่าง ๆ เป็นความคิดตอบสนองต่อสิ่งเร้า ที่เข้ามากระทบในลักษณะที่พิจารณาสถานการณ์เพียงด้านใดด้านหนึ่ง เช่น เมื่อตั้งใจจะสบตากับเพื่อนที่เดินผ่านมาแต่เพื่อนกลับไม่ได้มองตน อาจคิดว่าตนเองต้องทำอะไรบางอย่าง ที่ทำให้เพื่อนโกรธ เป็นต้น

6. คิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด (dichotomous thinking) เป็นความคิดที่เอนเอียงไปในด้านใดด้านหนึ่งอย่างเต็มที่ เช่น คิดว่าตนเองมีข้อบกพร่องเป็นคนเลวไม่ใช่คนดี เป็นคนบาปไม่ใช่คนบุญ เป็นต้น คิดว่าถ้าตนเองไม่สามารถทำอะไรได้ครบสมบูรณ์ ร้อยละร้อยก็จะมีอะไรที่ต้องทำอีกเลยซึ่งในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดเอนเอียงไปในทางลบมากกว่าทางบวก

ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เราจะพบแบบแผนความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ 3 ประการเรียกว่า cognitive triad คือ ความคิดที่บุคคลมองตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตของตนเองในทางลบ

- การมองตนเองในทางลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามองตนเองว่าบกพร่อง ไม่มีคุณค่า ไร้ประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดความบกพร่องทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จริยธรรมในตนเอง ยิ่งไปกว่านั้นจะมองว่าตนเองไม่เป็นที่น่าปรารถนา ไม่มีคุณค่า อันเนื่องมาจากข้อบกพร่องที่ตนคิดขึ้นเอง มีแนวโน้มที่จะโทษตนเองเมื่อเกิดความผิดพลาดต่าง ๆ ขึ้น โดยจะคิดว่าความผิดพลาดที่เกิดขึ้นทั้งหมดเป็นความผิดพลาดของตนเอง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยิ่งลดต่ำลง และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

- การมองสิ่งแวดล้อมหรือโลกในทางลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงความสูญเสีย การถูกใส่ร้ายเป็นประจำ รู้สึกถูกบีบบังคับและเรียกร้องจากสังคมรอบตัว จะมองชีวิตเต็มไปด้วยภาวะ อุปสรรค หรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด มองว่าเป็นโลก

แห่งความพ่ายแพ้ โลกแห่งการถูกลงโทษ ทั้งหมดนี้จะลดคุณค่าของตนเองลงและเมื่อต้องพบกับสถานการณ์ใด ๆ ก็จะมีผลสถานการณ์นั้นไปในทางลบตามประสบการณ์ที่ตนเองเคยประสบมา จึงส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

- การมองอนาคตในแง่ลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำนายว่า ความยากลำบากหรือความทุกข์ยากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด ขณะที่มองไปข้างหน้าก็จะพบแต่ชีวิตที่มีแต่ความยากลำบากที่ไม่มีวันลดน้อยลง จะมีแต่ความคับข้องใจและการสูญเสีย เมื่อพบสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ก็จะมองว่าสถานการณ์ต่อไปในอนาคตจะเป็นสิ่งที่ปัญหาต่อไปไม่มีสิ้นสุด ทำให้ท้อแท้ต่ออนาคตของตนเอง สูญเสียความหวังในอนาคตทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

### ประโยชน์ของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy)

1. เปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองได้
2. แก้ปัญหาได้อย่างมีเป้าหมาย
3. บำบัดได้ด้วยตนเองเมื่อได้เรียนรู้วิธีช่วยเหลือตนเอง
4. มีวิธีจัดการกับปัญหาหรืออยู่กับปัญหานั้นได้
5. สามารถใช้ในการบำบัดทั้งแบบรายบุคคลและกลุ่มได้ (individual & group)

ความแตกต่างของการใช้การบำบัดกระบวนการคิดและพฤติกรรม (CBT) ในการบำบัด และ การใช้การบำบัดกระบวนการคิดและพฤติกรรม (CBT) ในการให้การปรึกษา

หัวข้อการแตกต่าง	การทำจิตบำบัดด้วย CBT	การใช้เทคนิคของ CBT ในการให้การปรึกษา
ความยาวของการบำบัด	ยาวกว่า	สั้นกว่า
โครงสร้างการบำบัด	มีโครงสร้างชัดเจน	ตามแบบของการให้คำปรึกษา
ความสัมพันธ์ในการบำบัด	จำเป็นมาก	จำเป็น

เป้าหมาย	รักษาโรคหรือปัญหาที่รุนแรง	แก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน
ผู้บำบัด	ต้องการการฝึกอบรมที่เข้มข้น	ผ่านการอบรมบางประการ

(เทคนิคการใช้ CBT สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เขตตรวจราชการที่ 9 ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3 เขตตรวจราชการที่ 9. : 9-10)

#### 2.4 หลักการของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีหลักการที่สำคัญ 10 ข้อ ดังต่อไปนี้ (Beck, 1995)

1. การทำความเข้าใจถึงที่มาของปัญหาว่ามาอย่างไร โดยวิเคราะห์ว่าผู้ป่วยมีความคิดอะไรที่ทำให้เขามีความรู้สึกบางอย่างและส่งผลให้เขามีพฤติกรรมอย่างไร โดยให้ความสนใจกับเหตุการณ์ที่ส่งผลให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรมและการแปลความที่เป็นเหตุให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรมดังกล่าว
2. การบำบัดความคิดและพฤติกรรม จำเป็นต้องมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัด
3. การบำบัดต้องอาศัยความร่วมมือและการมีส่วนร่วมเป็นอย่างมาก ตลอดการบำบัดผู้รับการบำบัดต้องมีความรับผิดชอบที่จะช่วยคิดหรือริเริ่มงานได้เอง (active participation)
4. มุ่งเน้นเป้าหมายและปัญหาที่ชัดเจน
5. การบำบัดเน้นปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน
6. การบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผู้บำบัดมีบทบาทที่จะให้ความรู้และสอนผู้รับการบำบัดเพื่อที่ผู้รับการบำบัดจะต้องเป็นผู้บำบัดตนเองเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ
7. การบำบัดทางความคิดจะต้องมีการกำหนดเวลาที่พบบันในแต่ละครั้งที่ชัดเจน
8. ในการพบแต่ละครั้ง จะมีโครงสร้างของการบำบัดที่ตั้งไว้อย่างชัดเจน
9. ผู้บำบัดจะเป็นผู้สอนให้ผู้รับการบำบัดสามารถค้นหาความคิด ประเมินความคิด และปรับความคิดให้เหมาะสม
10. การบำบัดความคิด สามารถใช้เทคนิคอันหลากหลายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในความคิด อารมณ์และพฤติกรรม เทคนิคที่ใช้บ่อย เช่น การตั้งคำถามชวนให้คิด (Socratic



Questioning & Guided Discovery) การจะเลือกใช้เทคนิคใดก็ขึ้นอยู่กับที่มาของปัญหาและเป้าหมายในแต่ละครั้งของการบำบัด

## เทคนิคการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy)

มีขั้นตอนการบำบัดที่สำคัญ ดังนี้

### 1. ขั้นประเมินพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Assessment)

การประเมินพฤติกรรมความคิดเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดในการประเมิน ผู้บำบัดจะต้องให้ความสนใจกับพฤติกรรม หรือการกระทำของผู้รับการบำบัดในส่วนของความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ ของผู้รับการบำบัด โดยอาศัยการสังเกต สัมภาษณ์

การระบุปัญหาของผู้รับการบำบัดที่ดีควรมีความถูกต้องและชัดเจนที่สุดในเบื้องต้นควรประเมินปัญหาของผู้รับการบำบัดด้วยคำถามดังต่อไปนี้

- 1.1 ปัญหาคืออะไร
- 1.2 ปัญหาเกิดขึ้นที่ไหน
- 1.3 ปัญหาเกิดขึ้นเมื่อใด
- 1.4 ใครหรืออะไรทำให้เกิดปัญหาขึ้น
- 1.5 ผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นคืออะไร

### 2. ขั้นปฏิบัติการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

ขั้นนี้มี 3 ขั้นตอนย่อยที่สำคัญคือ การค้นหาความคิดอัตโนมัติ การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ และการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ

**ขั้นตอนที่ 1** การค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดทุกข์ ก่อนอื่นเราต้องทำความรู้จักกับความคิดอัตโนมัติ (Automatic thought - AT) ก่อนว่าเป็น ความคิดที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วตามเหตุการณ์ที่บุคคลนั้นประสบพบเจอในเหตุการณ์เดียวกันคนแต่ละคนอาจจะคิดเหมือนกัน หรือต่างกันได้ ความคิดอัตโนมัติมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ ความคิดที่ทำให้รู้สึกไม่ดีเรียกว่าความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ (Negative automatic thought-NAT) ผู้บำบัดควรเรียนรู้ที่จะตั้งคำถามให้ผู้รับการบำบัดสามารถบอกถึงความคิดอัตโนมัติ (AT) ได้ นอกจากนี้ควรมีทักษะเพิ่มเติมต่อไปนี้

- เรียบเรียงความคิดอัตโนมัติ (AT) ให้เป็นประโยคบอกเล่า เพื่อให้สามารถนำไปประเมินได้โดยง่าย

- ถามต่อเพื่อให้ได้ความคิดอัตโนมัติ (AT) เพิ่มเติมที่อยู่ลึกลงไป

#### ความหมายของความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์

เมื่อบุคคลเจอสถานการณ์ ที่มีผลกระทบต่อตนเองจะส่งผลให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรม ที่แท้จริงแล้วสถานการณ์ไม่ได้ส่งผลโดยตรงต่ออารมณ์และพฤติกรรมแต่จะผ่าน

กระบวนการคิดของบุคคลก่อนจึงจะเกิดอารมณ์และพฤติกรรมจะเห็นได้ว่าแม้สถานการณ์ที่บุคคลพบ อาจจะเหมือนกันแต่อารมณ์และพฤติกรรมอาจจะแตกต่างกัน นั่นเป็นเพราะกระบวนการคิดที่แตกต่าง กัน ตัวสำคัญในกระบวนการคิดที่มักทำให้เกิดปัญหาและอารมณ์ของพฤติกรรมคือความคิดอัตโนมัติที่ ก่อทุกข์ ซึ่งจะนำไปสู่อารมณ์ทางลบที่เป็นผลให้ไม่สามารถควบคุมการกระทำที่เหมาะสมกับ สถานการณ์ ความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์มักเป็นความคิดที่เกิดขึ้นรวดเร็วและฉับพลันโดยไม่ผ่าน กระบวนการกลั่นกรองจนผู้คิดอาจไม่รู้ว่ากำลังคืออย่างไรอยู่ แต่มักจะเห็นผลของความคิดนั้นจาก อารมณ์ ที่เป็นปัญหา

**ขั้นตอนที่ 2** การพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ เนื่องจากความคิด อัตโนมัติที่ก่อทุกข์เป็นเพียงสมมติฐานจึงจำเป็นต้องพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ เสียก่อนว่าจริงหรือไม่จริงเพียงใดโดยต้องไม่อยู่บนการแปลความหรือการคิดเห็นแต่ต้องมีหลักฐาน หรือความจริงปรากฏชัดเจน เพื่อจะได้นำไปสู่การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ หรือการ แก้ปัญหา เช่น ฉันเป็นพ่อที่ไม่ดีแต่เมื่อชวนผู้รับการบำบัดคิดถึงความหมายของคำว่าพ่อ ที่ดี ผู้รับการ บำบัดพบว่าตนเองเป็นพ่อที่ดีหลายประการมีเพียงบางประการเท่านั้นที่ตนเองไม่สามารถทำได้ จึงทำ ให้ความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ของเขาได้รับการพิสูจน์ว่าจริงบางส่วนเท่านั้น

**ขั้นตอนที่ 3** การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ หลังจากที่มีการพิสูจน์ และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์แล้ว ผลพิสูจน์มีได้ 2 ลักษณะดังนี้คือ

ความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ไม่จริง

ความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ที่เป็นจริง

#### **วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ไม่จริง**

เมื่อความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ได้รับการพิสูจน์ว่าไม่จริง ในบางครั้งผู้รับการบำบัดอาจ ยังมีความคิดหมกมุ่นกับความคิดเดิม และไม่สามารถปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติได้ทันที ดังนั้นผู้ บำบัดจึงควรสอนเทคนิควิธีการในการบอกหรือเตือนตนเองอย่างไรเมื่อความคิดนั้นกลับมา เช่น ทักษะ การพูดกับตนเอง(Self-talk) แล้วความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์จะลดลงไปตามธรรมชาติ

#### **วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์เป็นจริงดังที่คิดไว้**

เมื่อความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ได้รับการประเมินว่าเป็นจริงในบางส่วนผู้บำบัดจะต้อง ช่วยปรับเปลี่ยนความคิดดังกล่าวและช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถแก้ปัญหาได้ ดังวิธีการต่อไปนี้

1. ตั้งคำถามเพื่อให้ผู้รับการบำบัดคิดว่าจะมีวิธีแก้ปัญหาได้อย่างไร โดยวางแผน ร่วมกันระหว่างผู้รับการบำบัดกับผู้บำบัดเพื่อเลือกวิธีการแก้ปัญหาหรือเพื่อที่จะหาทางอยู่กับปัญหาให้ ดีขึ้นกว่าเดิม

2. ถามถึงประโยชน์ของความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ดังกล่าวว่ามีประโยชน์อะไรต่อตนเองอย่างไรบ้าง
3. คิดหลายๆแบบต่อเรื่องเพียงเรื่องเดียวที่เกิดขึ้น
4. หาหลักฐานคัดค้านความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ของตนเอง
5. ให้คิดสมมติว่าถ้าคนที่เรารักมีวิถีคิดที่ก่อทุกข์แบบเรา เราจะบอกเขาว่าควรคิดอย่างไร

ทั้งนี้ความคิดอัตโนมัติที่ผ่านการพิสูจน์และประเมินแล้วสามารถปรับเปลี่ยนไปสู่ความคิดใหม่โดยดูจาก 2 แง่มุม คือ

1. ความถูกต้อง (Validity) ของความคิดนั้น ถ้าความคิดดั้งเดิมมีความบิดเบือนอยู่ (Distortion) ก็ปรับเปลี่ยนไปเป็นความคิดใหม่ที่ถูกต้อง สอดคล้องกับความเป็นจริง (Realistic)
2. ประโยชน์ (Utility) ของความคิดนั้น ความคิดเดิมอาจมีบางส่วนที่ถูกต้อง หรือแม้แต่ถูกต้องทั้งหมด แต่ก็ยึดถือความคิดนี้เอาไว้ต่อไปอาจไม่เกิดประโยชน์กับชีวิต ถือเป็น การสร้างทุกข์ต่อไป จึงควรเปลี่ยนไปมองเรื่องนี้ในมุมมองอื่นเสีย

**ขั้นตอนที่ 4 การบ้าน (Home work)** การบ้าน หมายถึง งานที่ผู้บำบัดมอบหมายให้ผู้รับการบำบัดในเรื่องดังต่อไปนี้

1. สังเกตตนเองในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่มีผลกระทบต่อตัวเขา เขา คิดอย่างไร รู้สึกอย่างไร มีความรุนแรงของความรู้สึกมากหรือน้อยเพียงใด และส่งผลต่อพฤติกรรมอย่างไร
2. สังเกตความเชื่อมโยงของสถานการณ์ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ
3. สังเกตความเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และพฤติกรรมหลังจากปรับเปลี่ยนความคิด
4. การฝึกเทคนิคต่าง ๆ เช่น เทคนิคการหายใจ เทคนิคการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ เทคนิคการจินตนาการ เป็นต้น และรายงานให้ผู้บำบัดทราบด้วยวาจา อาจเป็นการเขียนบันทึก หรือ บันทึกเสียงก็ได้
5. ทดลองและทำพฤติกรรมใหม่ (behavior experiment) เพื่อดูผลจากการกระทำพฤติกรรมใหม่นั้นการบ้านมีความสำคัญในการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้คือ

1. เป็นการฝึกอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้เห็นความเชื่อมโยงของสถานการณ์

ที่มีต่อความคิดซึ่งจะมีผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม และสรีระของตนเอง

2. ช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนมากขึ้นเรื่อย ๆ ในรูปแบบของการคิด ซึ่งจะทำให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจเหตุที่มาของปัญหาทางพฤติกรรม อารมณ์ และสรีระ และสามารถปรับแก้ปัญหาของตนเองได้

3. ช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ทดลองปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม รวมทั้งได้เห็นพฤติกรรม อารมณ์ และสรีระ ที่เปลี่ยนไปหลังจากการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมนั้น

4. ช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้เห็นผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม อย่างเป็นรูปธรรมด้วยตนเอง

5. ช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถเป็นผู้บำบัดตนเองในอนาคตได้

### การแก้ปัญหาเมื่อผู้รับการบำบัดไม่ทำการบ้าน

หากผู้รับการบำบัดไม่ทำการบ้าน ผู้บำบัดจะต้องช่วยให้ผู้รับการบำบัดทำการบ้านได้ดังนี้

1. ชี้แจงให้เห็นถึงข้อเสียของการไม่ทำการบ้าน เช่น ลืมสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่สามารถเห็นตนเองได้อย่างเป็นรูปธรรม ทำให้การบำบัดได้ผลช้าลง และผู้บำบัดไม่สามารถช่วยผู้รับการบำบัดได้อย่างเต็มที่

2. หากผู้รับการบำบัดไม่ได้ทำการบ้านมาส่ง ผู้บำบัดต้องพูดคุยเพื่อหาสาเหตุ และคิดหาวิธีการร่วมกันที่จะทำการบ้านในครั้งต่อไป และกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดเล่าให้ฟังถึงการบ้านที่ได้ทำ เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้เห็นประโยชน์ของการทำการบ้าน

3. ผู้บำบัดชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการทำการบ้านในทุก ๆ ครั้ง และชี้ให้เห็นว่าเป็นตัวช่วยให้มองเห็นความก้าวหน้าในการบำบัดรักษา

### การใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) กับภาวะซึมเศร้า

บุคคลสำคัญที่ถือเป็นผู้ให้กำเนิดการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive therapy) คือ แอรอล ที เบค (Aaron T. Beck) ซึ่งนับตั้งแต่ตำราเล่มสำคัญของท่านคือ Cognitive Therapy of Depression ได้รับการตีพิมพ์ในปี 1979 แล้ว จิตบำบัดในสาขานี้ก็ได้ถูกทดสอบและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ใน classic model of depression ตามแบบของ เบค (Beck) นั้น ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าเนื่องมาจากรูปแบบความคิดที่เรียกว่า depressive cognitive triad อันประกอบด้วยความคิดในทางลบ (negative automatic thoughts – NATs) ต่อ

ตนเอง (oneself) ได้แก่ความคิดโทษตัวเอง วิพากษ์วิจารณ์ตนเอง คิดถึงความผิดพลาดของตนเองในอดีต เช่น “ฉันเป็นคนไม่ดี” “ฉันคือคนโง่ที่ชอบทำอะไรโง่ ๆ”

โลก (the world) ได้แก่การมองโลกรอบตัวในแง่ลบ เช่น “ทำไมโลกนี้มีแต่คนใจร้าย” “ไม่มีใครห่วงใยฉันเลย”

อนาคต (the future) ได้แก่ความรู้สึกสิ้นหวัง ไร้อนาคต เช่น “มันก็คงเป็นอย่างนี้ไปเรื่อย ๆ ไม่มีวันดีขึ้นหรอก” “ไม่มีใครจะช่วยให้ ฉันรู้สึกดีขึ้นได้”

ดังนั้นเป้าหมายของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ในการรักษาโรคซึมเศร้าจึงควรประกอบด้วย

1. การช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความคิดในทางลบของตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบต่อตนเอง โลก และอนาคตเหล่านั้นให้สมดุล สอดคล้องกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น (Counteracting negative cognitive biases)

2. ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยสร้างความสุขและความพึงพอใจในความสำเร็จให้กับตนเอง (Restoring activity levels)

3. เพิ่มการเผชิญปัญหา และแก้ปัญหา (Problem-solving) (เทคนิคการใช้ CBT สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เขตตรวจราชการที่ 9 ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3 เขตตรวจราชการที่ 9. : 34-36)

#### ข้อจำกัดของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมอาจมีข้อจำกัดบางประการ ดังนี้ (Beck, 1995)

1. ผู้รับการบำบัดที่มีอาการทางจิตที่รุนแรงไม่อยู่ในโลกความเป็นจริง เช่น มีอาการหลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (hallucination) จนไม่สามารถพูดคุยด้วยเหตุด้วยผล หรือผู้ที่มีระดับความรุนแรงก่อนข้างต่ำอย่างน้อยผู้รับการบำบัดต้องสามารถทำความเข้าใจกับปัญหาของตนเองได้ หรืออาจใช้ CBT ร่วมกับการรักษาด้วยยา

2. การบำบัดความคิดและพฤติกรรม อาจไม่สามารถช่วยได้ทุกโรคโดยเฉพาะโรคจิตเวชบางโรค หรือลักษณะปัญหาที่ไม่ชัดเจน เช่น ปัญหาจากการที่ไม่มีความสุข หรือไม่สามารถเติมเต็มให้กับตนเองได้ หรือผู้ที่มีปัญหาบุคลิกภาพผิดปกติ เป็นต้น

3. ผู้รับการบำบัดต้องมีความสมัครใจ มีส่วนร่วมกับผู้บำบัดและมีความพยายามในการพิจารณาใคร่ครวญ ทำทลายความคิดของตนเอง ซึ่งอาจจะต้องเผชิญกับความยากลำบากในการใช้ความคิด และจำเป็นต้องคิด หรือทำการบ้านมาล่วงหน้า

4. ผู้รับการบำบัดต้องมีเวลาพบผู้บำบัดอย่างน้อย 8-12 ครั้ง อย่างต่อเนื่อง

จากข้อมูลดังกล่าวสรุปได้ว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีความเชื่อว่า อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และร่างกายของมนุษย์มีความสัมพันธ์กัน การเปลี่ยนแปลงที่ส่วนใดส่วนหนึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในส่วนอื่นๆตามไปด้วย ทฤษฎีนี้มองว่าความคิดที่เกิดขึ้น เป็นเพียงความ

เชื่อของบุคคลนั้นๆ ซึ่งอาจไม่ตรงกับความเป็นจริง โดยผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้านั้นเนื่องมาจากแบบแผนความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ 3 ประการ เรียกว่า depressive cognitive triad อันประกอบด้วย ความคิดในทางลบ (negative automatic thoughts – NATs) คือ ความคิดที่บุคคลมองตนเอง สิ่งแวดล้อม หรือโลก และอนาคตของตนเองในทางลบ ดังนั้นเป้าหมายของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ในการรักษาโรคซึมเศร้าจึงประกอบด้วย การช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความคิดในทางลบของตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบต่อตนเอง โลก และอนาคตเหล่านั้นให้สมดุลสอดคล้องกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น

## 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

กุลธิดา สุภาคุณ (2550: 78) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรม ความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด และการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 40 คน จับคู่ตามคุณลักษณะที่คล้ายกัน ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา คะแนนภาวะซึมเศร้าและการรักษาที่ได้รับ แล้วสุ่มแยกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ผลการวิจัยพบว่า 1. ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดน้อยกว่าก่อนที่จะได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2. ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดน้อยกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05.

พรนิภา หาญละคร และคณะ (2550: 206) ได้ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดปัญญานิยมต่อความหวังและความซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส เลือกรูปแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 16 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะไม่ปรากฏอาการ และระยะเอดส์เท่ากัน ร้อยละ 37.5 ส่วนใหญ่มีอายุช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 46.85 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ 16 สัปดาห์ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดปัญญานิยม เนื้อหาในการทำกลุ่มประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การรับประทานยาต้านไวรัส การดูแลตัวเอง และการจัดการความเครียด การฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิดไปในทางบวก การเปิดเผยผลเลือด การใส่ถุงยางอนามัย และการฝึกผ่อนคลาย รวมทั้งมีการอภิปรายกลุ่ม การสร้าง

เครือข่ายเพื่อส่งเสริมให้กำลังใจกัน การให้แรงเสริม และการวางแผนการดำเนินชีวิตต่อไป ทำกลุ่มทุก 2 สัปดาห์ ครั้งละ 60-90 นาที ทั้งหมด 8 ครั้ง ผลการวิจัย พบว่าเมื่อวัดความหวังและความซึมเศร้า ภายหลังจากการศึกษาทันที จะพบว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัด ปรากฏว่ามีคะแนนความหวังสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และคะแนนความซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อติดตามประเมินอีก 6 เดือน พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในคะแนนความหวังและความซึมเศร้าของกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัด ปรากฏ

กาญจนากร สุรินทร์ชมภู (2551: 71-72) ได้ทำการศึกษาการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 17 คน ผลการศึกษาพบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยหลังการบำบัดความคิดและในระหว่างการติดตามผลการบำบัด 1 เดือน และ 3 เดือน มีระดับลดลง การบำบัดโดยใช้การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความคิดที่ผิดปกติก่อนเกิดหรือความคิดที่บิดเบือนไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงของตนเอง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีแบบแผนความคิดไปในทางบวก เชี้นำปัญหาและปรับตัวกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น มีความยืดหยุ่นและยอมรับความเป็นจริงได้มากขึ้น มีความคิดว่าตนเองมีคุณค่า มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ ช่วยให้ความรู้สึกซึมเศร้ามลดลง

### 3. เอกสารและงานที่เกี่ยวข้องกับละครจิตบำบัด

#### 3.1 ความหมายของละครจิตบำบัด

เคอร์เร่ (Corey. 2000) กล่าวว่า ละครจิตบำบัด คือ กระบวนการกลุ่มบำบัดซึ่งผู้ป่วยได้แสดงออกมาเป็นละคร ตั้งแต่อดีต ปัจจุบัน หรือมีส่วนร่วมกับการสถานการณ์จริง และบทบาทเพื่อให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น และพัฒนาทักษะทางพฤติกรรม

มอริโน (Moreno. 1954) กล่าวว่า ละครจิตบำบัด คือกลุ่มจิตบำบัดที่ช่วยแก้ปัญหาโดยการแสดงออกนอกเหนือจากการพูดคุย เน้นการแสดงออกถึงเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ที่เป็นประสบการณ์ โดยละครจะช่วยให้สมาชิกตระหนักถึง มุมมอง และมีความรู้สึกที่แตกต่างจากสถานการณ์ก่อนหน้านี้

วารสารสถาบันสุขภาพจิต (ปีที่ 2. ฉบับที่ 3 ธ.ค. 37 : 15-21) กล่าวว่า ละครจิตบำบัด หมายถึง รูปแบบหนึ่งของกลุ่มจิตบำบัดเพื่อช่วยแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วย โดยความช่วยเหลือของผู้กำกับ (Director) ผู้ป่วยจะแสดงเหตุการณ์ หรือสัมพันธ์ภาพที่ทำให้เกิดปัญหากับเขาในบางครั้งเราอาจจะใช้ผู้คนจริง ๆ ในชีวิตของผู้ป่วยมาร่วมแสดงด้วย แต่ถ้าไม่มีเราก็ใช้ผู้ที่อยู่ในกลุ่มแสดงแทน ละครจิตบำบัดช่วยในการแก้ปัญหาต่อไปนี้ ปัญหาทางบุคลิกภาพ (Personality) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล

(Interpersonal Relationship) ปัญหาความขัดแย้ง (Conflict) ปัญหาทางอารมณ์ (Emotional Problem)

กุลนารี ณ ตะกั่วทุ่ง (2546: 1) กล่าวว่า ละครจิตบำบัด หรือ “ Psychodrama ” นั้น ประกอบด้วย 2 คำ คือ “ Psyche ” ซึ่งแปลว่าจิตใจ และ “ drama ” แปลว่า การแสดงหรือละคร ถ้ารวม 2 คำเข้าด้วยกันจะหมายถึง ละครทางจิตใจ แต่เนื่องจากละครแบบนี้นำมาใช้รักษาผู้ป่วยในทางจิตเวช จึงควรแปลเป็นไทยว่า “ละครจิตบำบัด” ละครจิตบำบัดจัดอยู่ในชนิดหนึ่งของการรักษา ซึ่งให้ความสำคัญกับการแสดงออกและการแสดงซ้ำต่อสถานการณ์และเหตุการณ์ในอดีต ปัจจุบัน อนาคต รวมทั้งเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต

จากความหมายของละครจิตบำบัดที่ได้กล่าวมาสรุปได้ว่า ละครจิตบำบัด หมายถึง เป็นรูปแบบหนึ่งของกลุ่มจิตบำบัด เพื่อช่วยแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางอารมณ์ (Emotional Problem) ปัญหาทางบุคลิกภาพ (Personality) ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relationship) และปัญหาข้อขัดแย้ง (Conflict) โดยใช้การแสดงละครเป็นการถ่ายทอดเรื่องราวจำลองเหตุการณ์ปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น โดยผู้บำบัดทำหน้าที่เป็นผู้กำกับ (Director) ในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงเรื่องราว เหตุการณ์ หรือสัมพันธภาพที่ทำให้เกิดปัญหากับเขาในชีวิตจริง

### 3.2 วัตถุประสงค์ของละครจิตบำบัด

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ (Catharsis) ในการแสดงละครแต่ละฉาก ผู้แสดงได้มีโอกาสระบายความรู้สึกนึกคิดที่ฝังใจออกมาอย่างเต็มที่ ผู้ชมก็รับรู้เหตุการณ์และสามารถถ่ายทอดอารมณ์ออกมาในกลุ่มได้เช่นเดียวกัน
2. ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาของตนเองและปัญหาของคนอื่นด้วยพร้อมกันนี้ทำให้ผู้ร่วมการแสดงหรือผู้ชมเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยที่แสดงเป็นตัวเอกหรือดาราในฉากนั้น ๆ ได้เป็นอย่างดี
3. ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรม และอารมณ์ของตนเองและของคนในกลุ่มเดียวกัน (Insight)

จากข้อมูลดังกล่าวสรุปได้ว่า ละครจิตบำบัดมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ ซึ่งในการแสดงละครแต่ละฉากนั้น ผู้แสดงได้มีโอกาสระบายความรู้สึกนึกคิดที่ฝังใจออกมาอย่างเต็มที่ ผู้ชมก็รับรู้เหตุการณ์ และสามารถถ่ายทอดอารมณ์ออกมาในกลุ่มได้เช่นเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาของตนเอง และปัญหาของคนอื่น พร้อมกันนี้ยังทำให้ผู้ร่วมการแสดงหรือผู้ชมสามารถเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยที่แสดงเป็นตัวเอก หรือดาราในฉากนั้น ๆ ได้เป็นอย่างดี ทำให้ผู้ป่วยมี



ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรม และอารมณ์ของตนเอง และของคนในกลุ่มเดียวเกิดการตระหนักรู้อย่างแท้จริงตามมา (Insight)

### 3.3 หลักการที่สำคัญของละครจิตบำบัด

1. ละครจิตบำบัดจะพิจารณาถึงการแสดงออกของผู้ป่วยขณะเล่นละครนั้นเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผู้ป่วยแสดงออกในขณะที่เล่นละคร ให้ยึดถือเป็นแนวทางในการรักษาต่อไป
2. ละครจิตบำบัดจะเน้นเรื่องของปัจจุบันเป็นสิ่งสำคัญที่สุด แต่ก็ได้นำเอาปัญหา และเหตุการณ์ในอดีตและการวางแผนชีวิตในอนาคตมาร่วมในการแสดงด้วยเพื่อให้สมบทบาทกับชีวิตจริง
3. ละครจิตบำบัด ใช้หลักการแสดงออกทางด้านพฤติกรรม ดังนั้นผู้ป่วยจึงสามารถแสดงออกทั้งท่าทางและคำพูดได้โดยอิสระเสรี
4. จัดให้มีห้องสำหรับทำกลุ่มละครจิตบำบัดขึ้น โดยมีการจัดฉากได้ตามเนื้อเรื่องของละครห้องนี้อาจจะมีเวทีหรือไม่มีก็ได้
5. ผู้กำกับการแสดง (หัวหน้ากลุ่ม) เป็นบุคลากรในทีมจิตเวช ได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลจิตเวช นักบำบัดทางจิต

จากข้อมูลดังกล่าวสรุปได้ว่า ละครจิตบำบัด ใช้หลักการแสดงออกทางด้านพฤติกรรม ทั้งท่าทาง และคำพูดได้โดยอิสระเสรี ละครจิตบำบัดจะพิจารณาถึงการแสดงออกของผู้ป่วยขณะเล่นละคร เหตุการณ์ต่างๆ โดยจะเน้นเรื่องของปัจจุบันเป็นสิ่งสำคัญที่สุด แต่ก็ได้นำเอาปัญหาและเหตุการณ์ในอดีต และการวางแผนชีวิตในอนาคตมาร่วมในการแสดงด้วยเพื่อให้สมบทบาทกับชีวิตจริง เพื่อเป็นแนวทางในการรักษาต่อไป

#### องค์ประกอบของละครจิตบำบัดตามแนวคิดของ มอริโน

มีทั้งหมด 5 องค์ประกอบ ได้แก่

1. ผู้กำกับ (Director, Facilitator) คือ ผู้รักษา (therapist) ซึ่งจะมีหน้าที่ 3 ประการในกลุ่มคือ เป็นผู้กำกับการแสดง ผู้รักษา และนักวิเคราะห์ ในฐานะผู้กำกับการแสดง (Producer) เขาจะต้องช่วยให้สมาชิกคิดและแสดงออก เล่าเรื่องราวของตนเองเพื่อนำมาสร้างเป็นละครที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของเขา โดยเป็นไปตามมติของกลุ่ม ในฐานะผู้รักษา (Therapist) เขาจะต้องใช้การเผชิญหน้ากับเจ้าของเรื่อง และสมาชิกกลุ่ม แต่การดำเนินไปของกลุ่มต้องเป็นไปตามความเห็นของกลุ่ม และในฐานะนักวิเคราะห์ (Analyst) เขาจะทำหน้าที่แปลความหมายโดยอาศัยข้อมูลภายในกลุ่ม เช่น จากผู้ร่วมแสดงเป็นพ่อ แม่ หรือสามี ของเจ้าของเรื่อง เมื่อละครเริ่มแสดง ผู้กำกับก็จะเริ่มสังเกตพิจารณาปัญหาของคนไข้ว่าเกี่ยวกับอะไร สาเหตุของปัญหาควรจะเป็นอย่างไร และปัญหานั้นทำให้เกิดผลเสียต่อชีวิตของคนไข้ในปัจจุบันอย่างไรบ้าง จากข้อวินิจฉัยที่ได้นี้ผู้กำกับก็จะมองเห็นทางที่จะเริ่มการ

รักษาคอนไซค์ด้วยละครจิตบำบัด ในขณะที่ละครดำเนินไปเรื่อยๆ นั้นคนไข้ก็ได้รับการรักษา (ด้วยการระบายอารมณ์) และผู้รักษาก็จะมองเห็นปัญหาหรือข้อขัดข้องใจ (Conflict) ของคนไข้ไปด้วย ซึ่งจะเป็นแนวทางให้ผู้รักษากำหนดฉากต่อไปได้อีกเพื่อให้คนไข้ได้รับทั้ง 3 สิ่งดังกล่าวข้างต้น คือ Insight Catharsis และ learning ให้มากที่สุด ผู้กำกับการแสดงอาจจะเดินเข้าออกบนเวทีในขณะที่ละครกำลังดำเนินอยู่ บางครั้งก็จะแสดงเป็นบุคคลใน Social Atom ของคนไข้ด้วย ทั้งนี้ก็เพื่อเป็นตัวกระตุ้นให้การแสดงได้ผลเร็วยิ่งขึ้น เมื่อละครดำเนินไปได้ดีแล้ว ผู้กำกับการแสดงก็จะถอยออกไปจากฉากนั้น

ในส่วนของคุณสมบัติของผู้นำกลุ่มนั้น เนื่องจากกลุ่มละครจิตบำบัดจัดอยู่ใน Expressive Therapy ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกโดยทันทีในบรรยากาศที่ยอมรับและเข้าใจ ไม่เรียกร้องให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงทัศนคติที่ถูกต้อง แต่ต้องการให้แสดงออกถึงทัศนคติที่แท้จริงอย่างอิสระ ผู้นำกลุ่มจึงควรมีความรู้พื้นฐานทางจิตเวชมีประสบการณ์การบำบัดรักษาทั้งแบบรายบุคคลและกลุ่ม มีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย (Psychological Mind) ซึ่งได้แก่ Sensitiveness , Awareness, Understanding และ Empathy

2. เจ้าของเรื่องหรือตัวเอก (Protagonist) หมายถึงผู้ป่วยที่เป็นเจ้าของเรื่อง เป็นตัวเอกของเรื่อง (Star) ที่นำมาแสดงเป็นละครเป็นผู้ที่เสนอตัวจากกลุ่มด้วยความต้องการจะสำรวจขอบเขตชีวิตของตนเอง และเป็นผู้นำปัญหาเข้ามาเสนอต่อกลุ่ม การแสดงละครจิตบำบัดนี้เขาสามารถจะกำหนดภาพของตนเองได้อย่างเป็นส่วนตัว

3. ผู้ร่วมแสดง (Auxiliary Egos) คือ สมาชิกกลุ่มที่มีร่วมแสดงละคร มาเป็นตัวแทนของบางคน หรือบางสิ่งจากประสบการณ์ที่ผ่านมาในชีวิตของเจ้าของเรื่อง เพื่อช่วยให้เจ้าของเรื่องได้สำรวจชีวิตส่วนตัวของตน เช่น ร่วมแสดงเป็นพ่อ แม่ พี่ น้อง และคนอื่นๆ โดย เจ้าของเรื่องหรือตัวเอกเลือกตัวแสดงเหล่านี้โดยอาศัยความคล้ายคลึงกับบุคคลในประสบการณ์ในอดีตของตน ซึ่ง Moreno เรียกลักษณะนี้ว่า TELE คล้ายกับ Transference ของ Freud นั่นเอง ตัวผู้ร่วมแสดงนี้อาจเป็นตัวแทนของบุคคลที่มีตัวตนอยู่จริง บุคคลในความฝันที่ไม่มีตัวตน สิ่งที่เป็นนามธรรม เป็นสัญลักษณ์ของความหลงผิด (Delusion) เพื่อให้เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจนสามารถนำมาแสดงเป็นละครจิตบำบัดได้

4. กลุ่ม (Group) เป็นสมาชิกกลุ่มจิตบำบัดหรือผู้ดู (Audience) อาจสนับสนุนเจ้าของเรื่องขณะที่ละครดำเนินอยู่ ด้วยการปรบมือ เคาะจังหวะ (Chorus) ซึ่งเป็นการแสดงออกด้วยภาษาท่าทางหรือคำพูดด้วยการส่งเสียงให้กำลังใจ ซึ่งผู้ชมก็เปรียบเสมือนความคิดเห็นจากสาธารณชน ขณะที่บางคนอาจจะสังเกตการณ์อยู่เฉยๆ แต่ทั้งหมดก็จะได้รับการเรียนรู้ในประสบการณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกัน ซึ่ง Moreno มีความคิดเห็นว่าการช่วยเพิ่มคุณค่าในการรักษาและสมาชิกแต่ละคนก็มีส่วนช่วยในการรักษาซึ่งกันและกัน

5. เวที (Stage) โดยทั่วไป เวทีที่ใช้แสดงจะเป็นวงกลม ไม่มีฉากบัง ยกพื้นเป็น 3 ระดับ คือ ชั้นแรกเป็นพื้น จะใช้เป็นที่นั่งพูดคุยร่วมกันของสมาชิกทั้งกลุ่ม ชั้นที่สอง ใช้สำหรับการนั่งสัมภาษณ์ ชั้นที่สาม ใช้สำหรับการแสดง คนไข้จะค่อยๆ ก้าวขึ้นไปแต่ละชั้นตามลำดับ เมื่อถึงระดับสูงสุด คนไข้ก็จะเตรียมตัว (Warm Up) เรียบร้อยและเข้าสู่การแสดง (Action) อย่างแท้จริง เกือบจะเป็นตัวของตัวเองเต็มที่ ไม่ได้สนใจกับผู้ชมรอบๆ อีกต่อไป เมื่อละครจบลง คนไข้ก็จะค่อยๆ กลับลงจากเวทีทีละชั้น และกลับเข้าสู่โลกแห่งความจริงอีกครั้งหนึ่ง โรงละครที่มอริโนสร้างขึ้นนี้ยังมีระเบียงยื่นออกมาจากชั้นบนด้วย เพื่อช่วยในการแสดงบทของตัวละครที่สำคัญและบทของยักษ์ ปีศาจ หรือ วิญญาณต่างๆ พร้อมทั้งมีไฟสปอตไลท์สีต่างๆ ช่วยให้เห็น เพื่อเพิ่มน้ำหนักให้กับการแสดงลักษณะอารมณ์แบบต่างๆ ด้วย

เวทีแบบนี้เป็นแบบอย่างเวทีที่สมบูรณ์ที่สุดของละครจิตบำบัด แต่ถ้าไม่มีพร้อมขนาดนี้ พื้นที่กว้างๆ ธรรมดา ก็พอจะใช้แทนที่ได้ ซึ่งการจัดเวทีนี้ บางครั้งต้องดัดแปลงให้เป็นไปตามสถานที่ที่เกิดเหตุ เช่น ภายในห้องเรียน ที่บ้าน หรือสนามรบ ฯลฯ ในการปฏิบัติจริงๆ สถานที่ควรจะประยุกต์ตามความเหมาะสม มีความปลอดภัย มีพื้นที่มากพอที่จะให้แสดงฉากต่างๆ ได้

อริสโตเติล เป็นคนแรกที่ทำให้เห็นว่า การได้ดูเรื่องราวเกี่ยวกับปัญหาทางอารมณ์บนเวทีการแสดงจะเป็นผลดีต่อผู้ชม โดยผู้ชมจะได้ระบายอารมณ์ (Catharsis) ที่รุนแรงและไม่ปรารถนาออกไปได้

ต่อมาในภายหลังนักกลุ่มบำบัดเห็นว่าเพื่อประโยชน์ในการรักษาโดยใช้ละครจิตบำบัด จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มเพิ่มเข้ามาเป็นองค์ประกอบที่ 6 โดยมีบทบาทดังนี้

6. ผู้ช่วยผู้กำกับ (Co-Director) หรือ ผู้ช่วยผู้รักษา (Co-Therapist) จะต้องทำหน้าที่ทั้ง 2 ด้านคือบางครั้งก็แสดงทางบทบาทของผู้กำกับการแสดง บางครั้งก็อยู่ทางฝ่ายของคนไข้ ซึ่งอาจแสดงเป็นบุคคลต่างๆ ในชีวิตหรือในจินตนาการของคนไข้ หรือแสดงเป็นตัวคนไข้เองอีกคนหนึ่งก็ได้ เรียกว่า Double ซึ่งจะยืนอยู่ข้างหลังคนไข้แสดงท่าทางและคำพูดโดยใช้สรรพนามเดียวกับคนไข้เพื่อช่วยให้คนไข้แสดงความคิด ความรู้สึกออกมาได้ดีขึ้น นอกจากนี้ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มยังมีหน้าที่คอยสังเกตพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มและจดบันทึกการดำเนินกลุ่มทุกขั้นตอน รวมถึงร่วมประเมินผลการทำกลุ่มในช่วงท้ายด้วย การที่ผู้ช่วยจะมีบทบาทมากแค่ไหนนั้น ก็ขึ้นอยู่กับความรู้ ความชำนาญของตัวผู้ช่วยเอง ซึ่งตามปกติผู้ช่วยจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการทำกลุ่มจิตบำบัดมาพอสมควร

จากข้อมูลดังกล่าวสรุปได้ว่า องค์ประกอบของละครจิตบำบัดตามแนวคิดของมอริโนนั้น จะต้องประกอบไปด้วยผู้กำกับ คือ ผู้รักษา (Therapist) ซึ่งจะมีหน้าที่ 3 ประการในกลุ่มคือ เป็นผู้กำกับการแสดง ผู้รักษา และนักวิเคราะห์ เจ้าของเรื่องหรือตัวเอก (Protagonist) หมายถึงผู้ป่วยที่เป็นเจ้าของเรื่อง เป็นตัวเอกของเรื่องที่น่ามาแสดงเป็นละคร ผู้ร่วมแสดง (Auxiliary egos) คือ สมาชิกกลุ่ม

ที่มาร่วมแสดงละคร มาเป็นตัวแทนของบางคน เวที (Stage) นั้นอาจเป็นพื้นที่กว้างๆ ธรรมดาบาง ซึ่งบางครั้งต้องดัดแปลงให้เป็นไปตามสถานที่ที่เกิดเหตุ เช่น ภายในห้องเรียน ที่บ้าน ผู้ช่วยผู้กำกับ (Co-Director) หรือ ผู้ช่วยผู้รักษา (Co-therapist) จะต้องทำหน้าที่ทั้ง 2 ด้านคือบางครั้งก็แสดงบทบาทของ ผู้กำกับการแสดง และบางครั้งก็อยู่ทางฝ่ายของคนไข้

### กระบวนการ และช่วงเวลาในการทำละครจิตบำบัด

ละครจิตบำบัดจัดเป็นกลุ่มจิตบำบัดที่มีความไวในการกระตุ้นความรู้สึกของผู้ป่วย (Sensitive) จึงไม่ควรใช้กับบุคคลที่เคยผ่านเหตุการณ์ร้ายแรงที่มีผลกระทบต่อจิตใจอย่างรุนแรงเพราะ การนำเอาเรื่องที่สร้างความสะเทือนใจมาแสดงจะทำให้เจ้าของเรื่องเกิดความสะเทือนใจมากยิ่งขึ้น ฉะนั้นวิธีการที่ดีที่สุด คือ ก่อนจะนำเรื่องราวของสมาชิกคนใดมาแสดงเป็นละคร ควรจะมีการ สัมภาษณ์หรืออภิปรายร่วมกันเพื่อดัดแปลงรูปแบบของปัญหาที่ได้จากการพูดคุยไปเป็นการกระทำ หรือการแสดง ซึ่งส่วนใหญ่จะแบ่งได้เป็น 3 ส่วน ได้แก่

#### 1. ระยะเวลาอุ่นเครื่อง หรือช่วงก่อนการแสดง (Warm-up หรือ Preaction Phase)

การอุ่นเครื่องมีจุดประสงค์เพื่อการสร้างความรู้สึกไว้วางใจ ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย เกิดความสัมพันธ์ที่ดีและรู้สึกว่าตนมีส่วนร่วมภายในกลุ่ม จึงช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเสนอตัวออกมาเป็น เจ้าของเรื่องหรือตัวเอก (Protagonist) ได้ง่ายขึ้น และยังช่วยลดภาวะการไม่รู้ตัว (Consciousness) ของตนเองเพื่อนำไปสู่การแสดง สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาความคิดสร้างสรรค์และการแสดงออกตาม ธรรมชาติจึงก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวเอง นอกจากนี้ยังเป็นโอกาสที่ผู้นำกลุ่มจะได้เข้าใจถึง ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มอีกด้วย กิจกรรมในช่วงนี้อาจเป็นเกมส์ง่ายๆ หรือการแสดงออกโดยใช้ คำพูดหรือท่าทาง ซึ่งอาจจะมีการวางแผนมาก่อนล่วงหน้าหรือเกิดขึ้นทันทีขณะนั้นก็ได้ ผู้นำกลุ่มบาง คนใช้วิธีการสอบถามความรู้สึกกับสมาชิกในขณะนั้น (Check-in) หรือกำหนดชัดเจนว่าจะสอบถาม เกี่ยวกับเรื่องอะไร ระยะเวลาอุ่นเครื่องนี้ไม่มีการกำหนดเวลาที่แน่นอน ระยะเวลาจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ ความพร้อมของเจ้าของเรื่อง หน้าที่ผู้กำกับ คือเป็นผู้สัมภาษณ์สมาชิกกลุ่มในเรื่องต่างๆไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการรวมกลุ่มใหม่ๆ ผู้กำกับต้องพยายามดึงให้สมาชิกเข้ามามีส่วนร่วมกับกลุ่ม เช่น การ ถามสมาชิกคนใดคนหนึ่งในกลุ่มว่าเขารู้จักใครบ้างในกลุ่ม ให้บอกชื่อสมาชิกที่รู้จัก หรือเขารู้จักสมาชิก แต่ละคนมากน้อยแค่ไหน ในกรณีที่สมาชิกไม่รู้จักกัน ผู้กำกับอาจเลือกสมาชิกขึ้นมาหนึ่งคน แล้วให้ เขามองไปรอบๆ กลุ่มว่าสมาชิกคนใดน่าสนใจ มีเสน่ห์ดึงดูดใจ ฯลฯ เมื่อเลือกได้แล้ว ผู้กำกับอาจถาม เขาด้วยคำถามง่ายๆ น้ำเสียงสบายๆ ว่า ทำไมเขาจึงเลือกคนๆนั้น หรืออื่นๆ เป็นต้น

ช่วงต่อมา คือ ช่วงสัมภาษณ์ ในช่วงนี้ผู้กำกับอาจต้องใช้ Personal Contact เช่น การ ตบหลัง ตบไหล่ การจัดที่นั่งโดยให้นั่งกลางระหว่างสมาชิกคนอื่นๆ เพื่อช่วยลดความกลัวต่อการ สัมภาษณ์ของสมาชิกบางคน เมื่อสมาชิกมีความมั่นใจแล้ว จึงเริ่มสัมภาษณ์และอภิปรายถึงปัญหา

ต่าง ๆ เช่น ประวัติส่วนตัว การทำงาน การเรียน เป็นต้น เพื่อจะรวบรวมนำมาแสดงเป็นละคร ในช่วงสัมภาษณ์ ผู้กำกับจะต้องทำให้ปัญหาต่างๆไป ที่ได้จากการบอกเล่าของเจ้าของเรื่องเปลี่ยนเป็นเรื่องที่เหมาะสม ผู้กำกับจะต้องทำให้ปัญหานั้น หรือชัดเจนขึ้น โดยการสัมภาษณ์หรืออภิปรายร่วมกันในหมู่สมาชิก เช่น ถามว่า “เรื่องเกิดขึ้นเมื่อไหร่” “มีใครอยู่ร่วมในเหตุการณ์บ้าง” “ความถี่ของการเกิดเรื่องชนิดนี้” “เหตุการณ์ครั้งล่าสุดเกิดที่ไหน” เป็นต้น เมื่อได้โครงเรื่องที่ชัดเจนแล้วผู้กำกับก็จะเสนอแนะกลุ่มด้วยคำพูดเหล่านี้ เช่น ลองมาแสดงดูกันเถอะว่า “เรื่องราวเกิดขึ้นอย่างไร” “เราจะหาสมาชิกบางคนมาเป็นผู้ร่วมแสดงกับคุณ” (แสดงเป็นแม่ ภรรยา สามี บุตร ฯลฯ) ในการเลือกผู้ร่วมแสดงอาจใช้บุคคลากรวิชาชีพหรืออาสาสมัครที่มาสังเกตกลุ่มเป็นผู้ร่วมแสดงด้วยก็ได้ โดยผู้ร่วมแสดงทุกคนจะได้รับคำชี้แจงจากผู้กำกับหรือเจ้าของเรื่อง ให้แสดงบทบาทตามโครงเรื่องที่กำหนดไว้

### การคัดเลือกเรื่องที่จะแสดง

ผู้นำกลุ่มจะให้ผู้ป่วยในกลุ่มเล่าเหตุการณ์ประทับใจ ปัญหาต่างๆ ภายในครอบครัว ผู้ป่วยการทำงานของผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย เช่น ปัญหาด้านการเรียน ด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น ฯลฯ ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มจะทำการจดบันทึกเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผู้ป่วยในกลุ่มเล่าเรื่อง ในการทำกลุ่มแต่ละครั้งจะถามเหตุการณ์ประทับใจ เสียใจ ฯลฯ ประมาณ 3-4 คน และผู้ช่วยผู้นำกลุ่มจะสรุปเรื่อง เพื่อให้สมาชิกได้ลงคะแนนเสียงว่าควรจะนำเรื่องของผู้ป่วยรายใดมาแสดงโดยอาศัยเสียงส่วนรวมมากเป็นหลักเกณฑ์ ในบางกรณีผู้นำกลุ่มอาจพิจารณาเองว่าเรื่องของผู้ใดควรจะนำมาแสดงในการประชุมกลุ่ม ทั้งนี้โดยพิจารณาว่า ผู้ป่วยรายนั้นเป็นผู้ป่วยใหม่ หรือมีเรื่องที่น่าสนใจผิดไปจากผู้ป่วยรายอื่น

### 2. ช่วงการแสดง (Action phase หรือ Enactment)

ก่อนเริ่มการแสดง ผู้นำกลุ่มควรย้ำให้ผู้แสดงทุกคนแสดงให้เต็มความสามารถ โดยให้จำลองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง ให้ใกล้เคียงที่สุดแล้วให้เริ่มแสดง ฉากในการแสดงถูกกำหนดขึ้นโดยที่ผู้นำกลุ่มและเจ้าของเรื่องหรือตัวเอก (Protagonist) จะต่อรองกันก่อน โดยไม่มี Script แต่จะเกิดขึ้นตามธรรมชาติ และจะให้ความสนใจกับ Process ที่เกิดขึ้นในการแสดงมากกว่า Content ระยะเวลาที่ใช้แสดงนี้ขึ้นอยู่กับว่าผู้นำกลุ่มจะให้เวลาแก่เจ้าของเรื่องนั้นๆ มากน้อยเพียงใดในการจัดการกับปัญหาของเขา อาจใช้เวลา 4-5 นาที หรือมากกว่านี้ก็ได้ ซึ่งเจ้าของเรื่องอาจจบการแสดงของตนลงเมื่อไรก็ได้ ในขณะที่ผู้ร่วมแสดงคนอื่นๆ จะคงบทของตนไว้และแสดงต่อไปจนจบ ระหว่างดำเนินการแสดง ผู้นำกลุ่มจะต้องสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยเจ้าของเรื่อง และผู้ร่วมแสดงทุกคนโดยละเอียด เพื่อนำไปวางแผนการรักษาพยาบาลต่อไป หลังจากจบจากการแสดงในแต่ละฉาก ควรปรบมือให้เกียรติและให้กำลังใจแก่ผู้แสดงทุกคน

### 3. ช่วงแสดงความคิดเห็น (Sharing and Discussion Phase หรือ Integration)

หลังการแสดงสิ้นสุดลงแล้ว จะเป็นช่วงแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เป็นการดึงเจ้าของเรื่องหรือตัวเอก (Protagonist) และ Auxiliary Egos กลับมาสู่ปัจจุบันอีกครั้งหนึ่ง (ทำ Derole ให้ออกจากบทบาทเพื่อป้องกันการเกิด Transference Feeling เช่น ตอนนี้อย่างคงคิดว่าตนเองเป็น.....อยู่หรือไม่) การอภิปรายในช่วงนี้จะใช้เวลาประมาณครึ่งชั่วโมง เป็นช่วงที่เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นต่อเจ้าของเรื่องในเรื่องที่นำมาแสดง การแสดงความคิดเห็นต้องเป็นไปภายใต้บรรยากาศของการให้ความสนับสนุน มีการอภิปรายอย่างทั่วถึงภายใต้การดูแลของผู้นำกลุ่ม เพื่อป้องกันไม่ให้สมาชิกวิเคราะห์หรือใช้การเผชิญหน้ากับเจ้าของเรื่อง เพราะในช่วงนี้จัดเป็นช่วงที่สำคัญที่สุดของละครจิตบำบัดที่ต้องการให้เจ้าของเรื่องได้รับการสนับสนุนและความมั่นใจจากการแลกเปลี่ยนกับกลุ่ม

ผู้นำกลุ่มต้องถามความรู้สึกของเจ้าของเรื่อง รวมทั้งผู้แสดงและผู้ดูทุกคน โดยให้แสดงความคิดเห็นและคำแนะนำต่างๆ แก่เจ้าของเรื่องได้ตามความพอใจ ขั้นตอนนี้จะทำให้สมาชิกทุกคนได้แสดงความรู้สึกต่างๆ ร่วมกันในรูปแบบของการปลอบใจซึ่งกันและกัน เช่น ถ้าเป็นเรื่องเศร้าสมาชิกทุกคนจะมีอารมณ์เศร้าร่วมไปด้วย และจะแสดงออกซึ่งความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน อาจให้คำแนะนำปลอบโยน หรือให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อเจ้าของเรื่อง ซึ่งสามารถนำไปปรับปรุงแก้ไข เพื่อนำไปสู่การดำเนินชีวิตที่ถูกต้องในโอกาสต่อไป ขั้นตอนนี้จะทำให้ผู้ป่วยที่เป็นเจ้าของเรื่องได้หันกลับไปมองตัวเองตามสภาพความเป็นจริง ตามที่เพื่อนๆ สมาชิกในกลุ่มแนะนำและจะทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในตนเองมากยิ่งขึ้น (Insight) สำหรับผู้ป่วยอื่นๆ ที่ร่วมแสดงด้วยหรือเป็นผู้ดูรอบนอกก็จะได้เปรียบเทียบเรื่องของตัวเองกับตัวเองมากขึ้นและสามารถนำเอาคำแนะนำต่างๆ ที่เพื่อนๆ รวมทั้งผู้รักษา (ผู้กำกับ) ให้ไปใช้กับตัวเองได้อีกด้วย

ในการถามความคิดเห็นนี้ ผู้ป่วยบางรายอาจจะไม่แสดงความคิดเห็นเลย ผู้นำกลุ่มจะต้องมีเทคนิคในการถาม เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยตอบ เช่น อาจถามว่า “ถ้าเรื่องเช่นนี้เกิดขึ้นกับคุณคุณจะทำอย่างไร” เป็นต้น เมื่อสมาชิกได้แสดงความคิดเห็นต่างๆ ครบทุกคนแล้ว ผู้กำกับกล่าวสรุปข้อเสนอแนะที่ได้ทั้งหมดให้สมาชิกฟัง เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้หรืออาจให้ผู้ป่วยที่เป็นเจ้าของเรื่องสรุปข้อแนะนำที่ได้รับก็ได้ ผู้นำกลุ่มกล่าวขอบคุณสมาชิกทุกคนที่ให้ความร่วมมือ และกล่าวให้กำลังใจแก่ผู้ที่ไม่ได้รับเลือกให้แสดงในครั้งนี้น่า สามารถนำมาเล่าได้อีกและอาจได้รับเลือกในคราวหน้า พร้อมทั้งนัดวัน เวลาในการประชุมครั้งต่อไป แล้วเลิกประชุม

## เทคนิคของละครจิตบำบัด (Psychodramatic Techniques)

### เทคนิคของละครจิตบำบัด มอริโน (Moreno J. L.1958 : 86-132)

#### 1. เทคนิคการสื่อสารโดยไม่ใช้ภาษา (Sculpting)

ในการฝึกนี้ สมาชิกของกลุ่มใช้วิธีการสื่อสารโดยไม่ใช้ภาษา จัดการกับสิ่งอื่นๆ ในกลุ่มจนกระทั่งการแสดงออกนั้นมีความสำคัญอย่างเห็นได้ชัดต่อบุคคล เช่น สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ห่างเหิน เช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาความสัมพันธ์กับบิดา ก็จะมีลักษณะท่าทางที่แสดงถึงความห่างเหิน เช่น ยืนกอดอก หรือ เว้นระยะห่างในการยืน เทคนิคนี้นำมาใช้เพื่อให้ผู้ชมได้เห็นชัดเจนมากขึ้น

#### 2. เทคนิคการพูดกับตนเอง (Soliloquy)

เทคนิคนี้ใช้กับผู้แสดงนำ โดยให้ผู้แสดงนำพูดรำพึงรำพันคนเดียวถึงเรื่องของตนเองนั้นจึงเป็นการแสดงความคับข้องใจหรือความคิดเห็นออกมา เช่น มีชายคนหนึ่งกำลังขับรถกลับบ้านจากที่ทำงานคนเดียว อาจจะพูดถึงความคิดที่มันอยู่ในใจของเขาที่สุดจะอดทนว่า “ฉันรู้สึกว่าคุณชีวิตของฉันมันไม่ยุติธรรมเลย” ความผูกผันบนพฤติกรรมนี้คือ The therapeutic soliloquy techniques เป็นการตอบสนองที่เป็นส่วนตัวถึงเหตุการณ์ในชีวิตของผู้แสดงนำโดยการพูดและการแสดงออก ซึ่งมีการใช้บ่อยในผู้แสดงอื่นๆ ด้วย

#### 3. เทคนิคแสดงคนเดียวทั้งหมด The Monodrama (Autodrama)

เทคนิคนี้ผู้แสดงนำจะเล่นเองทั้งหมดในส่วนของการเล่น ไม่มีผู้ร่วมแสดงมาเกี่ยวข้อง ใช้กับการทำจิตบำบัดรายบุคคล ผู้แสดงนำอาจจะนั่งเก้าอี้ หรือพูดถึงความแตกต่างของชีวิตตัวเอง (Role Reversal) ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยมีความคิดที่จะแต่งงานในอนาคตอันใกล้นี้และได้มีการสนทนาระหว่างความคิดเห็นของผู้อื่นโดยการจัดเรียงเก้าอี้ที่แตกต่างกัน

#### 4. เทคนิคสองเท่า (The Double and Multiple Double)

เป็นเทคนิคที่สำคัญมากในละครจิตบำบัด ใช้เมื่อผู้แสดงนำไม่ค่อยแสดงความรู้สึกออกมาในการแสดงบทบาทของตัวผู้แสดงนำอีกทีหนึ่ง ผู้แสดงที่แสดงเป็นตัว Double จะต้องใช้สรรพนามเดียวกับผู้แสดงนำ ซึ่งจะช่วยให้ผู้แสดงนำได้แสดงความรู้สึกที่แท้จริงภายในออกมา ตัวอย่างเช่น โดยปกติเราจะเก็บความรู้สึกต่างๆ ไว้ในใจ บางครั้งเราถูกผู้ใหญ่ว่ากล่าวในเรื่องต่าง ๆ เราไม่เห็นด้วยและอยากที่จะพูดโต้ตอบแต่ทำไม่ได้ ถ้าขณะนั้นมีผู้มาพูดถึงความรู้สึกของเราอย่างที่เราอยากจะทำก็เปรียบเสมือนตัว Double ที่ทำให้เราเกิดความรู้สึกเกี่ยวกับเรื่องนี้มากขึ้น ส่วน Multiple Double เป็นสถานการณ์ที่มีผู้แสดงเป็นตัว Double สองหรือมากกว่า แสดงรูปการที่แตกต่างของบุคลิกภาพของผู้แสดงนำ ตัว Double อาจจะพูดบิดเบือนไปจากความรู้สึกของผู้แสดงนำ แต่ความคิดต่างๆ ที่ได้มา ผู้

แสดงนำจะได้ประโยชน์มากกว่าความคิดหรือความรู้สึกของตนเอง ตัว double ก็สามารรถเน้นหรือขยายข้อความของผู้แสดงนำในหลายๆ ทาง

#### 5. เทคนิคการสลับบทบาท (Role Reversal)

เทคนิคนี้ ผู้แสดงนำจะสลับบทบาทกับผู้แสดงคนอื่นและเล่นในส่วนของบุคคลนั้น เช่น ผู้ป่วยกำลังแสดงเป็นลูกอยู่ และมีผู้ร่วมแสดงกำลังแสดงเป็นแม่ของผู้ป่วย ผู้นำกลุ่มจะให้มีการสลับบทบาทของทั้งคู่ คือ ผู้ป่วยมาแสดงเป็นแม่และผู้ร่วมแสดงมาแสดงเป็นลูกแทน ในช่วงของการใช้เทคนิคนี้จะเป็นตัวสนับสนุนให้แสดงข้อขัดแย้งที่มากที่สุดออกมา และจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงข้อขัดแย้งได้มากขึ้น เทคนิค Role Reversal เป็นแกนในส่วนของการทำงานละครจิตบำบัด และมีความสำคัญมากในเทคนิคการแสดงซึ่งจะอยู่ในช่วง Action Phase

#### 6. เทคนิคการหยุดฉาก (Role Training)

เทคนิคนี้ เป็นการหยุดฉากตรงนั้นไว้ แล้วถามคนที่อยู่ในกลุ่มที่นั่งดูอยู่ว่า ถ้าเขาเป็นผู้แสดงจะรู้สึกอย่างไร และจะทำอย่างไร วิธีการนี้เป็น Self Evaluated คือการประเมินตัวเองจากสายตาคนนอก

#### 7. เทคนิคกระจก (Mirror)

เทคนิคนี้ ผู้แสดงนำจะต้องเป็นผู้ดูอยู่ข้างนอก ขณะที่ผู้ร่วมแสดงจะแสดงเป็นตัวของผู้แสดงนำและทำเหมือนกับที่ผู้แสดงนำทำทุกอย่างให้ผู้แสดงดู ทั้งท่าทาง คำพูด เทคนิคนี้จะใช้ในช่วงการแสดง (Action Phase) ของละครจิตบำบัด จะช่วยให้ผู้แสดงนำได้เห็นตนเองได้อย่างถูกต้องมากกว่า

#### 8. เทคนิคการแสดงความรู้สึกผ่านเก้าอี้ (Empty Chair)

เทคนิคนี้เป็นการให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ ความรู้สึกออกมา โดยการจัดให้ผู้ปวยนั่งอยู่ที่เก้าอี้และมีเก้าอี้อีกตัวตั้งอยู่ข้างๆ และให้ผู้ปวยจินตนาการว่ามีคนที่ผู้ป่วยต้องการจะพูดด้วยนั่งอยู่ที่เก้าอี้ที่นั่ง

#### 9. เทคนิคการนำอาการแสดงออกให้เป็นรูปธรรม (Physicalization)

เทคนิคนี้ คือการนำเอาอาการต่างๆ ที่แสดงในตัวผู้ป่วยออกมาแสดงให้เห็นเป็นรูปธรรมมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยรู้สึกปวดหัวจัดๆ ผู้ป่วยก็จะต้องแสดงท่าทางว่าปวดหัวจัดๆ มันเป็นอย่างไร

#### 10. เทคนิคการอุ่นเครื่อง (Warm Up Exercises)

เป็นเทคนิคกว้างๆที่สามารถใช้เพื่อการพัฒนาความสัมพันธ์ภายในกลุ่มละครจิตบำบัด เป็นการอุ่นเครื่องก่อนที่จะเข้าร่วมละครจิตบำบัดของสมาชิกในกลุ่ม เป็นการเล่นเกมส์หรือใช้หรือสร้างความคุ้นเคยในกลุ่ม ซึ่งจะนำไปสู่การเปิดใจ เทคนิคอื่นก็ได้เพื่อนำไปสู่การเปิดใจ



### 11. เทคนิคเกินจริง (Surplus Reality)

เทคนิคนี้เป็นการแสดงฉากที่แสดงถึงความหวัง ความกลัว และ Unfinished Psychological Business ซึ่งอาจเป็นประสบการณ์ที่มากกว่าในความเป็นจริง เช่น กลับไปเป็นเด็กอีกครั้ง หรือไปอยู่ในอนาคตอีก 10 ปีข้างหน้า

### 12. เทคนิคการแสดงซ้ำ (Replay)

เทคนิคนี้เป็นการแสดงซ้ำถึงเหตุการณ์เดิมที่มีการเปลี่ยนแปลงใหม่แล้วอีกครั้งหนึ่ง เพื่อให้ Protagonist ได้มีประสบการณ์ในการระบายออกมากขึ้น เป็นฉากที่จบลงอย่างมีความสุขมีแผนการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าเดิม และลดปฏิกิริยาโต้ตอบที่รุนแรงต่อสถานการณ์เดิมให้น้อยลง

### 13. เทคนิคการสร้างตัวตน (Ego Building)

เทคนิคนี้จะบอกถึงความซื่อสัตย์ของตัวเอง โดยกลุ่มจะสังเกตอย่างเงียบๆ กลุ่มจะสังเกตเห็นวิธีการการพูด การแสดงของตัวเองและสะท้อนให้ตัวละครรับฟัง โดยภาพรวมจะนำเสนอให้เห็นถึงพฤติกรรมที่เหมาะสม และเป็นไปในทางบวกเท่านั้น

### 14. เทคนิคแห่งความสำเร็จ (Act completion)

เป็นเทคนิคนำประสบการณ์ทางอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยที่ผ่านมาที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ โดยผู้บำบัดจะช่วยเติมเต็มถึงพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น ประสบการณ์ที่เลวร้ายในวัยเด็ก สมาชิกของกลุ่มที่ทำหน้าที่เป็นผู้ปกครองจะนำเสนอบทบาทที่สมบูรณ์ของครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเยียวยา

### 15. ความต้องการที่ปรารถนา (Act hunger)

เป็นเทคนิคที่นำเสนอความต้องการภายใน ทั้งในระดับจิตสำนึก และระดับจิตใต้สำนึก เพื่อสัมผัสกับอารมณ์ในขณะนั้น ตัวอย่างเช่น ความจำเป็นที่ต้องการได้รับชัยชนะทำให้ต้องสมมติบทบาทเป็นอัศวิน

### 16. กระบวนการทดแทนความรู้สึกโดยใช้อวัยวะร่างกาย (Body Shame Process)

การกำหนดบทบาทโดยใช้ส่วนของร่างกาย เทคนิคนี้จะตั้งชื่อส่วนต่างๆของร่างกายที่ทำให้เกิดความละอายโดยสนับสนุนให้ตัวละครกลับไปยังความละอายเดิม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญหน้ากับความละอายในอดีต

### 17. การเป็นพี่เลี้ยง (Coaching)

เป็นเทคนิคที่ผู้บำบัดแนะนำผู้ป่วยให้แสดงให้สมบทบาท เช่น การแสดงออกทางร่างกาย หรือการใช้น้ำเสียง

### 18. การนำเสนอความฝัน (Dream presentation)

เทคนิคนี้เป็นกระบวนการที่ทำให้ความฝันชัดเจน เป็นการนำเสนอความฝันที่ไม่สำเร็จให้เติมเต็มให้สมบูรณ์ โดยผ่านการแสดงบทบาท

### 19. เทคนิคการจัดการกับความเศร้าโศก (Grief Work)

เทคนิคนี้จะนำเสนอให้เห็นของความเศร้าโศกที่มีการเสียชีวิตโดยให้ระบุถึงสิ่งที่จะเป็นตัวแทนของสิ่งที่สูญเสีย โดยผู้แสดงจะสามารถสัมผัสถึงสิ่งนั้นด้วยมือ และทำให้เกิดพลังเกิดความมั่นใจในการจัดการกับความรู้สึกสูญเสีย

### ปัจจัยบำบัด (Curative factors)

ปัจจัยบำบัด ประกอบไปด้วย

1. การมีความหวัง (Instillation of Hope) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกที่เคยท้อแท้หมดหวังในชีวิตเกิดความหวังขึ้นมาใหม่ได้ว่า อาจจะมีชีวิตดีขึ้น ทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้เมื่อได้เห็นสมาชิกคนอื่นในกลุ่มมีการพัฒนาขึ้นในทางที่ดี

2. การมีความเป็นสากล (Universality) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้ตระหนักว่า คนทุกคนมีปัญหาเหมือนกันหมด ตนเองไม่ได้แตกต่างจากคนอื่น เป็นเรื่องธรรมดา ความรู้สึกที่ว่าตนเองมีความทุกข์อยู่คนเดียวก็จะลดลงและเกิดความรู้สึกใหม่ว่าเขาไม่ได้อยู่คนเดียวในโลกนี้ เขายังมีเพื่อนที่มีความทุกข์และมีปัญหาเช่นเดียวกัน

3. การผูกพันจิตใจต่อกัน (Group Cohesiveness) การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอจะทำให้สมาชิกรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีความเป็นเจ้าของกลุ่มร่วมกัน กล่าวที่จะยอมเปิดเผยตนเอง มีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันกัน ทำให้ความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างลดลง เกิดเป็นความผูกพันภายในกลุ่ม

4. การได้ระบายออก (Catharsis) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้พูดระบายออกทั้งสิ่งที่ดีและไม่ดี รวมถึงความคับข้องใจและความวิตกกังวลต่าง ๆ ให้กับสมาชิกกลุ่มได้รับฟัง ซึ่งถ้ากลุ่มมีความผูกพันทางจิตใจสูง สมาชิกก็จะพูดระบายออกและเปิดเผยตนเองสูงตามไปด้วย การได้ระบายออกนี้จะช่วยให้สมาชิกมีความสบายใจ มองดูโลกด้วยใจที่เป็นกลาง ทำให้เข้าใจชีวิต และส่งผลให้มีพัฒนาการด้านจิตใจและอารมณ์ในทางที่ดีและมีแนวทางในการแก้ปัญหาชีวิตได้

5. การได้ชี้แนะแนวทาง (Guidance หรือ Educational หรือ Imparting of Information) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีโอกาสได้รับคำแนะนำจากผู้นำกลุ่มและเพื่อนสมาชิกในการกระทำบางสิ่งบางอย่าง และการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

6. การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism หรือ Unselfish Giving) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ได้มีโอกาสให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกคนอื่น ๆ มี

ความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือผู้อื่นและเห็นความสำคัญของคนอื่นมากกว่าตนเอง ทำให้สมาชิกมองเห็นคุณค่าของตนเอง

7. การได้สะท้อนถึงภาพในครอบครัว (Family Reenactment) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้เรียนรู้และเข้าใจวิธีตอบสนองในหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะด้านครอบครัว ซึ่งมีผู้นำกลุ่มเป็นหัวหน้าครอบครัว และสมาชิกคนอื่น ๆ เป็นเสมือนญาติพี่น้อง การได้อยู่ในกลุ่มที่มีสภาพคล้ายครอบครัว จะช่วยให้สมาชิกได้ขจัดบางสิ่งบางอย่างออกไป ทำให้เข้าใจประสบการณ์การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวที่ผ่านมา

8. การปรับปรุงมนุษย์สัมพันธ์ เป็นการเรียนรู้ทักษะทางสังคม (Development of Socializing Techniques) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ เพิ่มขึ้น และนำไปปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น ช่วยให้ได้เรียนรู้การอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลอื่น มีความเชื่อใจไว้วางใจบุคคลอื่น

9. การเลียนแบบ (Imitative Behavior) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้ลอกเลียนแบบพฤติกรรมของคนอื่นที่ตนเองพอใจ ทั้งจากผู้นำกลุ่มและสมาชิก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

10. การเรียนรู้มนุษย์สัมพันธ์ (Interpersonal Learning) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้รู้ว่าตนเองพูดและแสดงความคิดเห็นอะไรกับกลุ่ม รู้ว่าผู้อื่นคิดอย่างไรต่อตนเอง และการสะท้อนกลับของกลุ่มทำให้ตนเองรู้สึกอย่างไร ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกได้เรียนรู้ว่าเขาเป็นอย่างไร เป็นการเรียนรู้จากสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

11. การได้เรียนรู้ถึงความจริงของชีวิต (Interpersonal Learning) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้เข้าใจธรรมชาติของชีวิต ว่าบางครั้งก็สมหวัง บางครั้งก็ผิดหวัง ทุกสิ่งมีการเปลี่ยนแปลงมีการแยกจากกัน ซึ่งจะทำให้สมาชิกกลุ่มสามารถเผชิญชีวิตและอุปสรรคต่าง ๆ ได้ เกิดความเชื่อมั่นและมีความพอใจพอใจในตนเอง ทำให้ความรู้สึกต่ำต้อย เสียใจ ท้อถอยกับชีวิตตนเองลดลงหรือหมดไป สมาชิกจะดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสุข นอกจากนี้การเข้าใจตนเองจากการเข้ากลุ่ม (Self understanding) ทำให้สมาชิกได้มีการตระหนักและเข้าใจตนเองว่า ทำไมตนเองจึงคิดและรู้สึกเช่นนั้น สามารถค้นพบและเกิดการยอมรับตนเองในสิ่งที่ตนเองไม่รู้และไม่เคยยอมรับมาก่อนได้

สรุปได้ว่า ในการทำกลุ่มทุกครั้งจะมีปัจจัยบำบัด (therapeutic factor) เกิดขึ้น ซึ่งยาโลม (Yalom, 1975) ได้ให้แนวคิดปัจจัยบำบัดสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดี ปัจจัยบำบัดเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา อาจเกิดปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งก่อนหรือหลังได้มากหรือน้อยต่างกันในแต่ละกลุ่ม

### 3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับละครจิตบำบัด

ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับละครจิตบำบัดไว้ดังต่อไปนี้คือ

สุดา รองเมือง (2551: 85-87) ได้ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดตามทฤษฎีละครจิตบำบัดต่อความฉลาดทางอารมณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นเยาวชนชายกระทำผิดที่เข้ารับการฝึกและอบรมวิชาชีพในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนสิรินธรประจำปีการศึกษา 2550 จำนวน 31 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 16 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกลุ่มบำบัดตามทฤษฎีละครจิตบำบัดครั้งละ 8 คน สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง รวมทั้งหมด 10 ครั้งเป็นเวลา 5 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับกิจกรรมตามปกติจากศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนสิรินธร ผลการศึกษาพบว่า เมื่อสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ในภาพรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ในภาพรวม, ด้านดี และด้านเก่ง เพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ในขณะที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุขของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ มีปัจจัยบำบัดเกิดขึ้นทั้ง 12 ปัจจัย โดยปัจจัยที่ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มประเมินเหมือนกันในห้าอันดับแรก มี 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัย ความรู้สึกร่วม (Universality), ความเอื้ออาทรต่อผู้อื่น (Altruism) และการเรียนรู้ข้อมูลใหม่ (Imparting information)

ไซแนบ ฮามามิค (Zeynep Hamamci. 2006: 199–207) ได้ศึกษาผลของละครจิตบำบัด ร่วมกับใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรมในการบำบัดรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของละครจิตบำบัดร่วมกับใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรม และใช้กลุ่มการบำบัดความคิดและพฤติกรรมอย่างเดียวในการบำบัดรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษามหาวิทยาลัย Gaziantep ประเทศตุรกี (Turkey) จำนวน 31 คน เป็นชาย 16 คน เป็นหญิง 15 คน ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (The Beck Depression Inventory (BDI)) แบบสอบถาม the Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ) และ แบบประเมินทัศนคติ (the Dysfunctional Attitude Scale (DAS)) ใช้วัดก่อนและหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 6 เดือน สถิติที่ใช้คือ A 3×3 ANOVA ผลการศึกษาพบว่าการใช้ละครจิตบำบัดร่วมกับใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรม และการใช้ กลุ่มการบำบัดความคิดและพฤติกรรมอย่างเดียวส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง และพบว่าการใช้ ละครจิตบำบัดร่วมกับใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรม และการใช้กลุ่มการบำบัดความคิดและพฤติกรรมอย่างเดียวนั้นผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามลดลงไม่แตกต่างกัน

เดวิด เอ คิปเปอร์ (David A. Kipper. 1978: 499-505) และคณะได้ทำการศึกษาผลของการใช้ละครจิตบำบัดและกระบวนการหลีกเลี่ยงหรือลดปฏิกิริยาที่คุกคาม (desensitization) อย่างเป็นระบบต่อการลดความวิตกกังวล ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษา 36 คน เลือกเข้ากลุ่มโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยจำแนกออกเป็นกลุ่มทดลองที่ 1 ใช้ละครจิตบำบัด กลุ่มที่ 2 ใช้กระบวนการหลีกเลี่ยงหรือลดปฏิกิริยาที่คุกคาม (desensitization) และกลุ่มควบคุม คือไม่มีการทดลองใดๆ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบทดสอบพฤติกรรมความวิตกกังวลของซูอิน (Suinn Test Anxiety Behavior Scale) และใช้แบบทดสอบบุคลิกภาพ the Neuroticism scale of the Eysenck Personality Inventory ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่ม มีผลต่อการลดความวิตกกังวล และเมื่อเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มก็พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ไมเคิล แกตตา (Michela Gatta. 2010: 240-247) และคณะได้ทำการศึกษาวิเคราะห์การใช้ละครจิตบำบัดกับวัยรุ่นที่ได้รับผลจากพฤติกรรมที่ผิดปกติทางจิตเวช (psycho-behavioral disorder) เป็นการศึกษาผลระยะสั้นต่ออาการทางจิตเวช วัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการวิเคราะห์กลุ่มละครจิตบำบัดในวัยรุ่นที่มีภาวะทางจิตเวช กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่เป็นโรคทางจิตเวชจำนวน 6 คน ที่มีอายุเฉลี่ย 16.67 ปี ที่มีการประเมินก่อน ระหว่าง และหลังการทำจิตบำบัด โดยใช้ Check List-90 (SCL 90 R) เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงทั้งหลายในแต่ละอาการ ผลการศึกษาพบว่าประสิทธิภาพของการทำกลุ่มละครจิตบำบัดทำให้อาการทางจิตเวชลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

เตอร์แกน ดูแกน (Turkan Dogan. 2010: 112-119) ได้ศึกษาผลของละครจิตบำบัดในผู้ใหญ่รูปแบบของความสัมพันธ์(attachment styles) วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อกำหนดประสิทธิผลของละครจิตบำบัดต่อ รูปแบบของความสัมพันธ์ในผู้ใหญ่ และเพื่อประเมินคุณภาพการเพิ่มขึ้นของผู้เข้าร่วมกลุ่มละครจิตบำบัด กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นนักศึกษาระดับปริญญาโท การรวบรวมข้อมูลโดยใช้ประสบการณ์ของสัมพันธ์ภาพที่ใกล้ชิด (the Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R)) และข้อมูลส่วนบุคคล การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ การวิจัยในเชิงปริมาณใช้ก่อนทดลอง และหลังทดลอง เป็นรูปแบบการทดลอง และกลุ่มควบคุมวางแผนโดยการสุ่มอย่างง่าย ขณะที่การวิจัยในเชิงคุณภาพเป็นการศึกษาโดยวิธีการใช้กรณีศึกษาโดยใช้การสัมภาษณ์และการสังเกต ระยะเวลาในการใช้โปรแกรมละครจิตบำบัดมากกว่า 3 เดือน ผลการศึกษาในเชิงปริมาณพบว่ากลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมละครจิตบำบัดมีผลต่อความสัมพันธ์ (attachment styles) อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเกี่ยวกับในมิติของความวิตกกังวล ผลของการศึกษาในเชิงคุณภาพในทางกลับกันเสนอแนะว่า

กลุ่มที่เข้าร่วมละครจิตบำบัดมีการพัฒนาตัวเองในเรื่องของความเข้าใจตนเอง มีการพัฒนาการตระหนักรู้ มีการตระหนักรู้ของความสัมพันธ์ (attachment styles) ธรรมชาติและความสัมพันธ์ที่กำลังจะมาถึง มีความมั่นใจในตนเอง มีการพัฒนาการฟัง มีทักษะในการเข้าใจความรู้สึกและจัดการกับปัญหา (empathy and coping skills) และการมองชีวิตจากมุมมองของความหวังมากขึ้น



## บทที่ 3

### วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาค้นคว้าตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
3. การดำเนินการทดลอง
4. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

#### การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการรักษาที่กลุ่มงานจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา จำนวน 100 ราย

##### กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คัดเลือกมาโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการรักษาที่กลุ่มงานจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา และใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (Thai Depression Inventory) เพื่อจำแนกผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับอ่อนและระดับปานกลางได้ จำนวน 14 คน และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการทดลอง หลังจากนั้นจึงสุ่มเข้ากลุ่มอย่างง่าย โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม จำนวน 6 คน เป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าระดับอ่อน จำนวน 2 คน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 4 คน ใช้เวลาประมาณ 60 นาที ต่อคนต่อครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 10 ครั้ง (5 สัปดาห์)

กลุ่มที่ 2 ใช้ละครจิตบำบัด จำนวน 8 คน เป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าระดับอ่อน จำนวน 2 คน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 6 คน ใช้เวลาประมาณ 60 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 10 ครั้ง (5 สัปดาห์)

## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

### 1. แบบสอบถามเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (TDI : Thai Depression Inventory)

นำแบบสอบถามเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (TDI) ที่พัฒนาขึ้นมา โดยนายแพทย์มานิช หล่อตระกูล นายแพทย์ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และแปลเป็นภาษาไทยซึ่งมีค่าความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.858 และ concurrent validity โดยวิธี Spearman-Brown formula มีค่า เท่ากับ 0.7189 ( $p < 0.001$ ) แบบสอบถามนี้จึงมีความเที่ยงตรงและความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งสามารถนำไปใช้เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทยได้ และกำหนดคะแนนภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 21 คะแนนขึ้นไป โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนออาจารย์ผู้ควบคุมปริญญาโทเพื่อตรวจสอบข้อคำถาม ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา และได้รับความเห็นชอบจากอาจารย์ผู้ควบคุมปริญญาโทให้ใช้ในการศึกษาได้ ซึ่งแบบสอบถามมีจำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 ประเมินโดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามสำรวจตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แล้วให้คะแนนแต่ละข้อ โดยค่าคะแนนมีความหมาย ดังนี้

- |   |         |  |
|---|---------|--|
| 0 | หมายถึง | ไม่มีความรู้สึกหรือพฤติกรรมนั้นๆ เลย                             |
| 1 | หมายถึง | มีความรู้สึกหรือพฤติกรรมนั้นๆ เป็นบางครั้งน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง |
| 2 | หมายถึง | มีความรู้สึกหรือพฤติกรรมนั้นๆ ค่อนข้างบ่อย คือ 2 – 3 วัน/สัปดาห์ |
| 3 | หมายถึง | มีความรู้สึกหรือพฤติกรรมนั้นๆ บ่อยเกือบทุกวัน                    |

ผู้ถูกประเมินจะเป็นผู้ตอบแบบสอบถามนี้เอง ค่าคะแนนรวมที่ได้จากคำตอบจะถูกแปลความหมาย ดังนี้

- |              |         |         |                            |
|--------------|---------|---------|----------------------------|
| คะแนน        | 0 – 20  | แสดงว่า | ไม่มีภาวะซึมเศร้า          |
| คะแนน        | 21 – 25 | แสดงว่า | มีภาวะซึมเศร้าระดับอ่อน    |
| คะแนน        | 26 – 34 | แสดงว่า | มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง |
| คะแนนสูงกว่า | 35      | แสดงว่า | มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง  |

### 2. โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิด และพฤติกรรม

2.1 ศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับการบำบัดความคิด และพฤติกรรม จากเอกสารตำรา งานวิจัย และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดจุดมุ่งหมาย และวิธีดำเนินการที่เหมาะสมสอดคล้องกับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า



2.2 สร้างโปรแกรมการบำบัดความคิด และพฤติกรรม ตามจุดมุ่งหมาย วิธีดำเนินการ และหลักในการบำบัดความคิด และพฤติกรรม

2.3 นำโปรแกรมการบำบัดความคิด และพฤติกรรม ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ผู้ควบคุมปริญญาโทตรวจสอบ และนำโปรแกรมมาปรับปรุงแก้ไข

2.4 นำโปรแกรมการบำบัดความคิด และพฤติกรรม ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ผู้ควบคุมปริญญาโทพิจารณาตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจน และความเหมาะสมของวิธีในการดำเนินการ และเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติ

2.5 นำโปรแกรมการบำบัดความคิด และพฤติกรรม มาปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา เพื่อตรวจสอบข้อบกพร่อง แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกันตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ผู้ควบคุมปริญญาโท

2.6 นำโปรแกรมการบำบัดความคิด และพฤติกรรม ที่ปรับปรุงแล้วไปดำเนินการใช้ในการวิจัย

### 3. โปรแกรมละครจิตบำบัด มีขั้นตอนในการสร้างดังนี้

3.1 ศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับละครจิตบำบัดจากเอกสารตำรา งานวิจัย และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดจุดมุ่งหมาย และวิธีดำเนินการที่เหมาะสมสอดคล้องกับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

3.2 สร้างโปรแกรมละครจิตบำบัด ตามจุดมุ่งหมาย วิธีดำเนินการ และหลักในการทำละครจิตบำบัด

3.3 นำโปรแกรมละครจิตบำบัดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ผู้ควบคุมปริญญาโทตรวจสอบ และนำโปรแกรมมาปรับปรุงแก้ไข

3.4 นำโปรแกรมละครจิตบำบัด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ผู้ควบคุมปริญญาโทพิจารณาตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจน และความเหมาะสมของวิธีในการดำเนินการ และเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติ

3.5 นำโปรแกรมละครจิตบำบัดมาปรับปรุงแก้ไขแล้วไปฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 คน โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา เพื่อตรวจสอบข้อบกพร่อง แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกันตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ผู้ควบคุมปริญญาโท

3.6 นำโปรแกรมละครจิตบำบัด ที่ปรับปรุงแล้วไปดำเนินการใช้ในการวิจัย

## การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง เป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

### ขั้นที่ 1. ขั้นก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ทำการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (TDI) แล้วเก็บไว้เป็นคะแนนก่อนการทดลอง (Pretest)

### ขั้นที่ 2. ขั้นทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ดังนี้

2.1 กลุ่มทดลองที่ 1 จำนวน 6 คน ใช้การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิด และพฤติกรรม ที่ห้องให้คำปรึกษา กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพะเยา ครั้งละ 60 นาที/คน แบ่งเป็นทุกวันจันทร์กับวันพฤหัสบดี จำนวน 3 คน คนที่ 1 ให้คำปรึกษาตั้งแต่เวลา 9.00-10.00 น. คนที่ 2 ให้คำปรึกษาตั้งแต่เวลา 11.00-12.00 น. คนที่ 3 ให้คำปรึกษาตั้งแต่เวลา 13.00-14.00 น. และทุกวันอังคารกับวันศุกร์ จำนวน 3 คน คนที่ 1 ให้คำปรึกษาตั้งแต่เวลา 11.00-12.00 น. คนที่ 2 ให้คำปรึกษาตั้งแต่เวลา 13.00-14.00 น. คนที่ 3 ให้คำปรึกษาตั้งแต่เวลา 15.00-16.00 น. จำนวน 10 ครั้ง 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยกลุ่มตัวอย่างยังไม่ได้ผ่านการบำบัด (Psychotherapy) หรือการให้คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่กลุ่มงานจิตเวช

2.2 กลุ่มทดลองที่ 2 จำนวน 8 คน ใช้โปรแกรมละครจิตบำบัด ในวันอังคารและวันศุกร์ ที่ห้องให้คำปรึกษากลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพะเยา ตั้งแต่เวลา 09.00-10.00น. ครั้งละ 60 นาที จำนวน 10 ครั้ง 5 สัปดาห์ โดยกลุ่มตัวอย่างยังไม่ได้ผ่านการบำบัด (Psychotherapy) หรือการให้คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่กลุ่มงานจิตเวช

### ขั้นที่ 3. ขั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ทำแบบสอบถามเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (TDI) แล้วเก็บไว้เป็นคะแนนหลังการทดลอง (Posttest)

### ขั้นที่ 4. ขั้นวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำคะแนนก่อนและหลังไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติ

## สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

1. The Wilcoxon Matched Pairs Signed Ranks Test เป็นสถิติทดสอบที่มีอำนาจการทดสอบสูง ใกล้เคียงกับ t-test ที่ดูความแตกต่างระหว่างข้อมูลที่เป็นคู่ ซึ่งข้อมูล 2 ชุดไม่เป็นอิสระต่อกัน หรือข้อมูลสัมพันธ์กัน ตัวแปรมีระดับแบบเรียงลำดับ (Ordinal scales) ขึ้นไป (อนันตศิลป์ รุจิเวช).

2548: 54) จึงใช้สถิตินี้สำหรับการทดสอบสมมติฐานที่ 1 คือ ภายหลังจากให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนได้รับการรักษาและสมมติฐานที่ 2 คือ ภายหลังจากใช้ละครจิตบำบัดผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนได้รับการรักษา

2. The Mann Whitney U Test เป็นสถิติทดสอบที่มีอำนาจการทดสอบสูง ใกล้เคียงกับ t-test ใช้ทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยอาศัยการจัดอันดับ (rank) ของข้อมูล ตัวแปรมีระดับแบบเรียงลำดับ (Ordinal scales) ขึ้นไป (อนันท์ศิลป์ รุจิเวช. 2548: 72) จึงใช้สถิตินี้สำหรับการทดสอบสมมติฐานที่ 3 คือ ภายหลังจากการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมและใช้ละครจิตบำบัดผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลงแตกต่างกัน



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

#### สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผลข้อมูลจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ต่างๆที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

สัญลักษณ์ที่ใช้

N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
$T_c$	แทน	ค่าสถิติที่คำนวณได้จากการคำนวณสถิติ Wilcoxon
$T_T$	แทน	ค่าสถิติที่ได้จากการเปิดตาราง Critical values of $T+$ for the Wilcoxon signed ranks test
$U_T$	แทน	ค่าสถิติที่ได้จากการเปิดตาราง Probability of The Mann Whitney U Test
$\alpha$	แทน	ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

#### ลำดับการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. เปรียบเทียบผลของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยก่อนและหลังให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม
2. เปรียบเทียบผลของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้ละครจิตบำบัด
3. เปรียบเทียบผลของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ใช้ละครจิตบำบัดและผู้ป่วยที่ได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบผลของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยก่อนและหลังให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

ตาราง 1 การเปรียบเทียบคะแนนของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ 1 ก่อนและหลังให้  
คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

คนที่	คะแนนซึมเศร้า		ผลต่าง	การจัดเรียง อันดับ (Ranks : R)
	ก่อน	หลัง		
1	23	21	2	2
2	25	22	3	4
3	30	26	4	5
4	33	31	2	2
5	33	28	5	6
6	34	32	2	2
ค่าเฉลี่ย	29.67	26.67		

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1 สรุปได้ว่า ภายหลังจากให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและ  
พฤติกรรมผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญ 0.05

## 2. เปรียบเทียบผลภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้ละครจิตบำบัด

ตาราง 2 การเปรียบเทียบคะแนนของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ 2 ก่อนและหลังใช้ละครจิต  
บำบัด

คนที่	คะแนนภาวะซึมเศร้า		ผลต่าง	การจัดเรียงอันดับ (Ranks : R)
	ก่อน	หลัง		
1	24	20	4	3
2	25	21	4	3
3	28	22	6	6

ตาราง 2 (ต่อ)

คนที่	คะแนนภาวะซึมเศร้า		ผลต่าง	การจัดเรียงอันดับ (Ranks : R)
4	31	27	4	3
5	33	28	5	5
6	33	26	7	7
7	33	30	3	1
8	34	26	8	8
ค่าเฉลี่ย	30.13	25.00		

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 2 สรุปได้ว่า ภายหลังจากใช้ละครจิตบำบัดผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมละครจิตบำบัดอย่างมีนัยสำคัญ 0.05

3. เปรียบเทียบผลของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ใช้ละครจิตบำบัดและผู้ป่วยที่ได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

ตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ 1 ที่ได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มทดลองที่ 2 ที่ใช้ละครจิตบำบัด

คน	การให้คำปรึกษารายบุคคล		การใช้ละครจิตบำบัด	
	คะแนนที่ลดลง	R <sub>1</sub>	คะแนนที่ลดลง	R <sub>2</sub>
1	2	2	4	3
2	3	4	4	3
3	4	5	6	6
4	2	2	4	3
5	5	6	5	5

ตาราง 3 (ต่อ)

คน	การให้คำปรึกษารายบุคคล		การใช้ละครจิตบำบัด	
	คะแนนที่ลดลง	$R_1$	คะแนนที่ลดลง	$R_2$
6	2	2	7	7
7	-	-	3	1
8	-	-	8	8
		$\Sigma R_1 = 21$		$\Sigma R_2 = 36$

จากตาราง 3 สรุปได้ว่า ภายหลังจากทดลองผู้ป่วยที่ได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม และ ผู้ป่วยที่ใช้ละครจิตบำบัด มีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงไม่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



## บทที่ 5

### สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

#### ความมุ่งหมายของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมาย เพื่อศึกษาการเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมและละครจิตบำบัดของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการที่กลุ่มงานจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา

#### สมมุติฐานการวิจัย

1. ภายหลังจากให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามลดลงกว่าก่อนการเข้าร่วม
2. ภายหลังจากใช้ละครจิตบำบัดผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามลดลงกว่าก่อนการเข้าร่วม
3. ภายหลังจากการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมและใช้ละครจิตบำบัดผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามลดลงแตกต่างกัน

#### วิธีการดำเนินงานวิจัย

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการรักษาที่กลุ่มงานจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา จำนวน 100 ราย

##### กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คัดเลือกมาโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการรักษาที่กลุ่มงานจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา และใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (Thai Depression Inventory) เพื่อจำแนกผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับอ่อนและระดับปานกลางได้ จำนวน 14 คน และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการทดลอง หลังจากนั้นจึงสุ่มเข้ากลุ่มอย่างง่าย โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม จำนวน 6 คน เป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าระดับอ่อน จำนวน 2 คน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 4 คน ใช้เวลาประมาณ 60 นาที ต่อคนต่อครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 10 ครั้ง (5 สัปดาห์)



กลุ่มที่ 2 ใช้ละครจิตบำบัด จำนวน 8 คน เป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับอ่อน จำนวน 2 คน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 6 คน ใช้เวลาประมาณ 60 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 10 ครั้ง (5 สัปดาห์)

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้ มีดังต่อไปนี้คือ

1. แบบสอบถามเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (TDI : Thai Depression Inventory)
2. โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม
3. โปรแกรมละครจิตบำบัด

### การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง เป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

#### ขั้นที่ 1. ขั้นก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ทำการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (TDI) แล้วเก็บไว้เป็นคะแนนก่อนการทดลอง (Pretest)

#### ขั้นที่ 2. ขั้นทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ดังนี้

2.1 กลุ่มทดลองที่ 1 จำนวน 6 คน ใช้การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิด และพฤติกรรม ที่ห้องให้คำปรึกษา กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพะเยา ครั้งละ 60 นาที/คน แบ่งเป็นทุกวันจันทร์กับวันพฤหัสบดี จำนวน 3 คน คนที่ 1 ให้คำปรึกษาตั้งแต่เวลา 9.00-10.00 น. คนที่ 2 ให้คำปรึกษาตั้งแต่เวลา 11.00-12.00 น. คนที่ 3 ให้คำปรึกษาตั้งแต่เวลา 13.00-14.00 น. และทุกวันอังคารกับวันศุกร์ จำนวน 3 คน คนที่ 1 ให้คำปรึกษาตั้งแต่เวลา 11.00-12.00 น. คนที่ 2 ให้คำปรึกษาตั้งแต่เวลา 13.00-14.00 น. คนที่ 3 ให้คำปรึกษาตั้งแต่เวลา 15.00-16.00 น. จำนวน 10 ครั้ง 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยกลุ่มตัวอย่างยังไม่ได้ผ่านการทำจิตบำบัด (Psychotherapy) หรือการให้คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่กลุ่มงานจิตเวช

2.2 กลุ่มทดลองที่ 2 จำนวน 8 คน ใช้โปรแกรมละครจิตบำบัด ในวันอังคารและวันศุกร์ ที่ห้องให้คำปรึกษากลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพะเยา ตั้งแต่เวลา 09.00-10.00น. ครั้งละ 60 นาที

จำนวน 10 ครั้ง 5 สัปดาห์ โดยกลุ่มตัวอย่างยังไม่ได้ผ่านการบำบัด (Psychotherapy) หรือการให้คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่กลุ่มงานจิตเวช

### ขั้นที่ 3. ขั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ทำแบบสอบถามเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (TDI) แล้วเก็บไว้เป็นคะแนนหลังการทดลอง (Posttest)

### ขั้นที่ 4. ขั้นวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำคะแนนก่อนและหลังไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติ

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยใช้สถิติ The Wilcoxon Matched Pairs Signed Ranks Test ซึ่งเป็นสถิติทดสอบที่มีอำนาจการทดสอบสูง ใกล้เคียงกับ t-test ที่ดูความแตกต่างระหว่างข้อมูลที่เป็นคู่ ซึ่งข้อมูล 2 ชุดไม่เป็นอิสระต่อกัน หรือข้อมูลสัมพันธ์กัน ตัวแปรมีระดับแบบเรียงลำดับ (Ordinal scales) ขึ้นไป (อนันทศิลา รุจิเรข, 2548: 54) จึงใช้สถิตินี้สำหรับการทดสอบสมมติฐานที่ 1 คือ ภายหลังจากให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามลดลงกว่าก่อนได้รับการรักษา และสมมติฐานที่ 2 คือ ภายหลังจากใช้ละครจิตบำบัดผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามลดลงกว่าก่อนได้รับการรักษา

2. ผู้วิจัยใช้สถิติ The Mann Whitney U Test ซึ่งเป็นสถิติทดสอบที่มีอำนาจการทดสอบสูง ใกล้เคียงกับ t-test ใช้ทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยอาศัยการจัดอันดับ (rank) ของข้อมูล ตัวแปรมีระดับแบบเรียงลำดับ (Ordinal scales) ขึ้นไป (อนันทศิลา รุจิเรข, 2548: 72) จึงใช้สถิตินี้สำหรับการทดสอบสมมติฐานที่ 3 คือ ภายหลังจากการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และใช้ละครจิตบำบัดผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามลดลงแตกต่างกัน

## สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

1. ภายหลังจากเข้าร่วมการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามลดลงก่อนการเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $\alpha = 0.05$ )

2. ภายหลังจากเข้าร่วมละครจิตบำบัด ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามลดลงก่อนการเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $\alpha = 0.05$ )

3. ภายหลังจากเข้าร่วมการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และละครจิตบำบัด ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามลดลงไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## อภิปรายผล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานดังนี้

1. ภายหลังจากการเข้าร่วมการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลงก่อนการเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $\alpha = 0.05$ ) เป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 เนื่องจากการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นวิธีการรักษาที่เน้นการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบที่ก่อให้เกิดทุกข์ (Automatic thought - AT) และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ให้เกิดความคิดความเชื่อที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งวิธีการดังกล่าวเป็นการแก้ปัญหาที่สาเหตุของภาวะซึมเศร้าโดยตรง โดยผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเนื่องมาจากรูปแบบความคิดที่เรียกว่า depressive cognitive triad อันประกอบด้วยความคิดในด้านลบ (negative automatic thoughts – NATs) ต่อตนเอง ต่อโลก ได้แก่การมองโลกรอบตัวในด้านลบ และอนาคต ได้แก่ความรู้สึกสิ้นหวัง ดังนั้นการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมของผู้ป่วย ให้เกิดความคิดความเชื่อที่ถูกต้องเหมาะสม จึงเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนความคิดในด้านลบต่อตนเอง โลก และอนาคตเหล่านั้นให้สมดุลงดคล้องกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น และทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้นส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงตามมา

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ผู้ป่วย จำนวน 6 คน มารับการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ที่ห้องให้คำปรึกษา กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพะเยา ครั้งละ 60 นาที/คน แบ่งเป็นทุกวันจันทร์กับวันพฤหัสบดี จำนวน 3 คน คนที่ 1 ให้คำปรึกษาตั้งแต่เวลา 9.00-10.00 น. คนที่ 2 ให้คำปรึกษาตั้งแต่เวลา 11.00-12.00 น. คนที่ 3 ให้คำปรึกษาตั้งแต่เวลา 13.00-14.00 น. และทุกวันอังคารกับวันศุกร์ จำนวน 3 คน คนที่ 1 ให้คำปรึกษาตั้งแต่เวลา 11.00-12.00 น. คนที่ 2 ให้คำปรึกษาตั้งแต่เวลา 13.00-14.00 น. คนที่ 3 ให้คำปรึกษาตั้งแต่เวลา 15.00-16.00 น. จำนวน 10 ครั้ง 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยกลุ่มตัวอย่างยังไม่ได้ผ่านการบำบัด (Psychotherapy) หรือการให้คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่กลุ่มงานจิตเวช

ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับ กุลธิดา สุภาคุณ (2550: 78) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด และการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัย พบว่า ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดน้อยกว่าก่อนที่จะได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรม

ความคิด และ ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

และสอดคล้องกับกาญจน์กนก สุรินทร์ชมภู (2551: 71-72) ได้ทำการศึกษาการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 17 คน ผลการศึกษาพบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยหลังการบำบัดความคิดและในระหว่างการติดตามผลการบำบัด 1 เดือน และ 3 เดือน มีระดับลดลง การบำบัดโดยใช้การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความคิดที่ผิดปกติไปจากเดิมหรือความคิดที่บิดเบือนไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงของตนเอง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีแบบแผนความคิดไปในทางบวก เผชิญปัญหาและปรับตัวกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น มีความยืดหยุ่นและยอมรับความเป็นจริงได้มากขึ้น มีความคิดว่าตนเองมีคุณค่า มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ ช่วยให้ความรู้สึกซึมเศร้ามลดลง

2. ภายหลังจากการเข้าร่วมละครจิตบำบัดผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามลดลงกว่าก่อนการเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $\alpha = 0.05$ ) เป็นไปตามสมมติฐานที่ 2 เนื่องจากละครจิตบำบัดมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการจัดการกับอารมณ์ และสามารถแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม โดยละครจิตบำบัดเป็นกลุ่มที่ใช้หลักการแสดงออกทางด้านพฤติกรรม (Expressive Therapies) ที่ผู้ป่วยสามารถแสดงออกทั้งท่าทางและคำพูดได้โดยอิสระเสรี ซึ่งในการแสดงละครแต่ละฉากนั้น ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะได้มีโอกาสปลดปล่อยอารมณ์ ระบายความรู้สึกนึกคิดที่ฝังใจออกมาอย่างเต็มที่ (Catharsis) การแสดงนี้เองมีส่วนช่วยสร้างแรงจูงใจและปรับเปลี่ยนทัศนคติให้ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวังกลับมามีความหวัง เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาของตนเองและปัญหาของผู้อื่นผ่านทาง การแสดงเรื่องราวต่างๆ เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติทางด้านลบของผู้ป่วยให้เป็นมุมมองที่เหมาะสม ตลอดจนเกิดการเรียนรู้ในการจัดการกับอารมณ์ ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงตามมา สอดคล้องกับ กุลนารี ณ ตะกั่วทุ่ง (2546 :3) กล่าวว่า การแสดงละครจิตบำบัด มุ่งเน้นให้มีการแสดงออกทางพฤติกรรมและคำพูด ซึ่งเป็นสิ่งที่กระตุ้นจูงใจให้สมาชิกภายในกลุ่มได้ติดตามเหตุการณ์อย่างใกล้ชิด และการแสดงนี้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม คือทำให้ผู้ป่วยมีแนวความคิดในเหตุการณ์ต่างๆ ในลักษณะแง่บวกที่กว้างกว่าเดิมมากขึ้นและกำหนดแนวความคิดสร้างสรรค์ให้กับสมาชิกในกลุ่ม และเป็นแบบฉบับที่จะนำไปประยุกต์ใช้กับเหตุการณ์ในอนาคต พร้อมกันนี้ในการทำกลุ่มละครจิตบำบัดนั้นทุกครั้งจะมีปัจจัยบำบัด (therapeutic factor) เกิดขึ้นซึ่งยาโลม (Yalom, 1975) ได้ให้แนวคิดที่ว่า ปัจจัยบำบัดสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น โดยปัจจัยบำบัดจะเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา และอาจเกิดปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งก่อนหรือหลัง

ได้มากหรือน้อยต่างกันในแต่ละกลุ่ม โดยการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยที่เกิดมากที่สุด คือ การผูกพันจิตใจต่อกัน (group cohesiveness) การมีความเป็นสากล (universality) เนื่องจากผู้ป่วยจะเจอปัญหาการเจ็บป่วยที่คล้ายคลึงกัน ความเชื่ออาทรต่อผู้อื่น (Altruism) การมีความหวัง (instillation of hope) และการเรียนรู้ข้อมูลใหม่ (Imparting information) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ผู้ป่วย จำนวน 8 คน มาเข้าร่วมละครจิตบำบัด ทุกวันอังคารและวันศุกร์ ที่ห้องให้คำปรึกษากลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพะเยา ตั้งแต่เวลา 09.00-10.00น. ครั้งละ 60 นาที จำนวน 10 ครั้ง 5 สัปดาห์ โดยกลุ่มตัวอย่างยังไม่ได้ผ่านการบำบัด (Psychotherapy) หรือการให้คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่กลุ่มงานจิตเวช

ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของไซแนม ฮามามิค (Zeynep Hamamci, 2006: 199-207) ได้ศึกษาผลของละครจิตบำบัด ร่วมกับใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรมในการบำบัดรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษามหาวิทยาลัยเกเซียลแทป (Gaziantep) ประเทศตุรกี จำนวน 31 คน เป็นชาย 16 คน เป็นหญิง 15 คน ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ผลการศึกษาพบว่า การใช้ละครจิตบำบัดร่วมกับใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรม และ การใช้กลุ่มการบำบัดความคิดและพฤติกรรมอย่างเดียวส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง และพบว่า การใช้ละครจิตบำบัดร่วมกับใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรม และ การใช้กลุ่มการบำบัดความคิดและพฤติกรรมอย่างเดียวนั้นผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามลดลงไม่แตกต่างกัน

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ สุดา รongเมือง (2551: 85-87) ได้ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดตามทฤษฎีละครจิตบำบัดต่อความฉลาดทางอารมณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นเยาวชนชายกระทำผิดที่เข้ารับการฝึกและอบรมวิชาชีพในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนสิรินธรประจำปีการศึกษา 2550 จำนวน 31 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ในภาพรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ในภาพรวมด้านดี และด้านเก่ง เพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ในขณะที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุขของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ภายหลังจากการเข้าร่วมการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และละครจิตบำบัด ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามลดลงไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ 3 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าทั้งการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และ การใช้ละครจิตบำบัด เป็นวิธีการรักษาทางด้านจิตใจที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และมีจุดมุ่งหมายไปในทิศทางเดียวกันคือเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งผู้รักษาจะต้องใช้กลวิธีหลายอย่างเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถค้นพบตนเอง ได้เกิดการสำรวจเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อม มีความรับผิดชอบต่อตนเอง รวมถึงมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมที่

ไม่เพียงประสงค์ และได้ปรับปรุงทักษะในการตัดสินใจ รวมถึงทักษะในการแก้ปัญหาทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจปัญหาที่แท้จริง มีความสามารถที่จะเผชิญปัญหาที่กำลังประสบอยู่ ตลอดจนมีการตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลักษณะดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยที่หมดหวัง กลับมีความหวังมากขึ้น รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง และมีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป รวมทั้งมีมุมมองและทัศนคติต่อปัญหาในทางที่ดีขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลงไม่แตกต่างกัน

ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของไซแนบ ฮามามิค (Zeynep Hamamci. 2006: 199–207) ได้ศึกษาผลของละครจิตบำบัด ร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในการบำบัดรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของละครจิตบำบัดร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และใช้กลุ่มการบำบัดความคิดและพฤติกรรมอย่างเดียวในการบำบัดรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษามหาวิทยาลัยเกเซียลแทป (Gaziantep) ประเทศตุรกี (Turkey) จำนวน 31 คน เป็นชาย 16 คน เป็นหญิง 15 คน ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง โดย ผลการศึกษาพบว่าการใช้ละครจิตบำบัดร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และการใช้กลุ่มการบำบัดความคิดและพฤติกรรมอย่างเดียวส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร่าลดลง และพบว่าการใช้ละครจิตบำบัดร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และการใช้กลุ่มการบำบัดความคิดและพฤติกรรมอย่างเดียวนั้นผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร่าลดลงไม่แตกต่างกัน

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้

1.1 โรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และการใช้ละครจิตบำบัดไปใช้ในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับอ่อน และปานกลางได้ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อสังเกตว่าการใช้ละครจิตบำบัดนั้นจะมีข้อดี คือสามารถช่วยลดข้อจำกัดในเรื่องของเวลา และจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ เพราะสามารถรักษาผู้ป่วยครั้งละจำนวนมากได้ นอกจากนี้ในการทำกลุ่มละครจิตบำบัดนั้นปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นในระหว่างการทำกลุ่มสามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และเข้าใจปัญหาของตนเอง ตลอดจนมีทักษะในการเผชิญและแก้ปัญหา มีมุมมองในการมองปัญหาที่ดี ทำให้เข้าใจชีวิตได้ดีกว่าการให้คำปรึกษารายบุคคล

1.2 ในการนำไปใช้เพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยควรเพิ่มระยะเวลา จาก 5 สัปดาห์ เป็นอย่างน้อย 8 สัปดาห์ เพื่อประสิทธิภาพในการรักษาที่ดีกว่า

1.3 ผู้นำกลุ่มควรมีความรู้พื้นฐานทางด้านกลุ่มละครจิตบำบัด และมีประสบการณ์การบำบัดรักษา มีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย เนื่องจากกลุ่มละครจิตบำบัดจัดอยู่ในกลุ่มซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกโดยทันทีในบรรยากาศที่ยอมรับและเข้าใจ ไม่เรียกร้องให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงทัศนคติที่ถูกต้อง แต่ต้องการให้แสดงออกถึงทัศนคติที่แท้จริงอย่างอิสระ หากผู้นำไปใช้ขาดความรู้จะส่งผลต่อผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งหากผู้นำขาดความละเอียดอ่อนในการสังเกตปฏิกิริยาของผู้ป่วยแล้วอาจจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายของผู้ป่วยได้

## 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาดผลการใช้โปรแกรมให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และโปรแกรมการใช้ละครจิตบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ด้านอื่นๆ ด้วยอาทิ ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยโรคเครียด ผู้ป่วยยาเสพติด เป็นต้น

2.2 ควรศึกษาเปรียบเทียบผลการใช้ละครจิตบำบัด กับการทำกลุ่มจิตบำบัดชนิดอื่นๆ หรือการศึกษาเปรียบเทียบเกี่ยวกับการออกฤทธิ์ของการใช้ยาต้านเศร้า กับการใช้ละครจิตบำบัด เพื่อจะได้ทราบว่าวิธีการใดจะสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ดีที่สุด

2.3 ควรศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าด้านอื่นๆ เพิ่ม เนื่องจากอาจมีปัจจัยหลายด้านที่ส่งผลต่อความไม่คงที่ทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วย



บรรณานุกรม



## บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2547). คู่มือการให้การปรึกษาขั้นพื้นฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 4.  
กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- (2552). แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวลระดับจังหวัด ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1.  
2552
- กาญจนาภรณ์ สุรินทร์ชมพู. (2551). การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะ  
ซึมเศร้า. การศึกษาอิสระ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). ขอนแก่น:  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กุลธิดา สุภาคุณ. (2550, กรกฎาคม-ธันวาคม). วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.  
(21) 2: 78.
- กาญจน์ สุรินทร์ชมพู. (2551). การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะ  
ซึมเศร้า. รายงานการศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสมาธิ  
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กุลนารี ณ ตะกั่วทุ่ง. (2546). การศึกษาเรื่องการจัดกลุ่มละครจิตบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเวชใน  
โรงพยาบาลศรีธัญญา. กรุงเทพฯ:  
โรงพยาบาลศรีธัญญา.
- กมลทิพย์ แก้วพรหม. (2545). การพยาบาลผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย กรณีศึกษา.  
วารสารโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. 1 (1): 50-57.
- กนกศรี จาดเงิน. (2543). เปรียบเทียบผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ กับการให้คำปรึกษาแบบ  
พิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียน  
อนุบาลชลบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา) มหาวิทยาลัยบูรพา.
- คมเพชร ฉัตรสุกุล. (2521). ทฤษฎีการให้คำปรึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการแนะแนว  
และจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.  
----- (2530). ทฤษฎีการให้คำปรึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการแนะแนว  
และจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). โรควิตกกังวลรักษาหายได้และโรคอารมณ์ผิดปกติ. กรุงเทพฯ:  
นำอักษรการพิมพ์.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2548). โรควิตกกังวลแก้ไขได้. สืบค้นเมื่อ 24 มีนาคม 2548, จาก  
<http://kanchanapisek.or.th/amf/articles/article-3.th.html>

- ทิพย์วรรณ กิตติพร. (2535). *การให้คำปรึกษากลุ่ม*. พิษณุโลก: ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ธวัชชัย ลิฬหานาจ. (2545). *ภาวะซึมเศร้าในชายวัยทอง*. ใน Problem Practice Promotion Prevention Postphone Productivity. หน้า 346-347. กรุงเทพฯ: ป๊ายอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. (2529). *การแนะแนวและการให้คำปรึกษาในโรงเรียนประถมศึกษา*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตการพิมพ์.
- พรนิภา หาญละคร และคณะ. (2550). *Rama Nurs Journal Vol. 15 No. 2.*: 206
- พิชิตา ตัญญาบุตร. (2544). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนต้นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลชุมชน) มหาวิทยาลัยบูรพา.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2548). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มณฑิรา เลิศพานิช. (2542). *การศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดรัฐบาลส่วนกลาง*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- เรไร ทีวะทัศน์. (2535). *การศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมปลายในเขตจังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาคลินิก) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เยี่ยม ศรีทอง. (2548, มิถุนายน-กรกฎาคม). "เทคนิคการปรึกษาเชิงจิตวิทยา" *วารสารแนะแนว*. 21(111): 49
- วัชร ทรัพย์มี. (2530). *ทฤษฎีและกระบวนการให้การปรึกษา*. กรุงเทพฯ: ทบวงมหาวิทยาลัย.
- (2546). *ทฤษฎีให้บริการปรึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- (2547). *ทฤษฎีการให้คำปรึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วีระ ชูรุจิพร. (2543). *วิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคนไทย*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. (3): 176-179. 2543.
- วิไล กุศลวิศิษฎ์กุล และอุมาพร อุดมทรัพย์ากุล. (2539). *ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี*. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*. 26(3): 165-167.

- ยิ่งรัตน์ ตันติรังสี. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างซึมเศร้ากับปัญหาการปรับตัวของนักศึกษา  
มหาวิทยาลัยศิลปากร. วารสารวชิรเวชสาร. 45(1): 47-45.
- ศิริพร จีรวัฒน์กุล. (2546). ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน มิติทางวัฒนธรรมในงานการ  
พยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุดา ร่องเมือง. ผลของกลุ่มบำบัดตามทฤษฎีละครจิตบำบัดและต่อความฉลาดทางอารมณ์ในเยาวชน  
ชายกระทำผิดที่อยู่ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนสิรินทร. วิทยานิพนธ์ จท.ม.  
(พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โสมสิริ รอดพิพัฒน์. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครมภ์การรับรู้  
ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคมกับ  
ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครมภ์. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์).  
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2536). มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและ  
สุขภาพจิต เล่ม 2. กรุงเทพฯ: ธรรมศาสตร์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2518). ลักษณะเฉพาะของผู้กระทำอัตวินิบาตกรรม. สารศิริราช. 27(6):  
711-785.
- (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- (2543). โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- อภิชัย มงคล. (2549). มหัศจรรย์ "โรคซึมเศร้า" ตะลึง! คนไทยฆ่าตัวตาย ชม. ละคน.  
สืบค้นเมื่อ 31 มีนาคม 2554, จาก <http://www.suicidethai.com/news/view.asp?id=187>
- อาภา จันทรสกุล, นภาพร ปรีชามารถ และ จิตตินันท์ บุญสถิตกุล. (2546). รายงานวิจัยฉบับ  
สมบูรณ์เรื่องการสร้างแบบวัดวิธีคิดแบบโยนิโสมนสิการสำหรับนักศึกษาระดับอุดมศึกษา.  
กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2543). การเสริมสร้างพลังอำนาจกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.  
วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 12: 14-24.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ.  
พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วิ.เจ.พรินติ้ง.
- อนันท์ศิลป์ รุจิเวช. (2548). เอกสารประกอบการสอน วิชาสถิติอนพาราเมตริกในการวิจัย  
ทางการศึกษา. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- Beeber, L.S. (1998). Treating depression through the therapeutic nurse client relationship. *Nursing Clinics of North America*. 33(1): 153-172.
- Beck, A.T. (1973). *The diagnosis and management of depression*. Philadelphia: University of Pennsylvania.
- Aron T. Beck, A. John Rush, Brian F. Shaw, Gary Emery. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.
- Choi, H. (2002). Understanding adolescent depression in ethno cultural context. *Advances in Nursing Science*. 25(2): 71-85.
- Corey, G.F. (1990). *Theory and Practice of Group Counseling*. (2nd ed). CA: Brooks/Cole Publishing Company.
- (2000). *Theory and Practice of Group Counseling*. 5th ed. CA: Brooks/Cole Publishing Company.
- Christine, R. (1995). *Depression : Lifting the cloud*. Netley, SA: Gore & Osment.
- Dogan. T. (2010, April). *The Arts in Psychotherapy*. Volume 37, Issue. 2: 112-119
- George, R.L.; & T.S. (2010). Crisrani. *Counseling: Theory and practice*. 4th ed. Boston: Allyn and Bacon.
- Gatta. M. (2012, July). *The Arts in Psychotherapy*. Volume 37, Issue. 3: 240-247
- Hamamci, Z. (2006). *The Arts in Psychotherapy*. 33: 199-207.
- Jasmin, S.; & Trygstad, L. (1979). *Behavioral concepts and the nursing process*. St. Louis, Mo : The C.V. Mosby.
- Kipper. D. A.; & Giladi. D. (1978, November). *Journal of Counseling Psychology*. Volume 25. Issue 6.: 499-505.
- Moreno, J. L. (1958). *Rules and techniques of psychodrama*. In Jules H. Masserman and J. L. Moreno (Eds.), *Progress in Psychotherapy* (Vol. 3, pp. 86-132). New York: Grune & Stratton.
- (1947). *The Theatre of Spontaneity*. New York: Beacon House.
- Newman, P.R.; & Babara, M. (1997). *Childhood and adolescence*. California: Books/Cole.
- Ohlsen, M. M. (1970). *Group Counseling*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- (1977). *Group Counseling*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

- Posthuma, B.W. (1996). *Small Groups in Counseling and Therapy*. (2nd ed . Boston: Allyn and Bacon.
- Perdices,M. (1992). *Anxiety and depression and HIV related symptomology across the specirum of HIV disease*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 40 (2): 280-320.
- Rice,G.K.,Ashby,S.J,&Slaney,B.R. (1998). Self-esteem as a mediation between perfectionism and depression : A structural equations analysis. *Journal of Counseling Psychology*. 45 (3): 304-314.
- Rogers, C.R. (1942). *Counseling and Psychotherapy*.\_Massachusetts: The Riverside Press,
- Valente,S.M. (1994). Roecognizing depression in elderly patients. *American Journal of Nursing*. 94 (12): 18-25.
- Yalom,I.D. (1995). *Theory and Practice of Group Psychodrama:(4<sup>th</sup> ed.)*. New York : Basic Books.
- (1975). *The Ttheory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Book.



ภาคผนวก ก

1. แบบสอบถามเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า  
(TDI : Thai Depression Inventory)
2. โปรแกรมละครจิตบำบัด
3. โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

**แบบสอบถามเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า**  
(TDI : Thai Depression Inventory)

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป**

**คำชี้แจง** โปรดตอบตามความเป็นจริง

1. เพศ  
( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ.....ปี
3. อาชีพปัจจุบัน.....

**ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า**

**คำชี้แจง** กรุณาวางกลมรอบข้อที่ตรงกับท่าน หรือใกล้เคียงมากที่สุด ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการตรงกับข้อใด

- 1 ก. ท้อแท้ใจมาก หมดหวังในอนาคต  
ข. ท้อแท้ใจ มองอนาคตในแง่ร้าย  
ค. ท้อแท้ใจบ้างบางครั้ง  
ง. ไม่หมดหวัง
- 2 ก. คิดวางแผนฆ่าตัวตาย  
ข. คิดอยากตาย  
ค. ชีวิตนี้ไม่น่าอยู่ คิดถึงเรื่องความตายบ่อยๆ แต่ไม่ถึงกับอยากตาย  
ง. ไม่ได้คิดถึงเรื่องการตาย
- 3 ก. รู้สึกมากกว่าตัวเองเป็นคนไม่ดี หรือไม่มีค่าเลย  
ข. รู้สึกผิด คิดแต่เรื่องความผิดของตัวเองในอดีต  
ค. รู้สึกตัวเองเป็นคนไม่ดีอยู่บ่อย ๆ  
ง. ไม่รู้สึกผิด หรือคิดว่าตัวเองไม่ดี



- 4 ก. อยู่เฉยๆ ไม่ทำอะไร  
 ข. คิดอะไร ทำอะไรเรื่องซ้ำลงมา  
 ค. คิดอะไร ทำอะไรเรื่องซ้ำลงมากว่าเดิมบ้าง  
 ง. ความคิด การกระทำยังเหมือนเดิม
- 5 ก. ง่วงงัน เดินไปมา อยู่ไม่ติดที่ เป็นบ่อย  
 ข. กระสับกระส่าย อยู่หนึ่งไม่ค่อยได้  
 ค. ร้อนใจ กระวนกระวาย  
 ง. ไม่ร้อนใจ หรือกระสับกระส่าย
- 6 ก. ซึมเศร้ามาก ร้องไห้บ่อย  
 ข. หดหู่ ซึมเศร้าอยู่ตลอด ทำให้สบายไม่ได้เลย  
 ค. รู้สึกซึมเศร้า ไม่แจ่มใสเหมือนเคย  
 ง. จิตใจสบายดี
- 7 ก. คิดมาก กังวลใจไปหมดทุกเรื่อง  
 ข. คิดมาก กังวลใจบ่อย  
 ค. คิดมาก กังวลใจง่ายกว่าแต่ก่อน  
 ง. ไม่วิตกกังวล
- 8 ก. เบื่อไปหมดทุกอย่าง ไม่อยากทำอะไรเลย  
 ข. รู้สึกเบื่อ ไม่มีความเพลินใจ  
 ค. เบื่อง่าย แต่ยังพอมีความเพลินใจอยู่บ้าง เช่น เวลาดูโทรทัศน์ มีคนมาคุยด้วย  
 ง. มีความสนใจในเรื่องต่างๆ เหมือนเดิม
- 9 ก. หงุดหงิดมาก มีการทะเลาะกัน ทำลายข้าวของ  
 ข. หงุดหงิด ฉุนเฉียวบ่อย  
 ค. หงุดหงิดง่ายกว่าเดิม แต่พอคุมได้  
 ง. ไม่มีอารมณ์หงุดหงิด

- 10 ก. หลับยากทุกคืน หรือต้องกินยาให้หลับ  
ข. หลับยากค่อนข้างบ่อย  
ค. หลับยากบางครั้ง  
ง. นอนหลับปกติดี
- 11 ก. ตื่นกลางดึกแทบทุกคืน หลับไม่ได้เลย  
ข. ตื่นค่อนข้างบ่อย หลับต้อยาก  
ค. นอนหลับไม่สนิท กระสับกระส่าย  
ง. หลับปกติดี
- 12 ก. เบื่ออาหารมาก กินแทบไม่ได้เลย  
ข. เบื่ออาหารแต่พอฝืนกินได้  
ค. ไม่เจริญอาหารเหมือนเดิม  
ง. กินอาหารได้ตามปกติ
- 13 ก. เหนื่อยหรืออ่อนเพลียมาก จนทำอะไรไม่ได้เลย  
ข. เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ทำอะไรก็เหนื่อยไปหมด  
ค. เหนื่อย อ่อนเพลียง่ายกว่าที่เคย  
ง. ไม่มีอาการอ่อนเพลีย
- 14 ก. ไม่สนใจทางเพศอีกเลย  
ข. สนใจทางเพศลดลงมาก  
ค. สนใจทางเพศลดลงบ้างจากเคย  
ง. ความสนใจทางเพศคงเดิม
- 15 ก. ตัดสินใจอะไรไม่ได้เลย  
ข. ลังเลใจ ตัดสินใจไม่ค่อยได้แม้แต่เรื่องเล็กๆ น้อยๆ  
ค. ลังเลใจบ้าง ไม่อยากตัดสินใจ  
ง. ไม่มีลังเลใจ

- 16 ก. เชื่อว่าตัวเองมีโรคทางร่างกายแน่  
ข. กังวลใจ คิดว่าตัวเองน่าจะมีโรคทางร่างกาย  
ค. ห่วงสุขภาพของตัวเองกว่าแต่ก่อน  
ง. ไม่กังวลโรคทางร่างกาย
- 17 ก. ใจลอยมาก ไม่มีสมาธิเลย  
ข. ใจลอย สมาธิไม่ดี ต้องตั้งใจมาก เวลาจะทำอะไรสักอย่าง  
ค. ใจลอย สมาธิไม่ค่อยดีเหมือนก่อน  
ง. สมาธิปกติ
- 18 ก. ทำงานไม่ได้เลย  
ข. ทำงานแย่งลงกว่าเดิม ต้องบังคับตัวเองมากให้ทำงาน  
ค. ต้องฝืนใจ เวลาจะทำงาน หรือเริ่มทำอะไรบางอย่าง  
ง. ทำงานได้ตามปกติ
- 19 อาการทางร่างกาย เช่น ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม แน่นท้อง มือชา ปวดศีรษะ  
ก. มีอาการเหล่านี้บ่อยมาก  
ข. มีอาการเหล่านี้ค่อนข้างบ่อย  
ค. มีอาการเหล่านี้บ้างบางครั้ง  
ง. ไม่มีอาการทางร่างกายอะไร
- 20 ก. ไม่สนใจใครเลย ใครจะเป็นอย่างไรก็ช่าง  
ข. ไม่ค่อยสนใจใคร ไม่คิดอยากพูดคุยกับใคร  
ค. สนใจคนอื่นๆ รอบข้างน้อยกว่าเดิม  
ง. ความสนใจต่อคนอื่นเหมือนเดิม

### การคิดคะแนน

ข้อ ก=3 คะแนน, ข=2 คะแนน, ค=1 คะแนน, ง=0 คะแนน

นำคะแนนทุกข้อมารวมกัน เทียบความรุนแรงตามตารางข้างล่างนี้

ความรุนแรง	ค่าคะแนนรวม
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	0 - 20
ภาวะซึมเศร้าขั้นอ่อน	21-25
ภาวะซึมเศร้าขั้นปานกลาง	26-34
ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง	35-40
ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก	มากกว่า 40

Reference: Lotrakul M, Sukanich P. Development of the Thai Depression Inventory. J Med Assoc Thai. 1999 Dec;82(12):1200-7

## โปรแกรมละครจิตบำบัด ครั้งที่ 1-3 : ลูกบอลสื่อเรื่องราว

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพและทำความรู้จักซึ่งกันและกัน ระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิก
2. เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกเกิดความคุ้นเคยซึ่งกันและกัน รวมถึงเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มนำเสนอเรื่องราว หรือสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในชีวิตเข้าสู่การแสดง โดยแบ่งช่วงเวลาในการดำเนินกลุ่มเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงการอุ่นเครื่อง, ช่วงการแสดง และช่วงแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็น
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ตระหนักถึงความสำคัญของการเข้าใจความรู้สึกอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น การแยกแยะอารมณ์ที่หลากหลาย ตลอดจนเรียนรู้วิธีการในการแก้ปัญหาที่เหมาะสม

เวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ประมาณ 60 นาที

### วิธีดำเนินการ

#### ช่วง Warm-up

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายกับสมาชิกพร้อมเปิดกิจกรรมกลุ่ม โดยกล่าวสวัสดิ์สมาชิกในกลุ่มและบอกเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ สอบถามข้อปฏิบัติในการเข้ากลุ่มจากสมาชิกและบอกวิธีการทำกลุ่ม
2. ผู้นำกลุ่มนำเข้าสู่ขบวนการกลุ่มละครจิตบำบัดโดยการใช้ลูกบอลคำถาม กล่าวคือ ให้สมาชิกพูดเกี่ยวกับเรื่องราวของตัวเองโดยมีลูกบอลอยู่ในมือ 1 ลูก ให้ส่งลูกบอลให้สมาชิกที่อยากรู้จักคนที่ได้รับลูกบอลแล้วก็จะเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับตนเอง ซึ่งคำถามจะเริ่มจากการถามสมาชิกกลุ่มในเรื่องต่างๆ ไปก่อน แล้วก็ค่อยๆ ถามเรื่องครอบครัว เรื่องอารมณ์ความรู้สึกของเขา เช่น บอกชื่อ อยู่ที่ไหน ทำอะไร และเพราะอะไรถึงมาโรงพยาบาล โดยเริ่มจากผู้นำกลุ่มบอกชื่อตนเองและส่งลูกบอลให้สมาชิกคนที่นั่งข้างๆ หลังจากนั้นก็ให้สมาชิกส่งต่อกันไปโดยเริ่มจากคนที่สมาชิกอยากรู้จักก่อน
3. เมื่อส่งลูกบอลไปได้ประมาณ 5-6 คนแล้ว และผู้นำกลุ่มพิจารณาว่าได้เรื่องราวตามสมควรที่จะสามารถนำไปสู่ช่วงการแสดงได้แล้ว ก็บอกสมาชิกว่าสำหรับเรื่องราวในวันนี้พอแค่นี้ก่อน และสำหรับคนที่ยังไม่ได้เล่าเรื่องเกี่ยวกับตนเองในวันนี้ก็ไม่ต้องเสียใจ เพราะในครั้งหน้าเราจะมาเล่าเรื่องกันต่อ
4. หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มเลือกเรื่องของสมาชิก (โดยพิจารณาประเด็นปัญหาที่ชัดเจน และควรเร่งแก้ไขก่อน) และนำเข้าสู่ช่วงการแสดง

### ช่วง Action

1. ผู้นำกลุ่มสร้างความชัดเจนของฉากโดยการถามสมาชิกที่ถูกเลือกเรื่องให้มาแสดงว่าฉากที่ 1 ต้องการเลือกใครมานำแสดงเป็นตัวละครใดบ้าง และสถานที่ในฉากนั้นเป็นอย่างไร
2. เมื่อสมาชิกที่ถูกเลือก เลือกได้แล้วว่าจะนำสมาชิกคนใดมาแสดงเป็นตัวละครตัวใดบ้าง ผู้นำกลุ่มจะเพิ่มความชัดเจนของบทโดยถามเจ้าของเรื่องว่าตัวละครตัวใด มีบทบาทอย่างไรบ้าง ลักษณะการโต้ตอบซึ่งกันและกันเป็นอย่างไร และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไรบ้าง
3. เมื่อผู้นำกลุ่มเห็นว่าเนื้อหาของเรื่องราวยุติชัดเจนแล้วให้สมาชิกเริ่มแสดงได้ โดยข้อมก่อนแสดงจริง หลังจากนั้นจึงให้เริ่มแสดงฉากที่ 1 ได้ โดยผู้นำกลุ่มทำหน้าที่เป็นผู้กำกับการแสดง
4. ผู้นำกลุ่มพิจารณาและเลือกใช้เทคนิคในแต่ละฉาก เมื่อเห็นควรว่าจะใช้เทคนิคใดในการทำให้ปัญหาของสมาชิกกระจ่าง หรือช่วยให้สมาชิกมีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมมากขึ้น ซึ่งในการทำกลุ่มครั้งที่ 1- 3 นี้ ผู้แสดงนำหรือตัวละครของเรื่องมีลักษณะปัญหาที่คล้ายคลึงกันคือปัญหาเรื่องสัมพันธ์ภาพกับแฟน ทำให้ผู้ปวยรู้สึกน้อยใจ เสียใจ รู้สึกตนเองไร้ค่า มักโทษตนเองซ้ำๆ ผู้นำกลุ่มพิจารณาเลือกใช้เทคนิคดังต่อไปนี้

### เทคนิคที่ใช้ในการแสดงและเหตุผล

1. เทคนิคการสลับบทบาท (Role Reversal)  
เพื่อช่วยให้ผู้แสดงนำได้เกิดความเข้าใจในตัวแฟนของตนเองมากขึ้น จากการสวมบทบาทเป็นแฟนของตนเอง
2. เทคนิคการสื่อสารโดยไม่ใช้ภาษา (Sculpting)  
ใช้เทคนิคนี้เพื่อให้ผู้แสดงนำสื่อสารให้เห็นว่า เมื่อผู้แสดงนำทะเลาะกับแฟนแล้วแต่ละคนแสดงท่าทางต่อกันอย่างไร เช่น หลังจากมีปากเสียงกัน ตัวแสดงนำก็เอาแต่นั่งร้องไห้อยู่ในห้อง ขณะที่แฟนผู้แสดงนำออกไปดื่มสุรานอกบ้าน
3. เทคนิคการหยุดฉาก (Role Training)  
เพื่อช่วยให้ผู้แสดงนำได้เห็นวิธีการแก้ปัญหาที่แตกต่าง และหลากหลายโดยการให้สมาชิกในกลุ่มได้นำเสนอวิธีการและออกมาแสดงเป็นตัวอย่างให้ผู้แสดงนำได้ชมแล้วจึงถามความคิดเห็นของผู้แสดงนำว่ามีความสนใจวิธีใดที่จะทดลองซ้อมแสดงด้วยตนเอง
4. เทคนิคสองเท่า (The Double)  
เพื่อช่วยกระตุ้นให้ผู้แสดงนำได้แสดงความรู้สึกที่แท้จริงภายในออกมา

### ช่วง Sharing

1. เมื่อการแสดงดำเนินไปตามสมควร และผู้นำกลุ่มนำเข้าสู่ช่วงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยบอกกับสมาชิกว่าขอจบการแสดงละครในครั้งนี้ พร้อมทั้งถามความรู้สึกของเจ้าของเรื่องว่ามีความรู้สึกอย่างไร แล้วจึงถามสมาชิกผู้ร่วมแสดงว่ารู้สึกอย่างไร
2. จากนั้นผู้นำกลุ่มถามสมาชิกในกลุ่มว่าสมาชิกคนใดมีประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกับเจ้าของเรื่อง และจะร่วมแสดงความคิดเห็นบ้าง
3. ผู้นำกลุ่มคอยทำหน้าที่กระตุ้นให้เกิดบรรยากาศในการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม โดยการโยนคำถามให้สมาชิก
4. เมื่อสมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และได้ให้กำลังใจซึ่งกันและกันตามสมควรแล้ว ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็น เนื้อหาที่สำคัญๆอีกครั้ง รวมทั้งช่วยเสริมข้อคิดให้สมบูรณ์ขึ้น
5. ผู้นำกลุ่ม และสมาชิกช่วยกันสรุปสาระสำคัญและข้อคิดที่ได้จากการทำกลุ่มในครั้งนี้ ตลอดจนถามความรู้สึกของสมาชิก และนัดสมาชิกมาพบใหม่ในครั้งต่อไป ตามวัน เวลา ที่กำหนด



## โปรแกรมละครจิตบำบัด

### ครั้งที่ 4 : ผ่อนคลาย

#### วัตถุประสงค์

1. สมาชิกเรียนรู้การผ่อนคลายอารมณ์ ฝึกการใช้จินตนาการ สามารถแยกแยะอารมณ์ที่หลากหลายได้
2. เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มนำเสนอเรื่องราวหรือสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในชีวิตเข้าสู่อการแสดง โดยแบ่งช่วงเวลาในการดำเนินกลุ่มเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงการอุ่นเครื่อง, ช่วงการแสดง ช่วงแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็น

เวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ประมาณ 60 นาที

#### วิธีดำเนินการ

##### ช่วง Warm-up

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายกับสมาชิกพร้อมเปิดกิจกรรมกลุ่ม โดยกล่าวสวัสดิ์สมาชิกในกลุ่ม และทบทวนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ข้อปฏิบัติในการเข้ากลุ่ม และบอกวิธีการทำกลุ่มอย่างย่อๆ
2. ผู้นำกลุ่มนำเข้าสู่ขบวนการกลุ่มละครจิตบำบัด โดยฝึกการหายใจ เพื่อผ่อนคลายความรู้สึก ประมาณ 2 นาที จากนั้นนำเข้าสู่การฝึกผ่อนคลายโดยใช้จินตนาการ (เรื่องเดินชมชายหาด)
3. ผู้นำกลุ่มเตรียมนำสมาชิกเข้าสู่ช่วงการแสดง โดยให้สมาชิกร่วมสนทนาพูดคุยว่าในชีวิตจริงสิ่งใดที่ทำให้สมาชิกไม่ผ่อนคลาย ที่ผ่านมามีจัดการอย่างไร
4. เมื่อพูดคุยได้ประเด็นปัญหาของสมาชิกที่ชัดเจนแล้ว ผู้นำกลุ่มเลือกเรื่องของสมาชิก (โดยพิจารณาประเด็นปัญหาที่ชัดเจน และควรเร่งแก้ไขก่อน) จากนั้นนำเข้าสู่ช่วงการแสดง

##### ช่วง Action

1. ผู้นำกลุ่มสร้างความชัดเจนของฉากโดยการถามสมาชิกที่ถูกเลือกเรื่องให้มาแสดงว่าฉากที่ 1 ต้องการเลือกใครมานำแสดง และสถานที่ในฉากนั้นเป็นอย่างไร สมาชิกแต่ละคนอยู่ส่วนใดในสถานการณ์นั้นบ้าง
2. ผู้นำกลุ่มเพิ่มความชัดเจนของบทโดยถามเจ้าของเรื่องว่าตัวละครตัวใด มีบทบาทอย่างไรบ้าง ลักษณะการโต้ตอบซึ่งกันและกันเป็นอย่างไร และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไรบ้าง



3. เมื่อผู้นำกลุ่มเห็นว่าเนื้อหาของเรื่องราวชัดเจนแล้วให้สมาชิกเริ่มแสดงได้ โดยซ้อมก่อนแสดงจริง หลังจากนั้นจึงให้เริ่มแสดงฉากที่ 1 ได้ โดยผู้นำกลุ่มทำหน้าที่เป็นผู้กำกับการแสดง

4. ผู้นำกลุ่มพิจารณาและเลือกใช้เทคนิคในแต่ละฉาก เมื่อเห็นควรว่าจะใช้เทคนิคใดในการทำให้ปัญหาของสมาชิกกระจ่าง หรือช่วยให้สมาชิกมีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมมากขึ้น ซึ่งในการทำกลุ่มครั้งที่ 4 นี้ ผู้แสดงนำหรือตัวเอกมีปัญหาเรื่องสัมพันธ์ภาพกับบิดา ผู้นำกลุ่มพิจารณาเลือกใช้เทคนิคดังต่อไปนี้

### เทคนิคที่ใช้ในการแสดงและเหตุผล

#### 1. เทคนิคการสลับบทบาท (Role Reversal)

เพื่อช่วยให้ผู้แสดงนำได้เกิดความเข้าใจในตัวบิดาของตนเองมากขึ้น จากการสวมบทบาทเป็นบิดาของตนเอง

#### 2. เทคนิคกระจก (Mirror)

ใช้เทคนิคนี้เพื่อให้ผู้แสดงนำได้เห็นพฤติกรรมของตนเอง และบิดาที่ปฏิบัติต่อกัน เมื่อผู้แสดงนำทะเลาะกับบิดามีท่าทางต่อกันอย่างไร

#### 3. เทคนิคการหยุดฉาก (Role Training)

เพื่อช่วยให้ผู้แสดงนำได้เห็นวิธีการแก้ปัญหาที่แตกต่าง และหลากหลายโดยการให้สมาชิกในกลุ่มได้นำเสนอวิธีการและออกมาแสดงเป็นตัวอย่างให้ผู้แสดงนำได้ชมแล้วจึงถามความคิดเห็นของผู้แสดงนำว่ามีความสนใจวิธีใดที่จะทดลองซ้อมแสดงด้วยตนเอง

#### 4. เทคนิคสองเท่า (The Double)

เพื่อช่วยกระตุ้นให้ผู้แสดงนำได้แสดงความรู้สึกที่แท้จริงภายในออกมา

### ช่วง Sharing

1. เมื่อการแสดงดำเนินไปตามสมควร และผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคต่างๆตามสมควรแล้ว จึงนำเข้าสู่ช่วงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยบอกกับสมาชิกว่าขอจบการแสดงละครในครั้งนี้ พร้อมทั้งถามความรู้สึกของเจ้าของเรื่องว่ามีความรู้สึกอย่างไร แล้วจึงถามสมาชิกผู้ร่วมแสดงว่ารู้สึกอย่างไร

2. ผู้นำกลุ่มถามสมาชิกว่าสมาชิกคนใดมีประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกับเจ้าของเรื่อง และจะร่วมแสดงความคิดเห็นบ้าง

3. ผู้นำกลุ่มคอยทำหน้าที่กระตุ้นให้เกิดบรรยากาศในการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม โดยการโยนคำถามให้สมาชิกตอบ

4. เมื่อสมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และได้ให้กำลังใจซึ่งกันและกันตามสมควรแล้ว ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็น เนื้อหาที่สำคัญๆอีกครั้ง รวมทั้งช่วยเสริมข้อคิดให้สมบูรณ์ขึ้น
5. ผู้นำกลุ่ม และสมาชิกช่วยกันสรุปสาระสำคัญและข้อคิดที่ได้จากการทำกลุ่มในครั้งนี้ ตลอดจนถามความรู้สึกของสมาชิก และนัดสมาชิกมาพบใหม่ในครั้งต่อไป ตามวัน เวลา ที่กำหนด



## เรื่อง เดินชมชายหาด

“ นิ่งในท่าที่สบาย จากนั้นค่อยๆหลับตาลง แล้วเริ่มจินตนาการถึงสถานที่ที่สวยงามสงบ และเป็นสุข จินตนาการว่าคุณกำลังเดินชมชายหาด สมมติว่าคุณได้ลาพักผ่อน เพื่อไปท่องเที่ยวยังเกาะที่ห่างไกลแห่งหนึ่ง ซึ่งคุณฝันอยากจะไปมานานแล้ว วันนี้คุณจึงได้โอกาสไปเดินเล่น ยังชายหาดที่ห่างไกลผู้คน ขอให้คุณจินตนาการกับตัวคุณเองว่า...ฉันกำลังยืนอยู่ที่ชายหาด ได้ร่วมเงาของต้นปาล์มใหญ่ ฉันได้ยินเสียงนกร้อง และเสียงใบปาล์มเสียดสีกันยามต้องลม เมื่อมองผ่านหาดทรายสีขาวสะอาดออกไป ฉันเห็นน้ำทะเลสีครามอย่างชัดเจน ไกลออกไปจนสุดสายตา น้ำทะเลค่อยๆ เปลี่ยนเป็นสีน้ำเงินแก่ และคลื่นหายไปกับขอบฟ้า บนท้องฟ้ามีปุยเมฆสีขาวก้อนใหญ่ กำลังเคลื่อนที่ไปตามสายลมอย่างช้าๆเมื่ออากาศเริ่มอบอุ่นขึ้น ฉันจึงตัดสินใจเดินออกจากเงาต้นปาล์ม เพื่อที่จะลงไปเล่นน้ำทะเล ทำของฉันสัมผัสพื้นทรายที่อบอุ่น และความอบอุ่นนั้นได้แผ่มาถึงบริเวณขา... หน้าท้อง... แขน... คอ และศีรษะด้วย ช่างเป็นความรู้สึกที่แสนสบายจริงๆ เมื่อฉันก้าวเดินใกล้ผืนน้ำ เข้าไปพื้นทรายอันละเอียดและอ่อนนุ่ม ได้ช่วยรองรับเท้าของฉันเอาไว้ เหมือนกับเดินไปบนพรมไม่มีผิวดันเดินเล่นเลียบริมชายหาดไปเรื่อยๆ ฝากรอยเท้าเอาไว้บนผืนทราย แต่พอกระแสน้ำพัดขึ้นมา มันก็ลบรอยทำนั้นให้เลือนหายไป ฉันเริ่มลุยลงไปในทะเล เริ่มจากน้ำที่ลึกเพียงแค่เข่าก่อน น้ำทะเลช่างเย็นชื่นฉ่ำใจเหลือเกิน ฉันหยุดมองน้ำทะเลที่ใสแจ้วราวกระจก สามารถมองเห็นเปลือกหอยต่างๆ และปลาฉลามที่มีสีส้มสวยงามได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ฉันยังเห็นภูตตัวเล็กๆ และฝูงปลาสีเงินว่ายวนเวียนไปมา ฉันค่อยๆ วกน้ำทะเลอันใสสะอาด และเย็นชุ่มฉ่ำขึ้นมารวดตัว ทำให้รู้สึกสดชื่นมากยิ่งขึ้นเมื่อเล่นน้ำจนพอใจแล้ว ฉันเดินกลับขึ้นมาข้างชายฝั่งอีกครั้ง และล้มตัวลงนอนเหยียดยาว บนผ้าเช็ดตัวที่ปูรองไว้ ทรายอันอบอุ่นได้ส่งความร้อน ผ่านผ้าเช็ดตัวมายังแผ่นหลังของฉัน ทำให้รู้สึกอุ่นสบาย หยดน้ำที่เกาะพราวตามตัวค่อยๆ ไหลหยดลงสู่พื้น แสงแดดช่วยทำให้ตัวของฉันแห้งสนิทในเวลาต่อมา ช่วงเวลานี้ช่างอบอุ่นและสดชื่นเสียนี้กระไร ขณะกำลังนอนสบายอยู่นั้น ฉันได้ยินเสียงคลื่นซัดหาดฝั่งอยู่ตลอดเวลา บางครั้งจะมีเสียงนกนางนวลร้อง ขณะที่มันบินผ่านไปมา นอกเหนือจากเสียงเหล่านี้แล้ว จะไม่มีเสียงรบกวนใดๆ อีกเลย ช่างสงบ เป็นธรรมชาติ และช่วยฉันผ่อนคลายได้มากเหลือเกิน...ฉันมีความสุขเหลือเกิน หลังจากนั้นจะนับ 1-3 แล้วให้ทุกคนค่อยๆ ลืมตาขึ้นช้าๆ...นับ 1 เราเป็นคนดี มีความสุข..... นับ 2 เรามีความสามารถที่จะเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ได้ นับ..3 ค่อยๆ ลืมตาขึ้น และคงความรู้สึกสดชื่นเอาไว้พร้อมที่ดำเนินชีวิตต่อไป ”

## โปรแกรมละครจิตบำบัด ครั้งที่ 5 : สื่อสาร สื่ออารมณ์

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกเกิดความคุ้นเคยซึ่งกันและกัน มีความมั่นใจ กล้าแสดงออก
2. สมาชิกเรียนรู้เรื่องการสื่อสาร การแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม
3. เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มนำเสนอเรื่องราวหรือสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในชีวิตเข้าสู่อการแสดง โดยแบ่งช่วงเวลาในการดำเนินกลุ่มเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงการอุ่นเครื่อง, ช่วงการแสดง และช่วงแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็น

เวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ประมาณ 60 นาที

### วิธีดำเนินการ

#### ช่วง Warm-up

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายกับสมาชิกพร้อมเปิดกิจกรรมกลุ่ม โดยกล่าวสวัสดีสมาชิกในกลุ่ม ทบทวนวัตถุประสงค์ ข้อปฏิบัติในการเข้ากลุ่ม และวิธีการทำกลุ่มอย่างย่อๆ

2. ผู้นำกลุ่มนำเข้าสู่ขบวนการกลุ่มละครจิตบำบัดโดยใช้เกมส์การสื่อสาร วิธีการคือ ให้สมาชิกจับคู่ และดำเนินการดังนี้

2.1 วิธีการที่ 1 หันหน้าเข้าหากัน โดยปราศจากการพูด คนหนึ่งพยายามที่จะแสดงความรู้สึก ความคิด ให้คู่รับรู้ถึงความต้องการแล้วคู่ของเขาก็พยายามตอบสนองสิ่งที่เพื่อนต้องการ หลังจากนั้นสลับบทบาทหน้าที่กัน

2.2 วิธีการที่ 2 หันหลังเข้าหากัน โดยที่คนสองคนนั่งหันหลังชิดกันแล้วก็พูดเกี่ยวกับบางสิ่งบางอย่างโดยที่ไม่มีการมองหน้ากัน โดยสลับกันพูด

2.3 วิธีการที่ 3 ผู้บำบัดให้โจทย์ว่า “ ให้สมาชิกเล่าถึงอารมณ์เศร้า และปัญหาของสมาชิกที่ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า โดยให้ทั้งคู่หันหน้าเข้าหากัน และสลับกันพูด โดยเวลาที่อีกคนหนึ่งพูดอีกคนจะต้องเป็นผู้ฟังที่ดี รับรู้ถึงอารมณ์ความรู้สึกของผู้พูด

3. ผู้นำกลุ่มถามความรู้สึกสมาชิก พร้อมทั้งเตรียมสมาชิกเข้าสู่ช่วงการแสดง โดยให้สมาชิกร่วมสนทนาพูดคุยแลกเปลี่ยนกันว่าในชีวิตจริงใครที่มีปัญหาเรื่องการสื่อสารกับผู้อื่น ใครที่สมาชิกต้องการสื่อสารให้เข้าใจถึงความต้องการ ความรู้สึกของสมาชิกมากที่สุด และจะมีวิธีการสื่อสารแบบใด ทำทางอย่างไร

4. เมื่อพูดคุยได้ประเด็นปัญหาของสมาชิกที่ชัดเจนแล้ว ผู้นำกลุ่มเลือกเรื่องของสมาชิก (โดยพิจารณาประเด็นปัญหาที่ชัดเจน และควรเร่งแก้ไขก่อน) จากนั้นนำเข้าสู่ช่วงการแสดง

### ช่วง Action

1. ผู้นำกลุ่มสร้างความชัดเจนของฉากโดยการถามสมาชิกที่ถูกเลือกเรื่องให้มาแสดงว่าฉากที่ 1 ต้องการเลือกใครมานำแสดงเป็นตัวละครใดบ้าง และสถานที่ในฉากนั้นเป็นอย่างไร เกิดขึ้นที่ไหน และใครอยู่ตรงไหนบ้าง

2. ผู้นำกลุ่มเพิ่มความชัดเจนของบทโดยถามเจ้าของเรื่องว่าตัวละครตัวใด มีบทบาทอย่างไรบ้าง ลักษณะการโต้ตอบซึ่งกันและกันเป็นอย่างไร อารมณ์ในการโต้ตอบเป็นอย่างไร ตัวละครแต่ละตัวมีสีหน้าอย่างไรบ้าง และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร

3. เมื่อผู้นำกลุ่มเห็นว่าเนื้อหาของเรื่องราวยาวชัดเจนแล้วให้สมาชิกเริ่มแสดงได้ โดยซ้อมก่อนแสดงจริง หลังจากนั้นจึงให้เริ่มแสดงฉากที่ 1 ได้ โดยผู้นำกลุ่มทำหน้าที่เป็นผู้กำกับการแสดง

4. ผู้นำกลุ่มพิจารณาและเลือกใช้เทคนิคในแต่ละฉาก เมื่อเห็นควรว่าจะใช้เทคนิคใดในการทำให้ปัญหาของสมาชิกกระจ่าง หรือช่วยให้สมาชิกมีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมมากขึ้น ซึ่งในการทำกลุ่มครั้งที่ 5 นี้ ผู้แสดงนำหรือตัวเอกมีปัญหาเรื่องสัมพันธ์ภาพกับลูก ผู้นำกลุ่มพิจารณาเลือกใช้เทคนิคดังต่อไปนี้

### เทคนิคที่ใช้ในการแสดงและเหตุผล

1. เทคนิคการสลับบทบาท (Role Reversal)

เพื่อช่วยให้ผู้แสดงนำได้เกิดความเข้าใจลูกมากขึ้น จากการสวมบทบาทเป็นลูกของตนเอง

2. เทคนิคกระจก (Mirror)

ใช้เทคนิคนี้เพื่อให้ผู้แสดงนำได้เห็นพฤติกรรมของตนเอง และลูกที่ปฏิบัติต่อกัน เมื่อผู้แสดงนำมีปัญหาเกี่ยวกับลูกมีท่าทางต่อกันอย่างไร

3. เทคนิคการหยุดฉาก (Role Training)

เพื่อช่วยให้ผู้แสดงนำได้เห็นวิธีการแก้ปัญหาที่แตกต่าง และหลากหลายโดยการให้สมาชิกในกลุ่มได้นำเสนอวิธีการและออกมาแสดงเป็นตัวอย่างให้ผู้แสดงนำได้ชมแล้วจึงถามความคิดเห็นของผู้แสดงนำว่ามีความสนใจวิธีใดที่จะทดลองซ้อมแสดงด้วยตนเอง

4. เทคนิคสองเท่า (The Double)

เพื่อช่วยกระตุ้นให้ผู้แสดงนำได้แสดงความรู้สึกที่แท้จริงภายในออกมา

## 5. เทคนิคการแสดงซ้ำ (Replay)

ใช้เทคนิคนี้เพื่อให้ผู้แสดงได้แสดงซ้ำถึงเหตุการณ์เดิมที่มีการเปลี่ยนแปลงใหม่แล้วอีกครั้ง เป็นฉากที่จบลงอย่างมีความสุขมีแผนการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าเดิม

### ช่วง Sharing

1. เมื่อการแสดงดำเนินไปตามสมควร และผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคต่างๆตามสมควรแก้ปัญหาของสมาชิกแล้ว จึงนำเข้าสู่ช่วงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยบอกกับสมาชิกว่าขอจบการแสดงละครในครั้งนี้ พร้อมทั้งถามความรู้สึกของเจ้าของเรื่องว่ามีความรู้สึกอย่างไร แล้วจึงถามสมาชิกผู้ร่วมแสดงว่ารู้สึกอย่างไร เพื่อดึงสมาชิกออกจากโลกของการแสดง

2. จากนั้นผู้นำกลุ่มถามสมาชิกในกลุ่มว่าสมาชิกคนใดมีประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกับเจ้าของเรื่อง และจะร่วมแสดงความคิดเห็นบ้าง

3. เมื่อสมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และได้ให้กำลังใจซึ่งกันและกันตามสมควรแล้ว ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็น เนื้อหาที่สำคัญอีกครั้ง ตลอดจนช่วยเสริมข้อคิดให้สมบูรณ์ขึ้น จากนั้นนัดสมาชิกมาพบใหม่ในครั้งต่อไป ตามวัน เวลา ที่กำหนด

## โปรแกรมละครจิตบำบัด ครั้งที่ 6 : กระจกสะท้อนชีวิต

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกเกิดความคุ้นเคยซึ่งกันและกัน มีความมั่นใจ กล้าแสดงออก
2. เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มนำเสนอเรื่องราวหรือสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในชีวิตเข้าสู่อการแสดง โดยแบ่งช่วงเวลาในการดำเนินกลุ่มเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงการอุ่นเครื่อง, ช่วงการแสดง ช่วงแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็น

เวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ประมาณ 60 นาที

### วิธีดำเนินการ

#### ช่วง Warm-up

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายกับสมาชิกพร้อมเปิดกิจกรรมกลุ่ม โดยกล่าวสวัสดิ์สมาชิกในกลุ่ม และทบทวนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ข้อปฏิบัติในการเข้ากลุ่ม และบอกวิธีการทำกลุ่มอย่างย่อๆ
2. ผู้นำกลุ่มนำเข้าสู่ขบวนการกลุ่มละครจิตบำบัด โดยใช้เกมส์กระจกดังนี้
  - 2.1 ให้สมาชิกจับคู่ตามความพอใจ แบ่งเป็น A B ซึ่งสมาชิก A จะเป็นกระจก และสมาชิก B จะเป็นคนส่องกระจก
  - 2.2 ผู้บำบัดให้สมาชิกใส่จินตนาการโดยให้โจทย์ว่า “หากเปรียบกระจกกับชีวิตจริง กระจกคือใครในความคิดความรู้สึกของสมาชิก ลองจินตนาการ และกระจกจะแสดงท่าทางอย่างไร”
  - 2.3 หลังจากนั้นให้สมาชิก A จินตนาการว่าตัวเองคือกระจก แล้วสมาชิก B ยืนอยู่ด้านหน้ากระจก ยืนจ้องหน้ากัน อยู่ในระยะที่สบายกาย สบายใจ แล้วคนที่ยืนอยู่ด้านหน้าของกระจกก็เริ่มที่จะเคลื่อนไหวร่างกายของตัวเองช้าๆ โดยเริ่มที่อวัยวะแขน กระจกก็จะเลียนแบบการเคลื่อนไหวนั้น คนส่องทำอะไร กระจกก็ต้องทำแบบนั้น ต่อจากนั้นก็จะเป็นการเปลี่ยนบทบาทหน้าที่สลับกัน
  - 2.4 ผู้บำบัดให้โจทย์สมาชิกเพิ่มว่า “ให้จินตนาการถึงบุคคลในกระจกที่ทำให้สมาชิกรู้สึกคับข้องใจ ไม่สบายใจว่าคือใครแล้วเขาทำท่าทางอย่างไร”
3. ผู้นำกลุ่มถามความรู้สึกของสมาชิก และเตรียมนำเข้าสู่ช่วงการแสดง โดยให้สมาชิกร่วมสนทนาพูดคุยว่าใครคือกระจกของสมาชิก และกระจกดังกล่าวมีอิทธิพลกับสมาชิกอย่างไร
4. เมื่อพูดคุยได้ประเด็นปัญหาของสมาชิกที่ชัดเจนแล้ว ผู้นำกลุ่มเลือกเรื่องของสมาชิก (โดยพิจารณาประเด็นปัญหาที่ชัดเจน และควรเร่งแก้ไขก่อน) จากนั้นนำเข้าสู่ช่วงการแสดง

### ช่วง Action

1. ผู้นำกลุ่มสร้างความชัดเจนของฉากโดยการถามสมาชิกที่ถูกเลือกเรื่องให้มาแสดงว่าฉากที่ 1 ต้องการเลือกใครมานำแสดงเป็นตัวละครใดบ้าง และสถานที่ในฉากนั้นเป็นอย่างไร เกิดขึ้นที่ไหน และใครอยู่ตรงไหนบ้าง
2. ผู้นำกลุ่มเพิ่มความชัดเจนของบทโดยถามเจ้าของเรื่องว่าตัวละครตัวใด มีบทบาทอย่างไรบ้าง ลักษณะการโต้ตอบซึ่งกันและกันเป็นอย่างไร อารมณ์ในการโต้ตอบเป็นอย่างไร ตัวละครแต่ละตัวมีสีหน้าอย่างไรบ้าง และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร
3. เมื่อผู้นำกลุ่มเห็นว่าเนื้อหาของเรื่องราวดูชัดเจนแล้วให้สมาชิกเริ่มแสดงได้ โดยข้อมก่อนแสดงจริง หลังจากนั้นจึงให้เริ่มแสดงฉากที่ 1 ได้ โดยผู้นำกลุ่มทำหน้าที่เป็นผู้กำกับการแสดง
4. ผู้นำกลุ่มพิจารณาและเลือกใช้เทคนิคในแต่ละฉาก เมื่อเห็นควรว่าจะใช้เทคนิคใดในการทำให้ปัญหาของสมาชิกกระจ่าง หรือช่วยให้สมาชิกมีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมมากขึ้น ซึ่งในการทำกลุ่มครั้งที่ 6 นี้ ผู้แสดงนำหรือตัวเอกมีปัญหาเรื่องสัมพันธ์ภาพกับยาย ผู้นำกลุ่มพิจารณาเลือกใช้เทคนิคดังต่อไปนี้

### เทคนิคที่ใช้ในการแสดงและเหตุผล

1. เทคนิคการสลับบทบาท (Role Reversal)  
เพื่อช่วยให้ผู้แสดงนำได้เกิดความเข้าใจอย่างมากขึ้น จากการสวมบทบาทเป็นยายของตนเอง
2. เทคนิคกระจก (Mirror)  
ใช้เทคนิคนี้เพื่อให้ผู้แสดงนำได้เห็นพฤติกรรมของตนเอง และยายที่ปฏิบัติต่อกัน เมื่อผู้แสดงนำมีปัญหากับยายมีท่าทางต่อกันอย่างไร
3. เทคนิคการหยุดฉาก (Role Training)  
เพื่อช่วยให้ผู้แสดงนำได้เห็นวิธีการแก้ปัญหาที่แตกต่าง และหลากหลายโดยการให้สมาชิกในกลุ่มได้นำเสนอวิธีการและออกมาแสดงเป็นตัวอย่างให้ผู้แสดงนำได้ชมแล้วจึงถามความคิดเห็นของผู้แสดงนำว่ามีความสนใจวิธีใดที่จะทดลองซ้อมแสดงด้วยตนเอง
4. เทคนิคสองเท่า (The Double)  
เพื่อช่วยกระตุ้นให้ผู้แสดงนำได้แสดงความรู้สึกที่แท้จริงภายในออกมา
5. เทคนิคการแสดงซ้ำ (Replay)  
ใช้เทคนิคนี้เพื่อให้ผู้แสดงได้แสดงซ้ำถึงเหตุการณ์เดิมที่มีการเปลี่ยนแปลงใหม่แล้วอีกครั้ง เป็นฉากที่จบลงอย่างมีความสุขมีแผนการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าเดิม



### ช่วง Sharing

1. เมื่อการแสดงดำเนินไปตามสมควร และผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคต่างๆตามสมควรแล้ว จึงนำเข้าสู่ช่วงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยบอกกับสมาชิกว่าขอจบการแสดงละครในครั้งนี้ พร้อมทั้งถามความรู้สึกของเจ้าของเรื่องว่ามีความรู้สึกอย่างไร แล้วจึงถามสมาชิกผู้ร่วมแสดงว่ารู้สึกอย่างไร
2. จากนั้นผู้นำกลุ่มถามสมาชิกในกลุ่มว่าสมาชิกคนใดมีประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกับเจ้าของเรื่อง และจะร่วมแสดงความคิดเห็นบ้าง
3. หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มคอยทำหน้าที่กระตุ้นให้เกิดบรรยากาศในการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม โดยการโยนคำถามให้สมาชิกตอบ
4. เมื่อสมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และได้ให้กำลังใจซึ่งกันและกันตามสมควรแล้ว ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็น เนื้อหาที่สำคัญๆอีกครั้ง รวมทั้งช่วยเสริมข้อคิดให้สมบูรณ์ขึ้น
5. ผู้นำกลุ่ม และสมาชิกช่วยกันสรุปสาระสำคัญและข้อคิดที่ได้จากการทำกลุ่มในครั้งนี้ ตลอดจนถามความรู้สึกของสมาชิก และนัดสมาชิกมาพบใหม่ในครั้งต่อไป ตามวัน เวลา ที่กำหนด



## โปรแกรมละครจิตบำบัด

ครั้งที่ 7-10 : แก้อ้อ

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกเกิดความคุ้นเคยซึ่งกันและกัน รวมถึงเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มนำเสนอเรื่องราว หรือสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในชีวิตเข้าสู่การแสดง โดยแบ่งเวลาในการดำเนินกลุ่มเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงการอุ่นเครื่อง, ช่วงการแสดง และช่วงแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็น
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ตระหนักถึงความสำคัญของการเข้าใจความรู้สึกอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น การแยกแยะอารมณ์ที่หลากหลาย ตลอดจนเรียนรู้วิธีในการแก้ปัญหาที่เหมาะสม

เวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ประมาณ 60 นาที

### วิธีดำเนินการ

#### ช่วง Warm-up

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายกับสมาชิกพร้อมเปิดกิจกรรมกลุ่ม โดยกล่าวสวัสดิ์สมาชิกในกลุ่ม และทบทวนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ข้อปฏิบัติในการเข้ากลุ่ม และบอกวิธีการทำกลุ่มอย่างย่อๆ
2. ผู้นำกลุ่มนำเข้าสู่ขบวนการกลุ่มละครจิตบำบัด โดยใช้เทคนิคแก้อ้อ ผู้นำกลุ่มนำแก้อ้อมาตั้งไว้ตรงกลางกลุ่ม ให้สมาชิกหลับตา ประมาณ 5 นาที แล้วจินตนาการว่าแก้อ้อที่สมาชิกเห็นตรงกลางนั้นเป็นบุคคลที่สมาชิกรู้จัก และอยากจะพูดคุยถึงสิ่งที่ทำให้สมาชิก รู้สึกโกรธ หรือไม่สบายใจ ตลอดจนความรู้สึกอื่นๆที่สมาชิกอยากจะพูดกับบุคคลคนนั้น โดยเมื่อสมาชิกพร้อมจะพูดให้ยกมือขึ้นพร้อมทั้งลืมตา และรอให้ผู้นำกลุ่มอนุญาตก่อนจึงเริ่มพูดได้
3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกนั่งที่แก้อ้อตรงกลางกลุ่มแล้วให้สวมบทบาทเป็นคนๆนั้น เพื่อให้สมาชิกได้ตอบกับตนเองสลับบทบาทไป-มาระหว่างแก้อ้อของสมาชิกและแก้อ้อตรงกลางกลุ่ม
4. เมื่อผู้นำกลุ่มพิจารณาว่าได้เรื่องราวตามสมควร มีประเด็นปัญหาของสมาชิกที่ชัดเจนแล้วที่จะสามารถนำเข้าสู่ช่วงการแสดงได้ ผู้นำกลุ่มเลือกเรื่องของสมาชิก (โดยพิจารณาประเด็นปัญหาที่ชัดเจน และควรเร่งแก้ไขก่อน) จากนั้นนำเข้าสู่ช่วงการแสดงทันที

### ช่วง Action

1. ผู้นำกลุ่มสร้างความชัดเจนของฉากโดยการถามสมาชิกที่ถูกเลือกเรื่องให้มาแสดงว่าฉากที่ 1 ต้องการเลือกใครมานำแสดง และสถานที่ในฉากนั้นเป็นอย่างไร สมาชิกแต่ละคนอยู่ส่วนใดในสถานการณ์นั้นบ้าง
2. ผู้นำกลุ่มเพิ่มความชัดเจนของบทโดยถามเจ้าของเรื่องว่าตัวละครตัวใด มีบทบาทอย่างไรบ้าง ลักษณะการโต้ตอบซึ่งกันและกันเป็นอย่างไร และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไรบ้าง
3. เมื่อผู้นำกลุ่มเห็นว่าเนื้อหาของเรื่องราวดูชัดเจนแล้วให้สมาชิกเริ่มแสดงได้ โดยข้อมก่อนแสดงจริง หลังจากนั้นจึงให้เริ่มแสดงฉากที่ 1 ได้ โดยผู้นำกลุ่มทำหน้าที่เป็นผู้กำกับการแสดง
4. ผู้นำกลุ่มพิจารณาและเลือกใช้เทคนิคในแต่ละฉาก เมื่อเห็นควรว่าจะใช้เทคนิคใดในการทำให้ปัญหาของสมาชิกกระจ่าง หรือช่วยให้สมาชิกมีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมมากขึ้น ซึ่งในการทำกลุ่มครั้งที่ 7-10 นี้ ผู้แสดงนำหรือตัวเอกมีปัญหาดังต่อไปนี้คือ ปัญหาสัมพันธ์ภาพกับบุคคลภายในครอบครัว ปัญหาอกหัก โดยผู้นำกลุ่มพิจารณาเลือกใช้เทคนิคดังต่อไปนี้

### ปัญหาเรื่องสัมพันธ์ภาพกับบุคคลภายในครอบครัว

#### เทคนิคที่ใช้ในการแสดงและเหตุผล

1. เทคนิคการสลับบทบาท (Role Reversal)  
เพื่อช่วยให้ผู้แสดงนำได้เกิดความเข้าใจบุคคลภายในครอบครัวมากขึ้น จากการสวมบทบาทเป็นบุคคลภายในครอบครัวของตนเอง
2. เทคนิคกระจก (Mirror)  
ใช้เทคนิคนี้เพื่อให้ผู้แสดงนำได้เห็นพฤติกรรมของตนเอง และบุคคลภายในครอบครัวที่ปฏิบัติต่อกัน เมื่อผู้แสดงนำมีปัญหาเกี่ยวกับบุคคลภายในครอบครัวแล้วมีท่าทางต่อกันอย่างไร
3. เทคนิคการสื่อสารโดยไม่ใช้ภาษา (Sculpting)  
ใช้เทคนิคนี้เพื่อให้ผู้แสดงนำสื่อสารให้เห็นว่า เมื่อผู้แสดงนำมีปัญหาเกี่ยวกับบุคคลภายในครอบครัวแล้วแต่ละคนแสดงท่าทางต่อกันอย่างไร
4. เทคนิคการหยุดฉาก (Role Training)  
เพื่อช่วยให้ผู้แสดงนำได้เห็นวิธีการแก้ปัญหาที่แตกต่าง และหลากหลายโดยการให้สมาชิกในกลุ่มได้นำเสนอวิธีการและออกมาแสดงเป็นตัวอย่างให้ผู้แสดงนำได้ชมแล้วจึงถามความคิดเห็นของผู้แสดงนำว่ามีความสนใจวิธีใดที่จะทดลองซ้อมแสดงด้วยตนเอง
5. เทคนิคสองเท่า (The Double)  
เพื่อช่วยกระตุ้นให้ผู้แสดงนำได้แสดงความรู้สึกที่แท้จริงภายในออกมา

## 6. เทคนิคการแสดงซ้ำ (Replay)

ใช้เทคนิคนี้เพื่อให้ผู้แสดงได้แสดงซ้ำถึงเหตุการณ์เดิมที่มีการเปลี่ยนแปลงใหม่แล้วอีกครั้ง เป็นฉากที่จบลงอย่างมีความสุขมีแผนการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าเดิม

### ปัญหาออกหัก

#### เทคนิคที่ใช้ในการแสดงและเหตุผล

##### 1. เทคนิคการสลับบทบาท (Role Reversal)

เพื่อช่วยให้ผู้แสดงนำได้เกิดความเข้าใจแฟนมากขึ้น จากการสวมบทบาทเป็นแฟนของตนเอง

##### 2. เทคนิคกระจก (Mirror)

ใช้เทคนิคนี้เพื่อให้ผู้แสดงนำได้เห็นพฤติกรรมของตนเอง หลังจากที่ถูกแฟนตนเองทิ้งไป

##### 3. เทคนิคการหยุดฉาก (Role Training)

เพื่อช่วยให้ผู้แสดงนำได้เห็นวิธีการแก้ปัญหาที่แตกต่าง และหลากหลายโดยการให้สมาชิกในกลุ่มได้นำเสนอวิธีการและออกมาแสดงเป็นตัวอย่างให้ผู้แสดงนำได้ชมแล้วจึงถามความคิดเห็นของผู้แสดงนำว่ามีความสนใจวิธีใดที่จะทดลองซ้อมแสดงด้วยตนเอง

##### 4. เทคนิคการจัดการกับความเศร้าโศก (Grief Work)

ใช้เทคนิคนี้เพื่อให้ผู้แสดงหาสิ่งที่เป็นตัวแทนสิ่งที่สูญเสียไป เพื่อชดเชยความรู้สึก เช่น บุคคลภายในครอบครัวที่มีคุณค่าต่อความรู้สึกของผู้แสดง ซึ่งจะทำให้เกิดพลังเกิดความมั่นใจในการจัดการกับความรู้สึกสูญเสีย

##### 5. เทคนิคการแสดงซ้ำ (Replay)

ใช้เทคนิคนี้เพื่อให้ผู้แสดงได้แสดงซ้ำถึงเหตุการณ์เดิมที่มีการเปลี่ยนแปลงใหม่แล้วอีกครั้ง เป็นฉากที่จบลงอย่างมีความสุขมีแผนการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าเดิม

### ช่วง Sharing

1. เมื่อการแสดงดำเนินไปตามสมควร และผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคต่างๆตามสมควรแล้ว จึงนำเข้าสู่ช่วงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยบอกกับสมาชิกว่าขอจบการแสดงละครในครั้งนี้ พร้อมทั้งถามความรู้สึกของเจ้าของเรื่องว่ามีความรู้สึกอย่างไร แล้วจึงถามสมาชิกผู้ร่วมแสดงว่ารู้สึกอย่างไร

2. ผู้นำกลุ่มถามสมาชิกว่าสมาชิกคนใดมีประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกับเจ้าของเรื่อง และจะร่วมแสดงความคิดเห็นบ้าง

3. ผู้นำกลุ่มคอยทำหน้าที่กระตุ้นให้เกิดบรรยากาศในการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม โดยการโยนคำถามให้สมาชิกตอบ

4. เมื่อสมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และได้ให้กำลังใจซึ่งกันและกันตามสมควรแล้ว ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็น เนื้อหาที่สำคัญๆอีกครั้ง รวมทั้งช่วยเสริมข้อคิดให้สมบูรณ์ขึ้น
5. ผู้นำกลุ่ม และสมาชิกช่วยกันสรุปสาระสำคัญและข้อคิดที่ได้จากการทำกลุ่มในครั้งนี้ ตลอดจนถามความรู้สึกของสมาชิก และนัดสมาชิกมาพบใหม่ในครั้งต่อไป ตามวัน เวลา ที่กำหนด
6. หลังจากสมาชิกมาเข้าครบ 10 ครั้ง ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทำแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (TDI) ฉบับเดิมอีกครั้ง และเก็บไว้เป็นคะแนนหลังการทดลอง เพื่อนำมาวิเคราะห์ต่อไป



## โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

ครั้งที่ 1-2 : ระยะเริ่มต้น (Beginning stage) แบ่งเป็น

ครั้งที่ 1 : การให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า ตามแนวการบำบัด  
ความคิดและพฤติกรรม

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพและทำความรู้จักซึ่งกันและกัน ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา
2. เป็นการให้ความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการให้คำปรึกษา และทำความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับ
  - 2.1 สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า ตามแนวคิดของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม
  - 2.2 ระยะเวลาที่ใช้ในการให้คำปรึกษา
  - 2.3 จำนวนครั้ง และสถานที่สำหรับการให้คำปรึกษา
  - 2.4 การกำหนดเป้าหมายในการให้คำปรึกษาร่วมกัน

### สื่อและอุปกรณ์

1. ใบความรู้เรื่อง สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า ตามแนวคิดของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

เวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ประมาณ 60 นาที

### วิธีดำเนินการ

1. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายผู้รับคำปรึกษา กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา จำนวนครั้ง ตลอดจนวัน เวลา และสถานที่ในการให้คำปรึกษา
2. ผู้ให้คำปรึกษาถามความรู้สึของผู้รับคำปรึกษา ว่าวันนี้รู้สึกอย่างไรบ้าง และรู้หรือไม่ว่าตนเองป่วยเป็นโรคอะไร เพื่อตรวจสอบทัศนคติของผู้รับคำปรึกษาที่มีต่อตนเอง จากนั้นซักถามประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
3. ผู้ให้คำปรึกษาอธิบายสาเหตุ กระบวนการของการเกิดภาวะซึมเศร้า ตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และลักษณะการให้คำปรึกษาโดยใช้วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมว่ามีลักษณะอย่างไร

4. ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาลองฝึกสำรวจความคิด ภาวะอารมณ์ของผู้รับคำปรึกษาในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาว่าเป็นอย่างไรบ้าง และมีสิ่งใดที่เป็นสาเหตุของภาวะอารมณ์เศร้าดังกล่าว โดยใช้คำถามปลายเปิด เป็นการกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายอารมณ์ หลังจากนั้น ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาลองทบทวนและสำรวจดูว่าสิ่งใดเป็นต้นเหตุแห่งปัญหา และความคิดใดเป็นความคิดที่ไร้เหตุผล เพื่อฝึกการแยกแยะความคิดในเบื้องต้น

5. ผู้ให้คำปรึกษาให้การบ้านผู้รับคำปรึกษา ในการลองกลับไปฝึกทบทวนความคิดเวลาอยู่ที่บ้านว่าผู้รับคำปรึกษามีความคิดทางลบในเรื่องใดบ้าง แล้วกลับมาเล่าให้ผู้รับคำปรึกษาฟังในครั้งต่อไป

6. สรุปและยุติการให้คำปรึกษา โดยให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปถึงการพูดคุยทั้งหมดในครั้งนี้ และผู้ให้คำปรึกษาช่วยสรุปซ้ำหากผู้รับคำปรึกษาสรุปได้ไม่ครบถ้วน และประเมินความเข้าใจ ความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

7. ผู้ให้คำปรึกษานัดผู้รับคำปรึกษามาพบใหม่ในครั้งต่อไป ตามวัน เวลา สถานที่ที่กำหนด

8. ยุติการให้คำปรึกษา



## ใบความรู้ ครั้งที่ 1

### เรื่องสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า ตามแนวคิดของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

แอรอล ที เบค (Aaron T. Beck) กล่าวว่า ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าเนื่องมาจากแบบแผนความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ 3 ประการ เรียกว่า depressive cognitive triad อันประกอบด้วยความคิดในทางลบ (negative automatic thoughts – NATs) ต่อ

ตนเอง (oneself) ได้แก่ความคิดโทษตัวเอง วิพากษ์วิจารณ์ตนเอง คิดถึงความผิดพลาดของตนเองในอดีต เช่น “ฉันเป็นคนไม่ดี” “ฉันคือคนโง่ที่ชอบทำอะไรโง่ ๆ”

โลก (the world) ได้แก่การมองโลกรอบตัวในแง่ลบ เช่น “ทำไมโลกนี้มีแต่คนใจร้าย” “ไม่มีใครห่วงใยฉันเลย”

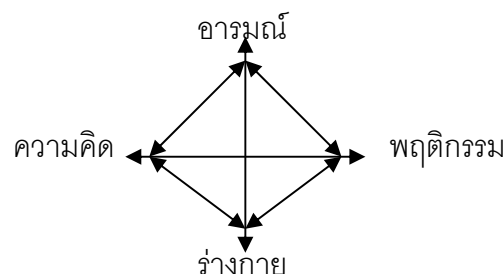
อนาคต (the future) ได้แก่ความรู้สึกลึกลับสิ้นหวัง ไร้อนาคต เช่น “มันก็คงเป็นอย่างนี้ไปเรื่อย ๆ ไม่มีวันดีขึ้นหรอก” “ไม่มีใครจะช่วยให้ ฉันรู้สึกดีขึ้นได้”

### เป้าหมายของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ในการรักษาโรคซึมเศร้า คือ

การช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความคิดในทางลบของตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบต่อตนเอง โลก และอนาคตเหล่านั้นให้สมดุล สอดคล้องกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น (Counteracting negative cognitive biases)

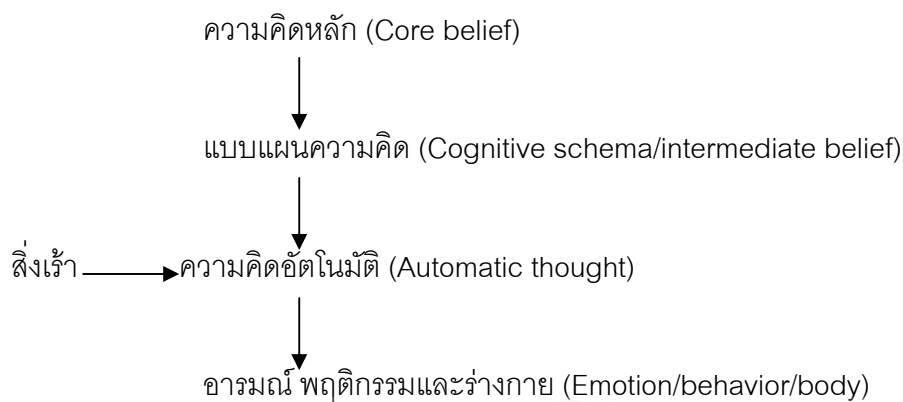
### ทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT)

แนวคิดนี้มีความเชื่อว่า อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และร่างกายของมนุษย์มีความสัมพันธ์กัน การเปลี่ยนแปลงที่ส่วนใดส่วนหนึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในส่วนอื่นๆตามมามีด้วย ดังภาพ





## แบบแผนทางความคิด



บุคคลแต่ละคนจะตอบสนองทางความคิดแตกต่างกันขึ้นกับประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา ความคิดที่สะสมไว้จะกลายเป็นความคิดหลัก (Core belief) ซึ่งทำให้เกิดเป็นแบบแผนความคิด (cognitive schema/intermediate belief) และแปลความหมายของสิ่งเร้าต่างๆ ที่มากระทบเกิดการตอบสนองต่อสิ่งเร้าเหล่านั้นตามแบบแผนความคิด เกิดเป็นความคิดอัตโนมัติขึ้น (automatic thought) นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมตามมา (ดังภาพแบบแผนทางความคิด)

ทฤษฎีนี้มองว่าความคิดที่เกิดขึ้น เป็นเพียงความเชื่อของบุคคลนั้นๆ ซึ่งอาจไม่ตรงกับความเป็นจริง เรียกว่า ความคิดไม่สมเหตุสมผล (irrational thought/dysfunctional thought) เป็นความคิดที่บิดเบือนไม่ตรงกับความเป็นจริง ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

ตัวอย่างของความคิดที่บิดเบือนไปตามทฤษฎีปัญญานิยม (Beck et al. ; อ้างในอัญชลี วัชรแก้ว. 2546) เช่น

1. การด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (arbitrary inference) เป็นกระบวนการความคิดที่ด่วนสรุปในเหตุการณ์ยังไม่เกิดขึ้น เป็นความคิดที่มักจะสรุปไม่เป็นไปตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง เช่น คนที่มีปัญหาในการปฏิบัติตัวตามแนวทางการรักษาภาวะซึมเศร้าแบบก่อน ๆ อาจคิดว่าการรักษาแบบใหม่นี้ไม่เหมาะสมกับตนเองและจะไม่ช่วยให้ตนเองมีอาการดีขึ้น เป็นต้น

2. การเลือกสนใจคิดเฉพาะบางด้าน (selective abstraction) เป็นลักษณะความคิดที่มุ่งความสนใจในเรื่องรายละเอียดของบริบท โดยละเลยส่วนที่สำคัญของสถานการณ์นั้น ๆ หรือลักษณะความคิดที่ว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเป็นเช่นเดียวกับประสบการณ์ในทางลบต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาใน

อดีต เช่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าคิดว่าตนเองไม่ได้ประสบกับความสุข ความพึงพอใจเลยทั้งวัน เพราะผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะไม่ได้ตระหนักถึงความสุขหรือความพึงพอใจที่เกิดขึ้น

3. ความคิด และการแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง (overgeneralization) เป็นลักษณะความคิดที่สรุปรวมว่าเหตุการณ์ หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยเป็นเหตุการณ์ หรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองทั้งหมด เป็นการตัดสินใจอย่างรวดเร็วบนพื้นฐานตัวอย่างเพียงเล็กน้อยและเกินความเป็นจริง เช่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเมื่อทำผิดเพียงครั้งเดียวแต่จะคิดว่าตนเองทำผิดพลาดทุกอย่าง เป็นต้น

4. การขยายต่อเติมหรือการตัดทอนเรื่องราว (magnification and minimization) เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความคิดที่ประเมินค่าความสำคัญหรือขนาดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นผิดพลาดไปหรือประเมินไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความคิดที่บิดเบือน เช่น เมื่อมีเหตุการณ์ที่มากกระทบตนเองเพียงเล็กน้อย ก็อาจมองว่าเหตุการณ์นั้นเป็นเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อตนเองอย่างรุนแรง เป็นต้น มักจะให้ความสำคัญแก่สิ่งเร้าหรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งมากหรือน้อยเกินไป

5. มีความคิดเอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (personalization) มักนำตนเองเข้าไปเป็นตัวละครกับเรื่องต่าง ๆ เป็นความคิดตอบสนองต่อสิ่งเร้า ที่เข้ามากระทบในลักษณะที่พิจารณาสถานการณ์เพียงด้านใดด้านหนึ่ง เช่น เมื่อตั้งใจจะสบตากับเพื่อนที่เดินผ่านมาแต่เพื่อนกลับไม่ได้มองตน อาจคิดว่าตนเองต้องทำอะไรบางอย่าง ที่ทำให้เพื่อนโกรธ เป็นต้น

6. คิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด (dichotomous thinking) เป็นความคิดที่โน้มเอียงไปในด้านใดด้านหนึ่งอย่างเต็มที่ เช่น คิดว่าตนเองมีข้อบกพร่องเป็นคนเลวไม่ใช่คนดี เป็นคนบาปไม่ใช่คนบุญ เป็นต้น คิดว่าถ้าตนเองไม่สามารถทำสิ่งใดได้ครบสมบูรณ์ ร้อยละร้อยก็จะมีอะไรที่ต้องทำอีกเลยซึ่งในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดโน้มเอียงไปในทางลบมากกว่าทางบวก

## โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

### ระยะเริ่มต้น (Beginning stage)

#### ครั้งที่ 2 : การให้ความรู้เกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์

#### วัตถุประสงค์

1. เป็นกรให้ความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการให้คำปรึกษา และทำความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับ
  - 1.1 ความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความทุกข์

#### สื่อและอุปกรณ์

1. ใบความรู้เรื่อง ความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความทุกข์

#### เวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ประมาณ 60 นาที

#### วิธีดำเนินการ

1. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายผู้รับคำปรึกษา กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาอย่างย่อ
2. ผู้ให้คำปรึกษาถามความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา ว่าวันนี้รู้สึกอย่างไรบ้าง จากนั้นทบทวนและซักถามประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้รับคำปรึกษาที่ได้รับในครั้งที่ผ่านๆ มา พร้อมกับเกริ่นนำเพื่อเชื่อมโยงเข้าสู่การอธิบายเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดทุกข์
3. ผู้ให้คำปรึกษาอธิบายเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความทุกข์ตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม
4. ผู้ให้คำปรึกษาทบทวนถึงการบ้านที่ให้ผู้รับคำปรึกษาลองกลับไปฝึกความคิดเวลาอยู่ที่บ้านว่ามีความคิดทางลบในเรื่องใดบ้าง และเล่าให้ผู้รับคำปรึกษาฟังพร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาลองเชื่อมโยงความรู้เกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ที่ได้เรียนรู้ในครั้งนี เพื่อฝึกการแยกแยะความคิดของผู้รับคำปรึกษาในเบื้องต้น
5. ผู้ให้คำปรึกษาให้การบ้านผู้รับคำปรึกษา ในการลองกลับไปฝึกทบทวนการแยกแยะความคิดจากสิ่งที่ได้เรียนรู้ในครั้งนี แล้วกลับมาเล่าให้ผู้รับคำปรึกษาฟังในครั้งต่อไป
6. สรุปและยุติการให้คำปรึกษา โดยให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปถึงการพูดคุยทั้งหมดในครั้งนี และผู้ให้คำปรึกษาช่วยสรุปซ้ำหากผู้รับคำปรึกษาสรุปได้ไม่ครบถ้วน และประเมินความเข้าใจความรู้สึกรู้สึก และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

7. ผู้ให้คำปรึกษานัดผู้รับคำปรึกษามาพบใหม่ในครั้งต่อไป ตามวัน เวลา สถานที่ที่กำหนด
8. ยุติการให้คำปรึกษา



## ใบความรู้ ครั้งที่ 2 เรื่อง ความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดทุกข์

### การค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดทุกข์

ก่อนอื่นเราต้องทำความรู้จักกับความคิดอัตโนมัติ (Automatic thought - AT) ก่อนว่าเป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วตามเหตุการณ์ที่บุคคลนั้นประสบพบเจอในเหตุการณ์เดียวกัน คนแต่ละคนอาจจะคิดเหมือนกัน หรือต่างกันได้ ความคิดอัตโนมัติมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ ความคิดที่ทำให้รู้สึกไม่ดี เรียกว่าความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ (Negative automatic thought-NAT)

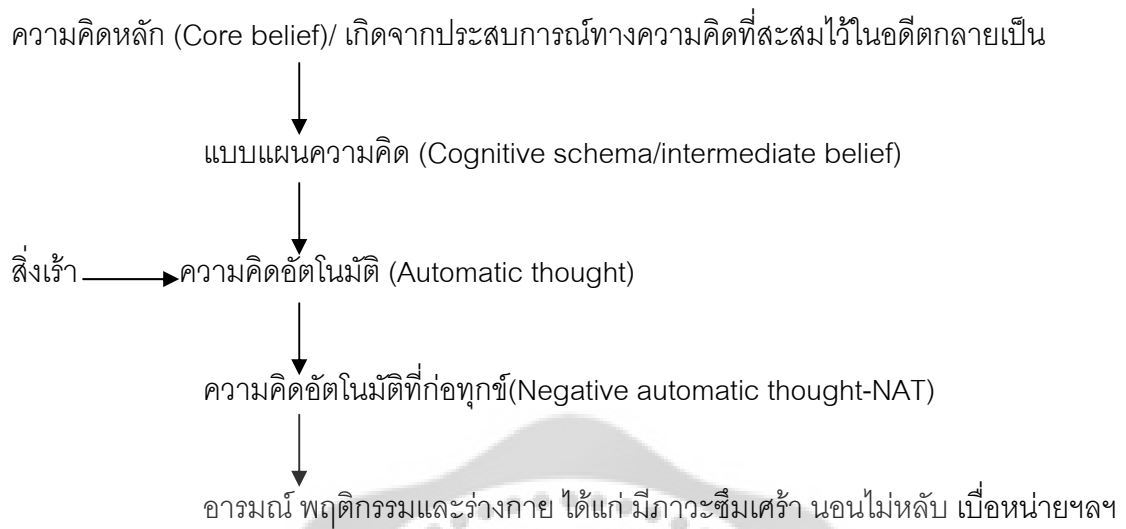
### ความหมายของความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์

เมื่อบุคคลเจอสถานการณ์ ที่มีผลกระทบต่อตนเองจะส่งผลให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรม ที่แท้จริงแล้วสถานการณ์ไม่ได้ส่งผลโดยตรงต่ออารมณ์และพฤติกรรม แต่จะผ่านกระบวนการคิดของบุคคลก่อนจึงจะเกิดอารมณ์และพฤติกรรม จะเห็นได้ว่าแม้สถานการณ์ที่บุคคลพบอาจจะเหมือนกัน แต่อารมณ์และพฤติกรรมอาจจะแตกต่างกัน นั่นเป็นเพราะกระบวนการคิดที่แตกต่างกัน ตัวสำคัญในกระบวนการคิดที่มักทำให้เกิดปัญหาและอารมณ์ของพฤติกรรม คือความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ ซึ่งจะนำไปสู่อารมณ์ทางลบที่เป็นผลให้ไม่สามารถควบคุมการกระทำที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์มักเป็นความคิดที่เกิดขึ้นรวดเร็วและฉับพลันโดยไม่ผ่านกระบวนการกลั่นกรอง จนผู้คิดอาจไม่รู้ว่กำลังคิดอย่างไรอยู่ แต่มักจะเห็นผลของความคิดนั้นจากอารมณ์ที่เป็นปัญหา

### ความเชื่อ (Belief)

ความคิดที่เป็นศูนย์กลางที่สุดหรือเราเรียกอีกชื่อหนึ่งว่าความคิดที่เป็นแกน (core) หมายถึงความเข้าใจที่เป็นรากฐานและอยู่ลึกจนกระทั่งเราไม่พูดออกมา มันเป็นความจริงที่สมบูรณ์สำหรับคนนั้น ความคิดนี้จะเถรตรงและครอบคลุมเรื่องต่างๆ มากเกินไป (overgeneralized) ความคิดที่เป็นแกนกลางนี้จะทำงานในขณะที่บุคคลเศร้าแต่ก็อาจจะถูกกระตุ้นอยู่เรื่อยๆก็ได้ บุคคลจะให้ความหมายกับเหตุการณ์ต่างๆ ผ่านความคิดที่เป็นแกนกลางนี้แม้ว่าการตีความจะไม่ถูกต้องก็ตาม ความคิดนี้ทำให้คนเราเลือกที่จะสนใจเฉพาะข้อมูลที่เป็นเสริมความคิดนี้อีกทีหนึ่ง จะไม่ใส่ใจกับข้อมูลที่อยู่ตรงข้าม ทำให้ความคิดนี้คงอยู่เรื่อยแม้ว่าจะจะเป็นความคิดที่ไม่ถูกต้องและทำให้ทำงานไม่ได้ก็ตาม ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องนี้ ทำให้บุคคลตีความสถานการณ์ต่างๆ ไปทางลบและติเตียนตนเอง(self-critical)อย่างอัตโนมัติ

### แบบแผนทางความคิด



โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม  
ครั้งที่ 3 : การสอนความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ พฤติกรรม (Relation of thought,  
emotion and behavior) และการค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ ความคิด อารมณ์และพฤติกรรม
2. เพื่อค้นหาความคิดทางลบ หรือความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดทุกข์
3. หาหลักฐาน เพื่อสนับสนุน ความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เพื่อตรวจสอบว่าความเชื่อนั้นว่า เป็นความคิดที่บิดเบือนหรือความคิดที่เป็นจริง
4. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถวิเคราะห์ได้ว่า มีความคิดอะไรที่เกิดขึ้น แล้วมีผลทำให้อารมณ์แย่ลง

### สื่อและอุปกรณ์

1. ใบความรู้การสอนความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม

เวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ประมาณ 60 นาที

### วิธีดำเนินการ

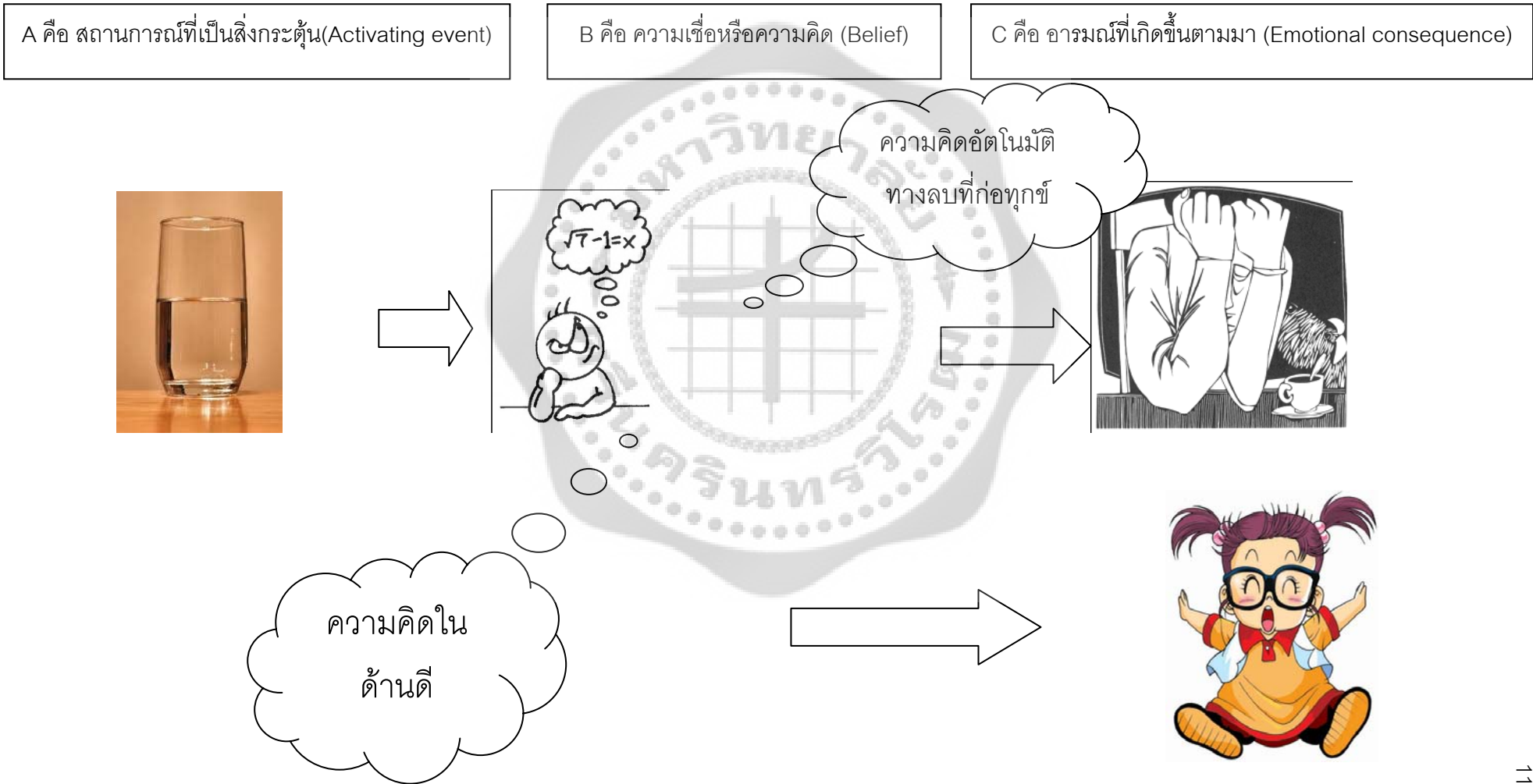
1. ชักถามพูดคุย เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สิ่งที่ได้พูดคุยกันเมื่อครั้งก่อน เชื่อมโยงกับการพบกันก่อนหน้านี้อและตรวจสอบอารมณ์ที่เกิดขึ้น
2. ทบทวนการบ้านติดตามประเมินผลการทำงานที่ผู้รับคำปรึกษาได้รับมอบหมาย
3. กำหนดเป้าหมาย (Agenda setting) ในการให้คำปรึกษารักษาในครั้งนี้อย่างร่วมกัน
4. สอนความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรม โดยใช้อธิบายดังนี้ เมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นที่ A (Activating event) ผู้รับคำปรึกษาจะเกิดความคิดและความเชื่อที่มีต่อเหตุการณ์นั้น ซึ่งเป็น B (Belief) ทำให้เกิดอารมณ์ ความรู้สึกหรือพฤติกรรมต่าง ๆ เกิด C (Emotional consequence) ตามมา ซึ่งให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและอารมณ์ (A-B-C technique) เป็นการฝึกให้ผู้รับคำปรึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ ที่ทำให้ผู้รับคำปรึกษามีอาการแย่ลง โดย
  - A คือ สถานการณ์ที่เป็นสิ่งกระตุ้น (Activating event)
  - B คือ ความเชื่อหรือความคิด (Belief)
  - C คือ อารมณ์ที่เกิดขึ้นตามมา (Emotional consequence)

5. การค้นหาความคิดอัตโนมัติ โดยร่วมมือกับผู้รับคำปรึกษาวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือนที่เกิดขึ้นกับผู้รับคำปรึกษา
6. ให้ผู้รับคำปรึกษาฝึกเชื่อมโยง A B C และรูปแบบความคิดที่บิดเบือน พร้อมหาเหตุผล
7. หาหลักฐาน เพื่อสนับสนุน ความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เพื่อให้ได้เหตุผลสนับสนุนความคิด ความเชื่อนั้นว่า เป็นความคิดที่บิดเบือน หรือความคิดที่เป็นจริง โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้คำถามกระตุ้นผู้รับคำปรึกษาให้คิด
8. มอบหมายการบ้าน ให้ผู้รับคำปรึกษาทบทวนความรู้ และลองกลับไปฝึกการเชื่อมโยงความคิด โดยเชื่อมโยงกับความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ ความคิดและพฤติกรรม เพื่อใช้ในการฝึกปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรมซึ่งเป็นขั้นตอนต่อไปของการให้คำปรึกษา
9. สรุปและยุติการให้คำปรึกษา โดยให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปถึงการพูดคุยทั้งหมดในครั้งนี้ และผู้ให้คำปรึกษาช่วยสรุปซ้ำหากผู้รับคำปรึกษาสรุปได้ไม่ครบถ้วน ประเมินความเข้าใจ ความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษาต่อการให้คำปรึกษาในครั้งนี้และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย
10. ผู้ให้คำปรึกษานัดผู้รับคำปรึกษามาพบใหม่ในครั้งต่อไป ตามวัน เวลา สถานที่ที่กำหนด
11. ยุติการให้คำปรึกษา



### ใบความรู้ ครั้งที่ 3 : เรื่อง ความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม

เมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นที่ A (Activating event) จะเกิดความคิด และความเชื่อที่มีต่อเหตุการณ์นั้น ซึ่งเป็น B (Belief) ทำให้เกิดอารมณ์ ความรู้สึกหรือพฤติกรรมต่าง ๆ เกิด C (Emotional consequence) ตามมา



## โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ครั้งที่ 4-9 การปรับแนวคิดและพฤติกรรม (Cognitive restructuring)

ในขณะนี้ เน้นการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม ในแนวทางที่เหมาะสมกับผู้รับ  
คำปรึกษา

### วัตถุประสงค์

1. ส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษาปรับความคิดของตนเอง โดยการคิดในแบบอื่น ๆ ในเหตุการณ์เดียวกัน
2. ให้ผู้รับคำปรึกษาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในแนวทางที่ดีขึ้นหรือไม่ เมื่อเปลี่ยนความคิดหรือมุมมองปัญหาเดิมเสียใหม่
3. ประยุกต์ใช้เทคนิคของ cognitive และ behavior

### สื่อและอุปกรณ์

-

เวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ประมาณ 60 นาที

### วิธีดำเนินการ

1. ซักถามพูดคุย เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่ได้พูดคุยกันเมื่อครั้งก่อน
2. เชื่อมโยงกับการพบกันก่อนหน้าและตรวจสอบอารมณ์ที่เกิดขึ้น
3. ทบทวนการบ้านติดตามประเมินผลการบ้านที่ผู้รับคำปรึกษาได้รับมอบหมาย
4. กำหนดเป้าหมาย (Agenda setting) ในการให้คำปรึกษาในครั้งนี้อย่างร่วมกัน
5. ฝึกการใช้ทักษะเฉพาะในการให้คำปรึกษาโดยใช้วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ดังนี้
  - การประเมินความคิดโดยอาศัยหลักฐาน (Evidence-counter evidence technique หรือ ECET) เป็นการฝึกให้ผู้รับคำปรึกษาประเมินความคิดที่เกิดขึ้นโดยอาศัยหลักฐานต่าง ๆ ที่มาสนับสนุนหรือคัดค้านความคิดนั้น ๆ
  - การคิดเป็นแบบอื่น (Alternative technique) เป็นการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาพิจารณาว่า ความคิดที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่าง ๆ นั้น ผู้รับคำปรึกษาสามารถมีความคิดเป็นแบบอื่นได้หรือไม่
  - การลงมือกระทำเพื่อพิสูจน์ความคิด ความเชื่อ (Behavioral reattribution technique หรือ BRT) เป็นการนำเทคนิคทางพฤติกรรมบำบัดมาใช้โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงความคิดเดิมของผู้รับคำปรึกษาโดยให้ผู้รับคำปรึกษาลงมือกระทำหรือปฏิบัติเพื่อหาหลักฐานมาพิสูจน์ความคิด ความเชื่อนั้น ๆ

- การมองปัญหาในแง่มุมมองใหม่ (Reframing) เป็นวิธีการเปลี่ยนการรับรู้หรือความคิดของผู้รับคำปรึกษา เน้นการสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษามองปัญหาในมุมมองใหม่ที่แตกต่างจากเดิม
- การวิเคราะห์ถึงผลประโยชน์ที่ได้รับ (Cost-benefit analysis) ให้ผู้รับคำปรึกษาวิเคราะห์ความคิด ความเชื่อด้านลบไม่เกิดประโยชน์ มีแต่โทษต่อร่างกาย จิตใจและการทำหน้าที่ในสังคม
- การฝึกการหยุดคิด (Thought stopping) เป็นทักษะที่ฝึกให้ผู้รับคำปรึกษาเตือนตนเองให้หยุดคิดในแง่ไม่ดีกับตนเอง อาจใช้ยางรัดข้อมือเวลาคิดบางอย่างที่ไม่ต้องการหรือไม่จำเป็นต้องคิดใช้ยางรัดจนรู้สึกเจ็บเพื่อกระตุ้นเตือนตนเอง
- การมอบหมายงาน (Task assignments) เป็นการมอบหมายงานโดยเฉพาะให้ผู้รับคำปรึกษานำไปปฏิบัติใช้ในกรณีผู้รับคำปรึกษาคิดฟุ้งซ่านวนเวียนเกี่ยวกับตนเองตลอดเวลา การมอบหมายงานให้ผู้รับคำปรึกษาทำกิจกรรม ตั้งแต่เช้าจนถึงเข้านอน ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีสมาธิอยู่ที่งาน
- การสะท้อนกลับ (Feedback) เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้แสดงถึงความรู้สึกที่มีต่อการให้คำปรึกษา การบ้านที่ได้รับ ความรู้สึกที่มีต่อผู้ให้คำปรึกษาและเพื่อให้ผู้ให้คำปรึกษาได้ใช้กระบวนการนี้ประเมินถึงความเข้าใจของผู้รับคำปรึกษา ที่มีต่อการให้คำปรึกษา การสะท้อนกลับเป็นส่วนสำคัญที่จะได้ทราบถึงความก้าวหน้าของการให้คำปรึกษาและผู้ให้คำปรึกษาเองจะได้ตระหนักและเข้าใจในตัวผู้รับคำปรึกษา รวมถึงการพัฒนาตนเองเพื่อการให้คำปรึกษาที่ดีขึ้น
- การให้การบ้าน (Homework) การมอบการบ้านจะมีทุกครั้งในการพบกันผู้ให้คำปรึกษาจะต้องกำหนด เนื้อหาให้ชัดเจนและบอกเหตุผล เกี่ยวกับการบ้านที่มอบหมายให้ผู้รับคำปรึกษาในแต่ละครั้ง ค้นหาทัศนคติของผู้รับคำปรึกษา ที่มีต่อการบ้านที่มอบหมายให้ รวมทั้งทำความเข้าใจถึงเหตุผลที่ผู้รับคำปรึกษาไม่ทำการบ้านนั้นให้สำเร็จตามมอบหมาย

6. มอบหมายการบ้าน ให้ผู้รับคำปรึกษาทบทวนความรู้ และลองกลับไปฝึกการเชื่อมโยงความคิด โดยเชื่อมโยงกับความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ ความคิดและพฤติกรรม และการฝึกใช้ทักษะต่างๆในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เพื่อใช้ในการทบทวนและประเมินผลการให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นขั้นตอนต่อไปของการให้คำปรึกษา

7. สรุปและยุติการให้คำปรึกษา โดยให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปถึงการพูดคุยทั้งหมดในครั้งนี้ และผู้ให้คำปรึกษาช่วยสรุปซ้ำหากผู้รับคำปรึกษาสรุปได้ไม่ครบถ้วน และประเมินความเข้าใจ

ความรู้สึทงผู้รับคำปรึกษาต่อกรให้คำปรึกษาในครั้งนี รวมทั้งเปิดโอกาสซักถามข้อสงสัยที่มีและ  
ประเมินผลการให้คำปรึกษา จากเนื้อหาแบบแผนความคิดในการพูดคุยกัน

8. ผู้ให้คำปรึกษานัดผู้รับคำปรึกษามาพบใหม่ในครั้งต่อไป และยุติกรให้คำปรึกษา



**โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม  
ครั้งที่ 10 ระยะสุดท้าย (End stage) หรือระยะเตรียมสิ้นสุดบริการ**

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อทบทวนความรู้ ความเข้าใจ กิจกรรมการให้คำปรึกษาที่ผ่านมา เพื่อเตรียมให้ผู้รับคำปรึกษาเป็นผู้ให้คำปรึกษาตนเอง
2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ประเมินตนเองถึงความก้าวหน้าในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรม ข้อคิดในการมองปัญหาต่างๆ จากการให้คำปรึกษาและความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
3. ส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษาปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อใหม่ ให้ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน
4. เพื่อประเมินผลการให้คำปรึกษา
5. เพื่อยุติการบริการ

**สื่อและอุปกรณ์**

-

**เวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม** ประมาณ 60 นาที

**วิธีดำเนินการ**

1. ชักถามพูดคุย เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่ได้พูดคุยกันเมื่อครั้งก่อน
2. เชื่อมโยงกับการพบกันก่อนหน้าและตรวจสอบอารมณ์ที่เกิดขึ้น
3. ทบทวนการบ้านติดตามประเมินผลการบ้านที่ผู้รับคำปรึกษาได้รับมอบหมาย
4. กำหนดเป้าหมาย (Agenda setting) ในการให้คำปรึกษารักษาในครั้งนี้อย่างร่วมกัน
5. ให้ผู้รับคำปรึกษาระบุถึงความก้าวหน้าในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยเปรียบเทียบกับเมื่อเริ่มต้นบำบัด เพื่อให้เห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จากเนื้อหาแบบแผนความคิดที่เกิดขึ้น ในการให้คำปรึกษาว่าสามารถแยกแยะความคิดที่บิดเบือนได้และสามารถทำให้เกิดความคิดที่เหมาะสมมากขึ้น สามารถสร้างประสบการณ์ใหม่ในการลดภาวะซึมเศร้า และ แยกแยะความเชื่อและทัศนคติที่ไม่เหมาะสมที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการแก้ไขปัญหาที่ไม่เหมาะสมละทิ้งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมได้
6. ทบทวนกิจกรรมต่างๆ ที่ผ่านมา เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ซักถาม เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเข้าใจและความมั่นใจในการนำไปใช้ในชีวิตรประจำวันต่อไป

7. ให้ผู้รับคำปรึกษาและผู้ให้คำปรึกษาสรุปยอดอีกครั้งและสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษานำไปใช้ด้วยตนเองในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวัน
8. ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาทำแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (TDI) เพื่อเก็บไว้เป็นคะแนนหลังการทดลอง



ภาคผนวก ข

1. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ
2. หนังสือเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ
3. หนังสือขอความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ (try out)
4. หนังสือขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูล

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และ  
ละครจิตบำบัดได้แก่

1. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์มานิช หล่อตระกูล  
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. อาจารย์ ดร.สกล วรเจริญศรี  
คณะศึกษาศาสตร์ ภาควิชาจิตวิทยาการศึกษาและแนะแนว
3. อาจารย์กุลนารี ณ ตะกั่วทุ่ง นักจิตวิทยาคลินิก ระดับชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา  
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข







ที่ ศธ 0519.12/ ๐ 44๑

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๕ มกราคม 2554

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวพรกมล เพ็ชรกุล นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาส่วนบุคคล และการใช้ละครจิตบำบัดที่มีต่อการซึมเศร้าของผู้ป่วย" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.นันทาสู่รักษา และ อาจารย์ ดร.จิตรา คุญดีเมธา เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ นพ.มาโนช หล่อตระกูล เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจโปรแกรมละครจิตบำบัด / โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล และ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (TDI)

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวพรกมล เพ็ชรกุล และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2649-5067, 0-2649-5070 กด 110

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 080-209-8821



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทร. 5730

ที่ ศธ 0519.12/๒๔๕1

วันที่ ๒๕ มกราคม 2554

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณะบดีคณะศึกษาศาสตร์

เนื่องด้วย นางสาวพรภิมล เพ็ชรกุล นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปฏิญานิพนธ์ เรื่อง “การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลและการใช้ละครจิตบำบัดที่มีต่อการซึมเศร้าของผู้ป่วย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.นันทาสู่รักษา และ อาจารย์ ดร.จิตรา คุณภูเมธา เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปฏิญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร.สกล วรรณศิริ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจโปรแกรมละครจิตบำบัด / โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล และ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (TDI)

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวพรภิมล เพ็ชรกุล และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)

คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ที่ ศธ 0519.12/๒๔๔๘

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๕ มกราคม 2554

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศรีธัญญา

เนื่องด้วย นางสาวพรกมล เพ็ชรกุล นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบบุคคล และการใช้ละครจิตบำบัดที่มีต่อการซึมเศร้าของผู้ป่วย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.นันทา สุริรักษา และ อาจารย์ ดร.จิตรา คุณภูมิธรา เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นางสาวกุลนารี ณ ตะกั่วทุ่ง เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจโปรแกรมละครจิตบำบัด / โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล และ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (TDI)

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวพรกมล เพ็ชรกุล และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2649-5067, 0-2649-5070 กศ 110

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 080-209-8821



ที่ ศธ 0519.12/3463

บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

16 กรกฎาคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอกคำใต้

เนื่องด้วย นางสาวพรกมล เพ็ชรกุล นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบบุคคลและการใช้ละครจิตบำบัดที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.นันทา ผู้รักษา และ อาจารย์ ดร.จิตรา คุณภูมิเมธา เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขอใช้สถานที่เพื่อทดลองใช้โปรแกรมละครจิตบำบัดกับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการที่กลุ่มงานจิตเวช ในระหว่างเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2553

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวพรกมล เพ็ชรกุล ได้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2649-5067

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 080-209-8821



ที่ ศธ 0519.12/3463

บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

16 กรกฎาคม 2553

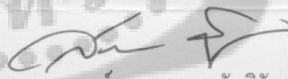
เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพะเยา

เนื่องด้วย นางสาวพรกมล เพ็ชรกุล นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลและการใช้ละครจิตบำบัดที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.นันทาสู่รักษา และ อาจารย์ ดร.จิตรา คุยฎีเมธา เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอใช้สถานที่เพื่อทดลองใช้โปรแกรมละครจิตบำบัด และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า กับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการที่กลุ่มงานจิตเวช ในระหว่างเดือน มิถุนายน - กรกฎาคม 2553

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวพรกมล เพ็ชรกุล ได้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2649-5067

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 080-209-8821



## ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล นางสาวพรกมล เพ็ชรกุล  
 วันเดือนปีเกิด 23 สิงหาคม พ.ศ. 2521  
 สถานที่เกิด จังหวัดกรุงเทพฯ  
 สถานที่อยู่ปัจจุบัน 48/495 ม.4 ซ.เจริญกาญจน์ ถ.เสรีไทย 41 แขวงคลองกุ่ม  
 เขต บึงกุ่ม กรุงเทพฯ 10240

### ตำแหน่งและประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2544-2545 นักจิตวิทยา ประจำคลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลตุลาการ  
 เฉลิมพระเกียรติ  
 พ.ศ. 2545-2546 นักจิตวิทยา ประจำสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เด็ก  
 เยาวชนที่กระทำผิดและมีปัญหาตามคำสั่งศาล โรงพยาบาล  
 ตุลาการเฉลิมพระเกียรติ  
 พ.ศ. 2546-2547 นักจิตวิทยา รักษาการณ์ตำแหน่งหัวหน้าสถานฟื้นฟู  
 สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เด็ก เยาวชนที่กระทำผิดและมี  
 ปัญหาตามคำสั่งศาล โรงพยาบาลตุลาการเฉลิมพระเกียรติ  
 พ.ศ. 2547 รับราชการ ตำแหน่งนักจิตวิทยา กระทรวงยุติธรรม  
 พ.ศ. 2547-ปัจจุบัน รับราชการ ตำแหน่ง นักจิตวิทยาคลินิก ระดับชำนาญการ  
 ประจำกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา

### ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2544 จบปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (วท.บ.) สาขาจิตวิทยาคลินิก  
 และชุมชน คณะศึกษาศาสตร์ จาก มหาวิทยาลัยรามคำแหง  
 กรุงเทพมหานคร  
 พ.ศ. 2553 จบปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต (กศ.ม.)  
 สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว จากคณะศึกษาศาสตร์  
 จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพมหานคร