

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติ
ต่อความกรุณาต่อตนเองในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์
สิงหาคม 2560

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติ
ต่อความกรุณาต่อตนเองในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์

สิงหาคม 2560

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติ
ต่อความกรุณาต่อตนเองในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์
สิงหาคม 2560

ปิยนุช ชมภูภาศ. (2560). *ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความทุกข์ต่อตนเองในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า*, ปริญญาานิพนธ์ ศศ.ม. (จิตวิทยาประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาานิพนธ์: อาจารย์ ดร.อมราพร สุรการ, อาจารย์ ดร.อัครา ประเสริฐสิน.

งานวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อสำรวจภาวะซึมเศร้าและความทุกข์ต่อตนเอง รวมถึงเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะซึมเศร้าและความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความทุกข์ต่อตนเอง ในนักศึกษาระดับชั้นปีที่ 1 กลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพและเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความทุกข์ต่อตนเอง

การวิจัยใช้ระเบียบวิธีแบบพหุวิธี โดยแบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณแบบวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อสำรวจจำนวนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและสำรวจระดับความทุกข์ต่อตนเอง ในนักศึกษาระดับชั้นปีที่ 1 กลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน 248 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย และมาตรวัดความทุกข์ต่อตนเอง ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณแบบการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความทุกข์ต่อตนเองในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 8 คน และกลุ่มควบคุม 8 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการปรึกษาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติ รวมจำนวน 16 ชั่วโมง ในขณะที่กลุ่มควบคุมจะได้รับเอกสารให้ความรู้สำหรับนำไปศึกษาด้วยตนเองเท่านั้น การเก็บข้อมูลจะดำเนินการ 2 ครั้ง คือก่อนทดลองและหลังทดลอง จากนั้นนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐานและทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติที่ไม่ใช้พารามิเตอร์

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้ 1) การสำรวจภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับชั้นปีที่ 1 พบว่า มีภาวะซึมเศร้ามาก ร้อยละ 4.03 มีภาวะเศร้าแต่ไม่ถึงกับเศร้ามาก ร้อยละ 13.31 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 33.47 และไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 49.19 2) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศและภาวะซึมเศร้า พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของเพศหญิงมีค่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .05$ 3) การสำรวจความทุกข์ต่อตนเองในนักศึกษาระดับชั้นปีที่ 1 พบว่า มีความทุกข์ต่อตนเองต่ำ ร้อยละ 2.02 มีความทุกข์ต่อตนเองระดับปานกลาง ร้อยละ 56.45 และมีความทุกข์ต่อตนเองระดับสูง ร้อยละ 41.53 4) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศและความทุกข์ต่อตนเอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความทุกข์ต่อตนเองของเพศหญิงและค่าเฉลี่ยคะแนนความทุกข์ต่อตนเองของเพศชายมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญที่ $p = .05$ 5) ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าและค่าเฉลี่ยคะแนนความทุกข์ต่อตนเองของกลุ่มทดลองระหว่างช่วงก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ และ $p < .05$ 6) ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าและค่าเฉลี่ยคะแนนความทุกข์ต่อตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .05$

EFFECTS OF A COGNITIVE BEHAVIORAL GROUP COUNSELING PROGRAM
AND MINDFUL SELF-COMPASSION TECHNIQUES
FOR DEPRESSION AMONG ADOLESCENTS



Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Master of Arts in Applied Psychology
at Srinakharinwirot University
August 2017

Piyanud Chompookard (2017). *Effects of a Cognitive Behavioral Group Counseling Program and Mindful Self-Compassion Techniques for Depression among Adolescents*, Master of Arts (Applied Psychology). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Dr. Amaraporn Surakarn, Dr. Ujsara Prasertsin.

This research aims to identify the prevalence of depression and its relation to gender differences. It also aims to measure the levels of self-compassion and its relation to gender differences in first-year Health Science students. Additionally, it aims to study the effects of a cognitive behavioral group counseling program and mindful self-compassion techniques.

A multi-methods approach to the research is employed as the main methodology and divided into two phases. Phase one is cross-sectional descriptive. The population includes two hundred and forty eight first-year students, recruited from six faculties, including the Faculty of Medicine, the Faculty of Dentistry, the Faculty of Pharmacy, the Faculty of Nursing, the Faculty of Allied Health Science, and the Faculty of Public Health. The instruments include 1) a Thai version of the Hamilton Rating Scale for Depression; 2) a Thai version of the self-compassion scale. Phase two is quasi-experimental research with a pretest-posttest design to study the effects of a cognitive behavioral group counseling program and mindful self-compassion techniques. The group includes sixteen students, divided into eight samples in the experimental group and eight samples in the control group. The experimental group received a cognitive behavioral group counseling program and mindful self-compassion techniques for a total of sixteen hours while the control group received a depression worksheet for self-study. The data was analyzed by non-parametric statistics.

The research results were as follows: 1) A total of two hundred and forty eight students completed the study, 4.03% had major depression, 13.31% had less than major depression, 33.47% had mild depression and 49.19% had no depression. 2) There is significant gender difference in terms of depression. ($p < .05$) 3) Regarding the levels of self-compassion, 2.02% had lower levels of self-compassion, 56.45% had medium levels of self-compassion and 41.53% had higher levels of self-compassion. 4) There is no significant gender difference in terms of self-compassion. ($p = .05$) 5) There are significant differences in depression and self-compassion levels before and after receiving counseling. ($p < .01$, $p < .05$) 6) There are no significant differences in levels of depression and self-compassion between the experimental group and the control group. ($p = .05$)

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย
จาก
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เปรียบเสมือนบันทึกรักที่เต็มเปี่ยมด้วยความทรงจำและแบบฝึกหัดแห่งชีวิต ข้าพเจ้าได้ทำความเข้าใจความเจ็บปวดและเรียนรู้การให้อภัยตนเอง อันเป็นสิ่งที่ยากเข็ญสำหรับข้าพเจ้าเหลือเกิน ข้าพเจ้าขอกล่าวขอบคุณตนเองที่อดทนและอยู่เคียงข้างตนเองในวันที่รู้สึกแย่มาก โอบกอดเพื่อให้อำลางใจและเยียวยาตนเอง จนผ่านพ้นช่วงเวลาที่ยากลำบาก ได้เติบโตและงอกงาม พร้อมทั้งจะแผ่ความกรุณาสู่ผู้อื่น

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ เนื่องด้วยความกรุณาจากอาจารย์ซึ่งเป็นทั้งผู้ให้ความรู้และเป็นต้นแบบการดำเนินชีวิต อีกทั้งคอยห่วงใยและใส่ใจทุกข์หรือสุขของข้าพเจ้าเสมอ ขอขอบพระคุณ อ.ดร.อมราพร สุรการ อ.ดร.อัจฉรา ประเสริฐสิน ศศ.ดร.มนัสพันธ์ หัตถศักดิ์และรศ.ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง รวมถึงคณาจารย์สาขาจิตวิทยาประยุกต์และคณาจารย์สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ทุกท่าน อีกทั้งเพื่อนนิสิตที่คอยให้คำแนะนำ แสดงความห่วงใย มอบรอยยิ้มและให้กำลังใจข้าพเจ้าเสมอมา

ขอขอบพระคุณคณาจารย์สาขาจิตเวชศาสตร์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาแก่ข้าพเจ้าด้วยความอ่อนโยน ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานที่น่ารัก ซึ่งคอยให้กำลังใจ ช่วยเหลือและสนับสนุนข้าพเจ้า ขอขอบคุณกัลยาณมิตร ปานชนก วรนุช วริษา รวมถึงกัลยาณมิตรที่มีได้เอ่ยนามสำหรับความรัก การยอมรับและเสียงหัวเราะเพื่อเติมความสดใสให้ข้าพเจ้าอยู่เสมอ ขอขอบคุณครอบครัวอันอบอุ่นของข้าพเจ้า คุณพ่อ คุณแม่ แจ๊บ ที่พร้อมเป็นแหล่งพลังงานดีแก่ข้าพเจ้าเสมอ โดยเฉพาะยามที่เหนื่อยล้า รวมถึงความรัก ความอ่อนโยน ความเอาใจใส่ ความเข้าใจ แรงสนับสนุน และคำชื่นชมที่หล่อเลี้ยงให้ข้าพเจ้าเติบโต

ขอบคุณวิชาชีพของข้าพเจ้า ที่ทำให้มีแรงบันดาลใจในการแผ่ความกรุณาสู่ผู้อื่น อีกทั้งมีความปรารถนาให้ผู้อื่นหลุดพ้นจากความทุกข์ด้วยปัจจัยในตัวของพวกเขาเอง ขอขอบคุณนักศึกษาทุกคนอีกครั้ง ที่มอบความไว้วางใจ ใส่ใจ ร่วมสำรวจ เรียนรู้ ปลอบโยนให้น้ำตาเป็นเหมือนน้ำยา คอยรดหยดลงบนหัวใจให้ได้เติบโตอย่างที่มีความบอบช้ำน้อยที่สุด ไปพร้อมกัน

ปิยนุช ชมภูภาค

ปริญญาานิพนธ์
เรื่อง

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติ
ต่อความกรุณาต่อตนเองในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า
ของ
ปิยนุช ชมภูภาค

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ 2560

อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาานิพนธ์

คณะกรรมการสอบปากเปล่า

.....ที่ปรึกษาหลัก
(อาจารย์ ดร.อมราพร สุรการ)

.....ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มนัสนันท์ หัตถศักดิ์)

.....ที่ปรึกษาร่วม
(อาจารย์ ดร.อัจศรา ประเสริฐสิน)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง)

.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร.อมราพร สุรการ)

.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร.อัจศรา ประเสริฐสิน)

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
ความสำคัญของการวิจัย.....	4
ขอบเขตการวิจัย	5
ตัวแปรที่ใช้ศึกษา	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
นิยามเชิงปฏิบัติการ	6
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	8
สมมติฐานการวิจัย	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
ภาวะซึมเศร้า.....	9
ความหมายของภาวะซึมเศร้า	9
ระดับของภาวะซึมเศร้า	10
ขนาดวิทยาของภาวะซึมเศร้า	11
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการเกิดภาวะซึมเศร้า	12
อาการแสดงออกของภาวะซึมเศร้า	13
การประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้า	14
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า	15
แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มบูรณาการ	16
การให้คำปรึกษาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม.....	17
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม.....	17
แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม.....	24
แนวคิดปัญญาพฤติกรรมนิยมสู่กระบวนการกลุ่ม.....	26
การให้คำปรึกษากลุ่มแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม.....	28
กระบวนการให้คำปรึกษากลุ่มแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม.....	30
บทบาทของผู้นำกลุ่ม.....	33
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มให้คำปรึกษาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม.....	39

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
2 (ต่อ)	
ความกรุณาต่อตนเอง	39
ความหมายของความกรุณาต่อตนเอง	40
องค์ประกอบของความกรุณาต่อตนเอง	40
การประเมินความกรุณาต่อตนเอง	41
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความกรุณาต่อตนเอง	41
การพัฒนาสติ	43
ความหมายของสติ	44
จากสติ สู่งานบำบัดด้วยการพัฒนาสติ	45
การฝึกพัฒนาสติ	46
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสติ	47
3 วิธีดำเนินการวิจัย	48
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	48
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	50
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	61
จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล.....	63
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ.....	64
4 การวิเคราะห์ผลข้อมูล	65
การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
5 สรุป อภิปรายและข้อเสนอแนะ	73
สรุปการวิจัย.....	73
การอภิปรายผล.....	75
ข้อจำกัด.....	81
ข้อเสนอแนะ.....	81

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
บรรณานุกรม	83
ภาคผนวก	92
ภาคผนวก ก	93
ภาคผนวก ข	96
ภาคผนวก ค	98
ประวัติย่อผู้วิจัย	160



บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 ตัวอย่างคำถามจากแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย ที่มีการให้คะแนนของแต่ละข้อคำตอบในแบบวัด ตามลำดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน	50
2 ตัวอย่างคำถามจากแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย ที่มีการให้คะแนนของแต่ละข้อคำตอบในแบบวัด ตามลำดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 3 ระดับ ตั้งแต่ 0 – 2 คะแนน	51
3 ตัวอย่างคำถามจากมาตรวัดความทุกข์ต่อตนเอง	53
4 เกณฑ์การให้คะแนนอิงจากข้อกระทงด้านบวกและข้อกระทงด้านลบของมาตรวัด ความทุกข์ต่อตนเอง	54
5 การคิดคะแนนและแปลผลมาตรวัดความทุกข์ต่อตนเอง	54
6 โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ร่วมกับการพัฒนาสติ	57
7 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	66
8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มตัวอย่าง	66
9 จำนวนและร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างแยกตามเพศ	67
10 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างเพศและภาวะซึมเศร้า	67
11 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความทุกข์ต่อตนเองของกลุ่มตัวอย่าง	68
12 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างเพศและความทุกข์ต่อตนเอง	68
13 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	69
14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุดของคะแนน ภาวะซึมเศร้าและคะแนนความทุกข์ต่อตนเองทั้งในช่วงก่อนทดลองและ หลังการทดลอง ของทุกเงื่อนไขการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง	70
15 ผลวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าและคะแนนความทุกข์ต่อตนเอง ภายในกลุ่มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	71
16 ผลวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	72
17 ผลวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความทุกข์ต่อตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	72

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย	8
2 รูปภาพจำลองด้านปัญญา.....	19
3 รูปภาพจำลอง ความสัมพันธ์ของความเชื่อระดับกลางต่อความเชื่อแกนหลัก และความคิดอัตโนมัติ	20
4 รูปภาพจำลอง ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมและความคิดอัตโนมัติ.....	22
5 รูปภาพจำลอง การทำ Cognitive restructuring.....	23



บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

การมีอารมณ์เศร้าเป็นภาวะที่สามารถพบเจอได้ทั่วไปในกลุ่มประชากรโดยทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นเด็ก วัยรุ่นผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ ทุกๆ ช่วงวัยต่างก็มีโอกาสพบเจอกับเรื่องราวหรือเหตุการณ์จากการใช้ชีวิตประจำวันที่สามารถทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ อย่างไรก็ตาม การมีความรู้สึกเศร้าเป็นบางครั้งนั้นถือว่าเป็นเรื่องปกติ แต่หากมีความรู้สึกเศร้าเป็นเวลานานติดต่อกัน และมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น รู้สึกไม่สนใจในสิ่งต่างๆ หรือเบื่อสิ่งที่เคยชื่นชอบ นอนไม่หลับ อ่อนแรง ขาดสมาธิจัดจ๋า มีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า (นันทวิช สิริธิรักษ์และคณะ, 2558) หรือเมื่อเผชิญกับปัญหาวิกฤตในชีวิตที่อาจไม่สามารถควบคุมหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นได้ แล้วส่งผลให้เกิดความคิดที่บิดเบือนไปเป็นความคิดด้านลบต่อตนเองและต่อโลก ทำให้การแสดงออกทางความคิด การแสดงออกทางอารมณ์ การแสดงออกด้านร่างกายและการแสดงออกด้านพฤติกรรมเปลี่ยนไป (Beck & Alford, 2009) โดยอาการต่างๆ ดังที่กล่าวมานั้นได้ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ไม่สามารถเรียนหรือทำงานได้ จึงจะถือว่าเป็นปัญหา (อุมาพร ตรังสมบัติและดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2539)

ภาวะซึมเศร้าจึงเป็นภาวะที่สามารถพบได้บ่อยในประชากรโดยทั่วไป ในประเทศสหรัฐอเมริกามีการศึกษาเกี่ยวกับโรคทางอารมณ์ พบว่ามีอุบัติการณ์ปรากฏร้อยละ 5 – 17 (Sadock & Sadock, 2007) ขณะเดียวกันก็ได้มีการศึกษาอุบัติการณ์ความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น พบว่าภาวะซึมเศร้าถูกพบได้บ่อยร้อยละ 2 – 5 โดยประมาณ (มาโนช หล่อตระกูลและคณะ, 2558) โดยอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้านั้นจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุของเด็ก โดยเด็กในวัยเรียนก่อนเข้าวัยรุ่นทั้งเพศชายและเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 1 โดยประมาณ ในขณะที่วัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 6 โดยประมาณ และนอกจากนี้พบว่าภาวะซึมเศร้าเกิดในวัยรุ่นเพศหญิงมากกว่าวัยรุ่นเพศชาย 2 เท่า (นันทวิช สิริธิรักษ์และคณะ, 2558) นอกจากนี้ จากการศึกษายังพบว่ามีความโน้มเอียงของการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกที่ได้คาดการณ์เอาไว้ว่าในปี ค.ศ. 2030 โรคซึมเศร้าจะก้าวสู่การเป็นโรคที่มีผู้ป่วยมากที่สุด (WHO, 2012) ยิ่งไปกว่านั้น มีการศึกษาหนึ่งพบว่าโรคทางจิตเวชเป็นหนึ่งในสาเหตุของการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น (Andrews & Lewinsohn, 1992) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการทำร้ายร่างกายตนเองในเด็กและวัยรุ่นที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เมื่อพิจารณาจากโรคประจำตัวแล้วพบว่าเด็กและวัยรุ่นที่ทำร้ายร่างกายตนเองป่วยด้วยโรคกลุ่มซึมเศร้ามามากที่สุด ทั้งนี้เมื่อวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทำร้ายตนเอง พบว่า เด็กและวัยรุ่นที่มีโรคจิตเวชร่วมด้วยมักจะตั้งใจฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่ไม่มโรคจิตเวชถึง 3.75 เท่า (อัจฉรา ตราชูและคณะ, 2556) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในประชากรที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ต้องเผชิญกับความทุกข์จากภาวะซึมเศร้าในเวลาที่เสียใจหรือผิดหวังจำนวนร้อยละ 3.9 นอกจากนี้ยังเชื่อว่าภาวะซึมเศร้ามีภาวะต่อทั้งตัวผู้ป่วยและญาติที่ดูแล จึงคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2020 สถานการณ์ของโรคซึมเศร้าจะอยู่ในอันดับ 2 ของโรคที่สร้างภาระมากที่สุด (Ustun et al., 2004) ส่วนการศึกษาข้อมูลจากการสำรวจทางระบาดวิทยาโรคจิตเวชในประชากรไทย ด้านความชุกของโรคซึมเศร้า เมื่อปี พ.ศ.2551 ทำให้ทราบว่าการ

ไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวนร้อยละ 2.7 ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) (Kongsuk, 2008)

ด้วยผลจากการสำรวจภาวะบาดเจ็บทางจิตใจของตนเอง ทำให้สังคมโดยภาพรวมควรตระหนักและให้ความสำคัญ รวมถึงเฝ้าระวังสถานการณ์ของโรคซึมเศร้า เนื่องจากมีแนวโน้มที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกๆ คนและทุกๆ ช่วงอายุ ถึงแม้ว่าเริ่มแรกอาจไม่ใช่อาการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าอย่างสิ้นเชิง แต่การมีอาการซึมเศร้าเรื้อรัง การใช้สารเสพติด การเผชิญภาวะความกดดันจากการเรียนหรือการทำงาน การเผชิญกับความเปลี่ยนแปลง การปรับตัวกับสถานการณ์ใหม่ (นันทวัช สัทธีรักษ์และคณะ, 2558) ต่างเป็นสาเหตุที่มีแนวโน้มทำให้พัฒนาไปสู่การเจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้ โดยเฉพาะในวัยรุ่นที่เข้าเรียนระดับมหาวิทยาลัย ซึ่งเริ่มเปลี่ยนผ่านจากวัยรุ่นเข้าสู่ผู้ใหญ่ ต้องเปลี่ยนแปลงที่อยู่ เปลี่ยนกลุ่มเพื่อน ซึ่งถือว่ามีเปลี่ยนแปลงระดับหนึ่ง นอกจากนี้ยังต้องศึกษาเนื้อหาปริมาณมากและมีแนวโน้มเผชิญกับความเครียดจากการเรียน อีกทั้งต้องแบ่งเวลาเรียนเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมของคณะหรือมหาวิทยาลัย จึงต้องเผชิญกับปัญหาการปรับตัวหลังจากการสอบเข้ามหาวิทยาลัยอีกด้วย (วินิทรา นวลละออง, 2555) อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับระดับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาแพทย์ พบว่า นักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิกมีความเครียดในระดับปานกลางขึ้นไป ร้อยละ 73.63 ซึ่งสูงกว่าประชากรทั่วไป 1.48 เท่า โดยปัจจัยส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการเรียนและการใช้ชีวิตประจำวัน (วินิทรา นวลละออง, 2553) ในขณะที่เดียวกันจากการศึกษาเกี่ยวกับความเครียด การปรับตัวและความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 50.50 (ปวีดา โพธิ์ทองและคณะ, 2554) ยิ่งไปกว่านั้นเมื่อศึกษาปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบในนักศึกษาแพทย์แห่งหนึ่งที่ไม่สำเร็จการศึกษา พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดร้อยละ 32 (พนม เกตุมานและคณะ, 2556)

ปัจจุบันการรักษาโรคซึมเศร้า แบ่งการรักษาเป็นการรักษาทางชีวภาพและการรักษาทางจิตใจ โดยการรักษาทางชีวภาพ แบ่งออกเป็นการรักษาด้วยยาต้านเศร้า (Antidepressant) การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) การรักษาด้วยแม่เหล็กไฟฟ้า (Repeated transcranial magnetic stimulation: rTMS) และการฝังอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ใต้ผิวหนัง (Vagal nerve stimulation) การรักษาทางจิตใจ แบ่งออกเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วย การให้ความรู้เรื่องธรรมชาติของโรคแก่ญาติ ส่งเสริมให้ออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมและการรักษาด้วยจิตบำบัด (นันทวัช สัทธีรักษ์และคณะ, 2558) ซึ่งการทำจิตบำบัดมีหลายชนิด เช่น จิตบำบัดแบบประคับประคอง จิตบำบัดแนวพุทธ และ จิตบำบัดแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม เป็นต้น ซึ่งในช่วงหลายปีที่ผ่านมา มีการศึกษาและวิจัยอย่างกว้างขวางเกี่ยวกับการนำแนวคิดปัญญาพฤติกรรมนิยม (Cognitive behavioral therapy: CBT) เข้ามาใช้กับผู้มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากเชื่อว่าแนวคิดดังกล่าวนี้ช่วยให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าสามารถทำความเข้าใจความคิดและอารมณ์ของตนเอง รวมถึงการประเมินและพิสูจน์ความคิดว่ามีความเป็นเหตุเป็นผลหรือไม่ หากพบว่าความคิดดังกล่าวมีความบิดเบือนไปจากความเป็นจริงแล้ว ก็จะมีวิธีการเพื่อทำการปรับเปลี่ยนความคิดอันไม่เป็นเหตุเป็นผลนั้นให้มีความเหมาะสม นำไปสู่การสามารถเผชิญปัญหาได้มากขึ้นและมีการแสดงออกทางพฤติกรรมอย่างเหมาะสม (Beck et. al., 1979)

ถึงแม้ว่าแนวคิดปัญญาพฤติกรรมนิยม จะประสบความสำเร็จเมื่อนำมาใช้สำหรับผู้มีภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ แม้ว่าการให้คำปรึกษาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมจะได้รับการยอมรับอย่าง

แพร่หลาย แต่พบว่ามีความหมายหลักเพื่อแก้ไขหรือปรับแก้การบิดเบือนของความคิดเพียงเท่านั้น แต่ยังไม่สามารถทำให้ผู้ที่เผชิญกับความทุกข์ได้มองเห็นและยอมรับ จนนำไปสู่การอยู่กับความไม่สบายใจอย่างมีสติได้ ซึ่งสอดคล้องกับพัฒนาการของการบำบัดรักษาผู้ป่วยในปัจจุบันที่ได้มีการต่อยอดจากแนวคิดปัญญาพฤติกรรมดั้งเดิม โดยจะเน้นไปที่การเปลี่ยนแปลงกระบวนการทำงานทางด้านจิตใจที่บุคคลได้ประสบกับเหตุการณ์นั้น ๆ มากกว่าที่จะมุ่งไปเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงการรับรู้เหตุการณ์นั้น ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้จะสามารถทำผ่านกระบวนการที่หลากหลาย เช่น กระบวนการยอมรับ กระบวนการทางปัญญาและกระบวนการทางด้านสติ เป็นต้น (Hoffmann, Sawyer & Fang, 2010) ทั้งนี้ ความกรุณาต่อตนเอง ซึ่งเป็นตัวแปรที่น่าสนใจสำหรับการนำมาประยุกต์เข้ากับหลักการของปัญญาพฤติกรรมนิยม โดยความกรุณาต่อตนเอง หมายความว่า การรับรู้ความรู้สึกทุกข์ของตนเอง การรู้สึกห่วงใยและอ่อนโยนต่อตนเอง การไม่ตัดสินตนเอง รวมถึงมีความเข้าใจเมื่อตนเองประสบกับความล้มเหลวและรับรู้ว่าเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในฐานะมนุษย์ปุถุชน (Neff, 2003b)

ความกรุณาต่อตนเอง มีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ความใจดีต่อตนเอง การมองตนเองว่าเป็นมนุษย์และการพัฒนาสติ ซึ่ง Kristin Neff มีความเชื่อว่าหากบุคคลไม่หลงอยู่กับ การตัดสินตนเอง อันจะนำมาซึ่งความโกรธ ความรู้สึกผิด อันเป็นสาเหตุให้เกิดความทุกข์ แล้วความกรุณาต่อตนเองนั้นจึงมีพลังมากพอที่จะนำไปสู่การมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีและมีความพึงพอใจในชีวิต (Neff, 2011) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีผู้สนใจและทำการศึกษาตัวแปรนี้อย่างกว้างขวาง เช่น มีงานหนึ่งที่ทำการศึกษาเรื่องความกรุณาต่อตนเองในกลุ่มคนปกติ เพื่อใช้พยากรณ์อาการซึมเศร้า ผลการศึกษาวิจัยของ Raes (2011) ที่ศึกษาพบว่าความกรุณาต่อตนเองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการซึมเศร้า การมีความกรุณาสูงขึ้นจากเดิมมีความเกี่ยวข้องกับการลดลงหรือการเพิ่มขึ้นของอาการซึมเศร้าได้ จึงสรุปได้ว่าตัวแปรนี้เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญสำหรับปัญหาทางด้านอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้า ยิ่งไปกว่านั้น เมื่อศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับองค์ประกอบของความกรุณาต่อตนเองแล้ว พบว่าการพัฒนาสติเป็นองค์ประกอบที่ถูกให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง และมักจะถูกใช้เป็นเทคนิคหนึ่งที่ช่วยปูพื้นฐานทางจิตใจให้เกิดความตระหนักรู้ทางด้านความรู้สึกและอารมณ์ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สติก็มีความเกี่ยวข้องและเชื่อมโยงอย่างแนบแน่นกับความกรุณาต่อตนเอง กล่าวคือ เมื่อฝึกพัฒนาสติ ก็จะทำให้เกิดการยอมรับตนเองและความกรุณาต่อตนเอง นับเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับการเกิดการตระหนักรู้ใต้สถานการณ์หนึ่งซึ่งช่วยให้อารมณ์อยู่หนึ่งได้และจำเป็นสำหรับกระบวนการที่ช่วยให้เกิดผลทางอารมณ์ดีขึ้น ดังงานหนึ่งที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมหนึ่งที่น่าสนใจที่นำการพัฒนาสติร่วมกับความกรุณาต่อตนเอง ผลปรากฏว่าผู้เข้าร่วมมีความกรุณาต่อตนเองมากขึ้นและความอยู่ดีมีสุขก็เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน (Neff & Germer, 2012)

จากการศึกษาพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในแต่ละปี (WHO, 2012) จึงทำให้ผู้วิจัยเล็งเห็นปัญหาที่เกิดขึ้น แต่ปัจจุบันยังขาดการสำรวจในวัยรุ่นที่ศึกษาในกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ อีกทั้งยังขาดการศึกษาหลังจากพบนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าว่าจะทำอย่างไรจึงช่วยให้พวกเขาสามารถก้าวผ่านสภาวะดังกล่าวได้ อันส่งผลให้ลดผลกระทบต่อการเรียนและลดผลกระทบอันอาจเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติงานในอนาคต ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า ความชุกของความกรุณาต่อตนเองและสนใจที่จะพัฒนา รวมถึง

ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความทุกข์ของตนเองในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อเสริมสร้างความทุกข์ของตนเองและลดภาวะซึมเศร้าอันอาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต

คำถามการวิจัย

1. ระดับภาวะซึมเศร้าและระดับความทุกข์ของตนเองของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ในกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ เป็นอย่างไร
2. ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะซึมเศร้าและความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความทุกข์ของตนเองของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ในกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ เป็นอย่างไร
3. โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความทุกข์ของตนเอง มีประสิทธิผลในการลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้หรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสำรวจภาวะซึมเศร้าและระดับความทุกข์ของตนเอง
 - วัตถุประสงค์ย่อย
 - 1.1 เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ในกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ
 - 1.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ในกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ
 - 1.3 เพื่อศึกษาระดับความทุกข์ของตนเองของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ในกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ
 - 1.4 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศและความทุกข์ของตนเองของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ในกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความทุกข์ของตนเองในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

ความสำคัญของการวิจัย

ความสำคัญทางทฤษฎี

สามารถนำแนวคิดด้านปัญญาพฤติกรรมนิยมและแนวคิดความทุกข์ของตนเอง มาประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางในการลดภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า

ความสำคัญทางปฏิบัติ

บุคลากรทางด้านสาธารณสุข เช่น พยาบาล นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ หรือบุคลากรทางการศึกษาที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการบำบัดแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม เช่น ครูและอาจารย์ที่มีความสนใจ สามารถนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความทุกข์ของตนเองไปใช้ในกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกันได้

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยพหุวิธี (Multi-methods research) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อสำรวจจำนวนวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า และระดับความทุกข์ทรมานต่อตนเอง

2. เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปรัชญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความทุกข์ทรมานต่อตนเองในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

1. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร (Populations) ประชากรที่ใช้สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ที่มีอายุอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 18 – 19 ปี ในกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน 690 คน (ข้อมูลจากกิจการนักศึกษา ณ วันที่ 6 ก.ย. 2559)

1.2 กลุ่มตัวอย่าง (Participants) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ในกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 16 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสัมภาษณ์โดยนักจิตวิทยา ด้วยแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression (Thai version of Hamilton Rating Scale for Depression: HAM-D) (มานิช หล่อตระกูล ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2539) เมื่อมีคะแนนบ่งชี้ถึงการมีระดับภาวะซึมเศร้า (8 – 19 คะแนน) และไม่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย จากนั้นทำมาตรวัดความทุกข์ทรมานต่อตนเอง (Self-compassion scale: SCS) (วัชรราวดี บุญสร้างสม, 2556) เพื่อใช้เป็นคะแนนความทุกข์ทรมานต่อตนเองในระยะก่อนทดลอง

2. ขอบเขตด้านตัวแปร

2.1 ตัวแปรอิสระ (Independent variable) ได้แก่ โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปรัชญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติ

2.2 ตัวแปรตาม (Dependent variable) ได้แก่ ความทุกข์ทรมานต่อตนเองและภาวะซึมเศร้า

3. ขอบเขตด้านระยะเวลาของการวิจัย

ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 – เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. นักศึกษากลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ หมายถึง บุคคลซึ่งสำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ที่มีอายุอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 18 – 19 ปี และผ่านการคัดเลือกเพื่อเข้าศึกษาชั้นปีที่ 1 ในกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ อันได้แก่ คณะแพทยศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสหเวชศาสตร์และคณะสาธารณสุขศาสตร์

2. วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ในกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ อันประกอบด้วย คณะแพทยศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสหเวชศาสตร์และคณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้คะแนนจากแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression (Thai version of Hamilton Rating Scale for Depression: HAM-D) ในระดับบ่งชี้ถึงการมีระดับภาวะซึมเศร้า (8 – 19 คะแนน) และไม่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

นิยามเชิงปฏิบัติการ

1. ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่มีการแสดงออกทางความคิด การแสดงออกทางอารมณ์ การแสดงออกทางแรงจูงใจและการแสดงออกทางกายที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้วัยรุ่นมีความคิดเกี่ยวกับตนเองในด้านลบ มีแนวโน้มตัดสินตนเอง มีความรู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า อารมณ์หดหู่ ไม่มีความสุข ขาดสมาธิและพยายามแยกตัวจากสังคม โดยได้รายงานด้วยตนเองผ่านการทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า สำหรับการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression (Thai version of Hamilton Rating Scale for Depression: HAM-D) เป็นแบบวัดที่ต้องสัมภาษณ์โดยนักจิตวิทยา แบบประเมินดังกล่าวประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตราประเมินแบบเรียงอันดับ (Ordinal rating scale) มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ที่มีการให้คะแนนของแต่ละข้อคำตอบในแบบวัดตามลำดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 5 ระดับ ตั้งแต่ คะแนน 0 – 4 (ไม่พบว่ามีอาการ ถึง มีอาการระดับรุนแรง) ทั้งนี้ มีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ที่มีการให้คะแนนของแต่ละข้อคำตอบในแบบวัดตามลำดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 3 ระดับ ตั้งแต่ คะแนน 0 – 2 การแปลผลพิจารณาจัดลำดับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่

0 - 7	คะแนน	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (No depression)
8 - 12	คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression)
13 - 17	คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าแต่ไม่ถึงกับซึมเศร้ามาก (Less than major depression)
18 - 29	คะแนน	มีภาวะซึมเศร้ามาก (Major depression)
30	คะแนนขึ้นไป	มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (More than depression)

2. ความกรุณาต่อตนเอง หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกทุกข์ของตนเอง การรู้สึกห่วงใยและอ่อนโยนต่อตนเอง การไม่ตัดสินตนเอง รวมถึงมีความเข้าใจเมื่อตนเองประสบกับความล้มเหลวและรับรู้ว่สิ่งนั้นเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในฐานะมนุษย์ปุถุชน โดยได้รายงานด้วยตนเองผ่านการทำแบบวัดความกรุณาต่อตนเอง สำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้นำแบบวัดความกรุณาต่อตนเองของ Kristin Neff (2003b) ที่ได้แปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยโดยวัชรราตรี บุญสร้างสม (2556) มาใช้เพื่อวัดระดับความกรุณาต่อตนเองแบบทดสอบดังกล่าวนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบของความกรุณาต่อตนเอง ได้แก่ ความใจดีต่อตนเอง (Self-kindness) การตัดสินและตำหนิตนเอง (Self-judgment) การรับรู้ว่ประสบการณ์ของตนนั้นเป็นส่วนหนึ่งของความเป็นมนุษย์ (A sense of common humanity) การรู้สึกโดดเดี่ยวและแปลกแยก (Isolation) การมีสติ (Mindfulness) การจมอยู่กับความทุกข์ (Over-identified) โดยแต่ละข้อคำถามมีให้เลือกตอบ 5 ระดับ แต่การคิดคะแนนและแปลผล ทำได้โดยการนำคะแนนในแต่ละด้านมารวมกันและหาค่าเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ แบบประเมินนี้พิจารณาจัดลำดับผู้ที่มีระดับความกรุณาต่อตนเอง 3 ระดับ (Neff, 2003a) ได้แก่

1.0 - 2.5	คะแนน	มีความกรุณาต่อตนเองต่ำ (Low)
2.5 - 3.5	คะแนน	มีความกรุณาต่อตนเองปานกลาง (Moderate)
3.5 - 5.0	คะแนน	มีความกรุณาต่อตนเองสูง (High)

3. โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติ หมายถึง กิจกรรมกลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อส่งเสริมให้มีความกรุณาต่อตนเอง โดยใช้กระบวนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ซึ่งผู้วิจัยใช้หลักการและแนวคิดปัญญาพฤติกรรมนิยม (Cognitive behavioral therapy) โดย Aaron T. Beck ผสานกับแนวคิดการพัฒนาสติ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความกรุณาต่อตนเอง (Self-compassion) โดย Kristin Neff ซึ่งการนำความกรุณาต่อตนเอง เพิ่มเข้าไปร่วมอยู่ในกระบวนการให้คำปรึกษาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมนี้ เพื่อสร้างเสริมให้วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถรับรู้ความรู้สึกทุกข์ของตนเอง รับรู้ความรู้สึกห่วงใยและความอ่อนโยนต่อตนเอง รับรู้ว่าไม่ควรตัดสินตนเอง รวมถึงมีความเข้าใจต่อตนเองแม้จะประสบกับความล้มเหลวและรับรู้ว่าสิ่งนั้นเป็นเพียงประสบการณ์หนึ่งที่เกิดขึ้นได้กับมนุษย์ทุกคน

กิจกรรมกลุ่มดังกล่าวมีขั้นตอนกระบวนการ ดังนี้

3.1 ชั้นเริ่มกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะให้ข้อมูลที่ควรทราบแก่สมาชิกกลุ่ม โดยเฉพาะความหมายของการทำกลุ่มแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติเพื่อพัฒนาความกรุณาต่อตนเองและประโยชน์อันพึงได้รับ นอกจากนี้ยังให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสำคัญของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิก รวมถึงข้อควรปฏิบัติและข้อจำกัดต่าง ๆ

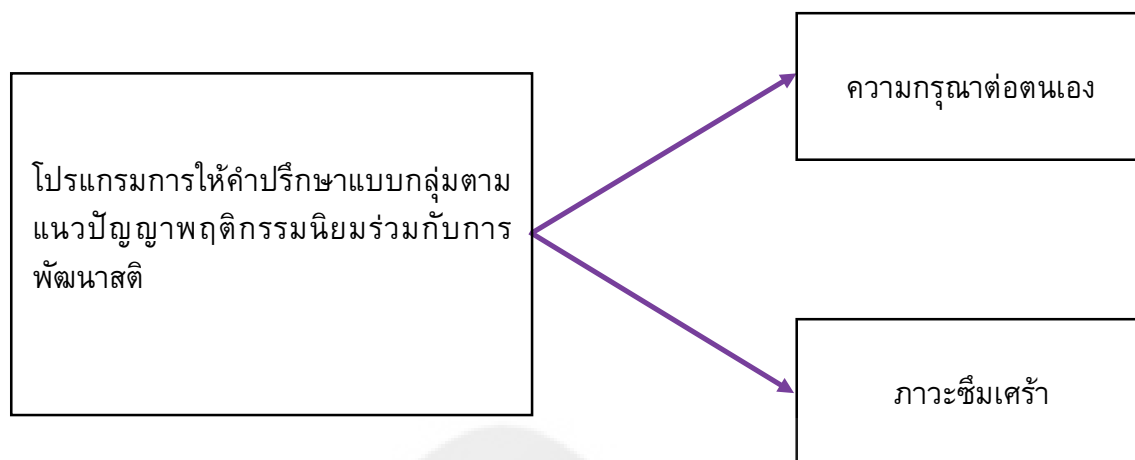
3.2 ชั้นดำเนินการกลุ่ม เป็นขั้นตอนที่สมาชิกเริ่มมีบทบาทในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และมีทักษะบางประการเกิดขึ้น ผู้นำกลุ่มจะใช้ศักยภาพเพื่อสังเกต รับฟังปัญหา รวมถึงประเมินการมีส่วนร่วมของสมาชิก ประเมินความพึงพอใจ รวมถึงการให้ความสำคัญกับตรวจการบ้านทุกครั้ง ในขั้นตอนนี้ผู้นำกลุ่มมีความจำเป็นที่จะต้องใช้ทักษะของการเป็นนักจิตวิทยาการปรึกษา เพื่อดำเนินกระบวนการกลุ่มตามโครงสร้างของการให้คำปรึกษาหรือให้การบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การตั้งเป้าหมายการให้คำปรึกษา ทำความรู้จักกับความคิดอัตโนมัติ การเรียนรู้ความสัมพันธ์ของความคิด การกระทำและความรู้สึก การทำการบ้าน รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะย้อนกลับ (feedback) รวมถึงการหยิบเอาเทคนิคการให้ปรึกษามาใช้อย่างเหมาะสม ได้แก่ ทักษะการฟัง ทักษะการทวนความ ทักษะการใช้คำถามปลายเปิด ทักษะการสะท้อนความรู้สึก การเจียบ การให้กำลังใจ ทักษะการสรุปความและการให้ข้อมูลย้อนกลับ ชั้นนี้จะใช้การบูรณาการร่วมกันระหว่างเทคนิคของการให้คำปรึกษาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมและเทคนิคการพัฒนาสติ

3.2.1 การให้คำปรึกษาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม มีเป้าหมายหลักเพื่อให้ทราบภาวะทางอารมณ์ในที่นี้คือภาวะซึมเศร้าและเปลี่ยนแปลงวิธีคิดที่ทำให้เกิดภาวะดังกล่าว

3.2.2 การพัฒนาสติ มีเป้าหมายหลักเพื่อให้เกิดความตระหนักรู้ต่อสถานการณ์ ณ ปัจจุบันขณะ ไม่ตัดสินประสบการณ์ที่เกิดขึ้น และนำไปสู่การยอมรับ

3.3 ชั้นยุติกลุ่ม เมื่อเห็นในเชิงประจักษ์ว่าสมาชิกกลุ่มมีความเปลี่ยนแปลงทางความคิดและพฤติกรรม ผู้นำกลุ่มจึงยุติกระบวนการกลุ่ม นอกจากนั้น ควรขอข้อมูลย้อนกลับจากสมาชิกกลุ่มทั้งหมด ขณะเดียวกันผู้นำกลุ่มควรให้ข้อมูลย้อนกลับแก่สมาชิกกลุ่มและหากเป็นไปได้ ควรนัดสมาชิกกลุ่มเพื่อติดตามผลของกระบวนการกลุ่ม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. นักศึกษาในกลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปรัชญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความกรุณาต่อตนเอง มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. นักศึกษาในกลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปรัชญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความกรุณาต่อตนเอง มีระดับคะแนนความกรุณาต่อตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง
3. นักศึกษาในกลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปรัชญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความกรุณาต่อตนเอง มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่านักศึกษาในกลุ่มควบคุม ที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปรัชญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความกรุณาต่อตนเอง
4. นักศึกษาในกลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปรัชญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความกรุณาต่อตนเอง มีระดับคะแนนความกรุณาต่อตนเองสูงกว่านักศึกษาในกลุ่มควบคุม ที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปรัชญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความกรุณาต่อตนเอง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ร่วมกับการพัฒนาสติต่อความกรุณาต่อตนเองในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรม รวบรวมเอกสาร รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นสำคัญต่างๆ เพื่อเป็น แนวทางในการวิจัย โดยมีรายละเอียดหัวข้อที่ศึกษาดังต่อไปนี้

1. ภาวะซึมเศร้า
2. แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มบูรณาการ
3. การให้คำปรึกษาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม
4. ความกรุณาต่อตนเอง
5. การพัฒนาสติ

1. ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นอารมณ์ที่ถูกค้นพบมากกว่า 2000 ปีมาแล้ว ในอดีตกาลมีการอธิบายว่า ผู้ป่วยจะนอนไม่หลับซึ่งทำให้ไม่สดชื่นและยังไม่มีความสุขอีกด้วย ภาวะซึมเศร้านี้สามารถเกิดขึ้นได้ กับบุคคลทุกคน ทุกเชื้อชาติ ทุกอายุและทุกวัฒนธรรม ซึ่งเมื่อบุคคลเหล่านั้นต้องเผชิญกับปัญหา วิกฤตในชีวิตที่อาจไม่สามารถควบคุมหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นได้ จึงส่งผลให้เกิดความคิดที่บิดเบือน ไปเป็นความคิดด้านลบต่อตนเองและต่อโลก ซึ่งทำให้การแสดงออกทางความคิด การแสดงออกทาง อารมณ์ การแสดงออกด้านร่างกายและการแสดงออกด้านพฤติกรรมมักจะเปลี่ยนแปลงไป (Beck & Alford, 2009)

1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ผู้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ ดังนี้

Aaron T. Beck จิตแพทย์ชาวอเมริกัน อธิบายเอาไว้ว่าภาวะซึมเศร่ายังมีหลาย องค์ประกอบที่นอกเหนือจากองค์ประกอบทางด้านอารมณ์ ดังนี้ (Beck, 1967)

1) มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่ชัดเจน เช่น ไม่มีความสุข รู้สึกว่าอยู่ตัวคนเดียว รู้สึกเฉื่อยชาไร้อารมณ์

2) มีความคิดด้านลบต่อตนเอง รวมถึงตำหนิตีเดียตนเอง

3) คิดลงโทษตนเอง เช่น หลบหนีจากสังคม ซ่อนตัวหรือฆ่าตัวตาย

4) มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น มีร่างกายซูบผอม นอนไม่หลับ ไร้อารมณ์

ทางเพศ

5) ระดับของการทำกิจกรรมเปลี่ยนแปลง คือ ทำน้อยลงหรือทำมากขึ้นจนวุ่นวายไม่สามารถอยู่นิ่งได้

ในขณะที่เดียวกัน นันทวิช สิทธิรักษ์และคณะ (2558) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่าเป็น อารมณ์ทางด้านลบที่สามารถเกิดขึ้นได้เป็นครั้งคราวกับบุคคลทั่วไป ทุกเพศ ทุกวัย ซึ่งอารมณ์ ทางด้านลบนี้อาจเกิดขึ้นเองเนื่องจากบุคคลมีการคาดการณ์ล่วงหน้าหรือคิดไปก่อนที่เหตุการณ์

ใด ๆ จะเกิดขึ้น หรืออาจจะเกิดหลังจากเผชิญเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง โดยเฉพาะเมื่อต้องเผชิญกับการสูญเสีย การถูกปฏิเสธ การพบกับความผิดพลาดต่อสิ่งที่คาดหวัง ซึ่งจะทำให้มีความเศร้ามากเกินไปและยาวนานกว่าปกติ ทั้งนี้ยังแสดงออกให้สังเกตเห็นได้จากการร้องไห้ ซึมเศร้า คิดวนเวียนขาดสมาธิและความใส่ใจต่อสิ่งรอบข้างลดน้อยลง นอกจากนี้ ความคิดแง่ลบเหล่านี้อาจทำให้บุคคลมีผลกระทบต่อโลกต่อสังคมในแง่ร้ายและอาจตัดสินใจฆ่าตัวตายได้ (Westbrook, Kennerly & Kirk, 2007)

1.2 ระดับของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า มีความหมายที่ใช้กันในหลายระดับ เพื่อบ่งบอกถึงภาวะทางอารมณ์ปกติที่สามารถเกิดได้กับบุคคลทั่วไป หรือเป็นภาวะทางอารมณ์ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือเป็นภาวะซึมเศร้าบ่งถึงโรคทางจิตเวช ดังนี้

1) ภาวะซึมเศร้าที่หมายถึงอารมณ์เศร้าปกติ เป็นภาวะอารมณ์ที่สามารถเกิดขึ้นได้ในคนปกติทั่วไป จะเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งกระตุ้นเร้าหรือเหตุการณ์บางอย่างที่ทำให้บุคคลไม่สมหวัง ผิดหวัง สิ้นหวังหรือไม่มีความสุข คนเหล่านั้นจะมีความรู้สึกหดหู่และซึมเศร้า เป็นภาวะอารมณ์หนึ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เป็นภาวะปกติในบุคคล อาจเกิดขึ้นเป็นช่วงเวลาหรือเป็นวัน โดยอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นในภาวะปกตินี้สามารถหายไปได้เองหรือเมื่อบุคคลเจอกับสิ่งเร้าใหม่หรือเงื่อนไขใหม่ อารมณ์นั้นก็ลดลง โดยปกติบุคคลจะมีความรู้สึกเคลื่อนไหวไปมาระหว่างความสุขกับความเศร้า ขึ้นอยู่กับสภาพการณ์ของแต่ละบุคคล ภาวะซึมเศร้าที่หมายถึงอารมณ์ปกตินี้ไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาใด ๆ

2) ภาวะซึมเศร้าที่หมายถึงภาวะเศร้าที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เป็นภาวะซึมเศร้าที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการแสดงทางด้านร่างกาย จะมีระดับความรุนแรงตั้งแต่ระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง จนถึงระดับรุนแรง อาการที่เกิดขึ้นจะกระทบต่อบุคคลได้มากกว่าอารมณ์เศร้าปกติ โดยบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้านี้จะมีความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและร่างกายที่เปลี่ยนไปจากเดิม นอกจากนี้ยังส่งผลต่อการดำเนินกิจกรรมประจำวัน การทำงานและการประกอบกิจกรรมทางสังคม ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนี้จำเป็นต้องมีผู้บำบัดหรือให้การปรึกษาจึงจะกลับสู่ภาวะปกติได้

3) ภาวะซึมเศร้าที่หมายถึงโรคทางจิตเวช (โรคซึมเศร้า) เป็นภาวะที่บุคคลมีลักษณะเปลี่ยนไปทั้งด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและร่างกาย รวมถึงมีอาการเข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชว่าเป็นโรคซึมเศร้า เมื่อป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจะต้องได้รับการบำบัดทางด้านการแพทย์ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม อาการต่าง ๆ จึงจะลดลงได้

นอกจากนี้ ระดับของภาวะซึมเศร้า ยังมีการให้ความหมายแตกต่างกันตามระดับความรุนแรง จากซึมเศร้าเล็กน้อยไปจนถึงซึมเศร้ารุนแรง (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543; อ้างถึงใน วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545) ได้แก่

1) อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว เป็นภาวะอารมณ์ที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนเมื่อต้องเผชิญกับความผิดหวัง เผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนจิตใจหรือเผชิญกับความสูญเสีย เหตุการณ์เหล่านี้จะส่งผลให้บุคคลมีอารมณ์เศร้า แต่ไม่นานก็จะหายไปเอง

2) อารมณ์ซึมเศร้าเล็กน้อย เป็นสภาพอารมณ์ที่เป็นผลมาจากการเผชิญกับเหตุการณ์สูญเสียที่รุนแรง เช่น สูญเสียคนรัก สูญเสียความสามารถทางร่างกายของตนเอง เป็นต้น ซึ่งถือว่าการสูญเสียเหล่านี้เป็นภาวะวิกฤตของชีวิต ดังนั้นจึงมีปฏิกิริยาที่ส่งผลต่อจิตใจทำให้เกิด

อารมณ์เศร้า เมื่อเวลาผ่านไปแล้วบุคคลสามารถจัดการกับเหตุการณ์และปรับตัวได้อย่างเหมาะสม อารมณ์ซึมเศร้ามักจะหายไป

3) อารมณ์ซึมเศร้าปานกลาง เกิดจากการมีอารมณ์เศร้าที่เกิดจากการสูญเสียและไม่สามารถจัดการสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งไม่สามารถปรับตัวได้อย่างราบรื่น บุคคลที่เผชิญกับเหตุการณ์มักจะมีอารมณ์เศร้าและแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันหรือส่งผลกระทบต่อการทำงาน

4) อารมณ์ซึมเศร้ารุนแรง มักจะมีอารมณ์เศร้ามากกว่าอารมณ์เศร้าปานกลาง ทั้งนี้ บุคคลไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์หรือไม่สามารถปรับตัวได้เลย และยังไม่รับรู้สภาพความเป็นจริงปัจจุบัน นอกจากนี้ ยังมีความรู้สึกสิ้นหวัง สับสน ไม่มีสมาธิ นอนไม่ได้และมีแนวโน้มคิดฆ่าตัวตาย

1.3 ระบาดวิทยาของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งที่สามารถพบเจอได้บ่อยในประชากรทั่วไป จากการศึกษาเกี่ยวกับโรคทางอารมณ์ในต่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีอุบัติการณ์ปรากฏร้อยละ 5 – 17 (Sadock & Sadock, 2007) ซึ่งถือว่ามี ความรุนแรงเป็นอันดับสองรองจากโรคจิตเภท นอกจากนี้ยังพบว่าประชากรที่มีอายุมากกว่า 20 ปีจำนวนร้อยละ 3.9 ต้องเผชิญกับความทุกข์จากภาวะซึมเศร้าในช่วงเวลาที่ทำให้เสียใจหรือเกิดความผิดหวัง นอกจากนี้จะทำให้เกิดความไม่สบายใจแล้ว ภาวะซึมเศร่ายังเป็นภาระต่อทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยเมื่อปี 1990 โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่สร้างภาระ (Burden of disease) อยู่ในลำดับที่ 4 จนต่อมาได้มีการคาดการณ์ว่าในอนาคต ปี 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นโรคที่สร้างภาระอยู่ในลำดับที่ 2 (Ustun et al., 2004)

ส่วนการศึกษาข้อมูลจากการสำรวจทางระบาดวิทยาโรคจิตเวชในประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2555 จากการรวบรวมของกรมสุขภาพจิต โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้า โดยการใช้แบบสอบถามเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าทั่วประเทศ พบว่า จากประชากรทั้งหมดที่ได้ทำแบบคัดกรอง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยจำนวน 117,308 ราย มีภาวะซึมเศร้าปานกลางจำนวน 18,232 ราย และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงจำนวน 5,596 ราย ซึ่งเมื่อทำแบบประเมินการมีความคิดฆ่าตัวตาย พบว่า มีผู้คิดฆ่าตัวตายระดับเล็กน้อยจำนวน 19,277 ราย มีผู้คิดฆ่าตัวตายระดับปานกลางจำนวน 1,556 ราย มีผู้คิดฆ่าตัวตายระดับรุนแรงจำนวน 1,658 ราย (กรมสุขภาพจิต, 2555) ส่วนความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีการศึกษาเมื่อปี พ.ศ. 2551 ทำให้ทราบว่าคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวนร้อยละ 2.7 ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) (Kongsuk, 2008)

ขณะเดียวกันก็ได้มีการศึกษาอุบัติการณ์ความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น พบว่าภาวะซึมเศร้าถูกพบได้บ่อยร้อยละ 2 – 5 โดยประมาณ (มาโนช หล่อตระกูลและคณะ, 2558) โดยอัตราการเกิดภาวะซึมเศรานั้นจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุของเด็ก โดยเด็กในวัยเรียนก่อนเข้าวัยรุ่นทั้งเพศชายและเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 1 โดยประมาณ ในขณะที่วัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 6 โดยประมาณ และนอกจากนี้พบว่าภาวะซึมเศร้าเกิดในวัยรุ่นเพศหญิงมากกว่าวัยรุ่นเพศชาย (นนทวิช สิทธิรักษ์และคณะ, 2558) นอกจากนี้ จากการศึกษายังพบว่ามีแนวโน้มอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกที่ได้คาดการณ์เอาไว้ว่าในปี ค.ศ. 2030 โรคซึมเศร้าจะก้าวสู่การเป็นโรคที่มีผู้ป่วยมากที่สุด (WHO,

2012) ยิ่งไปกว่านั้น มีการศึกษาหนึ่งพบว่าโรคทางจิตเวชเป็นหนึ่งในสาเหตุของการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น (Andrews & Lewinsohn, 1992) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการทำร้ายร่างกายตนเองในเด็กและวัยรุ่นที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เมื่อพิจารณาจากโรคประจำตัวแล้วพบว่าเด็กและวัยรุ่นที่ทำร้ายร่างกายตนเองป่วยด้วยโรคกลุ่มซึมเศร้ามากที่สุด ทั้งนี้เมื่อวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทำร้ายตนเอง พบว่า เด็กและวัยรุ่นที่มีโรคจิตเวชร่วมด้วยมักจะตั้งใจฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่ไม่โรคจิตเวชถึง 3.75 เท่า (อัฉรา ตรีชู, จิตวี แก้วพรสวรรค์และสิรินัดดา ปัญญาภาส, 2556)

1.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการเกิดภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาพบว่าในปัจจุบันยังไม่สามารถทราบสาเหตุที่แน่ชัดของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมจึงทำให้ทราบสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังนี้ (นันทวิช สิทธิรักษ์และคณะ, 2558)

1.4.1 ด้านชีววิทยา

พบว่า เกิดความผิดปกติของสื่อประสาท โดยเฉพาะกลุ่ม Monoamine และระบบของ Monoamine (Monoaminergic system) อันได้แก่ Norepinephrine, Dopamine, Serotonin และอื่นๆ ทั้งนี้ระดับ Serotonin ในสมองมีความสัมพันธ์กับการมีความรู้สึกสงบ เมื่อมีระดับ Serotonin อยู่ในภาวะสมดุล บุคคลก็จะมีอารมณ์ในด้านบวกมากกว่าด้านลบ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) นอกจากนี้ยังเกิดความผิดปกติของระบบประสาทต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine) เช่น การทำงานของระบบ Hypothalamic pituitary adrenal axis (HPA), ระบบ Thyroid axis และการลดลงของ Brain-derived neurotrophic growth factor (BDNF) เมื่อประสบภาวะเครียดเรื้อรัง และเกิดความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบประสาท ความผิดปกติของระบบวิทยาของภูมิคุ้มกัน (Immunological disturbance) รวมถึงโครงสร้างและการทำงานของสมอง โดยเฉพาะ Limbic system, Basal ganglia, Hypothalamas, Prefrontal cortex, Anterior cingulate cortex, Hypothalamus และ Amygdala

1.4.2 ด้านพันธุศาสตร์

ผู้ที่มีญาติทางสายตรงป่วยด้วยโรคทางอารมณ์ มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคทางอารมณ์มากกว่าคนทั่วไป (Sadock & Sadock, 2007) โดยในครอบครัวที่มีผู้เป็นโรคซึมเศร้า คนในครอบครัวจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าคนทั่วไป 2.8 เท่า (Shyn & Halmiton, 2010) และพันธุกรรมนี้เองมีความเกี่ยวข้องกับกรณีการกลับมาเป็นซ้ำ โดยผู้ที่มีญาติสายตรงเป็นโรคซึมเศร้า จะมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำถึงร้อยละ 7 (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1.4.3 ด้านจิตวิทยาและด้านสังคม

โดยปัจจัยดังต่อไปนี้มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอารมณ์เศร้า ได้แก่ ผู้ที่เผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิต เผชิญความเครียดและภาวะแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับการเกิดอารมณ์เศร้า โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความสูญเสีย เช่น บิดามารดาเสียชีวิตหรือหย่าร้าง ตกงาน เสียคู่ครอง เป็นต้น จากการศึกษาของพีรพนธ์ ลีอนุชวรัชชัย, นันทิกา ทวิชาชาติและสมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์ (2551) พบว่า ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การมีความขัดแย้งด้านสัมพันธภาพ การเปลี่ยนผ่านบทบาทและความบกพร่องทางด้านสัมพันธภาพ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าจากการสูญเสีย และยังส่งผลให้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้าในประเทศไทย นอกจากนี้ ปัจจัย

ทางด้านบุคลิกภาพก็มีความสัมพันธ์กับการเกิดอารมณ์เศร้าได้ โดยเฉพาะผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบ Borderline, Obsessive-compulsive และ Histrionic นั้นมักจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ยิ่งไปกว่านั้น ปัจจัยอื่น เช่น ปัจจัยทางจิตใจ (Intrapsychic model) ซึ่งถูกอธิบายโดย Sigmund Freud โดยเขาได้วิเคราะห์ว่าบุคคลจะรับเอาสิ่งที่ตนทั้งรักทั้งเกลียดมาไว้ในใจภายใต้จิตใจไร้สำนึกและใช้กลไกทางจิตแบบ Introjection เพื่อหันความรู้สึกเกลียดนั้นเข้าหาตน ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกลียดตนเองและเกิดอารมณ์เศร้าได้ (นันทวัช สิริวัชรและคณะ, 2558; อ้างถึงใน พูนศรี รังษิณี, รัชชัช ฤกษ์ประกรกิจและนวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2547)

ปัจจัยที่สำคัญมากอีกหนึ่งประการ นั่นคือปัจจัยทางความคิดการรับรู้ (Cognitive model) โดยผู้ที่มีอารมณ์เศร้า มักจะมีกระบวนการคิดแบบบิดเบือน ประเมินค่าของตนเองไปในทางลบ มองโลกในแง่ร้าย คาดการณ์ถึงอนาคตอย่างสิ้นหวัง และจากทฤษฎีพฤติกรรมที่อธิบายว่า เมื่อบุคคลเรียนรู้ว่าหมดหนทาง ไม่สามารถจัดการกับปัญหาใด ๆ ได้ มักจะมีอารมณ์เศร้าและแสดงพฤติกรรมที่ถอย (นันทวัช สิริวัชรและคณะ, 2558; อ้างถึงใน พูนศรี รังษิณี, รัชชัช ฤกษ์ประกรกิจและนวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Beck, Rush, Shaw & Emery (1979) โดยถูกอ้างถึงใน ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2556) ความว่า กระบวนการคิดของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมักจะมีกระบวนการคิดแบบมุ่งพิจารณาประสบการณ์ในชีวิตหรือสิ่งต่าง ๆ ให้บิดเบือนไปจากความเป็นจริงหรือมุ่งพิจารณาในทางลบแทนการพิจารณาไปในทางบวก พวกเขาจะคิดว่าตนเองด้อยค่า ไม่มีหนทางต่อสู้และไร้ประโยชน์ มักตีความเหตุการณ์ต่าง ๆ ไปในทางไม่ดีและมองไม่เห็นความหวังในอนาคต โดยมีการอธิบายถึงลักษณะความคิดด้านลบไว้ ดังนี้

- 1) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มักจะมองตนเองในทางลบ และคิดว่า “ฉันเป็นคนไม่เก่ง” “ฉันเป็นคนต่ำต้อย” “ฉันทำอะไรก็ล้มเหลว” เป็นต้น
- 2) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มักจะมองโลกของตนเองในทางลบ โดยมักจะมองว่าโลกนี้มีส่วนทำให้เกิดสิ่งต่าง ๆ ทางด้านลบต่อชีวิตของตน และคิดว่า “โลกนี้ช่างไม่ยุติธรรม” เป็นต้น
- 3) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มักจะมองอนาคตของตนเองในทางลบ โดยมักจะคาดการณ์เกี่ยวกับอนาคตว่าช่างมีแต่ความยุ่งยากเพียงเท่านั้น และคิดว่า “ฉันมองไม่เห็นอนาคตอันสวยงามเลย” “ฉันมองไม่เห็นสิ่งดี ๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตของฉันได้เลย”

1.5 อาการแสดงออกของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า มีอาการสำคัญที่จะแสดงออก 4 ประการ คือ การแสดงออกทางความคิด การแสดงออกทางอารมณ์ การแสดงออกทางแรงจูงใจและการแสดงออกทางกาย (Beck & Alford, 2009) ดังนี้

1.5.1 การแสดงออกทางความคิด ซึ่งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีการแสดงออกทางความคิดที่มีลักษณะของทัศนคติแบบบิดเบือนต่างไปจากความเป็นจริง ทั้งในเรื่องของประสบการณ์ของตนเอง รวมถึงเรื่องเกี่ยวกับอนาคต ซึ่งจะทำให้มีผลต่อการตัดสินใจ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีการแสดงออกทางความคิด เช่น มีการประเมินตนเองในระดับต่ำกว่าความเป็นจริง โดยจะแสดงออกเป็นการคิดต่อตนเองในด้านลบทุก ๆ ด้าน ทั้งทางด้านศักยภาพ ความสามารถ สติปัญญา ความอดทน รวมถึงการคาดหวังในทางลบ ซึ่งมีความใกล้เคียงกับความรู้สึกสิ้นหวัง อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวนถึงร้อยละ 78 จะมีการคาดหวังสิ่งต่าง ๆ ในทางลบและการคิด

แบบนี้มักจะรบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน จนอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายเนื่องจากผู้มีภาวะซึมเศร้ามักจะเข้าใจว่าการฆ่าตัวตายคือทางออกสำหรับการแก้ไขปัญหา

1.5.2 การแสดงออกทางอารมณ์ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีอารมณ์หดหู่ ผิดหวัง ซึมเศร้าและมักจะมีความรู้สึกทางด้านลบต่อตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า เป็นคนไม่ดี ไม่เป็นที่รักของคนอื่น ไม่เป็นที่ต้องการของใคร โดยมีการศึกษาว่าผู้มีภาวะซึมเศร้าจำนวนถึงร้อยละ 86 จะมีความรู้สึกด้านลบในลักษณะดังกล่าว ในผู้มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง มักจะสูญเสียความพึงพอใจและความปลื้มปิติในตนเองต่อการรับรู้สถานการณ์ กิจกรรมรวมถึงการรับรู้บุคคลในชีวิตประจำวัน ซึ่งรวมไปถึงกิจกรรมที่เป็นกิจวัตรหรือสถานการณ์ธรรมดา เช่น การรับประทานอาหาร การมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร่ายังสูญเสียความผูกพันทางอารมณ์ที่จะทำให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจ เช่น ต่อคนในครอบครัว ต่อเพื่อน เป็นต้น นอกจากนี้การร้องไห้ เป็นการแสดงออกทางอารมณ์อีกรูปแบบหนึ่งที่พบในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าร้อยละ 83 มักจะร้องไห้ก่อนจะมีภาวะซึมเศร้าและรู้สึกมากจนกระทั่งต้องร้องไห้ต่อไปแม้ว่าจะไม่มีน้ำตาออกมาอีกแล้ว ซึ่งเป็น การสูญเสียความร่าเริง สูญเสียอารมณ์ครื้นเครงและขาดการมีอารมณ์ตลกขบขัน

1.5.3 การแสดงออกทางแรงจูงใจ โดยแรงจูงใจของผู้มีภาวะซึมเศร้ามักจะลดลงตามระดับของภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะเกิดการเปลี่ยนแปลงจนผู้ที่อยู่รอบข้างสามารถสังเกตเห็นได้ เมื่อมีแรงจูงใจลดลง จึงเป็นสาเหตุให้ส่งผลกระทบต่อ การเรียน การทำงาน สัมพันธภาพในครอบครัว รวมถึงความสัมพันธ์กับเพื่อน ซึ่งเมื่อมีระดับของแรงจูงใจลดลงแล้วจะทำให้ขาดการปรารถนาต่อทุกเรื่อง แต่จะมีลักษณะเพิ่มเติมในเรื่องของความต้องการพึ่งพิง ต้องการความช่วยเหลือหรือคำแนะนำ รวมถึงการต้องการการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างมากยิ่งขึ้น

1.5.4 การแสดงออกทางกายของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีการแสดงหลายประการ เช่น กระทำสิ่งต่าง ๆ ช้าลง ขาดความสนใจตนเองหรือหยุดทำสิ่งต่าง ๆ ให้แก่ตนเอง ขาดความอยากอาหาร ขาดความต้องการทางเพศ มีความลำบากในการนอนหลับและมีความเหนื่อย อ่อนล้า ซึ่งในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าบางคนจะมีความรู้สึกอ้วววิวะในร่างกายนองตนหนัก ไม่มีแรง ไม่อยากเคลื่อนไหว ซึ่งบางครั้งเกิดร่วมกับการขาดแรงจูงใจหรือขาดความต้องการทำสิ่งต่าง ๆ

1.6 การประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้า

การประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่ใช้ในประเทศไทยนั้นมีหลายประเภท ดังนี้ (दाराररण ต๊ะปีนตา, 2556)

1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory) ถูกสร้างขึ้นในปี ค.ศ.1961 จุดประสงค์เพื่อใช้ประเมินอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ ที่เกี่ยวกับอาการด้านจิตใจ 15 ข้อ และเกี่ยวกับอาการทางด้านร่างกาย 6 ข้อ สามารถให้ผู้ทำแบบประเมินอ่านและเลือกตอบได้ด้วยตนเอง (Self-rating) แบบประเมินดังกล่าว มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.91 มีค่าความตรง (Validity) ตรงตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของ Research Diagnostic Criteria (RDC)

ในประเทศไทย โสรณี ไทรสุท (2540) ได้ดำเนินการแปลแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบคเป็นฉบับภาษาไทย และเรียกว่า Thai version of the Beck Depression Inventory

2) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale: CES-D) ถูกพัฒนาโดยนักวิจัยศูนย์การศึกษาด้านระบาดวิทยา

สถาบันจิตเวชแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (Center for Epidemiologic Studies, National Institute of Mental Health, USA) จุดประสงค์เพื่อใช้วัดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นและเพื่อการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ในวัยรุ่นอายุระหว่าง 15 - 18 ปี ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ สามารถให้ผู้ทำแบบประเมินอ่านและเลือกตอบได้ด้วยตนเอง (Self-rating)

ในประเทศไทย อุมภาพร ตรังสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์และปิยลัมพร หะวานนท์ (2540) ได้ดำเนินการแปลเป็นภาษาไทย โดยค่าสถิติจากการศึกษาในวัยรุ่นไทย พบว่า มีค่าความเที่ยงวัดโดย Cronbach's Coefficient Alpha มีค่าเท่ากับ 0.86

3) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม พัฒนาโดย ทรณินทร์ กองสุข และคณะ (2550) ใช้สำหรับประเมินอาการของโรคซึมเศร้า มีความแม่นยำตรงค่อนข้างสูง ใช้เวลาน้อยและมีจำนวนข้อคำถามไม่มาก สามารถนำมาประเมินอาการและใช้เพื่อติดตามอาการของโรคซึมเศร้าในคนไทยได้

4) แบบสอบถามสุขภาพ ฉบับภาษาไทย (Thai version of Patient Health Questionnaire: PHQ-9) (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001) ถูกพัฒนาโดยนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยโคลัมเบีย จุดประสงค์เพื่อใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า (Depression screening tool) ได้ถูกแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดย มาโนช หล่อตระกูล สุธิดา สัมฤทธิ์ และรัตนา สายพานิชย์ (2551) และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.79) มีค่าความไว (Sensitivity เท่ากับ 0.84) และค่าความจำเพาะ (Specificity เท่ากับ 0.77) แบบประเมินดังกล่าวประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ

5) แบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression (Thai version of Hamilton Rating Scale for Depression: HAM-D) (Hamilton, 1982) จุดประสงค์เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า เครื่องมือดังกล่าวถูกแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดย มาโนช หล่อตระกูล ปราโมทย์ สุคนิชย์ และจักรกฤษณ์ สุขยั้ง (2539) ได้หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.74) และ Inter-rater reliability (kappa เท่ากับ 0.87) แบบประเมินดังกล่าวประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย เนื่องจากมีความเหมาะสมที่จะใช้ประเมินกลุ่มตัวอย่าง ทั้งด้านช่วงอายุที่มีความเหมาะสมกับการใช้แบบทดสอบดังกล่าว รวมถึงการประเมินอาการที่ครอบคลุมทั้งทางด้านจิตใจและด้านร่างกาย รวมถึงคุณสมบัติของแบบทดสอบที่มีค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ (0.79 และ 0.74 ตามลำดับ)

1.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

เนื่องจากภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่สามารถพบเจอได้ทั่วไปในกลุ่มประชากรโดยทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นเด็ก วัยรุ่นผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ ทุก ๆ ช่วงวัยต่างก็มีโอกาสพบเจอกับเรื่องราวหรือเหตุการณ์จากการใช้ชีวิตประจำวันที่สามารถทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ จึงมีผู้ทำการศึกษาขนาดวิทยาของภาวะซึมเศร้า โดยในประเทศไทย มีการศึกษาในผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า จำนวนร้อยละ 2.7 ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) (Kongsuk, 2008) ทั้งนี้ ยังพบว่าในเด็กและวัยรุ่น ถูกพบว่าเกิดภาวะซึมเศร้าได้บ่อยร้อยละ 2 - 5 (มาโนช หล่อตระกูลและคณะ, 2558) นอกจากนี้ อัตรการเกิดภาวะซึมเศร้าจะมีมากขึ้นตามอายุของเด็ก กล่าวคือ เด็กในวัยเรียนช่วง

ก่อนเข้าวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 1 ในขณะที่ช่วงวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 6 (นันทวัช ลิทธิรักษ์และคณะ, 2558)

จากการศึกษาปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบในนักศึกษาแพทย์แห่งหนึ่งที่ไม่สำเร็จการศึกษา ตั้งแต่ปีการศึกษา 2525 - 2550 (พนม เกตุมานและคณะ, 2556) พบว่า มีนักศึกษาแพทย์ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (Depressive episode) สูงที่สุดถึงร้อยละ 26.4 รองลงมาคือโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia) ร้อยละ 3.9 ซึ่งโรคนี้จะทำให้มีอาการเศร้า เบื่อหน่ายท้อแท้ ขาดแรงจูงใจ ขาดสมาธิและยังมีความวิตกกังวลในระดับสูง ซึ่งส่งผลให้รบกวนการเรียนอย่างมากและเป็นสาเหตุให้ไม่สามารถสำเร็จการศึกษาได้ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาทำให้ทราบว่า เมื่อพบนักศึกษาที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าแล้วและเชิญชวนให้ได้รับการรักษาก็มักจะมีอาการของโรคที่ดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องก็จะทำให้หายป่วยและกลับสู่การเรียนได้เหมือนเดิมและสำเร็จการศึกษาได้

ฉัตรวิ แก้วพรสวรรค์และเบญจพร ดันตสูติ (2555) ได้ทำการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้าในเด็ก (Children Depression Inventory: CDI) ในการประเมินคัดกรอง พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชายและหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในกรุงเทพมหานครเท่ากับร้อยละ 3.8 และพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าอันได้แก่ ความไม่สัมฤทธิ์ผลในการเรียน ความภูมิใจในตัวเองต่อปัญหาความสัมพันธ์และฐานะของครอบครัว และความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งแพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวในวัยรุ่น ซึ่งจะนำไปสู่การป้องกันและดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นต่อไป

2. แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มบูรณาการ (Assimilative Integration)

การบูรณาการด้านแนวคิดการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา (Integration in counseling and psychotherapy) มีประวัติศาสตร์ยาวนาน เริ่มตั้งแต่ยุคของฟรอยด์ ที่ได้นำเอากรอบแนวคิดแนวคิดวิเคราะห์ (Psychoanalytic frame) บูรณาการเข้ากับการแพทย์และการศึกษาด้านจิตเวช รวมถึงด้านประสาทพยาธิวิทยา จนกระทั่งกำเนิดเป็นโครงสร้างของทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis theory) นอกจากนี้ แนวคิดการให้คำปรึกษาอื่น ๆ ต่างก็มีจุดเริ่มต้นโดยการนำเอาหลายแนวคิดมาบูรณาการร่วมกัน เพื่อพัฒนาให้มีความแตกต่างและมีเอกลักษณ์เฉพาะตน ตัวอย่างเช่น เพิร์ล (Perls) ผู้ให้กำเนิดการบำบัดแนวเกสตัลท์ (Gestalt Therapy) ได้พัฒนาแนวคิดดังกล่าวด้วยการบูรณาการ Gestalt psychology และ Psychoanalytic theory และทฤษฎีเกี่ยวกับ Interpersonal psychoanalysts บูรณาการเข้าด้วยกัน (Lapworth & Sills, 2010)

2.1 ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มบูรณาการ

สภาจิตบำบัดแห่งสหราชอาณาจักร (United Kingdom Council for Psychotherapy: UKCP) ได้มีแถลงการณ์เกี่ยวกับการบูรณาการแนวคิดการให้คำปรึกษา ในปี ค.ศ. 1999 ระบุว่า “ส่วนดังกล่าวนี้ประกอบไปด้วยวิธีการทางจิตบำบัดที่แตกต่างกัน ซึ่งจะปฏิบัติต่อบุคคลหนึ่งโดยภาพรวม ตั้งแต่ส่วนร่างกาย ความรู้สึก จิตใจและวิญญาณ สมาชิกจะให้การสนทนาแบบบูรณาการและทำการสำรวจกระบวนการทางจิตวิทยาที่แตกต่างกันนี้ โดยให้ความสำคัญอย่างเฉพาะเจาะจง นอกจากนี้ ประสบการณ์ของการบำบัดทางจิตวิทยาแบบบูรณาการยังนำไปสู่การมีความอดทนอด

กลั่นต่อประสบการณ์ในชีวิตและมีความคิดสร้างสรรค์ มีการบริการที่เพิ่มมากขึ้น (UKCP, 1999 อ้างถึงใน Lapworth & Sills, 2010)

ยิ่งไปกว่านั้น สมาจิตบำบัดแห่งสหราชอาณาจักร (United Kingdom Council for Psychotherapy: UKCP) ยังได้แสดงให้เห็นว่าสนับสนุนให้มีการบูรณาการด้านการบำบัดทางจิตวิทยาจากหลายแนวคิด โดยได้จัดตั้งการสัมมนาภายใต้หัวข้อการบูรณาการและจัดพิมพ์หนังสือทางวิชาการ The British Journal of Psychotherapy Integration พร้อมทั้งจัดให้มีการพัฒนาการบูรณาการทางแนวคิดอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษา พบว่ามีผู้บำบัดที่ให้ความสำคัญต่อการบูรณาการด้านแนวคิดการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาหลายท่าน เช่น นอร์คอสและนิวแมน โดยทั้งสองท่านนี้ได้แบ่งการบูรณาการด้านแนวคิดการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาออกเป็น 3 แบบ อันได้แก่ การบูรณาการด้านเทคนิค (Technical eclecticism) การบูรณาการด้านทฤษฎี (Theoretical integration) และการใช้องค์ประกอบร่วมกัน (Common factors) (Norcross & Newman, 1992 อ้างถึงใน นันท์ชัตสัทธ์ สกุลพงศ์, 2559) นอกจากนี้ ยังมีผู้เสนอว่ายังมีการบูรณาการแนวคิดทฤษฎีหรือบูรณาการเพียงเฉพาะเทคนิคจากแนวคิดทฤษฎีอื่นที่มีความคล้ายคลึงกับแนวคิดทฤษฎีหรือเทคนิคที่ผู้วิจัยเลือกใช้ (Assimilative integration) โดยการบูรณาการในรูปแบบของแนวคิดนี้ ผู้วิจัยต้องเลือกแนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษาหรือจิตบำบัดอันใดอันหนึ่งเป็นหลักก่อน แล้วจึงเลือกใช้เทคนิคจากแนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ มาใช้ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีที่ใช้เป็นหลักนั้น (Messer, 2001 อ้างถึงใน นันท์ชัตสัทธ์ สกุลพงศ์, 2559)

จากการกล่าวอ้างถึงแนวคิดของเมสซีนั้น เพื่อแสดงให้เห็นว่าแนวคิดดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการเลือกใช้วิธีการสำหรับการปรึกษาในงานศึกษาวิจัยชิ้นนี้ โดยผู้วิจัยได้เลือกใช้การให้คำปรึกษาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม (Cognitive behavior therapy: CBT) เป็นหลักสำหรับการออกแบบกระบวนการกลุ่ม และได้หยิบยกเอาเทคนิควิธีการจากการทำสติบำบัด (Mindful self-compassion: MSC) มาเป็นวิธีการเสริม เนื่องจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงวิถีคิด ยังไม่สามารถเสริมสร้างให้เกิดการพัฒนาสติได้ จึงต้องใช้การทำสติบำบัดสอดแทรกกระบวนการเปลี่ยนแปลงวิถีคิด ทำให้กระบวนการคิดมีความละเอียดยิ่งขึ้น นำไปสู่การรู้แจ้งอย่างแท้จริง โดยปราศจากการตัดสิน และสามารถเผชิญหน้ากับความจริงได้ (Neff, 2011) เพื่อให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

3. การให้คำปรึกษาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม

3.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม

เมื่อย้อนไปสู่ยุคแรกเริ่มที่มีการพยายามสร้างแนวคิดเพื่อลดปัญหาทางสุขภาพจิตของประชากร เมื่อประมาณปี ค.ศ. 1950 ที่เป็นยุคแรกที่เกิดแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม (First wave) โดย Pavlov ได้เสนอแนวคิดการเรียนรู้แบบคลาสสิก (Classical learning theory) ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เกิดขึ้นได้เพราะการกระตุ้นของสิ่งเร้า จึงสามารถปรับพฤติกรรมโดยการปรับสิ่งเร้าเสียใหม่ ต่อมา Skinner ได้เสนอแนวคิดการวางเงื่อนไขสิ่งเร้าและผลกรรม (Operant learning theory) ซึ่งเชื่อว่าการปรับพฤติกรรมสามารถทำได้โดยการปรับที่สิ่งเร้าหรือปรับที่ผลของกรรม (Clark & Fairburn, 1997)

เมื่อพฤติกรรมนิยมสามารถปรับลดปัญหาได้เพียงบางส่วนเท่านั้นและยังคงมีความต้องการแก้ไขให้ได้มากขึ้น จึงมีผู้ที่ริเริ่มใช้การปรับที่ความคิด (ปัญญา) เพื่อปรับลดปัญหาทางอารมณ์ลงโดย Beck ได้เสนอแนวความคิดการบำบัดโดยการปรับความคิดอัตโนมัติทางลบที่มีต่อตนเอง มีต่อสิ่งแวดล้อม รวมถึงอนาคต ที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า วิธีการคือมีการค้นหาความคิดอัตโนมัติที่มีลักษณะเป็นความคิดด้านลบ เพื่อตรวจสอบว่าความคิดนั้นเป็นจริงหรือไม่ หากไม่จริงก็ควรปรับเปลี่ยนให้อยู่ในระดับความจริง หรือหากจริงก็ควรแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นต่อไป (Beck, 1967) ขณะเดียวกัน Ellis เชื่อว่าปัญหาทางจิตใจที่เกิดขึ้นเป็นเพราะมีความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล (Irrational thinking) จึงเสนอให้ใช้วิธีการปรับความคิดให้มีเหตุผล (Rational thinking) เพื่อให้ลดปัญหาทางอารมณ์ (Ellis, 1962)

ถึงแม้ว่าการแก้ปัญหาเฉพาะพฤติกรรมหรือปรับเฉพาะความคิดเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ครอบคลุมทั้งหมด ดังนั้น จึงเริ่มมีการนำเอาการแก้ปัญหาพฤติกรรมและการปรับความคิดมาปรับใช้ร่วมกัน กล่าวคือ มีการปรับที่สิ่งเร้า พฤติกรรม รวมถึงปรับที่ความคิด ซึ่งผลปรากฏว่าการนำวิธีการเหล่านี้มารวมกัน ก่อให้เกิดผลที่ดีสามารถแก้ไขปัญหาด้านต่าง ๆ ได้หลากหลายมากขึ้น และยังนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยอย่างกว้างขวาง (Dobson, 1988) วิธีการนี้รวมเรียกว่าแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ซึ่งถือว่าเป็นต้นกำเนิดของยุคที่ 2 (Second wave) นับแต่นั้น (Dobson, 2010)

การพัฒนาวิธีการช่วยเหลือผู้มีปัญหาภาวะทางสุขภาพจิตไม่ได้หยุดไปแต่อย่างใด ภายหลังจากที่ได้กำเนิดยุคที่ 2 ขึ้น ก็ได้มีการพัฒนาต่อยอดให้การช่วยเหลือผู้มีปัญหาภาวะทางสุขภาพจิตนั้นมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นอีก โดยการนำแนวคิดทางตะวันออก หรือแนวคิดทางศาสนาเข้ามามีส่วนร่วม ทำให้เกิดเทคนิคใหม่ขึ้น ส่งผลให้มีความนิยมนำไปใช้อย่างแพร่หลายและมีการศึกษาวิจัยมากขึ้น ถือเป็นกำเนิดของยุคที่ 3 (Third wave) สิ่งที่เป็นจุดเด่นคือการรับอิทธิพลด้านตะวันออกและพระพุทธศาสนาเข้ามาผสมผสานในกระบวนการเพิ่มมากขึ้น มีการวิจัยที่นำการฝึกสติ (Mindfulness) กระทำร่วมกับกระบวนการปัญญาพฤติกรรมแนวเดิมอย่างหลากหลาย โดยเฉพาะในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (Dobson, 2010) ซึ่งแนวคิดดังกล่าวสามารถนำไปใช้ได้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม (Kwon & Oie, 2003)

ความคิดรวบยอดด้านกระบวนการทางปัญญา (Cognitive conceptualization)

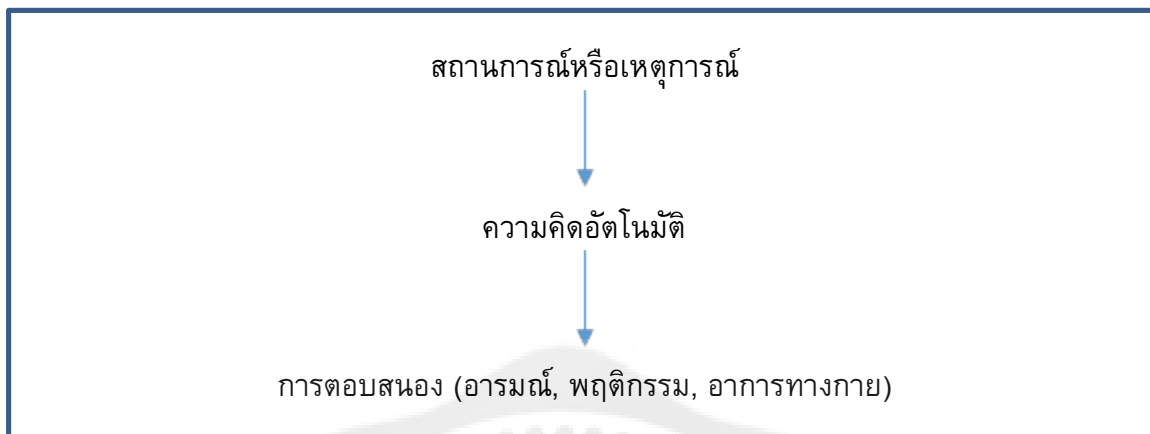
Cognitive conceptualization เป็นกรอบการคิดสำหรับใช้ทำความเข้าใจผู้เข้ารับบริการ และนำไปสู่การทำ Case formulation สำหรับกระบวนการให้การปรึกษา จากนั้นจึงได้นำข้อมูลมาประกอบเพื่อสร้างสมมติฐานเกี่ยวกับพัฒนาการทางด้านความเจ็บป่วยทางจิตใจของผู้รับบริการ

ทั้งนี้ การทำ Cognitive conceptualization มีความจำเป็นอย่างมากตั้งแต่ครั้งแรกที่ได้พบกับผู้รับบริการหรือต่อจากนั้นก็ตาม เพื่อกลับกรองและขัดเกลาให้ครอบคลุมทุกส่วนส่งผลดีต่อการให้การปรึกษามากที่สุด (Kuyken et al., 2009; Needleman, 1999; Persons, 2008; Tarrier, 2006 อ้างถึงใน Beck J., 2011)

แบบจำลองด้านปัญญา (The Cognitive Model)

Cognitive behavior therapy มีพื้นฐานมาจาก Cognitive model ซึ่งใช้สำหรับการสร้างสมมติฐานเกี่ยวกับผู้รับบริการ มาจากอารมณ์ พฤติกรรมและอาการทางกาย ซึ่งมีอิทธิพลมากจากการรับรู้ต่อเหตุการณ์นั้น ๆ โดยเหตุการณ์นั้น ๆ ไม่ได้กำหนดว่าคนจะต้องรู้สึกอย่างไร แต่จะ

ทำให้สามารถวิเคราะห์หรือตีความได้ว่าคนมีแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อเหตุการณ์อย่างไรมากกว่า (Beck, 1964; Ellis, 1962 อ้างถึงใน Beck J., 2011)



ภาพประกอบ 2 รูปภาพแบบจำลองปัญญา (Cognitive model) (Beck, 2011)

การที่จะสามารถระบุความคิดอัตโนมัติได้นั้น จะต้องสามารถประเมินความคิดของตนเองให้ได้ก่อนเป็นอันดับแรก โดยการประเมินความเที่ยงตรงของความคิด ตัวอย่างเช่น ถ้าหากว่ามีหลายสิ่งหลายอย่างที่ต่างทำแล้ว ก็อาจมีความคิดอัตโนมัติขึ้นว่า “ไม่มีทางที่ฉันจะทำทุกอย่างได้สำเร็จ” แต่ทั้งนี้ จึงควรที่จะตรวจสอบความคิดตามความเป็นจริงอย่างอัตโนมัติเช่นกัน โดยการลองนึกถึงประสบการณ์ในอดีตที่ทำให้กล่าวเตือนตนเองว่า “ไม่เป็นไรนะ เธอก็รู้อย่างไรเสียเธอก็สามารถทำงานทุกอย่างได้เสร็จตามที่เธอต้องการได้อยู่แล้ว” เมื่อไหร่ก็ตามที่มีการแปลความหมายของสถานการณ์อย่างไม่ถูกต้อง แล้วสามารถแก้ไขให้เหมาะสมได้แล้วก็จะพบว่าอารมณ์หลังจากที่ถูกแก้ไขแล้วมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น จากนั้นก็จะทำให้สามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น นอกจากนี้ระบบทางกายที่ตื่นตัวอัตโนมัติ (Physiological arousal) ก็จะลดน้อยลงด้วย ยิ่งไปกว่านั้น ในด้านของปัญญาการรู้คิด เมื่อความคิดที่บิดเบือนถูกทำให้เห็นชัดเจนขึ้น รวมถึงอารมณ์ พฤติกรรมและอาการทางกายก็ได้เปลี่ยนแปลงไป การหาความคิดอัตโนมัติจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เพื่อเชื่อมโยงทุกสิ่งเข้าด้วยกันและนำไปสู่การตั้งสมมติฐานของการดำเนินโรคต่อไป

ความเชื่อ (Beliefs)

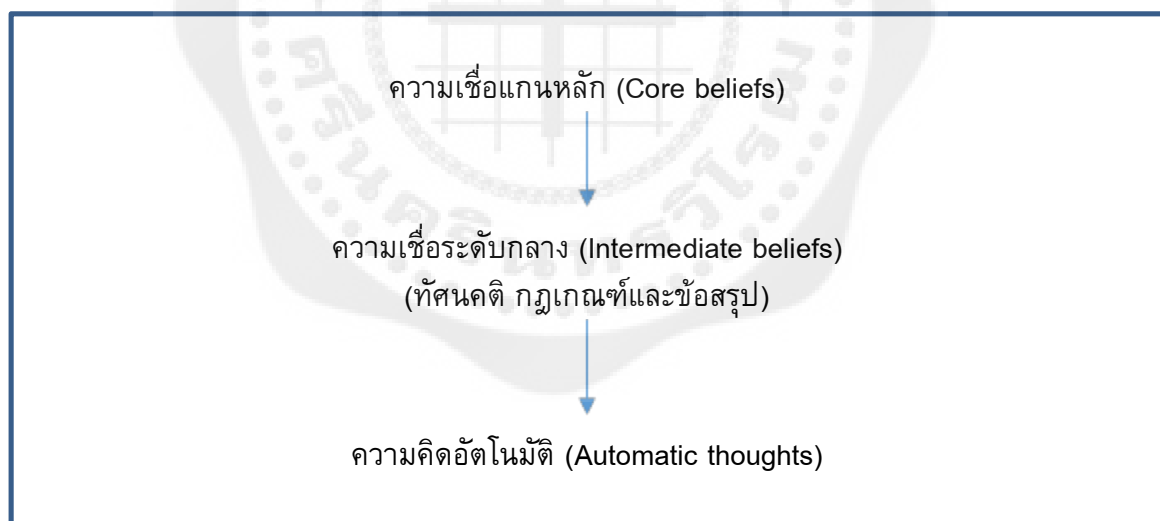
เมื่อกล่าวถึงการระบุความคิดอัตโนมัติ ยังมีสิ่งสำคัญซึ่งมีความเชื่อมโยงกับความคิดอัตโนมัติอย่างมาก นั่นคือ ความเชื่อของมนุษย์ โดย ความเชื่อ (Beliefs) ได้ถือกำเนิดขึ้นตั้งแต่ตอนที่ยังอยู่ในวัยเด็ก บุคคลได้พัฒนาความคิดที่ค่อนข้างแน่นอนเกี่ยวกับตัวเอง เกี่ยวกับบุคคลอื่น และเกี่ยวกับโลกที่ตนเองอาศัยอยู่ ความเชื่ออันเป็นศูนย์กลาง หรือความเชื่อแกนหลัก (Core beliefs) เป็นความเข้าใจอันยืนยงที่อยู่กับคนอย่างยาวนานมากที่สุด เปรียบเสมือนกับรากฐานและอยู่เบื้องลึกมากที่สุดในการคิดความเชื่อ ดังนั้น การทำความเข้าใจหรือการเชื่อมต่อเข้าไปสู่ความเชื่อดังกล่าวนี้จึงทำได้ลำบากอย่างที่สุด ทำให้บุคคลมักจะมองว่าความเชื่อของเขานั้นมีความถูกต้อง

ที่สุด และก็เป็นเช่นนั้นเอง (Beck, 1987 อ้างถึงใน Beck J., 2011) นอกจากนี้เมื่อเกิดสถานการณ์บางอย่างขึ้น บุคคลยังมักมองสถานการณ์เหล่านั้นผ่านมุมมองของความเชื่อแกนหลักและอยู่ภายใต้เหตุผลของกลุ่มก่อนความเชื่อดังกล่าว จึงอาจส่งผลให้จริง ๆ แล้วนั้นกลายเป็นสิ่งที่ไม่สมเหตุสมผล (ในมุมมองที่เป็นจริง) จากนั้น บุคคลจึงพยายามเลือกเฟ้นความสนใจไปยังข้อมูลที่จะยืนยันความเชื่อแกนหลักของตนเองเท่านั้น โดยไม่ใส่ใจหรือไม่เชื่อถือข้อมูลอื่น ๆ ที่ขัดแย้งกับความเชื่อแกนหลัก

ความเชื่อแกนหลัก (Core beliefs) เป็นความเชื่อที่อยู่ระดับเบื้องต้นลึกมากที่สุดของความเชื่อ ที่ซึ่งมีความเข้มงวดสูงและมักจะเป็นความเชื่อที่สรุปเหมารวมมากเกินไป ส่วนความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts) นั้นจะแสดงคำพูดหรือภาพที่เป็นจริง ณ เวลานั้นซึ่งสอดคล้องกับภายในจิตใจของบุคคล เจาะจงเฉพาะสถานการณ์และเป็นการพิจารณาในระดับที่ผิวเผินมากที่สุดของปัญญาการรู้คิด ส่วนต่อมานั้นเป็นส่วนของความเชื่อระดับกลาง (Intermediate beliefs) ซึ่งมีตำแหน่งอยู่ระหว่างส่วนความเชื่อแกนหลักและส่วนความคิดอัตโนมัติ

ทัศนคติ กฎเกณฑ์และข้อสรุป (Attitudes, Rules, and Assumptions)

ความเชื่อแกนหลัก (Core beliefs) นั้นมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการพัฒนาความเชื่อระดับกลาง ซึ่งประกอบด้วย ทัศนคติ กฎเกณฑ์และข้อสรุป โดยความเชื่อเหล่านี้เองมักจะกำหนดมุมมองต่อสถานการณ์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อรูปแบบการคิด ความรู้สึกและการแสดงออกทางพฤติกรรม โดยความสัมพันธ์ของความเชื่อระดับกลางต่อความเชื่อแกนหลักและความคิดอัตโนมัติ สามารถทำให้เห็นภาพได้ ดังนี้



ภาพประกอบ 3 รูปภาพจำลอง ความสัมพันธ์ของความเชื่อระดับกลางต่อความเชื่อแกนหลัก และความคิดอัตโนมัติ (Beck, 2011)

ความเชื่อแกนหลักและความเชื่อระดับกลางเกิดขึ้นได้อย่างไร

คนจำนวนมากพยายามที่จะทำความเข้าใจสิ่งแวดล้อมจากระยะแรกของขั้นพัฒนาการ โดยจัดการประสบการณ์ในทางที่สอดคล้องกันเพื่อกลไกการปรับตัว (Rosen, 1988 อ้างถึงใน Beck, 2011) อย่างไรก็ตาม การปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อโลกและคนอื่น ๆ ก็ได้รับอิทธิพลมาแล้วจากพันธุกรรมด้วย

ซึ่งทำให้เกิดความเข้าใจได้ว่า ความเชื่อของพวกเขา นั้นอาจมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของความแม่นยำและการทำงาน โดยมีความสำคัญต่อผู้ให้คำปรึกษา ความเชื่อที่ทำงานผิดแปลกไปจากปกติ เป็นสิ่งที่สามารถไม่รู้ได้ แต่มากกว่านั้นคือพื้นฐานของความจริงและความเชื่อใหม่ที่ถูกต้องต่างหาก ที่สามารถพัฒนาได้และมีความเข้มแข็งมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยการรับคำปรึกษาดังกล่าว

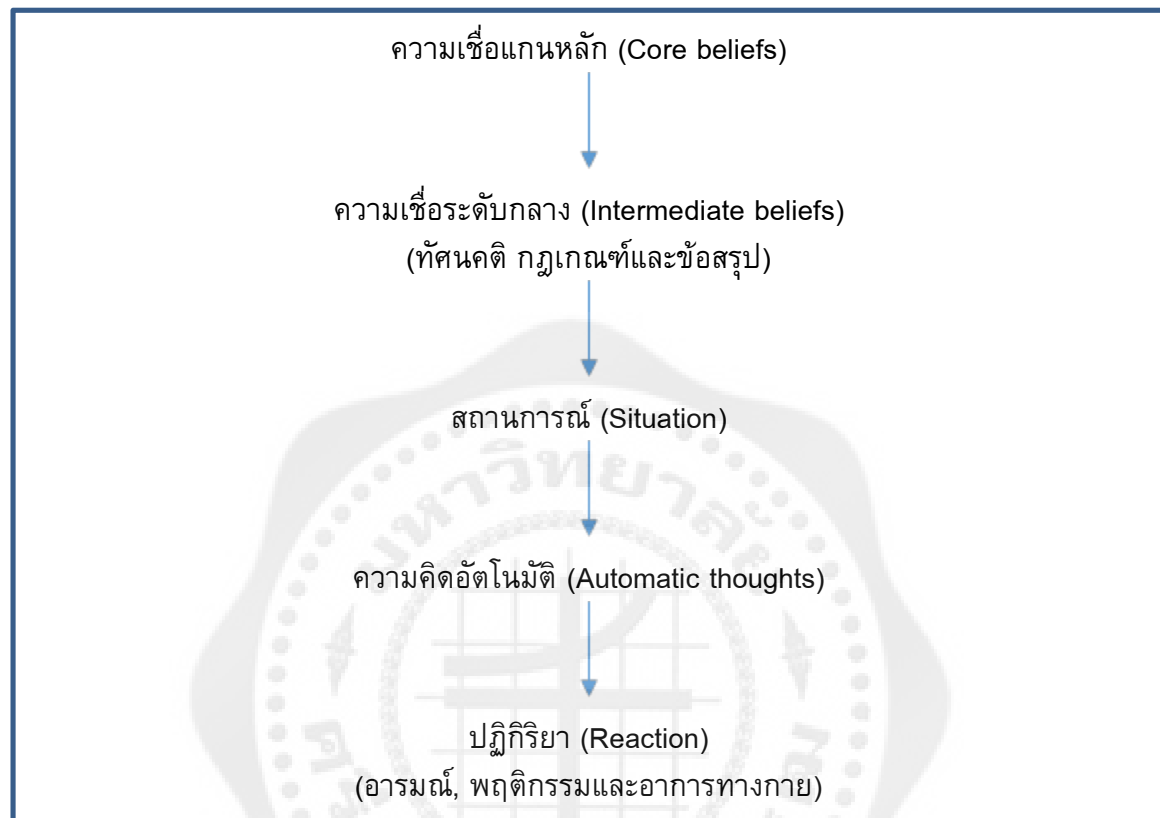
หนทางที่จะสามารถช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาได้อย่างรวดเร็วที่สุดให้รู้สึกดีและประพฤติดัวได้อย่างเหมาะสม เพื่อช่วยอำนวยให้สามารถปรับเปลี่ยนความเชื่อแกนหลักโดยตรงได้เร็วมากที่สุด เพราะเมื่อเข้าใจโครงสร้าง ผู้รับคำปรึกษาอาจมีแนวโน้มที่จะทำการคาดเดาสถานการณ์ในอนาคตหรือปัญหา ภายใต้หนทางที่ครอบไว้ด้วยโครงสร้างได้มากขึ้น นี่เป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องทำการปรับเปลี่ยนความคิดให้เกิดขึ้นในช่วงแรกของการรับการศึกษา แต่ถ้าหากว่าเมื่อใดก็ตามที่ความเชื่อของผู้รับคำปรึกษาได้รับการปกป้องอย่างมากโดยตัวของผู้รับคำปรึกษาเองแล้ว ควรระมัดระวังการตั้งคำถามเพื่อทดสอบความเป็นเหตุเป็นผลจากความเชื่อแกนหลักเร็วเกินไป เพราะอาจทำให้สูญเสียความน่าเชื่อถือและสูญเสียสัมพันธภาพการรักษาได้

โดยปกติแล้ว การรักษาแบบ Cognitive behavior therapy ค่อนข้างให้ความสำคัญต่อการระบุและปรับแก้ความคิดอัตโนมัติที่มีต้นกำเนิดมาจากความเชื่อแกนหลัก (Intervention ดังกล่าวนี้นี้ต้องการแก้ไขความเชื่อแกนหลักนั่นเอง) ซึ่งขั้นตอนต่าง ๆ นั้น ผู้รับคำปรึกษาจะต้องได้รับการสอนโดยผู้ให้คำปรึกษาเพื่อระบุความคิดในขณะที่ยังดำรงความมีสติตระหนักรู้มากที่สุด และเรียนรู้ที่จะอยู่ห่างจากความคิดเหล่านั้นเสีย

ผู้รับคำปรึกษาจะสามารถตระหนักรู้ถึงการบิดเบือนทางความคิดที่เจาะจงได้ง่ายกว่า การทำความเข้าใจตนเองในลักษณะที่กว้างมาก หรือทำความเข้าใจโลกและอื่น ๆ แต่การที่ต้องเผชิญกับประสบการณ์ซ้ำ ๆ นั้นผู้รับคำปรึกษาจะต้องทำงานร่วมกับกระบวนการรู้คิดในระดับพื้นผิว เพื่อเปิดประตูเข้าสู่การประเมินความเชื่อที่เป็นพื้นฐานแห่งความคิดที่ไม่เหมาะสม โดยจะเกี่ยวเนื่องกับความเชื่อระดับกลางและความเชื่อแกนหลักตรงที่ทั้งสองนั้นก็จะถูกประเมินและถูกปรับปรุงด้วยตามลำดับ การปรับแก้ความคิดความเชื่อในระดับลึกถึงพื้นฐานนี้จะทำให้ผู้รับคำปรึกษา มีการกลับมาที่มีความคิดแบบเดิมน้อยลง (Evans et al., 1992; Hollon, DeRubeis, & Seligman, 1992 อ้างถึงใน Beck, 2011)

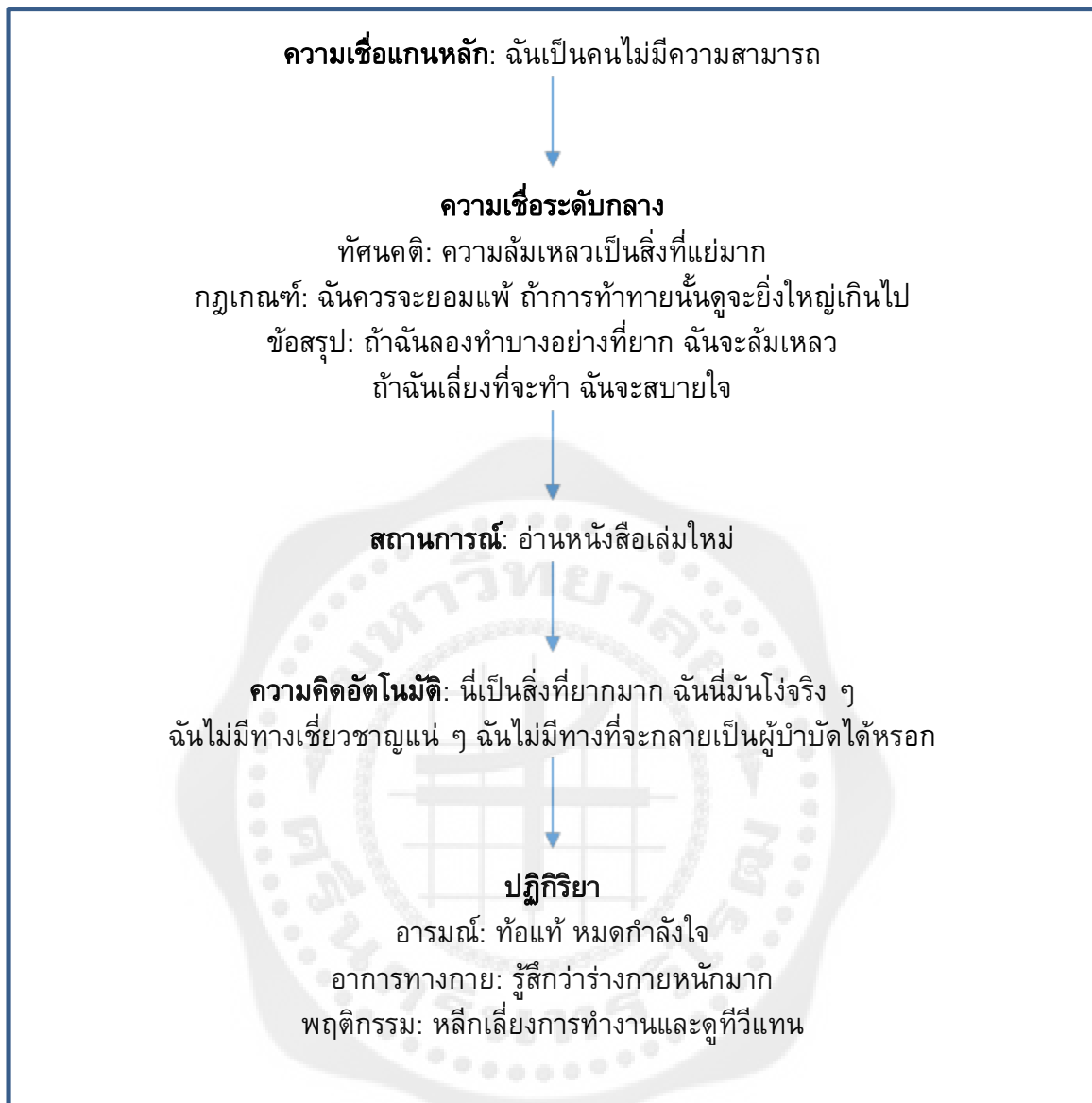
ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมและความคิดอัตโนมัติ (Relationship of behavior to automatic thoughts)

การอธิบายถึงการจัดลำดับขั้นของการคิด สามารถทำให้เห็นภาพได้ ดังนี้



ภาพประกอบ 4 รูปภาพจำลอง ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมและความคิดอัตโนมัติ (Beck, 2011)

ในกรณีที่เป็นสถานการณ์เฉพาะ ความเชื่อที่เป็นรากฐานของบุคคลย่อมจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล โดยจะแสดงออกผ่านสถานการณ์และความคิดอัตโนมัติที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อสถานการณ์ดังกล่าว ในทางเดียวกันนั้นก็ยังจะมีอิทธิพลต่ออารมณ์ พฤติกรรมและอาการทางกายอีกด้วย ตัวอย่างสถานการณ์ ดังนี้



ภาพประกอบ 5 รูปภาพจำลอง การทำ Cognitive restructuring (Beck, 2011)

จากรูปภาพจำลองดังกล่าว ทำให้เห็นว่าความเชื่อมีอิทธิพลต่อการคิดของบุคคลได้
 อย่างไร ซึ่งก็มีอิทธิพลต่อไปในการแสดงออกด้วย และทำให้เห็นว่าความเชื่อแกนหลักเกี่ยวกับการ
 ไม่มีความสามารถ ได้มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลในสถานการณ์นี้

สิ่งสำคัญคือ เมื่อบุคคลสามารถรับรู้เกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงบางอย่าง และทดลอง
 ตั้งคำถามกับตนเอง เพื่อค้นหาคำตอบจากสิ่งที่เปลี่ยนแปลง สังเกตและตั้งสมมติฐาน โดยการตั้ง
 คำถามเพื่อตรวจสอบความคิดของตนเองว่าเป็นความจริงหรือไม่ หากเป็นการรับรู้ที่แปลกไปจึงควร
 ที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดนั้นเสีย

3.2 แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

ปัจจุบัน การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มได้จัดขึ้นในวัตถุประสงค์ด้านสุขภาพจิต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลง เปรียบเสมือนเป็นการคิดค้นวิธีการป้องกันและรักษาปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เป็นการรักษาคือเป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับประชาชน ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความสามารถด้านการรักษาและการให้ความรู้แก่สมาชิกกลุ่ม ผู้ที่มีความพร้อมทั้งสองประการจะสามารถเปลี่ยนแปลงรูปแบบการคิด ความรู้สึกรวมถึงพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มได้ดีและยังส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้เกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาอีกด้วย นอกจากงานด้านสุขภาพจิตแล้ว การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มยังขยายงานไปสู่การบริการอื่น ๆ ได้ เช่น การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มสำหรับครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องการสร้างแรงจูงใจ (Re-motivation group) กลุ่มเสริมสร้างทักษะทางสังคม (Social skills training group) เป็นต้น

จากการศึกษาเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มในทัศนะของการบำบัด พบว่า กลุ่มบำบัดนั้นมีประโยชน์และเป็นวิธีที่ประสบความสำเร็จในการใช้รักษา (Burlingame, MacKenzie & Streauss, 2004) นอกจากนี้จากการศึกษาของ Barlow (2008) พบว่ากลุ่มบำบัดถูกนำมาใช้อย่างได้ผลทั้งการใช้สำหรับป้องกันและเพื่อจุดประสงค์ทางการศึกษา โดยมีการสรุปไว้ว่า “จากการศึกษาวิจัยที่เติบโตขึ้นและการปรับปรุงทางด้านคลินิกอย่างต่อเนื่อง พบว่า กลุ่มบำบัดยังคงเป็นเครื่องมือการรักษาที่ทรงพลัง สร้างผลกระทบทางบวกต่อผู้ป่วยทั้งวัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ ตลอดจนจนวัยชรา” จึงสามารถสรุปได้ว่า วิธีการแบบกลุ่มสามารถที่จะช่วยเหลือบุคคลให้ได้พบกับทุกสิ่งที่พวกเขาต้องการ

หนึ่งในเหตุผลที่ทำให้วิธีการแบบกลุ่มได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก เนื่องจากพบว่ามีความสำเร็จน้อยกว่าวิธีการแบบรายบุคคล สิ่งหนึ่งที่ส่งผลต่อความสำเร็จของวิธีการกลุ่มก็คือการที่สมาชิกกลุ่มไม่เพียงแต่ได้เกิด Insight ในสิ่งที่ขาดความเข้าใจเท่านั้น แต่ได้พยายามสร้างทักษะใหม่ ๆ ให้เกิดขึ้นด้วยตนเอง ทั้งภายในกลุ่มและการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้พวกเขายังได้รับประโยชน์จากการรับคำแนะนำย้อนกลับ (Feedback) และเกิด Insight จากการร่วมกลุ่ม ทั้งนี้ถือเป็นโอกาสอันดีที่จะสามารถมองหาตัวแบบ ได้เรียนรู้วิธีการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ตามที่บุคคลอื่นได้เคยประสบผ่านมา ซึ่งทำให้สมาชิกกลุ่มคนอื่นในฐานะผู้สังเกตการณ์มีโอกาสเตรียมพร้อม ได้ฝึกปฏิบัติ มีทั้งความรู้ด้านทฤษฎีและเกิดทักษะการจัดการที่ดีต่อไป

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม สามารถกล่าวโดยสรุปได้ความว่า เป็นวิธีการที่ให้ความสนใจเฉพาะ อาจให้ความสนใจเฉพาะด้านการศึกษา ด้านอาชีพ ด้านสังคมหรือสนใจสิ่งอันเป็นเรื่องส่วนบุคคล โดยกลุ่มดังกล่าวทำงานร่วมกับการสื่อสารระหว่างบุคคล เกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ณ ปัจจุบันขณะ (Here and now) โดยส่วนใหญ่แล้ว การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจะเป็นไปในแนวทางใดก็ขึ้นอยู่กับปัญหาที่นำมา แล้วสมาชิกกลุ่มจะร่วมกันกำหนดแนวทางและวัตถุประสงค์ เพื่อให้เอื้อต่อการเติบโตจากการสำรวจเข้าไปภายในเพื่อเสาะหาทรัพยากรหรือจุดแข็งของแต่ละบุคคล จากนั้นจะต้องพบกับเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาหรือสิ่งที่เป็นความขัดแย้ง รวมถึงสิ่งที่ขัดขวางการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข ประสบการณ์อันยากลำบากต่าง ๆ พฤติกรรมที่เป็นความสิ้นหวังส่วนบุคคล กลุ่มจะมีกระบวนการในการทำความเข้าใจ แสดงความเห็นอกเห็นใจและให้การ

สนับสนุน ซึ่งนับเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการสร้างบรรยากาศของกลุ่มให้อบอบลไปด้วยความไว้วางใจ อันจะนำไปสู่การพร้อมที่จะแบ่งปันและค้นลงไปให้ลึกยิ่งขึ้นถึงสิ่งที่ทำให้กังวล ดังนั้นสมาชิกจึงได้เรียนรู้ที่จะพัฒนาทักษะเพื่อจัดการกับปัญหาของตนเองและยังสามารถพัฒนาต่อไปเพื่อรับมือกับปัญหาคล้ายคลึงกันนี้อันอาจเกิดขึ้นได้อีกในอนาคต

ผู้ให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม จะต้องรู้จักใช้ภาษาและท่าทางที่ดีที่มีความเหมาะสม บทบาทของผู้นำกลุ่มมีหน้าที่เพื่อเอื้อประโยชน์ให้แก่สมาชิกกลุ่มได้มีโอกาสแสดงออกต่อหน้าสมาชิกคนอื่น ๆ รวมถึงให้การช่วยเหลือในการเรียนรู้จากสมาชิกคนอื่น ๆ และให้การช่วยเหลือสมาชิกที่ตั้งเป้าหมายส่วนตัวของตนเอง ที่สำคัญคือให้กำลังใจในการแปลความจากความเข้าใจอันลึกซึ้ง (Insight) ที่เกิดขึ้นเปลี่ยนเป็นแผนอันเป็นรูปธรรมที่จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดีเมื่ออยู่นอกกลุ่ม

อย่างที่ได้อธิบายไว้ว่าแท้จริงแล้ว การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนั้นจะถูกกำหนดเป้าหมายโดยสมาชิกกลุ่ม ซึ่งจะกำหนดลักษณะความเฉพาะตามปัญหาหรือตามเป้าหมายของสมาชิกภายในกลุ่ม ซึ่งกลุ่มการให้คำปรึกษานั้น จัดกระทำขึ้นเพื่อหลายเป้าหมายด้วยกัน ดังนี้

1) เพื่อเพิ่มความตระหนักรู้และการรู้จักตนเอง เพื่อพัฒนาความรู้สึกการมีตัวตนที่มีความเป็นหนึ่งเดียว

2) เพื่อให้รับรู้ถึงความต้องการที่เป็นสากลของสมาชิกในกลุ่มและปัญหาต่าง ๆ เพื่อพัฒนาความรู้สึกการเชื่อมโยงสู่กัน

3) เพื่อช่วยเหลือสมาชิกในการเรียนรู้ที่จะสร้างความหมายและความคุ้นเคยในการสร้างสัมพันธภาพ

4) เพื่อช่วยเหลือสมาชิกให้ได้ค้นหาทรัพยากรที่มีอยู่ในตนเอง ครอบครัวและชุมชน

5) เพื่อเพิ่มการยอมรับตนเอง ความมั่นใจในตนเอง การเคารพตนเอง และเพื่อประสบความสำเร็จในแง่ของการมองตนเองและผู้อื่น

6) เพื่อเรียนรู้วิธีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม

7) เพื่อพัฒนาความสัมพันธ์และความกรุณา เพื่อความต้องการและรู้สึกต่อผู้อื่น

8) เพื่อเพิ่มการควบคุมตนเอง การพึ่งพาอาศัยกัน รวมถึงความรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น

9) เพื่อให้ระมัดระวังในการเลือกและเพื่อการตัดสินใจอย่างชาญฉลาด

10) เพื่อสร้างแผนที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

11) เพื่อเรียนรู้ทักษะสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ

12) เพื่อเรียนรู้วิธีการท้าทายความคิด (Challenge) ผู้อื่นด้วยความห่วงใย ความตระหนัก ความยุติธรรมและความซื่อตรง

13) เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินค่าตนเองและสามารถตัดสินใจได้ว่าจะก้าวผ่านหรือปรับแก้ได้อย่างไร

เมื่อพิจารณาถึงประโยชน์อันพึงจะได้รับจากการมุ่งสู่เป้าหมายแล้ว การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มยังให้ความหมายใหม่ ๆ แก่มุมมองที่มีต่อโลกของสมาชิกกลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าหากว่าสมาชิกมีความเคารพต่ออายุ ต่อความสนใจ ต่อเบื้องหลัง ต่อสถานะทางสังคมและต่อชนิดของปัญหาแล้ว ก็คงเหมือนกับสังคมของโลกเล็ก ๆ ที่ส่งเสริมให้กลุ่มมีการจำลองสถานการณ์จริงขึ้นมา

สมาชิกดีนรทนต่อสู้และมีความขัดแย้งที่เกิดในกลุ่ม ก็เหมือนกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นภายนอกกลุ่มนั่นเอง

“กลุ่ม” ต้องการความเข้าใจและต้องการการสนับสนุน ซึ่งเป็นตั้งสิ่งอุปถัมภ์เพื่อให้สมาชิกมีความพร้อมใจกันเพื่อค้นหาปัญหาที่พวกเขาเผชิญไปพร้อม ๆ กับกลุ่ม ขณะเดียวกันผู้เข้าร่วมกลุ่มก็ได้ทำความเข้าใจกับความรู้สึกร่วมกับเป็นเจ้าของและเกิดการทำงานร่วมกัน นอกจากนี้ยังได้เรียนรู้หนทางที่นำไปสู่การเป็นที่สนิทสนม ได้รับความรู้สึกห่วงใย และการแข่งขันและในบรรยากาศของการได้รับการสนับสนุนนี้ สมาชิกกลุ่มจะได้ทดลองใช้พฤติกรรมใหม่ ๆ โดยการฝึกหัดพฤติกรรมในกลุ่ม สมาชิกจะได้รับแรงใจและได้เรียนรู้เกี่ยวกับการนำสิ่งที่ได้รับออกไปใช้ นอกกลุ่มหรือใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ในท้ายที่สุด ทุกอย่างนั้นก็ขึ้นอยู่กับสมาชิกกลุ่มจะตัดสินใจว่าต้องการจะเปลี่ยนแปลงอะไร พวกเขาสามารถที่จะเปรียบเทียบได้ระหว่างการรับรู้ที่มีต่อตนเองและการรับรู้ของผู้อื่นที่มีต่อตนเอง จากนั้นก็ตัดสินใจกระทำบางอย่างจากข้อมูลที่มี สมาชิกกลุ่มสามารถที่จะนำรูปภาพของบุคคลต้นแบบที่ต้องการจะเป็นแบบนั้นมาได้และยังได้รับโอกาสให้ทำความเข้าใจว่าอะไรที่เป็นสิ่งขัดขวางสู่การเป็นแบบบุคคลดังกล่าว

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มสามารถออกแบบเพื่อตอบสนองต่อกลุ่มประชากรเฉพาะได้ เช่น กลุ่มเด็ก กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มนักเรียน นักศึกษา หรือกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งได้มีการอธิบายเอาไว้ในหนังสือ Group: Process and practice (Corey, Corey & Corey, 2010) ที่เขียนบรรยายคำแนะนำวิธีการจัดตั้งกลุ่มและเทคนิคที่ควรนำมาใช้สำหรับการดำเนินกลุ่ม ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาในกลุ่มประชากรวัยรุ่นที่เป็นนักศึกษาระดับอุดมศึกษาชั้นปีที่ 1 จึงถือว่าเป็นกลุ่มที่มีความต้องการเลือกสมาชิกแบบเจาะจงเฉพาะผู้ที่มีช่วงอายุระหว่าง 18 - 19 ปี เท่านั้น

ประโยชน์ของการเลือกสมาชิกที่มีความเจาะจง เช่น งานวิจัยครั้งนี้เลือกเฉพาะกลุ่มนักศึกษาปีที่ 1 ที่มีอายุระหว่าง 18 - 19 ปี เนื่องจากสมาชิกกลุ่มมีพัฒนาการของวัยใกล้เคียงกัน การกำหนดการทดลองด้วยตนเอง และการค้นหาเพื่อค้นพบว่าตนเองคือใครในขณะที่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Johnson, 2009) กลุ่มการให้คำปรึกษามีประโยชน์ในแง่ของการนัดพบปะกันเพื่อที่จะพัฒนาความต้องการของทั้งวัฒนธรรมประเพณีและอะไรที่ไม่ใช่วัฒนธรรมประเพณี เนื่องจากปัจจุบัน นักศึกษาต่างก็มีความสนใจเฉพาะที่แตกต่างกัน มีประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่วัยนี้มักจะมีปัญหาสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมาก จุดประสงค์โดยส่วนใหญ่จึงเป็นการเอื้อประโยชน์ให้ได้เติบโตภายใต้สถานการณ์ที่พวกเขาจะต้องรับมือในอนาคต เช่น การตัดสินใจเลือกงาน ความสัมพันธ์กับเพื่อนสนิท การค้นหาปัญหา การวางแผนการเรียน และความรู้สึกโดดเดี่ยวเนื่องจากความรู้สึกว่าตนเองไม่สำคัญ

3.3 แนวคิดปัญญาพฤติกรรมนิยมสู่กระบวนการกลุ่ม

แนวคิดการให้คำปรึกษาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม เริ่มเป็นที่รู้จักในลักษณะของการใช้สำหรับกลุ่มมากขึ้น โดยจากการศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพสำหรับปัญหาเฉพาะอย่างในประชากรที่หลากหลาย (Bieling, McCabe & Antony, 2006; อ้างถึงใน White & Freeman, 2000) ซึ่งธรรมชาติของโครงสร้างนั้นจะช่วยส่งเสริมให้กลุ่มเกิดความรู้เกี่ยวกับโรค (Psychoeducation) ขึ้น โดยผู้ดำเนินการกลุ่มการให้คำปรึกษาแนว

ปัญหาพฤติกรรมนิยมจะใช้เทคนิคต่าง ๆ ทางด้านการให้คำปรึกษา เช่น การฟังอย่างตั้งใจ การสรุปความ การทำงานร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การเห็นเป็นเชิงประจักษ์ (Reinecke & Freeman, 2003)

การรู้จักเป็นปัจจัยหนึ่งที่ถูกรวมเข้าไว้ในการฝึกปฏิบัติของการทำกลุ่มแนวพฤติกรรมนิยม และนักพฤติกรรมนิยมเองก็ได้กำหนดหลักเกณฑ์เทคนิคแบบใหม่สำหรับคำศัพท์ด้านปัญญา (Cognitive) และด้านการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning) แทนการใช้คำศัพท์แบบดั้งเดิม การทำกลุ่มในเบื้องต้นนั้นจะถูกออกแบบให้เพิ่มระดับการควบคุมรวมถึงเพิ่มระดับอิสรภาพของผู้รับบริการ ในแง่มุมมองของการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น ปัจจัยการรู้จักถูกทำให้เกิดความเครียดในการควบคุมตนเอง (Self-control) และยังมีความเป็นอิสระต่อกันตามแต่ละบุคคลในกลุ่มที่ถูกออกแบบเพื่อทำกลุ่มฝึกการจัดการความเครียด (Stress management training) และกลุ่มเสริมสร้างทักษะสังคม (Social skill training) เป็นต้น พฤติกรรมนิยม ยังมีความสัมพันธ์กับการใช้เทคนิควิธีการที่หลากหลายและมีรากฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้หลายชนิด มิใช่ยึดเอาเพียงทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งเท่านั้น สำหรับพฤติกรรมนิยมในปัจจุบัน เช่น ในการทำกลุ่ม อาจใช้หลักการของทางพฤติกรรมนิยม (Behavioral) และใช้หลักการของการเรียนรู้ร่วมด้วย (Learning)

พฤติกรรมนิยมเป็นแนวคิดที่ดีในการทำความเข้าใจเรื่องทั่ว ๆ ไปก่อนแล้วนำไปสู่การฝึกปฏิบัติทางคลินิก โดยมีความเชื่อว่าพฤติกรรมนิยม มีรากฐานมาจากแนวคิดเชิงการทดลอง (Experimental approach) เพื่อเข้าไปทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มิใช่เพียงแต่ทำความเข้าใจเท่านั้น โดยในปี 1970s ได้มีการให้กำเนิดแนวคิดที่ต่อยอดมาจากพฤติกรรมนิยม นั่นคือแนวปัญหาพฤติกรรมนิยม ซึ่งเป็นที่นิยมอย่างกว้างขวาง อีกทั้งยังถือเป็นกระแสหลักในปัจจุบันอีกด้วย

โดยพื้นฐานแล้วมุมมองของแนวคิดด้านปัญญานิยม คือการค้นหาพฤติกรรมอันเป็นปัญหา ด้านปัญญา ตลอดจนด้านอารมณ์ ซึ่งเชื่อว่าจะถูกเรียนรู้และสามารถเปลี่ยนแปลงได้จากการเรียนรู้ใหม่นี้ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะถูกเรียกบ่อยว่า การบำบัด แต่แท้จริงแล้วกระบวนการดังกล่าวเป็นกระบวนการให้ความรู้ โดยสมาชิกกลุ่มจะถูกทำให้มีส่วนร่วมในกระบวนการสอนและการเรียนรู้ไปด้วย ทั้งนี้ยังถูกสอนให้พัฒนาทัศนคติหรือมุมมองในลักษณะของการเรียนรู้ พวกเขาจะถูกกระตุ้นให้ลองพยายามกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ พยายามใช้ปัญญาหรือด้านอารมณ์เพิ่มเติมเพื่อทำให้เกิดผลดีขึ้น ทั้งนี้ปัญหาอาจจะเกิดมากขึ้นหากสมาชิกยังขาดทักษะการจัดการหรือขาดพฤติกรรมปรับตัว หรือขาดกลยุทธ์ทางปัญญาที่ส่งผลให้ขาดการเกิดการเรียนรู้ อย่างไรก็ตาม สมาชิกกลุ่มจะเกิดทักษะการจัดการปัญหาจากการเข้าร่วมกลุ่มและได้รับการส่งต่อประสบการณ์จากสมาชิกในกลุ่ม

การกำหนดเป้าหมายของแนวคิดด้านปัญญานิยมด้านอื่น ๆ คือ เมื่อพบว่าพฤติกรรมที่ผู้รับบริการแสดงออกนั้นเป็นปัญหา การแก้ปัญหาก็ประสบความสำเร็จคือการแยกแยะส่วนที่เป็นปัญหาเพื่อไม่ให้เกิดพฤติกรรมนั้นได้อีก ซึ่งการกระทำดังกล่าวค่อนข้างที่จะแตกต่างกับแนวคิดอื่น ๆ เช่น การสร้างสัมพันธภาพ (Relationship-oriented) และการทำความเข้าใจลึกซึ้ง (Insight-oriented) และเชื่อว่าถ้าผู้รับบริการมีความเข้าใจธรรมชาติและสาเหตุของอาการต่าง ๆ แล้ว พวกเขาจะสามารถควบคุมชีวิตได้ดีขึ้น นักพฤติกรรมนิยมจะปฏิบัติงานบนพื้นฐานที่ว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสามารถทราบได้ด้วยการทำความเข้าใจตนเองและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นจะสามารถนำไปสู่การเพิ่มระดับของการเข้าใจตนเองอีกด้วย (Self-understanding)

ผู้ฝึกปฏิบัติกลุ่มตามกรอบแนวคิดด้านปัญญาพฤติกรรมนิยม จะสามารถพัฒนาเทคนิคและวิธีการจากมุมมองทางทฤษฎีที่หลากหลาย อย่างไรก็ตาม วิธีการที่จะทำให้ได้ผลดีในเป้าหมายทางด้านของการรักษานั้น ต้องมีการกระทำในเชิงวิทยาศาสตร์ ในเวลาเดียวกันนั่นเอง ผู้นำกลุ่มปัญญาพฤติกรรมนิยมดังกล่าวก็อาจจะต้องเป็นทั้งผู้รักษาเยียวยาและเป็นนักวิทยาศาสตร์ รวมถึงคอยเก็บข้อมูลของสมาชิกกลุ่มตั้งแต่เริ่มกลุ่ม ระหว่างดำเนินการกลุ่มและหลังจากการเสร็จสิ้นกระบวนการกลุ่ม ซึ่งเป็นวิธีการที่ผู้นำกลุ่ม รวมถึงสมาชิกกลุ่มมีโอกาสได้รับข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) อย่างต่อเนื่อง

ในช่วงระหว่างทศวรรษที่ผ่านมา แนวคิดด้านพฤติกรรมนิยมได้ถูกพัฒนาและแพร่ขยายเพิ่มเติมในมิติของปัญญาและพฤติกรรมนิยม ซึ่งเป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวางในชื่อ Third-generation behavioral therapies หรือที่ถูกเรียกว่าแนวคิด Third wave ซึ่งจะให้ความสำคัญกับการดำรงสมาธิ (Mindfulness) และการยอมรับ (Acceptance) (Hayes, Follette & Linehan, 2004) แนวคิดใหม่เหล่านี้ได้ส่งผลในวงกว้างต่อแนวคิดพฤติกรรมนิยม โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อการรักษาที่สามารถทำได้ในปัญหาทางคลินิกที่มีความยาก (Spiegler & Guevremont, 2010) ทั้งนี้ พฤติกรรมนิยมยังถูกพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รากฐานของทฤษฎีก็ได้ขยายออกไป อีกทั้งกลยุทธ์ในการรักษาก็มีความหลากหลายและมีความคาบเกี่ยวกับทฤษฎีหรือแนวคิดอื่น ๆ เพิ่มขึ้นอีกด้วย (Wilson, 2011)

จากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อศึกษาจำนวนผู้เข้าร่วมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม พบว่ามีความหลากหลาย ดังนี้

- 1) สมาคมนักจิตวิทยาอเมริกัน (American Psychological Association) ความว่า ในการทำกลุ่มบำบัดนั้น จะต้องมีจำนวนสมาชิกกลุ่มราว 5 - 15 คน
- 2) Childers และ Couch (1989) ความว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจะประสบผลสำเร็จได้นั้น ขนาดของกลุ่มไม่ควรใหญ่มาก ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่ม 8 - 12 คน
- 3) Corey (2012) ความว่า ขนาดของกลุ่มนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยบางประการ เช่น อายุ ประเภทของกลุ่ม ประเภทของปัญหาที่ต้องการแก้ไข รวมถึงประสบการณ์ของผู้นำกลุ่ม อย่างไรก็ตาม กลุ่มที่มีสมาชิกเป็นผู้ใหญ่ จะประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มจำนวน 8 คน ส่วนกลุ่มที่มีสมาชิกเป็นเด็ก อาจจะต้องทำให้เล็กลงมาเหลือสมาชิกจำนวน 3 - 4 คน อย่างไรก็ตาม กลุ่มจะเริ่มดำเนินการได้ก็ต่อเมื่อมีจำนวนสมาชิกที่มากเพียงพอ มิเช่นนั้นก็จะขาดความเป็นกลุ่มไป (Losing the sense of group)
- 4) Masson, Jacobs, Harvill และ Schimmel (2012) กล่าวว่า ในกลุ่มที่มีสมาชิกเป็นวัยรุ่นอายุ 12 - 19 ปี หากต้องการให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิผลมากที่สุดควรจะต้องจำกัดจำนวนสมาชิกกลุ่มไม่ให้เกิน 8 คน หรือแท้จริงแล้ว หากมีจำนวนสมาชิก 6 คน จะถือว่าเป็นขนาดที่เหมาะสมมากที่สุด

3.4 การให้คำปรึกษากลุ่มแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม

กลุ่มปัญญาพฤติกรรมนิยมมีลักษณะพิเศษที่ทำให้มีความแตกต่างจากลักษณะการทำกลุ่มแบบอื่นเนื่องจากจะยึดตามหลักการและขั้นตอนของวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งการทดลองได้มาซึ่งหลักการของการเรียนรู้ที่เป็นระบบระเบียบและสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อช่วยเหลือผู้คนที่เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนักให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม จากลักษณะพิเศษที่โดดเด่นนี้ผู้ฝึกปฏิบัติด้านปัญญาพฤติกรรมนิยมจึงกระทำการอย่างเป็นระบบ

ระเบียนเพื่อหาความจำเพาะและสามารถวัดผลได้ ทั้งนี้แนวคิดและขั้นตอนจะมีความชัดเจนสามารถทดสอบให้เห็นในเชิงประจักษ์และสามารถทำการปรับปรุง ประเมินผลและรักษา ทั้งหมดเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน โดยลักษณะพิเศษของพฤติกรรมบำบัด ประกอบด้วย

3.4.1 การประเมินด้านพฤติกรรม

การประเมินด้านพฤติกรรมประกอบด้วยขั้นตอนที่ถูกใช้เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่จะนำไปสู่การพัฒนาแผนการรักษาที่เฉพาะเจาะจง การประเมินทางพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับลักษณะเฉพาะ 5 ประการที่สอดคล้องกันกับพฤติกรรมบำบัดโดยการประเมินทางพฤติกรรม (Spiegler & Guevremont, 2010) ประกอบด้วย

3.4.1.1 มีวัตถุประสงค์เพื่อแยกกลุ่มและเพื่อให้ทราบข้อมูลโดยละเอียดเกี่ยวกับปัญหาของผู้รับบริการ

3.4.1.2 ให้ความสนใจกับการทำหน้าที่ในปัจจุบันและเงื่อนไขในชีวิตของผู้รับบริการ

3.4.1.3 หาตัวอย่างพฤติกรรมของผู้รับบริการเพื่อให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการทำหน้าที่อย่างเป็นปกติในสถานการณ์ต่าง ๆ

3.4.1.4 ให้ความสนใจอย่างจำกัดมากกว่าที่จะดำเนินการกับลักษณะบุคลิกภาพทั้งหมดของผู้รับบริการ

3.4.1.5 ผสมผสานเข้ากับการบำบัด

3.4.2 การตั้งเป้าหมายของกลุ่มปัญหาพฤติกรรมนิยม

ลักษณะที่มีความพิเศษมากที่สุดของกลุ่มแนวปัญหาพฤติกรรมนิยมสำหรับกระบวนการกลุ่มคือมีความเฉพาะเจาะจงด้านเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง ซึ่งแนวคิดดังกล่าวให้ความสำคัญกับสิ่งที่สามารถเห็นเป็นรูปธรรมมากกว่าสิ่งอื่น ๆ เพื่อที่จะสามารถเห็นเป้าหมายได้ชัดเจนและนำไปสู่แนวทางการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายดังกล่าวได้ โดยการกำหนดเป้าหมายจะทำให้ทราบทิศทางของการทำกลุ่ม ถึงแม้ว่าผู้นำกลุ่มจะแนะนำหรือให้อธิบายการเกี่ยวกับเป้าหมายและแบ่งปันความคิดร่วมกับสมาชิก แต่สมาชิกกลุ่มนั่นเองที่ท้ายที่สุดจะต้องเป็นผู้เลือกหรือกำหนดเป้าหมายของตนเอง (White, 2000) สมาชิกกลุ่มมักจะกล่าวถึงพฤติกรรมอันเป็นปัญหาของตนเองที่อยากเปลี่ยนแปลงที่ละอย่างรวมถึงบอกสิ่งที่อยากเรียนรู้ใหม่ ซึ่งเป้าหมายของผู้รับบริการเป็นไปได้หลายประการ ไม่ว่าจะเป็นการลดความวิตกกังวลในสถานการณ์ที่ถูกทดสอบการกำจัดความกลัวที่เกี่ยวข้องกับการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ผลการจัดการกับอารมณ์เศร้า การเรียนรู้ทักษะการสื่อสาร พัฒนากลยุทธ์การแก้ปัญหาเพื่อจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ถูกกระตุ้นเร้าจากการใช้ชีวิตประจำวัน การลดน้ำหนักและการหยุดใช้สารเสพติด เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุราหรือใช้สารอื่น ๆ โดยการเริ่มต้นในแต่ละ session จะมีกำหนดการ (Agenda) เพื่อจัดลำดับเป้าหมายของสมาชิกกลุ่มและมีการวางแผนเรื่องเวลาว่าจะใช้เวลาอย่างไร ที่สำคัญกำหนดการที่เกิดขึ้นนี้สมาชิกในกลุ่มจะต้องเป็นผู้ร่วมสร้างสรรค์ขึ้นด้วย ด้วยเหตุผลนี้กลุ่มปัญหาพฤติกรรมนิยมจึงถือว่าเป็นกลุ่มที่พยายามทำให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมมากที่สุด

งานของผู้นำกลุ่มคือการช่วยให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมกับกลุ่ม ทำให้เป้าหมายกว้าง ๆ กลายเป็นเป้าหมายที่มีความจำเพาะเป็นรูปธรรมและเป้าหมายสามารถวัดได้ ซึ่งจะทำให้

ลู่อย่างที่เป็นระบบ ตัวอย่างเช่น ถ้ามีนาพูดว่าเธอรู้สึกไม่ดีพอสำหรับสถานการณ์ทางสังคมและเธอต้องการที่จะเปลี่ยนแปลง ฉะนั้นผู้นำกลุ่มอาจจะถามว่า

- อะไรที่หมายถึงยังไม่ดีพอ
- คุณทำอะไรหรือไม่ทำอะไร ที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่ดีพอของคุณ
- คุณจะบอกเล่าเรื่องราวที่เป็นรูปธรรมชัดเจนเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ทำให้คุณรู้สึก

ไม่ดีพอได้หรือไม่

เมื่อตั้งคำถามดังนี้แล้วกลุ่มจะสามารถช่วยให้มีนาได้คิดหาคำตอบเหล่านั้น โดยการให้โอกาสมีนาได้ลองสำรวจคำถามรวมถึงฝึกหัดพฤติกรรมใหม่ในระหว่างกลุ่มและการได้รับข้อมูลย้อนกลับจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่ม

3.4.3 แผนการดำเนินการ

เมื่อสมาชิกกลุ่มมีเป้าหมายเฉพาะแล้ว แผนดำเนินการเพื่อนำไปสู่เป้าหมายนั้นคือการประมวล (Formulated) เทคนิคด้านปัญญาพฤติกรรมนิยมเพื่อที่สมาชิกจะได้มุ่งกระทำจริงไม่เพียงแต่อยู่เป็นผู้รับเท่านั้น ขั้นแรก ผู้นำกลุ่มจะต้องพัฒนาแผนการรักษาที่ได้จากการมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่มแต่ละคน หลังจากนั้นสมาชิกจะต้องเรียนรู้ทักษะที่จำเป็นต่าง ๆ โดยผู้เข้าร่วมกลุ่มและผู้นำกลุ่มจะต้องร่วมด้วยช่วยกันคิดหากลยุทธ์หรือวิธีการหรือหาวิธีการโต้ตอบที่อาจนำมาให้เลือกใช้ได้ในตอนท้าย โดยผู้ที่มีปัญหาจะเป็นผู้พิจารณาด้วยตนเองว่ากลยุทธ์หรือการโต้ตอบแบบใดที่บุคคลนั้นจะต้องนำไปใช้งานเพราะต้องพิจารณาว่ามีความสอดคล้องกับสถานการณ์ใด เช่น การใช้ตัวแบบ (Modeling) การตกแต่งพฤติกรรม (Behavior shaping) การฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior rehearsal) การสอนงาน (Training) การทำการบ้าน (Homework) การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) การปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive restructuring) การแก้ปัญหา (Problem solving) การทำสมาธิ (Meditation) การฝึกการผ่อนคลาย (Relaxation training) การจัดการความเครียด (Stress management) และการให้ข้อมูล (Information giving)

3.4.4 การประเมิน

เมื่อพฤติกรรมเป้าหมายถูกกำหนดขึ้นอย่างชัดเจน การประเมินผลก็จะสามารถเห็นชัดเจนยิ่งขึ้นเพราะกลุ่มปัญญาพฤติกรรมนิยมนี้ให้ความสำคัญต่อการประเมินผลด้านประสิทธิภาพของเทคนิคที่นำมาใช้เพื่อทำการประเมินผลความก้าวหน้าของผู้รับบริการอันจะสามารถนำไปสู่เป้าหมายได้ ซึ่งการตัดสินใจว่าจะใช้เทคนิคอะไรบ้างในการทำกลุ่มนั้นจะขึ้นอยู่กับการกระทำของสมาชิกกลุ่มระหว่างร่วมกลุ่ม นอกจากสมาชิกจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแล้ว อาจได้รับการช่วยเหลือให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบความคิด อารมณ์ความรู้สึก รวมถึงการกระทำอีกด้วย

3.5 กระบวนการให้คำปรึกษากลุ่มแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม

จากการทบทวนเนื้อหาเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่ม จาก Corey (2012) สามารถสรุปกระบวนการแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ได้ดังนี้

3.5.1 ขั้นเริ่ม (Initial stage)

ในขั้นแรกของกลุ่ม สมาชิกกลุ่มมักจะทราบข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรมด้านปัญญาพฤติกรรมนิยมเพียงเล็กน้อยดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่พวกเขาจะต้องได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่มก่อนที่จะเข้าร่วมกลุ่ม อาจเริ่มจากการสัมภาษณ์ก่อนเข้าร่วมกลุ่มและใน session

แรกของการทำกลุ่มควรมีการให้ข้อมูลเพื่อให้ทราบถึงพื้นฐานความรู้ความคาดหวังและช่วยให้ได้ตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมกลุ่มหรือไม่ โดยผู้ที่ตัดสินใจเข้าร่วมกลุ่มนั้นต้องได้รับทราบเกี่ยวกับข้อตกลงของการทำกลุ่ม และได้รับการแจ้งถึงสิ่งที่ผู้นำกลุ่มคาดหวังว่าจะได้รับจากสมาชิกกลุ่มตลอดการทำกลุ่ม ดังเช่นที่สมาชิกกลุ่มมีความคาดหวังต่อตัวผู้นำเช่นกัน ทั้งนี้ Ledley, Marx และ Haimberg (2005) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ผู้นำกลุ่มควรช่วยเหลือสมาชิกกลุ่มให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้น โดยสิ่งที่สมาชิกกลุ่มควรทราบได้แก่ กลุ่มปัญญาพฤติกรรมนิยมคืออะไร กลุ่มปัญญาพฤติกรรมนิยมคืออะไร สิ่งที่เป็นจุดเด่นของกลุ่มปัญญาพฤติกรรมนิยมคืออะไรบ้าง โดย Ledley และผู้ร่วมงานกล่าวว่า มี 4 จุดสำคัญที่ควรแจ้งให้ทราบเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่ม ดังนี้

1) สมาชิกกลุ่มควรทราบความหมายของการร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน และกันซึ่งจะทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มและยังได้ทราบถึงปัญหาที่นำมาสู่การเข้าร่วมกลุ่ม

2) สมาชิกกลุ่มควรได้รับข้อมูลว่าการทำกลุ่มปัญญาพฤติกรรมนิยมมีรูปแบบการทำกลุ่มที่มีการจำกัดเวลา

3) จะมีประโยชน์มากหากให้สมาชิกกลุ่มทราบว่าการมุ่งสู่เป้าหมายได้อย่างรวดเร็วถือเป็นความสำเร็จอีกประการหนึ่ง เพราะลักษณะกลุ่มค่อนข้างต้องการความกระตือรือร้น (Active) มีโครงสร้างชัดเจนและมีการมุ่งความสนใจไปยังปัญหาปัจจุบันซึ่งสามารถช่วยคนจัดการปัญหาสุขภาพจิตได้ดี

4) สมาชิกกลุ่มควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติในกลุ่มปัญญาพฤติกรรมนิยม นอกจากนี้ควรบอกสิ่งที่ต้องเก็บเป็นความลับและสิ่งที่เป็นข้อจำกัดสำหรับบริบทแบบกลุ่ม

ระหว่างขั้นเริ่มต้น สมาชิกจะได้เรียนรู้การทำงานของกลุ่มและโครงสร้างของแต่ละ session หัวใจสำคัญคือการช่วยเหลือสมาชิกเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและกล้าทำความรู้จักสมาชิกคนอื่น เพิ่มระดับแรงจูงใจ ทำให้เกิดความหวังขึ้นว่าเขาสามารถเปลี่ยนแปลงได้จริง นอกจากนี้ยังร่วมทำการสำรวจปัญหา ทำให้รู้สึกว่ปลอดภัยและส่งเสริมให้เกิดการทำงานร่วมกัน เนื่องจากเมื่อมีการทำงานร่วมกันแล้วจะเกิดประสิทธิผลที่ดีระหว่างการพัฒนาในด้านต่าง ๆ ของกลุ่มและผู้นำกลุ่มเองก็ต้องสร้างบทบาทอย่างเป็นกลางทำให้เกิดความเชื่อใจและสร้างบรรยากาศอบอุ่นปลอดภัย โดยทั่วไปแล้วแต่ละ session จะเริ่มต้นด้วยการให้สมาชิกกลุ่มสำรวจพัฒนาการระหว่างสัปดาห์ รวมถึงหาหัวข้อหรือประเด็นที่อยากจะได้ส่งไปเป็นกำหนดการและให้รายงานเป็นการบ้าน ทั้งนี้ ผู้นำกลุ่มควรให้ความสนใจและตรวจสอบการบ้านในทุกครั้ง ซึ่ง Reinecke และ Freeman (2003) แนะนำว่าในแต่ละ session ควรจะมีการตรวจการบ้านและมีการสรุปท้าย session เอาไว้ด้วยเพราะกระบวนการนี้เป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่สมาชิกกลุ่มสามารถทำได้ด้วยตัวเองและยังเป็นการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการอธิบายเป้าหมายของตนให้กระจ่างรวมถึงการทำความเข้าใจตัวตนและทักษะของตนเอง นอกจากนี้ในการสรุปกลุ่มสมาชิกกลุ่มอาจจะถูกถามเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นขณะที่ทำกลุ่มอีกด้วย

นอกจากนี้ Rose (1998) ยังกล่าวว่าผู้นำกลุ่มต้องพยายามทำให้สมาชิกในกลุ่มให้ความสนใจกันและกัน รวมถึงสร้างสถานการณ์กลุ่มที่สมาชิกกลุ่มจะต้องใช้ความสามารถทางด้านสังคม สร้างบทบาทการทำงานที่สมาชิกสามารถเล่นร่วมกันได้ในกลุ่ม โดยให้เป็นผู้แทนทำหน้าที่รับผิดชอบหรือเป็นผู้นำในรูปแบบที่เหมาะสม ผู้นำกลุ่มสามารถควบคุมความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายใน

กลุ่ม และหาหนทางที่จะทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างทุกคนในกลุ่มได้ ในฐานะที่เป็นกลุ่มที่ต้องการให้เกิดการพัฒนา ผู้นำกลุ่มอาจจะสลับบทบาทจากการออกคำสั่งเป็นการอบรมหรือสอนให้สมาชิกกลุ่มในเรื่องของการทำหน้าที่ของตน

3.5.2 ขั้นดำเนินการ (Working stage)

ขั้นตอนนี้มีความเกี่ยวข้องกับการเลือกวิธีการที่เหมาะสมจากกลยุทธ์ต่าง ๆ ที่เคยถูกนำมาใช้แล้วพบว่าได้ผลดีจนทำให้พฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยนแปลงได้ รวมถึงมีการวัดผลและการประเมินผลทุกครั้งหลังจากขั้นตอน Working stage ซึ่งผู้นำกลุ่มต้องประเมินระดับประสิทธิผลในทุก ๆ session อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบว่าทำอย่างไรจึงจะส่งผลให้สามารถไปถึงเป้าหมายได้ดีที่สุด สำหรับการประเมินระหว่าง Working stage ผู้นำกลุ่มจะคอยเก็บข้อมูลที่สำคัญ เช่น การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจของสมาชิกกลุ่ม การเข้ากลุ่มและการทำงานที่ได้รับมอบหมายระหว่างทำกลุ่ม ซึ่งวิธีการดังกล่าวจะทำให้ทราบข้อมูลของสมาชิกมากขึ้น

เทคนิควิธีการที่จะสามารถนำมาใช้ในกลุ่มปัญญาพฤติกรรมนิยม มีดังต่อไปนี้

1) การแก้ปัญหา (Problem solving) โดยปัญหาของสมาชิกกลุ่มมักเกี่ยวข้องกับปัญหาอารมณ์ ความยุ่งยากภายใต้ความสัมพันธ์กับผู้อื่น ปัญหาในการทำงานหรือปัญหาเศรษฐกิจ การทำกลุ่มปัญญาพฤติกรรมนิยม จะพยายามให้สมาชิกเลือกการแก้ปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากปัญหาด้านต่าง ๆ โดยการแก้ปัญหาจะเน้นที่การนำตนเองและการกำกับตนเอง เพื่อที่จะสามารถค้นหาหรือระบุปัญหา รวมถึงหาวิธีการเผชิญหรือปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง และเลือกวิธีแก้ปัญหาจากวิธีการที่หลากหลาย ทั้งนี้เพื่อเพิ่มศักยภาพในการแก้ไขปัญหาต่อไป

2) การทำการบ้าน (Homework) และการปรับพฤติกรรม (Behavior modification) การทำการบ้านเป็นสิ่งสำคัญของกระบวนการแบบปัญญาพฤติกรรมนิยม เพื่อเป็นการให้สมาชิกกลุ่มได้ไปทดลองทำพฤติกรรมบางอย่างเพื่อช่วยให้ได้พิสูจน์ความคิดของตนเอง รวมทั้งได้ทดลองกระทำในสิ่งใหม่เพื่อพิสูจน์ประโยชน์ของพฤติกรรมที่ทำใหม่การปรับพฤติกรรมจะช่วยให้ลดวงจรการเกิดปัญหาของสมาชิก เนื่องจากเปลี่ยนการคิดแบบเดิม ๆ เป็นการคิดที่หลากหลายขึ้น

3) การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) การให้ข้อมูลย้อนกลับในระยะสุดท้ายของกระบวนการกลุ่ม โดยการถามเนื้อหาที่สมาชิกสามารถเรียนรู้จากการบำบัด เป็นโอกาสที่ผู้นำกลุ่มจะได้ตรวจสอบเพื่อลดความเข้าใจผิดระหว่างกันและที่สำคัญที่สุดคือจะกระตุ้นให้สมาชิกได้มีโอกาสให้ข้อมูลย้อนกลับของแต่ละ session อีกกรณีหนึ่งคือการขอให้สมาชิกให้ข้อมูลย้อนกลับจากกลุ่มในครั้งก่อน รวมถึงประโยชน์ของกลุ่มในครั้งที่แล้วและความคิดที่เกิดขึ้นก่อนหลังการทำกลุ่มในครั้งนี้ เพื่อที่จะนำไปสู่การทำกลุ่มที่ตรงประเด็นต่อไป

4) การปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive restructuring) เทคนิคนี้มีความสำคัญและเป็นเอกลักษณ์ของกลุ่มแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ดังที่ Cormier, Nurius และ Osborn (2009) กล่าวว่า การปรับเปลี่ยนความคิดนี้เป็นส่วนประกอบที่สำคัญมากที่สุด กล่าวคือ เมื่อสมาชิกกลุ่มเกิดความคิดที่เป็นไปในด้านลบ ผู้นำกลุ่มมักจะใช้กระบวนการนี้เพื่อชี้ให้เห็นว่าความคิดด้านลบนี้เป็นปัญหา จึงชี้ทางให้ได้ประเมินความคิดดังกล่าวและทำความเข้าใจเสียใหม่ให้มีความเหมาะสมกับความจริงมากที่สุด

3.5.3 ขั้นยุติ (Final stage)

ในขั้นสุดท้ายของกระบวนการกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรทำให้แน่ใจว่าสมาชิกกลุ่มได้เปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมเพื่อกลับไปสู่การใช้ชีวิตภายใต้สิ่งแวดล้อมเดิมได้อย่างดี กระบวนการฝึกหัดทั้งหลายได้ผลและทำให้เผชิญกับสิ่งกระตุ้นทั้งหลายได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้ว นอกจากนี้ควรขอข้อมูลย้อนกลับจากสมาชิกกลุ่มทั้งหมด เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่มีประโยชน์อย่างมาก เพื่อให้สมาชิกเกิดความมั่นใจในศักยภาพที่ตนเองมีมากยิ่งขึ้น การปฏิบัติใน session สุดท้าย ควรกระทำดังนี้

- 1) ให้ข้อมูลย้อนกลับแก่สมาชิกกลุ่ม และขอข้อมูลย้อนกลับจากสมาชิกกลุ่ม
- 2) ให้โอกาสในการฝึกหัดพฤติกรรมใหม่
- 3) หากเป็นไปได้ อาจพัฒนาแผนเพิ่มเติมเพื่อติดตามประสิทธิผลจากการทำกลุ่ม โดยอาจให้ไปเผชิญกับสถานการณ์อื่นภายนอกกลุ่ม เพื่อให้มีโอกาสประยุกต์ใช้แนวคิดที่ได้เรียนรู้จากการทำกลุ่ม
- 4) เตรียมความพร้อมสำหรับสมาชิกกลุ่ม เผื่อว่าสิ่งที่ได้ฝึกหัดไปนั้นอาจไม่ได้ผลสำหรับเขาอีกต่อไป

สุดท้ายแล้ว การสิ้นสุดกระบวนการกลุ่มก็ไม่ได้สิ้นสุดเสมอไปสำหรับกลุ่มแนวปัญหาพฤติกรรมนิยม เนื่องจากการนัดสมาชิกมาเพื่อติดตามผลเป็นประเด็นสำคัญ เพื่อช่วยเหลือให้สมาชิกยังคงพฤติกรรมที่เหมาะสมนั้นไว้ให้ได้

3.6 บทบาทของผู้นำกลุ่ม

ผู้นำกลุ่ม มีบทบาทสำคัญต่อการดำเนินการกลุ่มให้เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพและลุล่วงด้วยดี จำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถและมีความเชี่ยวชาญ ต้องมีทักษะและเทคนิคที่มีความจำเป็นสำหรับการเป็นผู้นำ ดังนี้

ผู้นำกลุ่มควรที่จะมีความรู้ทางทฤษฎีและมีความรู้ผ่านการฝึกปฏิบัติการทำกลุ่มพลวัต มีความสามารถในการรับรู้ว่ามีสมาชิกคนใดมีการเปลี่ยนแปลงหรือคนใดที่ยังไม่เปลี่ยนแปลง ไม่ว่าจะเป็น การเติบโตหรือการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ก็ตาม ขณะเดียวกันผู้นำกลุ่มจะต้องมีการเติบโตในชีวิตของตนเอง มีความปรารถนาที่จะค้นหาประสบการณ์ใหม่ ๆ ของตนเอง และผู้นำกลุ่มต้องเป็นแบบอย่างที่ดีแก่สมาชิกกลุ่ม เนื่องจากผู้นำกลุ่มมีบทบาทสำคัญต่อการดำเนินการกลุ่ม จึงขอเสนอข้อมูลเกี่ยวกับผู้นำกลุ่ม ในฐานะของบุคคลหนึ่ง ดังนี้

ลักษณะบุคลิกภาพของผู้นำกลุ่ม (Personality and character)

การใช้เทคนิคสำหรับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม สามารถกล่าวได้ว่าทั้งสองอย่างนี้ไม่สามารถแยกออกจากกันได้โดยสิ้นเชิงจากลักษณะบุคลิกภาพส่วนตัวและพฤติกรรมของผู้นำกลุ่ม เนื่องจากบุคลิกภาพบางประการนั้นเป็นสิ่งจำเป็นและมีความเกี่ยวข้องกับการเป็นผู้นำกลุ่ม การมีหรือไม่มีบุคลิกภาพบางประการจะสามารถเอื้อประโยชน์หรือขัดขวางกระบวนการกลุ่มก็ได้ ผู้นำกลุ่มจำเป็นต้องประเมินเพื่อทราบว่าตนมีความเข้มแข็งในด้านใด อีกทั้งจำเป็นต้องทราบว่าด้านใดต้องปรับปรุงให้ดีขึ้น

1. กิริยาท่าทาง (Presence)

การเป็นผู้ที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ หมายถึง สามารถขยับอารมณ์ให้ขึ้นหรือลงตามความสุขสนุกสนานหรือความเจ็บปวดจากประสบการณ์ของผู้อื่น หากผู้นำกลุ่มสามารถรับรู้

และแสดงออกทางอารมณ์ต่อตนเองได้อย่างดีแล้ว แสดงว่าในการทำกลุ่มเขาก็จะสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้อื่นได้ และทักษะนี้จะทำให้เกิดความเห็นอกเห็นใจ มีความกรุณาต่อสมาชิกกลุ่มได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ยังแสดงให้เห็นว่ายังมีผู้นำกลุ่มที่อยู่ตรงนั้นกับสมาชิกกลุ่มเสมอ ซึ่งสมาชิกกลุ่มจะเชื่อว่าผู้นำกลุ่มมีความห่วงใยต่อสมาชิกกลุ่มอย่างแท้จริง

2. พลังส่วนบุคคล (Personal power)

พลังส่วนบุคคล หมายถึงความมั่นใจในตนเองและการมีความตระหนักรู้ถึงอิทธิพลส่วนตนที่มีต่อผู้อื่น ถ้าหากว่าผู้นำกลุ่มไม่สามารถรับรู้ถึงพลังชีวิตของตนเองแล้ว นับว่ายากที่จะเอื้อให้สมาชิกให้สัมผัสถึงแรงพลังที่ถูกส่งออกมาจากผู้นำกลุ่ม อย่างไรก็ตาม พลัง ไม่ได้หมายความว่ามีการมีอำนาจหรือการหาประโยชน์ส่วนตนเพราะนั่นคือพลังของการทำร้ายผู้อื่น พลังของผู้นำที่แท้จริงนั้นจะต้องใช้ประโยชน์จากการทำงานร่วมกันของสมาชิกกลุ่ม นำสิ่งดีเหล่านั้นมาใช้เพื่อส่งเสริมสมาชิกให้รู้จักพลังของตนเอง มีใจดูแล ปกป้องพวกเขาตลอดไป

3. ความกล้าหาญ (Courage)

ผู้นำกลุ่มที่มีประสิทธิภาพ มักจะแสดงความกล้าหาญในขณะที่มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับสมาชิกกลุ่ม การแสดงความกล้าหาญสามารถกระทำได้เมื่อกลุ่มเข้าสู่ภาวะเสี่ยงหรือกำลังเข้าสู่ความผิดพลาดบางประการ ผู้นำสามารถสร้างบทเรียนสำคัญเพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้มีหน้าที่ต่อชีวิตและให้กระทำได้แม้ขณะที่พวกเขาไม่ได้เป็นคนสมบูรณ์แบบ เมื่อสมาชิกได้ผลักดันตนเองเพื่อที่จะออกจากรูปแบบชีวิตที่มีความคล้ายคลึงแบบเดิม ๆ และปลอดภัยสำหรับเขาแล้ว จะพบว่าก็ได้รับการรายงานว่ามีสมาชิกที่มีความกังวลและความกลัวอยู่ไม่น้อย ผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้ช่วยเหลือให้สมาชิก โดยการสาธิต ผ่านพฤติกรรมและความพร้อมที่จะก้าวข้ามความรู้สึกที่ทำให้เกิดความกลัว

4. มีความพร้อมที่จะเผชิญกับตนเอง (Willingness to confront oneself)

งานของผู้นำกลุ่มอย่างหนึ่ง คือการช่วยให้มีการตรวจสอบข้อเท็จจริงในตัวสมาชิกกลุ่ม การตระหนักรู้ในตนเองเป็นสิ่งที่นำมาซึ่งความพร้อมในการมองดูตนเองอย่างซื่อตรงและผู้นำกลุ่มจะแสดงให้เห็นว่าพวกเขาเริ่มตั้งคำถามเกี่ยวกับความต้องการของตนเอง รวมถึงแรงจูงใจของตนเอง ในขณะเดียวกันก็พบว่ามีปัญหาและความขัดแย้งส่วนบุคคลอีกด้วย ซึ่งส่งผลให้มีจุดที่ทำให้อ่อนแอ โดยเฉพาะในงานที่ยังไม่สามารถทำให้เสร็จลุล่วงไปได้ (Unfinished business) และแรงจูงใจอันจะนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพด้านบวกจากกระบวนการกลุ่มที่เกิดขึ้น ผู้นำกลุ่มที่มีการตระหนักรู้ในตนเองจะสามารถทำงานด้วยทักษะทางการบำบัดอย่างดีร่วมกับการเปลี่ยนแปลงที่ปรากฏออกมาระหว่างการทำกลุ่ม ผ่านสมาชิกกลุ่มทุกคน ยิ่งไปกว่านั้น ผู้นำกลุ่มควรระมัดระวังเกี่ยวกับความอ่อนแอของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีความรู้สึกที่ไม่เหมาะสม (Counter-transference) ต่อสมาชิกกลุ่มและมีความรับผิดชอบมากเกินไปต่อปฏิบัติการตอบสนองของสมาชิกกลุ่ม

5. ความจริงใจและความถูกต้อง (Sincerity and authenticity)

สิ่งที่ผู้นำกลุ่มควรมีมากที่สุดคือความจริงใจ รวมถึงการมีความสนใจต่อคุณภาพชีวิตที่ดีและการเติบโตของผู้อื่น เพราะว่าความจริงใจมีความเกี่ยวพันกับการชี้ทาง และยังเกี่ยวกับการบอกสมาชิกกลุ่มว่าอะไรที่ยากต่อการรับฟัง สำหรับผู้นำกลุ่มแล้ว ความห่วงใยมีความหมายถึงการทำหายความสามารถของสมาชิกกลุ่มเพื่อให้มองย้อนกลับไปใช้ชีวิตของตนเองซึ่งครั้งหนึ่งอาจ

เคยปฏิเสธและขาดความผูกพันเนื่องจากมีพฤติกรรมขาดความซื่อสัตย์ นอกจากนี้ผู้นำกลุ่มยังให้คำแนะนำย้อนกลับที่เป็นประโยชน์ซึ่งเต็มไปด้วยความจริงใจและความเคารพต่อสมาชิกกลุ่ม

ส่วนความถูกต้อง ก็เป็นส่วนหนึ่งของความจริงใจเช่นกัน การเป็นผู้นำกลุ่มที่ถูกต้องจะต้องไม่ใช่ชีวิตด้วยความเสแสร้งและไม่เก็บกลไกป้องกันตนเองไว้เบื้องหลัง ความถูกต้องเป็นสิ่งที่นำมาซึ่งความพร้อมที่จะเปิดเผยตนเองอย่างเหมาะสมและยังพร้อมที่จะแบ่งปันความรู้สึกและการกระทำต่อสิ่งที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม ความถูกต้องไม่ได้มีความหมายถึงการคัดสรร การแบ่งปันทุกความคิด การรับรู้ ความรู้สึก การจินตนาการและการกระทำ แม้ว่าในช่วงแรก ๆ ผู้นำจะเป็นที่สนใจของสมาชิกกลุ่ม แต่ก็ไม่ใช่เรื่องที่สมควรนักหากจะสร้างความใกล้ชิดอย่างมากตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น แต่ควรวางท่าทีและแสดงออกถึงการเคารพและแสดงความเห็นใจต่อสมาชิกกลุ่มในระยะแรกของการทำกลุ่ม

6. การเข้าใจอัตลักษณ์ของตนเอง (Sense of Identity)

ถ้าหากว่าผู้นำกลุ่มนั้นจะมีความสามารถช่วยเหลือผู้อื่นเพื่อค้นหาว่าแท้จริงแล้วพวกเขาคือใคร ผู้นำกลุ่มเองก็มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องรู้จักตนเองก่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำความเข้าใจคุณค่าของตนเอง การใช้ชีวิตที่เป็นมาตรฐานของตนเอง ซึ่งมาจากตนเองอย่างแท้จริง ไม่ใช่มาจากผู้อื่นหรือเป็นสิ่งที่ผู้อื่นคาดหวัง หมายความว่าผู้นำกลุ่มมีทักษะในการตระหนักถึงจุดแข็งของตนเอง ข้อจำกัดของตนเอง ความต้องการ ความกลัว แรงจูงใจ รวมถึงเป้าหมาย ซึ่งแสดงถึงการรู้ว่าตนเองใช้ชีวิตเพื่ออะไร หรือรู้ว่าจะเดินทางไปสู่เป้าหมายที่ต้องการอย่างไร นอกจากนี้ยังตระหนักถึงจริยธรรม เพศสภาพ อัตลักษณ์ทางเพศ เหล่านี้ถือเป็นส่วนประกอบที่จำเป็นต่อการพัฒนาเพื่อทำความเข้าใจอัตลักษณ์ของตนเอง

7. มีความเชื่อในกระบวนการกลุ่มและมีความกระตือรือร้นสนใจ (Belief in the group process and enthusiasm)

ผู้นำกลุ่มควรมีความเชื่อและศรัทธาในคุณค่าของกระบวนการกลุ่มอย่างแท้จริง เพราะเป็นปัจจัยสำคัญอันจะนำไปสู่การประสบความสำเร็จในการทำกลุ่ม นอกจากเหตุผลดังกล่าวแล้ว หากไม่ผู้นำกลุ่มทำไปตามหน้าที่เท่านั้น ไม่ได้มีความเชื่อถือกลุ่ม สมาชิกกลุ่มก็อาจจะขาดความกระตือรือร้นในการร่วมกระบวนการกลุ่มเช่นกัน แต่ขณะเดียวกันหากผู้นำกลุ่มมีความกระตือรือร้นแล้วก็จะสามารถนำกลุ่มต่อไปได้อย่างมีคุณภาพและประสบความสำเร็จ ทั้งนี้ ผู้นำกลุ่มควรจะต้องแสดงให้เห็นว่ามีความสนุกสนานเมื่อทำงานกลุ่มและเมื่อได้อยู่ท่ามกลางสมาชิกกลุ่ม

8. มีความสามารถในการคิดค้นและมีความคิดสร้างสรรค์ (Inventiveness and creativity)

ผู้นำกลุ่มควรระวังเกี่ยวกับการยึดติดอยู่กับเทคนิคแบบเดิม ๆ ควรมีความคิดสร้างสรรค์ใหม่อยู่เสมอ แม้แท้จริงแล้วก็ไม่ง่ายนักหากต้องคิดใหม่ทำใหม่เพื่อให้เหมาะกับกลุ่มแต่ละกลุ่มตลอดเวลา แต่อย่างไรก็ตาม ผู้นำกลุ่มที่มีความคิดสร้างสรรค์ก็มีโอกาสที่จะเปิดประสบการณ์และเปิดให้สมาชิกกลุ่มเห็นถึงมุมมองความแตกต่างทั้งหลายในโลก

ทักษะของผู้นำกลุ่ม (Group leadership skills)

นับเป็นสิ่งที่มีความผิดพลาดเป็นอย่างยิ่ง ถ้าหากเราเหมารวมว่าทุกคนมีลักษณะบุคลิกภาพเหมือนกันและลักษณะของผู้นำกลุ่มที่เยี่ยมยอดคือการมีความปรารถนาในการช่วยเหลือผู้อื่น แต่นั่นไม่ใช่ทั้งหมด ผู้นำกลุ่มที่ประสบความสำเร็จจะต้องมีทักษะเฉพาะสำหรับการทำกลุ่มและ

มีการแสดงออกที่เหมาะสม ทักษะของผู้นำกลุ่มนี้จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติ ทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้นำกลุ่ม มีดังนี้

1. การฟังอย่างตั้งใจ (Active listening)

การฟังอย่างตั้งใจนี้รวมไปถึงการฟังสมาธิทั้งหมดไปที่ผู้พูดและต้องรับฟังบทสนทนาอย่างละเอียดอ่อนทั้งจากการใช้ภาษาและการไม่ใช้ภาษา ความสามารถที่จะได้ยินอะไรจากการสนทนานั้นจะยิ่งดีมากขึ้นเมื่อได้รับการฝึกหัดและได้กระทำจนเชี่ยวชาญ ผู้นำกลุ่มหลายต่อหลายคนมักจะกระทำผิดพลาดจากทักษะนี้ได้ง่าย เนื่องจากสมาธิหลุด ไม่จดจ่อ ขาดความตั้งใจ หรือมีความตั้งใจแต่ไม่เพียงพอต่อการฟังเนื้อหาหรืออะไรก็ตามที่สมาชิกกลุ่มได้แสดงออกมา การฝึกให้มีทักษะของผู้นำกลุ่มจะต้องรู้จักรูปแบบการพูดหรือการสื่อสารของสมาชิกกลุ่ม นอกจากนี้ยังมีการสังเกตจากท่าทาง คุณภาพของน้ำเสียงและกริยา เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ในกระบวนการกลุ่ม ไม่เพียงแต่ผู้นำกลุ่มเท่านั้นที่ต้องให้ความสนใจต่อการฟัง แต่สมาชิกทุกคนก็ต้องมีทักษะดังกล่าวด้วย จึงเป็นหน้าที่ของผู้นำกลุ่มที่ต้องเป็นตัวอย่างหรือสอนให้สมาชิกกลุ่มทุกคนฟังเพื่อนสมาชิกคนอื่นอย่างตั้งใจเช่นเดียวกัน

2. การพูดทวนซ้ำ (Restating or paraphrasing)

การพูดทวนซ้ำ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือทักษะที่มีการขยายเพิ่มจากการฟังอย่างตั้งใจ หมายความว่า การเข้าไปทำให้สิ่งที่บางคนพูดออกมาเป็นสิ่งใหม่ โดยใช้คำที่ต่างออกไปจากคำเดิม แต่ความหมายจะต้องมีความชัดเจนต่อทั้งผู้พูดและผู้ฟัง (ในที่นี้คือสมาชิกกลุ่มทั้งหมด) การพูดทวนซ้ำที่มีประสิทธิภาพต้องพยายามจับประเด็นหลักของข้อความให้ได้ จากนั้นให้เน้นย้ำข้อความอย่างน่าสนใจและไม่ควรพูดข้อความที่กำกวมเกินไป การจับประเด็นข้อความที่สำคัญของสมาชิกและได้สะท้อนกลับไป นั่นคือผู้นำกลุ่มกำลังช่วยเหลือให้บุคคลนั้นได้เข้าสู่กระบวนการสำรวจลงไปภายในตนเองในระดับที่ลึกมากขึ้น

การพูดทวนซ้ำ เป็นทักษะที่แม้แต่ผู้นำกลุ่มมากประสบการณ์อาจบอกว่ามีความยากได้ สำหรับผู้นำกลุ่มบางคนอาจมีความยากลำบากในการพูดทวนข้อความให้ง่ายขึ้น เนื่องจากได้มีการเพิ่มความหมายใหม่และไม่ได้ทำให้ประโยคมีความชัดเจนขึ้น นี่คือตัวอย่างของข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม การพูดทวนซ้ำมีประโยชน์เพื่อบอกให้สมาชิกกลุ่มได้ทราบว่าผู้นำกลุ่มกำลังตั้งใจฟังในสิ่งที่สมาชิกกลุ่มพูด และยังคงช่วยทำให้สิ่งที่พูดนั้นมีความชัดเจนตรงประเด็นมากขึ้น รวมถึงช่วยสะท้อนถึงความคิด ความรู้สึกของผู้พูดเกี่ยวกับประเด็นนั้น ๆ

3. การทำให้กระจ่าง ชัดเจน (Clarifying)

การทำให้กระจ่าง ก็เป็นอีกหนึ่งทักษะที่ขยายเพิ่มเติมจากการฟังอย่างตั้งใจ หมายรวมถึงการตอบสนองต่อความงุนงงและมึนงงที่ไม่กระจ่างจากข้อความ ด้วยการจดจ่อกับประเด็นที่อยู่ภายใต้ข้อความที่ไม่กระจ่างนั้นและช่วยเหลือให้สมาชิกกลุ่มได้แยกออกจากความรู้สึกที่ขัดแย้งนั้น สมาชิกกลุ่มมักจะกล่าวเสมอว่าตนเองนั้นไม่แน่ใจว่าเกิดอารมณ์ใดขึ้น หรือมีความรู้สึกที่หลากหลายไปหมด ทั้งนี้การทำให้กระจ่างก็จะช่วยให้สามารถแยกความรู้สึกที่สมาชิกกลุ่มไม่สามารถแยกได้ โดยช่วยให้จดจ่อกับความรู้สึกมากขึ้นเพื่อให้รับรู้ความชัดเจนของความรู้สึกที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง

4. การสรุปความ (Summarizing)

ทักษะดังกล่าวนี้ เป็นทักษะที่ต้องอาศัยองค์ประกอบที่สำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่ม ความสามารถในการสรุปความนี้มีประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการแปลความจากเรื่องราวของคนหนึ่งสู่อีกหลายคนที่เป็นสมาชิกกลุ่ม ซึ่งต้องอาศัยทักษะที่มากกว่าเพียงการรายงานประเด็นหนึ่งสู่ประเด็นหนึ่ง แต่เป็นการรวบรวมความและถ่ายทอดความนั้นออกไปอย่างต่อเนื่อง

การสรุปความที่ดี ควรจะทำในช่วงท้ายของการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มที่มักจะจบการทำกลุ่มอย่างทันทีและไม่มีการสรุปความถือว่าค่อนข้างที่จะเป็นความผิดพลาด ความสำคัญของการสรุปความท้ายการทำกลุ่มเนื่องมาจากการช่วยเหลือให้สมาชิกได้สะท้อนถึงสิ่งที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มครั้งนั้น และนอกจากนี้ การสรุปความยังทำให้สมาชิกกลุ่มมีความตั้งใจที่จะใช้ความคิดทบทวนว่าตนได้ทำอะไรบ้าง ได้เรียนรู้อะไรบ้าง เกิดประสบการณ์อะไรขึ้นบ้างและจะนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกลุ่มไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างไร ในตอนจบของการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มอาจจะต้องกล่าวสรุปสั้น ๆ ด้วยตนเอง หรือโยนคำถามลงไปในกลุ่มเพื่อให้สมาชิกได้สรุปความ เช่น เหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในกลุ่ม หรือสมาชิกกลุ่มตอบสนองต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอย่างไร เป็นต้น

5. การถาม (Questioning)

การถามเป็นเทคนิคที่ถูกใช้บ่อยมาก โดยเฉพาะผู้นำกลุ่มที่ยังไม่มีประสบการณ์มักจะหยิบเทคนิคนี้มาใช้เป็นส่วนใหญ่ การถามคำถามสมาชิกกลุ่มนั้น หลังการถาม อาจทำให้เกิดผลกระทบทางลบต่อปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มได้ และนี่เป็นปัญหาอย่างมากอันเนื่องมาจากการใช้เทคนิคถามคำถามอย่างไร้ประสิทธิภาพ โดยเฉพาะคำถามที่ค่อนข้างเจาะลึกลงไปแต่ขณะที่ถามนั้นสมาชิกที่ถูกถามยังมีความรู้สึกไม่ไว้วางใจกลุ่ม หรือยังรู้สึกปลอดภัยไม่มากพอ และยังคงมองว่าคนอื่น ๆ ในกลุ่มเป็นคนแปลกหน้า แม้จะเป็นเทคนิคที่ดูเหมือนง่ายที่สุด แต่ก็ควรระมัดระวังในการใช้

6. การแปลความ (Interpreting)

ผู้นำกลุ่มจะทำการแปลความก็ต่อเมื่อสมาชิกกลุ่มคนใดก็ตามมีความต้องการอธิบายเพื่อให้เข้าใจเพิ่มเติม ทั้งด้านความคิด ความรู้สึกหรือด้านพฤติกรรม นอกจากนี้ยังช่วยให้เห็นทัศนคติใหม่ มุมมองใหม่ หรือให้มีทางเลือกมากยิ่งขึ้น การแปลความให้ดีขึ้น จะต้องใช้ทักษะที่ดีด้วย การแปลความเร็วเกินไปอาจแสดงให้เห็นได้ว่าไม่มีเหตุผลนัก หรือเป็นการสนับสนุนผิด ๆ ทำให้สมาชิกกลุ่มพึ่งพาผู้นำกลุ่มมากเกินไปในการคอยแปลความหมายของสิ่งที่สมาชิกพูด ทั้งนี้การแปลความสำหรับผู้นำกลุ่ม จะทำเพื่อแบ่งปันสมมติฐานบางประการร่วมกับสมาชิกกลุ่ม ทำเพื่อถามสมาชิกกลุ่มว่าสิ่งที่เข้าใจนั้นถูกต้องแล้วหรือไม่ เวลาที่สมควรต่อการแปลความจะเกิดขึ้นเมื่อผู้นำกลุ่มมีประสบการณ์ร่วมกับสมาชิกกลุ่มอย่างเพียงพอแล้ว เพราะว่าการแปลความนั้นมีพื้นฐานมาจากความรู้ที่ได้รับจากสมาชิกกลุ่ม และเวลาก็สำคัญเช่นเดียวกัน นอกจากการแปลความให้แก่สมาชิกเป็นรายบุคคลแล้ว ผู้นำกลุ่มควรที่จะมีทักษะซึ่งสามารถทำการแปลความของทั้งกลุ่มด้วย

7. การเผชิญหน้า (Confronting)

การเผชิญหน้า เป็นทักษะที่มีพลังมากเพราะต้องการที่จะทำให้สมาชิกได้กลับมามองดูตนเองอย่างชัดเจนและมีความยุติธรรม อย่างไรก็ตาม หากว่ามีการจัดการที่ไม่ดีพอ การเผชิญหน้านี้จะทำให้เกิดอันตรายต่อทั้งบุคคลที่ถูกเผชิญหน้าและกระบวนการกลุ่ม ผู้นำกลุ่มหลายคนจึงไม่กล้าพอที่จะใช้วิธีการดังกล่าวเพราะกลัวว่าเมื่อกระทำการเผชิญหน้าไปแล้วจะทำให้

กระบวนการกลุ่มหยุดชะงัก โดยเฉพาะการปฏิสัมพันธ์ของคนในกลุ่ม การทำให้บางคนเจ็บปวดหรืออาจกลายเป็นเป้าหมายที่มีคนต้องการแก้แค้น

การเผชิญหน้านั้นเหมือนกับว่าถูกทำไปเพราะไม่สนใจสมาชิก แต่จริงๆ แล้ว ผู้นำกลุ่มที่มีทักษะดีมักจะต้องเผชิญกับพฤติกรรมไม่ลงรอยกับสมาชิกเพราะว่าเป็นโอกาสอันดีที่จะให้พิจารณาต่อสิ่งที่สมาชิกพูดออกมา

8. การสะท้อนความรู้สึก (Reflecting Feelings)

การสะท้อนความรู้สึก เป็นทักษะของการตอบสนองถึงแก่นแท้ของสิ่งที่สมาชิกกลุ่มต้องการสื่อสารออกมา จุดประสงค์คือต้องการให้สมาชิกกลุ่มทราบว่ามีคนตั้งใจฟังและเข้าใจพวกเขา ถึงแม้ว่าการสะท้อนจะเป็นเหมือนกับกระจกส่องความรู้สึกที่บุคคลแสดงออกมา แต่ก็ไม่เพียงเท่านั้น การสะท้อนแตกต่างจากความตั้งใจ ความสนใจ ความเข้าใจและความเคารพต่อบุคคล เมื่อไหร่ที่สามารถสะท้อนความรู้สึกได้ดี จะทำให้สามารถเชื่อมถึงกัน เข้าใจความรู้สึกและบรรลุความสามารถด้านการฟัง รู้ว่าความรู้สึกนั้นมีพลังอย่างมากและสามารถกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มได้มองหาความตระหนักรู้แห่งตน

9. การสนับสนุน (Supporting)

การสนับสนุน หมายความว่า เป็นการจัดการการสนับสนุนและให้การเสริมแรงแก่สมาชิกกลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเขาได้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล เมื่อค้นหาความรู้สึกอันเจ็บปวดหรือมีโอกาสได้รับความเสียหายอย่าง ผู้นำกลุ่มสามารถมอบการสนับสนุนได้ทันที กริยาดังกล่าวนี้อาจจำเป็นต้องมีทักษะอันประกอบด้วย การตั้งใจฟังในสิ่งที่เขาพูดและการสื่อสารแบบไม่ใช่ภาษาให้การตอบสนองในทางที่จะสนับสนุนให้บุคคลทำงานต่อและก้าวไปข้างหน้าได้

ทักษะนี้มีความจำเป็น โดยเฉพาะการรู้ว่าเมื่อไหร่ที่ใช้แล้วได้ผลหรือเมื่อไหร่ที่ใช้แล้วจะเกิดผลตรงข้าม ผู้นำกลุ่มบางคนที่ทำให้การสนับสนุนมากเกินไปหรือให้การสนับสนุนที่รวดเร็วเกินไป จะทำให้เกิดความผิดพลาดได้ ถ้าหากว่าผู้นำกลุ่มสามารถห้ามตนเองไม่ให้มอบการสนับสนุนมากเกินไป สมาชิกก็จะรับรู้ได้ว่าเมื่อผู้นำกลุ่มให้การสนับสนุนนั้นจะเป็นพลังที่มีคุณค่าเสมอ

10. การเห็นอกเห็นใจ (Empathizing)

แก่นแท้ของทักษะความเห็นอกเห็นใจ ปรากฏอยู่ในรูปแบบของความสามารถของผู้นำกลุ่มในการมีความรู้สึกที่ไวต่อการทำความเข้าใจโลกของบุคคล การเห็นอกเห็นใจที่มีประสิทธิภาพนั้น ผู้นำกลุ่มต้องห่วงใยสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งการแสดงความเห็นอกเห็นใจต่อคนในกลุ่มจะเป็นการสาธิตให้สมาชิกกลุ่มทั้งหมดเข้าใจวัฒนธรรมการเห็นอกเห็นใจและนำไปสู่การสรุปได้ว่าในโลกของแต่ละคนก็ควรจะมีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นเช่นกัน

11. การเอื้ออำนวย (Facilitating)

การเอื้ออำนวยมีจุดประสงค์เพื่อปรับปรุงประสบการณ์กลุ่มและช่วยเอื้อให้สมาชิกกลุ่มไปถึงเป้าหมายได้สำเร็จ ทักษะการเอื้ออำนวยต้องการการสื่อสารที่ชัดเจนและตรงไปตรงมาท่ามกลางผู้เข้าร่วมกลุ่ม และช่วยเหลือพวกเขาให้มีความรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้นอันมีผลต่อทิศทางของกลุ่ม การเอื้ออำนวยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในวิธีการแบบ ให้บุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-centered approach)

3.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มการให้คำปรึกษาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมในนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับกลุ่มการให้คำปรึกษาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมในนักศึกษากลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้าแต่ยังไม่พบว่ามีผู้นำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ แต่ยังมีผู้ที่ทำการศึกษานำแนวคิดดังกล่าวมาใช้บ้างในกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ กล่าวคือ ผู้ป่วยซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านเศร้า จะได้รับการบำบัดแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมเพิ่มเติม เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ร่วมกับการทานยาต้านเศร้า ผลจากการศึกษาพบว่า การรักษาด้วยยาต้านเศร้าร่วมกับการบำบัดแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ส่งผลดีต่อการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Maneeton et al., 2010)

นอกจากนี้ มีการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้วิธีการวิจัยกึ่งทดลอง ผลปรากฏว่าเมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ ผู้ป่วยซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้าน้อยลงกว่าเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ พบว่า เมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ ผู้ป่วยซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พรเพ็ญ อารีกิจ, 2555)

ยังมีการศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงความคิดอัตโนมัติและทัศนคติที่ไม่เหมาะสม โดยการใช้กระบวนการกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า ผลจากการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับการเปลี่ยนแปลงความคิดอัตโนมัติและทัศนคติที่ไม่เหมาะสมนั้นมีความสัมพันธ์กัน โดยคะแนนของการทดสอบการเปลี่ยนแปลงความคิดอัตโนมัติและทัศนคติที่ไม่เหมาะสมสามารถใช้ทำนายค่าคะแนนอันจะได้จากการทดสอบค่าความเศร้าภายหลังจากการได้รับกระบวนการกลุ่มดังกล่าวได้ (Furlong & Oei, 2002) และได้มีการนำการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มไปปรับใช้กับหญิงชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกาที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและมีเศรษฐกิจฐานะทางด้านการรายได้ต่ำ จากการศึกษาพบว่า การปรับใช้เพื่อลดความเป็นอคติทางด้านวัฒนธรรม ทำให้ผลลัพธ์ของการทำการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นไปในทางที่ดี กล่าวคือทำให้ภาวะซึมเศร้าในหญิงชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกาที่มีค่าลดลง (Kohn et al., 2002)

4. ความกรุณาต่อตนเอง

จิตวิทยาที่กำเนิดจากภูมิภาคตะวันออก เป็นศาสตร์ทางจิตวิทยาที่กำลังมีการศึกษาและพัฒนาอย่างแพร่หลาย โดยนักจิตวิทยาคนหนึ่งมีความสงสัยว่าเพราะเหตุใด นักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์จึงให้ความสำคัญและศึกษาเพียงจิตวิทยาที่เป็นด้านลบเท่านั้น (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) ด้วยเหตุนี้จึงเป็นสาเหตุแห่งการศึกษาค้นคว้าและสร้างศาสตร์จิตวิทยาเชิงบวกขึ้น โดยได้นำเอาสิ่งที่เป็นการรับรู้ทางด้านบวก เช่น การมองโลกในแง่ดี ความหวังและความสุขของบุคคล เป็นตัวการขับเคลื่อนการพัฒนาตนเอง (Snyder & Shane, 2007)

“ความกรุณา” เป็นคำศัพท์ทางพระพุทธศาสนาที่พุทธศาสนิกชนแทบทุกคนมีความคุ้นเคยเป็นอย่างดี กรุณา เป็นส่วนประกอบหนึ่งของหลักธรรมพรหมวิหาร มีความสำคัญเนื่องจากเป็นธรรมะสำหรับทุกคน ในหลักธรรมพรหมวิหารนั้น ความเมตตา คือ ความสงสาร คิดช่วยให้พ้นทุกข์

ใฝ่ในในอันจะปลดปล่อยบำบัดความทุกข์ยากเดือดร้อนของปวงสัตว์ (พระพรหมคุณาภรณ์, 2559) เราในฐานะมนุษย์คงไม่สามารถปฏิเสธได้ว่าการ มีความสุขนั้นคือสิ่งที่ปรารถนามากที่สุด แต่หนทางที่บุคคลจะประสบกับความทุกข์แตกต่างกันไปตามวิถีชีวิตและตามแนวการปฏิบัติส่วนบุคคล เพียงแต่ความสุขคือเป้าหมายร่วมกัน

ปัจจุบัน การศึกษาฝั่งตะวันตก ได้ให้ความสนใจในหลักการทางพระพุทธศาสนาอย่างกว้างขวาง จากการค้นคว้าวรรณกรรมพบว่า พระพุทธศาสนาสอนให้พุทธศาสนิกชนได้เรียนรู้และฝึกหัดให้มีความกรุณา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในศาสนาพุทธนิกายเถรวาทที่แพร่หลายในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ หากพิจารณาหลักคำสอนอย่างถ้วนถี่แล้วจะพบว่ามีความปรารถนาที่ต้องการให้พุทธศาสนิกชนทั้งหลายหลุดพ้นจากความทุกข์ (Makransky, 2012) นอกจากนี้ยังมีความเชื่อมโยงกับจิตวิทยาเชิงบวก ไม่ว่าจะเป็นปัญญา (Wisdom) ความพึงพอใจในชีวิต (Self-satisfaction) รวมถึงความรู้สึกของการมีส่วนร่วมทางสังคม อันเป็นส่วนประกอบที่สำคัญสำหรับการใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า (Neff, Pisitsungkagarn & Hsieh, 2008)

4.1 ความหมายของความกรุณาต่อตนเอง

Kristin D. Neff นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน ผู้มีความสนใจจิตวิทยาแนวพุทธ ได้ศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับหลักธรรมคำสอนของพุทธเจ้า รวมถึงได้ค้นคว้าจากงานศึกษาของบุคคลอื่น ทำให้ทราบว่าจิตวิทยาแนวพุทธนี้ให้ความสำคัญกับการพิจารณาเพื่อทำความเข้าใจธรรมชาติของตน (Gallagher & Shear, 1999) ซึ่งแนวคิดหนึ่งที่ยังมีการศึกษาในวงที่จำกัดนั้นคือแนวคิดความกรุณาต่อตนเอง (Bennett-Goleman, 2001) ทำให้นักจิตวิทยาชาวอเมริกันท่านนี้ ได้พยายามศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจนกระทั่งสามารถนิยามคำศัพท์ของคำว่าความกรุณาต่อตนเอง (Self-compassion) ไว้ว่า “เป็นการเปิดรับและเกิดความรู้สึกเมื่อผู้อื่นเป็นทุกข์ บุคคลจึงเกิดความปรารถนาที่จะบรรเทาความทุกข์นั้น นอกจากนี้ยังรวมถึงการมีความอดทน ความมีน้ำใจอ่อนโยน และความเข้าใจอย่างไม่ตัดสินกับผู้อื่น ทั้งรับรู้ว่าไม่มีมนุษย์คนไหนสมบูรณ์แบบและไม่เคยทำเรื่องผิดพลาด” เช่นเดียวกันความกรุณาต่อตนเองยังหมายรวมถึง “การเปิดรับและมีความรู้สึกกับความทุกข์ของตนเอง ประสบกับความรู้สึกห่วงใยเอาใจใส่และอ่อนโยนที่มีต่อตัวเอง มีความเข้าใจและมุมมองที่ไม่ตัดสินต่อความล้มเหลวและความไม่ดีพอของตนเองและรับรู้ว่าประสบการณ์ของตนนั้นเป็นส่วนหนึ่งของการเป็นมนุษย์” (Neff, 2003a)

4.2 องค์ประกอบของความกรุณาต่อตนเอง

เมื่อพิจารณาความกรุณาต่อตนเองในประเด็นขององค์ประกอบแล้ว Neff (2003a) กล่าวว่าสามารถแยกออกเป็นองค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประการ ได้แก่

4.2.1 การหยิบบี้นความใจดีให้กับตนเองแทนที่จะตำหนิตีเดียหรือตัดสินตนเอง (Self-kindness)

4.2.2 รับรู้ประสบการณ์ของตนเองว่าเป็นส่วนหนึ่งของการเป็นมนุษย์แทนที่จะรู้สึกโดดเดี่ยวและแปลกแยกจากคนอื่น (Common humanity)

4.2.3 มีสติแทนที่จะจมอยู่กับความทุกข์ (Mindfulness)

โดยเมื่อแยกองค์ประกอบพื้นฐานดังกล่าว แบ่งเป็นด้านบวกและด้านลบแล้ว จะสามารถแบ่งได้ทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่

ด้านที่ 1 ด้านบวก ความใจดีต่อตนเอง (Self-kindness)

ด้านที่ 2 ด้านลบ	การตัดสินและตำหนิตนเอง (Self-judgment)
ด้านที่ 3 ด้านบวก	การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของความเป็นมนุษย์ (A sense of common humanity)
ด้านที่ 4 ด้านลบ	การรู้สึกโดดเดี่ยวและแปลกแยก (Isolation)
ด้านที่ 5 ด้านบวก	การมีสติ (Mindfulness)
ด้านที่ 6 ด้านลบ	การจมอยู่กับความทุกข์ (Over-identified)

4.3 การประเมินความกรุณาต่อตนเอง

แบบประเมินความกรุณาต่อตนเอง (Self-compassion scale) ถูกสร้างขึ้นในปี ค.ศ.2003 โดย Kristen Neff จุดประสงค์เพื่อใช้ประเมินความกรุณาต่อตนเอง ในผู้ที่มีอายุ 14 ปีขึ้นไป ประกอบด้วยคำถาม 26 ข้อ สามารถให้ผู้ทำแบบประเมินอ่านและเลือกตอบได้ด้วยตนเอง (self-rating) แบบประเมินดังกล่าว มีค่าความเชื่อมั่น Internal consistency เท่ากับ .92

4.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความกรุณาต่อตนเอง

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในปัจจุบันแนวคิดของความกรุณาต่อตนเองได้ถูกนำไปประยุกต์ใช้หลายประการ อีกทั้งยังมีความเชื่อเกี่ยวกับความกรุณาต่อตนเองว่า หากมีระดับความมีกรุณาต่อตนเองสูงจึงควรจะมีระดับความซึมเศร้าและความวิตกกังวลต่ำและมีระดับความพึงพอใจในชีวิตสูง (Neff, 2003b)

การศึกษาระดับความกรุณาต่อตนเองมีจำนวนน้อย แต่ยังพบได้บ้าง ดังการศึกษาของ Lockard และคณะ (2014) ที่ได้ทำการศึกษาระดับความกรุณาต่อตนเองในนักศึกษามหาวิทยาลัย พบว่านักศึกษามีคะแนนความกรุณาต่อตนเองเฉลี่ย 2.80 คะแนน ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนในประเทศไทย พบการศึกษาของวัชรชาติ บุญสร้างสม (2556) ที่ศึกษาคะแนนความกรุณาต่อตนเองในกลุ่มนักศึกษาจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและมหาวิทยาลัยรังสิต จำนวน 400 คน พบว่ากลุ่มนักศึกษาเหล่านี้มีคะแนนความกรุณาต่อตนเองเฉลี่ยเท่ากับ 20.49 คะแนน ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับปานกลาง

Nicholas T. Van Dam และคณะ (2011) ได้ทำการศึกษาว่าความกรุณาต่อตนเองสามารถใช้ทำนายความรุนแรงของอาการ รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้าได้ดีกว่าสติบำบัด ซึ่งผลจากการศึกษาทำให้ทราบว่าความกรุณาต่อตนเองนั้นเป็นตัวแปรสำคัญที่สามารถพยากรณ์ความรุนแรงของอาการและคุณภาพการใช้ชีวิต ซึ่งดีกว่าตัวแปรด้านสติบำบัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพยากรณ์นั้นจะเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจและด้านการแยกตัวเองจากแบบทดสอบความกรุณาต่อตนเอง การค้นพบครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าความกรุณาต่อตนเองมีความสำคัญในการพยากรณ์จิตสุขภาพ เนื่องจากเป็นส่วนประกอบสำคัญของวิธีการที่มีพื้นฐานด้านสติบำบัดสำหรับโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้า ในขณะที่เดียวกันก็มีการศึกษาเรื่องความกรุณาต่อตนเองและความสัมพันธ์กับการหลีกเลี่ยงและการไตร่ตรองของด้านารรู้คิดและด้านพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นผู้ป่วยนอก พบว่าผลจากการวัดชี้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีระดับของความกรุณาต่อตนเองต่ำกว่าผู้ที่ไม่เคยป่วยด้วยโรคซึมเศร้า กระทั่งผู้ที่อยู่ในกลุ่มควบคุมก็เช่นเดียวกัน ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นผู้ป่วยนอกนั้น ความกรุณาต่อตนเองมีความเกี่ยวข้องกับด้านลบกับอาการซึมเศร้า การไตร่ตรองถึงอาการหลักและการหลีกเลี่ยงด้านารรู้คิดและด้านพฤติกรรม ยิ่งไปกว่านั้น การไตร่ตรองถึงอาการหลักและการหลีกเลี่ยงด้านารรู้คิดและด้านพฤติกรรม อยู่ระหว่าง

ความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ต่อตนเองและอาการซึมเศร้า การค้นพบในครั้งนี้ได้ขยายผลไปสู่การวิจัยก่อนหน้าในเรื่องของความทุกข์ในตนเอง ที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าและกระบวนการนำไปสู่ความสัมพันธ์และเน้นถึงความสำคัญของความทุกข์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าดูเหมือนจะมีความลำบากในการรับเอาทัศนคติของการมีความทุกข์ต่อตนเองเข้ามา ทั้งนี้ นักจิตบำบัดมักจะให้คำแนะนำแก่บุคคลเหล่านั้นเพื่อค้นหาและบอกวิธีการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยตัวของผู้ป่วยเอง (Tobias Krieger และคณะ, 2013)

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาของ Maheux & Price (2016) ที่มุ่งศึกษาเพื่อให้ทราบว่าผลทางอ้อมของการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ที่ประสบเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดทางจิตใจ ด้วยการให้แนวคิดความทุกข์ต่อตนเอง เนื่องจากผู้วิจัยเชื่อว่าความทุกข์ในตนเองเป็นกลยุทธ์ด้านบวกในการจัดการกับปัญหาอย่างหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางด้านลบกับ Post-trauma psychopathology และจากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับสมมติฐานที่ว่าหากทรัพยากรภายนอกของการสนับสนุนทางสังคมสามารถเพิ่มทรัพยากรภายในของความทุกข์ต่อตนเองได้แล้ว ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะทำให้ไปลด Psychopathology ลงได้ เพราะฉะนั้น การศึกษาในครั้งนี้จะเป็นการทดสอบสมมติฐานที่มีความเกี่ยวข้องกันระหว่างการสนับสนุนทางสังคม (Social support) กับโรค Posttraumatic stress disorder (PTSD) โรควิตกกังวล (Generalized anxiety disorder: GAD) และอาการซึมเศร้า มีผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทางอ้อมจากความทุกข์ต่อตนเองหรือไม่ โดยผลจากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากสังคมเป็นความสัมพันธ์ทางบวกกับความทุกข์ต่อตนเอง ความทุกข์ต่อตนเองเป็นความสัมพันธ์ทางลบกับ Posttraumatic stress disorder (PTSD) โรควิตกกังวลและอาการซึมเศร้า อาจกล่าวได้ว่าความทุกข์ต่อตนเองนั้นเป็นผู้ไกลเกลี่ยความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากสังคมกับ Posttraumatic stress disorder โรควิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้คือ การสนับสนุนจากสังคมอาจเป็นตัวการทำให้ลดอาการของ Posttraumatic stress disorder โรควิตกกังวลและอาการซึมเศร้าได้

นอกจากจะมีการศึกษาความทุกข์ต่อตนเองในกลุ่มผู้ป่วยแล้ว ยังมีผู้ที่ซึ่งสนใจศึกษาเกี่ยวกับความทุกข์ต่อตนเองในกลุ่มบุคคลปกติอีกด้วย ดังการศึกษาของ Raes (2011) ที่เกิดความสงสัยว่าความทุกข์ต่อตนเองนั้นน่าจะเป็นตัวแปรที่ใช้พยากรณ์อาการซึมเศร้าในบุคคลกลุ่ม Non-clinical ได้ด้วย จากการศึกษาพบว่าความทุกข์ต่อตนเองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการซึมเศร้า คือ การมีความทุกข์สูงขึ้นจากเดิมมีความเกี่ยวข้องกับการลดลงและ/หรือการเพิ่มขึ้นน้อยลงของอาการซึมเศร้าได้ โดยการค้นพบครั้งนี้มีความสอดคล้องกับแนวคิดความทุกข์ต่อตนเองที่น่าเสนอว่าความทุกข์ต่อตนเอง เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญสำหรับปัญหาทางด้านอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้า

นอกจากการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคนจากประเทศเดียวกันแล้ว ยังมีผู้วิจัยจำนวนหนึ่งที่ได้ทำการศึกษาในกลุ่มบุคคลต่างวัฒนธรรม ดังเช่นการศึกษาของ Melissa Ann Burkett (2014) ที่ทำการศึกษาความแตกต่างของความทุกข์ในตนเองและความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นระหว่างชาวจีนและชาวอเมริกันที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรี การศึกษาดังกล่าวไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทั้งในเรื่องของความทุกข์ในตนเองและความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น อย่างไรก็ตาม จากการศึกษานี้ได้พบความแตกต่างบางประการในด้านความใจดีต่อตนเอง (Self-kindness), ความเป็นมนุษย (Common humanity), การแยกตัว (Isolation) และในด้านอารมณ์

อยู่กับความทุกข์ (over identification) ของมาตรวัดความกรุณาต่อตนเองและด้านความยุ่งยากส่วนบุคคล (Personal distress) ของดัชนีปฏิกริยาความสัมพันธ์ต่อผู้อื่น (Interpersonal Reactivity Index) ซึ่งจากการศึกษานั้นพบว่าของชาวจีนมีมากกว่าชาวอเมริกัน และในส่วนของนักศึกษาชาวอเมริกันถูกรายงานว่ามักจะมีคะแนนที่สูงอย่างมีนัยสำคัญในด้าน Fantasy และด้าน Empathic Concern ในดัชนีปฏิกริยาความสัมพันธ์ต่อผู้อื่น (Interpersonal Reactivity Index) อย่างไรก็ตามพบว่าความแตกต่างทางด้านเพศนั้นไม่ส่งผลระหว่างกลุ่ม

และมีการศึกษาหนึ่ง พบว่า หากบุคคลมีความกรุณาต่อตนเองแล้วจะสามารถประสพกับอารมณ์ทางบวกที่มีต่อตนเองโดยไม่ต้องพยายามป้องกันหรือหนุ่หนีอัตลักษณ์ของตนเอง ที่เป็นเช่นนั้นก็เพราะว่าความกรุณาต่อตนเองไม่ได้มีพื้นฐานมาจากการประเมินตนเองและผู้อื่น หรือประเมินความสอดคล้องกับอุดมคติมาตรฐาน แท้จริงแล้วความกรุณาต่อตนเองหลีกเลี่ยงกระบวนการประเมินโดยสิ้นเชิง แต่จะมุ่งเน้นที่ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจและความเข้าใจตนเอง รวมทั้งการตระหนักถึงความเป็นมนุษย์ปุถุชนของตนเอง (Baumeister, Bushman & Campbell, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Neff (2003) ที่กล่าวว่า ความกรุณาต่อตนเองสามารถเปลี่ยนแปลงความรู้สึกลบต่อตนเองไปสู่ความรู้สึกบวกต่อตนเองได้ เช่น หากเกิดความรู้สึกแค้นกับความล้มเหลวของตนเอง ก็จะเกิดความรู้สึกเห็นอกเห็นใจและมีความเข้าใจตนเองได้ ซึ่งเป็นผลให้ความกรุณาต่อตนเองนี้นำมาซึ่งประโยชน์ทางด้านจิตใจหลายประการ เช่นเดียวกับ Stolow และคณะ (2016) ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความกรุณาต่อตนเอง ในฐานะเป็นตัวพยากรณ์สำหรับอาการซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น โดยได้อภิปรายถึงผลการศึกษาว่าการส่งเสริมพัฒนาความกรุณาต่อตนเองในประชากร ไม่ว่าจะเป็เด็กหรือวัยรุ่นอาจมีประโยชน์ต่อบริบทเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า นอกจากนี้ จากการศึกษาข้างชี้ให้เห็นว่าความกรุณาต่อตนเองก่อให้เกิดผลที่ดีต่ออาการซึมเศร้า ซึ่งเทียบเคียงได้กับการเห็นคุณค่าในตนเอง ดังนั้น การเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเอง อาจเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีผลต่อการเสริมสร้างความนับถือตนเอง

นอกจากนี้ การศึกษาแบบตัดขวางในผู้ใหญ่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างความกรุณาต่อตนเองและอาการซึมเศร้า (MacBeth & Gumley, 2011) สำหรับการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างความกรุณาต่อตนเองและอาการซึมเศร้าในผู้มีอายุน้อยยังไม่แพร่หลายนัก โดยมีเพียง 2 การศึกษาที่รายงานผลเอาไว้ กล่าวคือ Raes (2011) ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงอาการซึมเศร้าที่มีความแตกต่างกันไปตามระดับของความกรุณาต่อตนเองในกลุ่มตัวอย่างเป็นักศึกษามหาวิทยาลัย ผลการศึกษาพบว่า ผู้มีอาการซึมเศร้าและมีระดับความกรุณาต่อตนเองสูง มีความเป็นไปได้ว่าอัตราการเกิดอาการซึมเศร้าในอนาคตจะลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Terry, Leary และ Mehta (2013) ที่พบว่านักเรียนที่เข้าเรียนในวิทยาลัยและมีระดับความกรุณาต่อตนเองในระดับสูงจะมีอาการซึมเศร่าลดลงภายใน 4 - 6 สัปดาห์ขณะที่เรียนในภาคเรียนที่ 1

5. การพัฒนาสติ

การพัฒนาสติ (Mindfulness) เป็นหนทางแสนเรียบง่ายที่นำไปสู่ทุกประสพการณ์อันสามารถทำให้ปริมาณความเจ็บปวดหรือความเสียใจลดน้อยลง และยังเป็นการจัดค่าเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงตนเองให้เปลี่ยนเป็ด้านบวกมากยิ่งขึ้น ซึ่งเรียกได้ว่าเป็นแก่นของกระบวนการทางจิตวิทยาที่สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการตอบสนองต่อสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ในการใช้ชีวิต ไม่เพียงแต่

ความท้าทายจากการใช้ชีวิตในแต่ละวัน (Existential challenges) ทั้งนี้ยังรวมถึงปัญหาทางสุขภาพจิตที่รุนแรงเข้าด้วย เช่น การมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (Suicidal ideation) (Linehan, 1993) การมีภาวะความเศร้าเรื้อรัง (Chronic depression) (Segal, Williams&Teasdale, 2002) และมีความคิดที่ผิดแปลกไปจากความเป็นจริง (Psychotic delusions) (Bach&Hayes, 2002)

คำว่า “สติ” เป็นคำที่ค่อนข้างคุ้นหู โดยเฉพาะในชาวไทยเชื้อสายพุทธ เรามักจะได้ยินหรือได้รับรู้ถึงคำว่าสติผ่านการอ่านหนังสือ ผ่านการเรียนวิชาพระพุทธศาสนาหรือแม้แต่เมื่อเข้าวัด พระท่านก็มักจะให้เราได้นั่งถึงการมีสติอยู่เสมอ ซึ่งการพัฒนาสติก็เช่นกันคือไม่ใช่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นใหม่ แต่มีมาก่อนนี้ โดยประโยชน์คือจะทำให้เต็มเปี่ยมไปด้วยการรับรู้อย่างมีสติหรือมีความตระหนักรู้ ถือเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เราเป็นมนุษย์ อย่างไรก็ตามการที่จะมีสติได้นั้นจะต้องมีการเรียนรู้และพัฒนาทักษะ

กว่า 2500 ปีมาแล้ว ที่จิตวิทยาแนวพุทธได้ถือกำเนิดขึ้น และเพื่อเป็นการทำความเข้าใจการพัฒนาสติได้อย่างลึกซึ้งมากขึ้นนั้น ก็จะต้องทำให้เกิดประสบการณ์ตรง เนื่องจากการพัฒนาสตินี้เป็นการหยั่งรู้เฉพาะตนและเกิดก่อนการแปลผลทางความคิด โดยเมื่อบุคคลได้ฝึกปฏิบัติแล้วก็จะทำให้มีสติในการใช้ชีวิตมากขึ้นและมากขึ้น แม้จะเผชิญหน้ากับสิ่งใดที่ทำให้มีความทุกข์ทรมานก็ตาม การพัฒนาสติคือการหมั่นค้นลงเข้าไปในห้วงลึกที่สุดภายในตัวของตัวเอง

5.1 ความหมายของสติ

คำว่า สติ เป็นคำบาลี ถูกนำมาใช้ในบริบทเก่าแก่ที่มีความหมายโดยนัยว่าคือการตระหนักรู้ สมาธิและการระลึกได้ (Davids & Stede, 2001) แต่คำว่าสติในทางจิตวิทยานั้นถูกรวมเข้าไว้ด้วยกันระหว่างความคิดและการฝึกปฏิบัติ โดยวัตถุประสงค์ของการพัฒนาสตินั้นก็เพื่อกำจัดซึ่งความทุกข์ทรมาน ด้วยการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการทำงานของจิตใจและธรรมชาติของโลกใบนี้ผู้ฝึกปฏิบัติเพื่อพัฒนาสตินับว่าเป็นผู้ที่มีการทำงานอย่างเข้มแข็งร่วมกับการรู้ตัวเพื่อระออดความสงบซึ่งตั้งอยู่ตรงกลางระหว่างการเกิดขึ้นของอะไรก็ตาม (Dunne, 2007)

เมื่อไม่นานนี้ ได้มีการพัฒนา “Street smarts” ขึ้น เพื่อจัดการจิตใจ (Bhikkhu, 2007) ซึ่งเป็นตัวช่วยที่ทำให้ระลึกได้เมื่อมีความต้องการพัฒนาคุณภาพทางจิตใจด้านอื่น เช่น การตื่นตัว การจดจ่อ ความรัก ความเมตตา และความพยายามที่จะบรรเทาความทุกข์ทรมาน เช่น หากกำลังทำสมาธิแล้วเริ่มวิจารณ์ตนเอง ก็จะต้องเพิ่มปริมาณของความกรุณาเข้าไป หรือหากกำลังรู้สึกเกียจคร้าน ก็ต้องพยายามที่จะเพิ่มปริมาณของพลังงานในร่างกายหรือจิตใจ สติเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้บรรลุถึงความสุขได้ เพียงแต่จะเป็นรากฐานอันมั่นคงแก่ปัจจัยที่จำเป็นอื่นๆ (Rapgay & Brystrisky, 2007) จากการทบทวนวรรณกรรมเก่าๆ สติ มักจะถูกกล่าวถึงในแง่ของการทำงานมิใช่เป้าหมาย ซึ่งสติเป็นส่วนหนึ่งของรูปแบบที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อถอดถอนเอานิสัยของจิตใจที่นำไปสู่การเกิดความทุกข์ออกไป เช่น อารมณ์ที่เป็นเหตุให้เศร้าหมอง ได้แก่ ความโกรธ ความอิจฉา ริษยา ความโลภหรือพฤติกรรมอันทำร้ายตนเองและผู้อื่น

ปัจจุบัน มีการให้ความสำคัญกับสติตระหนักรู้ในบริบทของการทำจิตบำบัด เป็นอีกกลยุทธ์หนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับแนวทางการรักษาสัมัยใหม่ โดยนักบำบัดที่มีเจตนาดีซึ่งพยายามที่จะแก้ปัญหาของผู้ป่วยที่ไม่ได้ตั้งใจให้เกิดขึ้น โดยการยอมรับตนเอง (Self-acceptance) และการทำความเข้าใจตนเอง (Self-understanding) ซึ่งปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมนั้นสามารถที่จะรับรู้ได้จากสัญชาตญาณและยังมีความพยายามที่จะหลีกเลี่ยงความไม่สะดวกสบายนั้นโดยการขับเคลื่อน

ตัวเองไปสู่กิจกรรมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง อย่างไรก็ตาม การกำหนดการพัฒนาสติรูปแบบใหม่นั้น จึงมุ่งเน้นไปที่การมีความตระหนักรู้และการยอมรับเป็นอันดับแรก รองลงมาจึงจะเป็นการเปลี่ยนแปลง

5.2 จาก สติ สู่ การบำบัดด้วยการพัฒนาสติ

การพัฒนาสติ ถูกนำมาใช้โดยในบริบทของการทำจิตบำบัดแนวตะวันตกแล้วจึงแผ่ขยายออกไปซึ่งสิ่งที่เกิดขึ้นนี้มีการพัฒนาจากคำว่า สติ เดิมๆ ที่หมายความถึงการตระหนักรู้ สมาธิ และการระลึกได้ แต่คำว่าการพัฒนาสติ ได้ถูกรวมความหมายเข้าไปในคำเดียวและยังปรับเปลี่ยนเพื่อให้สามารถใช้ในเงื่อนไขทางคลินิกได้อีกด้วย ซึ่งองค์ประกอบที่รวมไว้ด้วยกัน ประกอบด้วย การไม่ตัดสิน (Non-judgment) การยอมรับ (Acceptance) และความกรุณา (Compassion)

Jon Kabat-Zinn ผู้ริเริ่มนำการพัฒนาสติเข้ามาใช้ในบริบทของการบำบัด ได้นิยามคำนี้ว่า เป็นการตระหนักรู้ที่ปรากฏผ่านทาง การให้ความสนใจในเจตนา ณ ปัจจุบันขณะ และการไม่ตัดสินต่อการเผยประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (Kabat-Zinn, 2003) ต่อมา ได้มีการเสนอความเห็นของคนส่วนใหญ่เกี่ยวกับนิยามของคำว่า การพัฒนาสติเอาไว้ว่า เป็นการควบคุมตนเองต่อความสนใจที่ถูกเก็บรักษาไว้ในประสบการณ์ปัจจุบัน และด้วยเหตุนี้เองจึงทำให้การรับรู้ของเหตุการณ์ในใจเพิ่มขึ้นในปัจจุบันขณะ และ เป็นการวางแนวทางที่เฉพาะเจาะจงเพื่อไปสู่ประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งมีลักษณะเฉพาะที่โดดเด่นด้วยความอยากรู้ การเปิดกว้างและการยอมรับ (Bishop et al, 2004)

เมื่อได้มองเข้าไปภายใต้ นิยาม การบำบัดด้วยการพัฒนาสติ แล้ว ผู้ศึกษาจากสถาบันสมาธิและจิตบำบัด (Institute for Meditation and Psychotherapy) ค้นพบประโยชน์ของความตระหนักรู้ ว่าเป็นประสบการณ์ปัจจุบันร่วมกับการยอมรับ (Germer, Siegel, & Fulton, 2005) โดยองค์ประกอบ 3 ประการจะถูกค้นพบในการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาสติยุคใหม่ แม้ว่า การยอมรับ จะเป็นส่วนที่เคยถูกพบในข้อมูลหลักฐานเก่าๆ แต่ก็ช่วยให้เกิดความชัดเจนสำหรับการนำไปใช้ทางคลินิก ส่วนองค์ประกอบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งอาจต้องนำมาใช้สำหรับการบำบัดด้วยการพัฒนาสติ รวมไปถึง การตระหนักรู้เรื่องความรักและเมตตา การยอมรับอย่างมีสติ การเปิดใจ และความกรุณาอย่างมีสติ ทั้งนี้ การยอมรับ ที่ถูกเพิ่มเข้ามาในการพัฒนาสตินั้นทำให้เป็นไปในแนวทางจิตบำบัดมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญหน้ากับสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความบอบช้ำใจมาก ๆ การมีความตระหนักรู้ที่ปราศจากการยอมรับก็เหมือนกับการมองไปที่ฉากอันน่ากลัวภายใต้แสงอันสว่างจ้า ซึ่งในบางครั้งเราคงต้องการแสงอันอ่อนโยน เปรียบเพียงแสงเทียนก็เพียงพอแล้ว เมื่อเผชิญกับความทุกข์ทรมาน สิ่งที่ต้องการมากที่สุดคือการยอมรับและความกรุณา เพื่อที่จะจัดการกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต เมื่อผู้ป่วยเข้ารับจิตบำบัด ก็ย่อมมีความคาดหวังว่าจะมีใครเพียงสักคนที่คอยให้เวลาเพื่อทำความเข้าใจว่าเพราะอะไรผู้หนึ่งจึงมีความทุกข์ทรมาน และ ก็ต้องการวิธีที่จะสามารถบรรเทาความทุกข์นั้น ความกรุณาเป็นสิ่งที่สำคัญอีกอย่างที่เป็นกุญแจสำคัญสู่การทำความเข้าใจในความเจ็บปวดอย่างแท้จริง เพราะฉะนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รู้จักและทำความเข้าใจการยอมรับและความกรุณา

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่า ความกรุณาเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง เช่นกัน การยอมรับตนเองและความกรุณาต่อตนเอง เป็นสิ่งที่มีคุณค่าและเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับการเกิดการตระหนัก

ภายใต้สถานการณ์หนึ่ง ร่วมกับเปิดตา เปิดหัวใจ เมื่อได้ฝึกพัฒนาสติด้วยตนเองแล้ว การยอมรับตนเองจะเป็นสิ่งจำเป็นที่คอยช่วยให้อารมณ์อยู่นิ่งได้ และในสัมพันธภาพของการบำบัดแล้ว การยอมรับและความกรุณาเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับกระบวนการที่ช่วยให้เกิดผลดีขึ้น

5.3 การฝึกพัฒนาสติ

หลาย ๆ ครั้งที่มีมักจะถูกรบกวนจากการแจ้งเตือนว่าบ่อยเพียงใดที่ไม่มีสติ และต้องการให้สิ่งใดออกไปจากชีวิตบ้าง นับว่าเป็นเรื่องที่ดีที่ปัจจุบันพบว่าการพัฒนาสติสามารถฝึกฝนได้ เพียงแค่เพิ่มสมรรถภาพทางร่างกายผ่านการออกกำลังกาย ก็สามารถพัฒนาสติผ่านทาง การฝึกใจให้มีความสุขรอบคอบ

การฝึกพัฒนาสติ เกี่ยวข้องกับการทำสมาธิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในทางตะวันตก ที่มักจะมีสมาธิที่ฝังใจเกี่ยวกับการฝึกทำสมาธิ เพราะฉะนั้นจึงจะช่วยให้การพิจารณาสิ่งที่มีสมาธิที่ฝังใจ

5.3.1 Not Having a Blank Mind ระหว่างการฝึกให้มีสมาธิเพื่อให้เข้าสู่ภาวะไร้ความคิด แต่ไม่ใช่มุ่งหมายเพื่อฝึกพัฒนาสติหรือสูญเสียความสามารถในการวิเคราะห์ แท้จริงแล้ว การฝึกพัฒนาสติยังเกี่ยวข้องกับการฝึกจิตใจเพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ว่ากำลังทำอะไรอยู่ในทุกๆ เวลารวมถึงการตระหนักรู้ว่าคิดอะไรเมื่อกำลังคิด

5.3.2 Not Becoming Emotionless หลายต่อหลายคนหวังว่าการฝึกพัฒนาสติสามารถทำให้ลดภาระทางอารมณ์ลงได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความกังวลใจ ในจินตนาการ ความจริงแล้วการฝึกพัฒนาสติเป็นประจำค่อนข้างที่จะมีผลในทางตรงกันข้าม เพราะการฝึกพัฒนาสตินี้จะช่วยให้สังเกตเห็นถึงเนื้อหาภายในใจ ซึ่งจะทำให้สังเกตเห็นอารมณ์ได้มากและชัดเจนขึ้น โดยความสามารถในการจดจำว่ามีความรู้สึกเพิ่มขึ้น ในขณะที่ทำการยกเลิกกลไกทางจิตแบบเดิม เช่น การหยุดตนเองจากสภาวะแวดล้อมที่ไม่สบายหรือการกิน เป็นต้น

5.3.3 Not Withdrawing from Life เพราะว่าการฝึกสมาธิโดยส่วนใหญ่ นั้นมาจากพระภิกษุและนักบวช ซึ่งคนทั่วไปมักจะคิดว่าผู้ปฏิบัตินั้นได้ละแล้วซึ่งทางโลก จึงได้รับประโยชน์จากการฝึกพัฒนาสติในสิ่งแวดล้อมที่เรียบง่าย และมีการเปลี่ยนแปลงที่ยิ่งใหญ่ของประสบการณ์ชีวิตอย่างชัดเจนเพราะได้ใช้เวลาในการเพ่งความสนใจประสบการณ์ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง

5.3.4 Not Seeking Bliss ภาพของผู้นำทางจิตวิญญาณที่ยิ้มอย่างมีความสุข ในขณะที่ผู้คนที่เหลืออยู่ยังต้องต่อสู้กับความเป็นจริงในชีวิตช่างน่าสับสน ในช่วงแรกของผู้ทำสมาธิ หลายคนมักจะมีสมาธิที่ จิตใจจะไม่อยู่กับตัวและมีความรู้สึกกระวนกระวายใจ แต่ในขณะที่ได้เปิดรับการพัฒนาสติอย่างจริงจังแล้วก็จะได้รับรู้ถึงความทุกข์นั้นมิเข้ามาก็มีผ่านไป ทั้งนี้ยังช่วยให้ไม่ยึดติดกับเพียงความสุข รวมถึงไม่ปฏิเสธคนที่ไม่มีที่พึงใจ

5.3.5 Not Escaping Pain นอกจากการหลุดพ้นจากความเจ็บปวด การฝึกสติยังช่วยให้มีความสามารถที่จะเผชิญหน้ากับความเจ็บปวดนั้น ซึ่งเกิดจากการละเว้นจากการตอบโต้อันเป็นอัตโนมัติที่ออกแบบมาเพื่อให้คุณรู้สึกดีกว่าเดิม ตัวอย่างเช่น ถ้าในขณะที่นั่งสมาธิแล้วรู้สึกคันขึ้นมา คำแนะนำพื้นฐานคือจะต้องคอยสังเกตว่าตนเองคันและรับทราบแรงกระตุ้นที่เกิดขึ้น หมายถึงความอยากเกาอย่างมาก แต่ก็จะไม่ตอบสนองต่อความอยากเกานั้น ผลก็คือจะได้รับประสบการณ์ความเจ็บปวดและความไม่สบายอย่างมาก ซึ่งหมายรวมไปถึงอาการคันและความเจ็บปวดทางกายที่เกิดขึ้นด้วย สิ่งที่ได้สำรวจและยอมรับ โดยเฉพาะประสบการณ์ไม่สบายนี้จะช่วยให้มีความสามารถ

ในการต่อกรกับความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังได้ค้นพบว่าความรู้สึกเจ็บปวด (Painful) อันนี้มีความแตกต่างจากความรู้สึกทุกข์ทรมาน (Suffering) ทั้งยังได้เห็นความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นเมื่อผลตอบสนองต่อความเจ็บปวด

5.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสติ

การพัฒนาสติได้เข้ามามีบทบาทมากขึ้นในเชิงการบำบัดรักษาผู้ป่วยทางคลินิก ซึ่งมีหลายท่านได้ให้ความสำคัญและได้ทำการศึกษาวิจัย ดังเช่น Neff และ Germer (2013) ได้ทำการศึกษานำร่องในโปรแกรมชื่อว่า Mindful Self-Compassion Program โดยมีผู้เข้าร่วมจำนวน 21 คน ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ รวมทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความกรุณาต่อตนเองมากขึ้น ผลจากการศึกษาพบว่าผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรม มีความกรุณาต่อตนเองเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้คะแนนด้านสติและความอยู่ดีมีสุขก็เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน

Birnie, Speca และ Carlson (2010) ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับการค้นหาความกรุณาต่อตนเองและความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น ในบริบทของโปรแกรมชื่อว่า Mindfulness-based stress reduction ซึ่งผลการวิจัยพบว่าความกรุณาต่อตนเองและความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นนี้มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับการพัฒนาสติ ซึ่งเป็นตัวแปรหลักของโปรแกรกดังกล่าว โดยผลจากการศึกษาพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมทำให้ผู้เข้าร่วมมีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นเพิ่มขึ้น ทำให้ความไม่สบายใจหรือกังวลลดลง ส่วนความกรุณาต่อตนเองก็เป็นตัวแปรที่ถูกทำนายจากการเปลี่ยนแปลงเรื่องการพัฒนาสติ ซึ่งความกรุณาต่อตนเองและความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นนี้มีความเกี่ยวข้องเป็นอย่างยิ่งกับ Psychological functioning

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพหุวิธี (Multi-method research) โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณแบบวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ในกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความทุกข์ตนเองในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

โดยผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะของศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ในกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ และระยะของการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความทุกข์ตนเองในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาชั้นปีที่ 1

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย (Populations) และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (Samples)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ในกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ อันประกอบด้วย คณะแพทยศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสหเวชศาสตร์และคณะสาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 690 คน ใช้การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงจากตารางกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie และ Morgan (Krejcie&Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 248 คน

จากการศึกษาเรื่องอายุของวัยรุ่นหรือเยาวชน พบว่ายังมีการให้ค่าของอายุที่หลากหลาย ดังนี้คือ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) กำหนดว่าวัยรุ่นหนุ่มสาว (Young people) คือบุคคลผู้มีอายุระหว่าง 10 - 24 ปี และวัยรุ่น (Adolescent) คือบุคคลผู้มีอายุระหว่าง 10 - 19 ปี (WHO, n.d.) ส่วนสหประชาชาติ (United Nations; UN) กำหนดว่าเยาวชนคือบุคคลผู้มีอายุระหว่าง 15 - 24 ปี (UN, 2013) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยเล่มนี้ได้มุ่งเน้นศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาชั้นปีที่ 1 จึงให้ความสำคัญกับผู้ที่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 18 - 19 ปี

มีคุณสมบัติตามเกณฑ์รับเข้า (Inclusion criteria) ที่กำหนดดังนี้

1. เป็นนักศึกษาที่สำเร็จการศึกษาจากชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ปีการศึกษา 2558 และกำลังศึกษาชั้นปีที่ 1 ในกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปีการศึกษา 2559
 2. มีอายุระหว่าง 18 - 19 ปี
 3. ไม่ถูกวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคทางจิตเวช
 4. ไม่ได้รับยาต้านเศร้า เพื่อขจัดตัวแปรแทรกซ้อนจากการใช้ยาสำหรับลดภาวะซึมเศร้า
- ระยะที่ 2 การศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความกรุณาต่อตนเอง**

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย (Populations)

นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ในกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่มีคะแนนบ่งชี้ถึงการมีภาวะซึมเศร้า (8 – 19 คะแนน) จากการทำแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression (Thai version of Hamilton Rating Scale for Depression: HAM-D) (มานิช หล่อตระกูล ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และ จักรกฤษณ์ สุขยั้ง, 2539) และไม่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย จากนั้นทำมาตรวัดความกรุณาต่อตนเอง (Self-compassion scale: SCS) (วัชรชาติ บุญสร้างสม, 2556) เพื่อใช้เป็นคะแนนความกรุณาต่อตนเองในระยะก่อนทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง (Samples)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ มีคุณสมบัติตามเกณฑ์รับเข้า (Inclusion criteria) ที่กำหนดดังนี้

1. เป็นผู้มีคะแนนบ่งชี้ถึงการมีภาวะซึมเศร้า (8 – 19 คะแนน)
2. ไม่เคยได้รับยาต้านเศร้า
3. ไม่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย
4. สามารถเข้ารับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มได้ตลอดจนสิ้นสุดกระบวนการ

ขณะเดียวกันก็มีเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ

1. ได้รับคะแนนภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 20 คะแนนขึ้นไปและส่งพบจิตแพทย์เพื่อการรักษา
2. รายงานผ่านการทำแบบวัดฯ ว่ามีความคิดอยากฆ่าตัวตายจะส่งพบจิตแพทย์เพื่อการรักษา
3. ไม่สามารถเข้ารับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มได้ตลอดจนสิ้นสุดกระบวนการ

ผู้มีคะแนนบ่งชี้ถึงการมีภาวะซึมเศร้า และผ่านการทำมาตรวัดความกรุณาต่อตนเอง จำนวน 16 คนได้เข้าร่วมการทดลอง จากนั้นทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ออกเป็น 2 กลุ่ม มีการกำหนดระยะเวลาที่ใช้สำหรับการให้คำปรึกษา จำนวน 8 ครั้ง ซึ่งเป็นระยะเวลาที่มีความเหมาะสมสำหรับผู้ที่ปัญหาเล็กน้อยถึงปานกลาง (Westbrook et al., 2007)

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 2 กลุ่ม ได้แก่

1. โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติ
2. กลุ่มควบคุม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย แบบวัดความทุกข์ต่อตนเอง ฉบับภาษาไทย และโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความทุกข์ต่อตนเองในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาชั้นปีที่ 1

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย รหัสนักศึกษา มหาวิทยาลัย เพศ อายุ การศึกษาและประวัติโรคทางจิตเวช

2. แบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression (Thai version of Hamilton Rating Scale for Depression: HAM-D) (Hamilton, 1982) เป็นเครื่องมือเพื่อใช้สำหรับประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และนับเป็นเครื่องมือที่เป็น Gold standard มีความแม่นยำสูงที่ถูกพัฒนามาแล้วนานถึง 40 ปี

2.1 ลักษณะของแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression

แบบประเมินดังกล่าวประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตรประเมินแบบเรียงอันดับ (Ordinal rating scale)

2.2 การตอบแบบวัดและการให้คะแนน

แบบประเมินนี้มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ที่มีการให้คะแนนของแต่ละข้อคำตอบในแบบวัดตามลำดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 5 ระดับ ตั้งแต่ คะแนน 0 – 4 (ไม่พบว่ามีอาการถึง มีอาการระดับรุนแรง) รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 ตัวอย่างคำถามจากแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย ที่มีการให้คะแนนของแต่ละข้อคำตอบในแบบวัดตามลำดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน

อาการ	0	1	2	3	4
1. อารมณ์ซึมเศร้า (เศร้าใจ สิ้นหวัง หดหนทาง ไร้ค่า)	ไม่มี	จะบอกภาวะความรู้สึกนี้ต่อเมื่อถามเท่านั้น	บอกภาวะความรู้สึกนี้ ออกมาเอง	สื่อความรู้สึกนี้ โดยภาษากาย ได้แก่ แสดงออกทางสีหน้า น้ำเสียง	บอกภาวะความรู้สึกนี้ อย่างชัดเจน จากการบอกเล่า และภาษากาย
				ทำทางจะร้องไห้	

ตาราง 1 (ต่อ)

อาการ	0	1	2	3	4	
2. ความรู้สึกว่าตนเองผิด	ไม่มี	ดีเทียบตนเอง รู้สึกตนเองทำให้ผู้อื่นเสียใจ	คิดว่าตนเองผิด หรือครุ่นคิดถึงความผิดพลาด หรือก่อกรรมทำบาปในอดีต	ถึง เจ็บป่วยในปัจจุบัน เป็น การถูกลงโทษ มีอาการหลงผิด ว่าตนเองมีความผิดบาป	คิดว่าความ เจ็บป่วยใน ปัจจุบัน เป็น การถูกลงโทษ หรือเห็นภาพ หลอนที่ข่มขู่ คุกคาม	ได้ยินเสียง กล่าวโทษ ประณาม และ/ หรือเห็นภาพ หลอนที่ข่มขู่ คุกคาม

ทั้งนี้ มีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ที่มีการให้คะแนนของแต่ละข้อคำตอบในแบบวัดตามลำดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 3 ระดับ ตั้งแต่ คะแนน 0 – 2 เมื่อทำแบบวัด รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 ตัวอย่างคำถามจากแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย ที่มีการให้คะแนนของแต่ละข้อคำตอบในแบบวัดตามลำดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 3 ระดับ ตั้งแต่ 0 – 2 คะแนน

อาการ	0	1	2
1. นอนหลับยาก	ไม่มี	บอกว่าการนอนหลับยาก ใช้เวลานานมากกว่า ½ ชั่วโมงเป็นบางครั้ง	บอกว่าการนอนหลับยากทุกคืน
2. อาการไม่สบายด้านระบบทางเดินอาหาร	ไม่มี	เบื่ออาหาร แต่พอทานได้โดย คนอื่นไม่ต้องคอยกระตุ้น มีอาการหงุดหงิดในท้อง	รับประทานยาก หากไม่มีคนคอยกระตุ้น ร้องขออาหาร หรือยาเกี่ยวกับลำไส้

การคิดคะแนนและแปลผล ให้นำคะแนนจากทุกข้อคำถามรวมกัน ทั้งนี้แบบทดสอบดังกล่าวพิจารณาจัดลำดับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

0 - 7	คะแนน	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (No depression)
8 - 12	คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression)
13 - 17	คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าแต่ไม่ถึงกับซึมเศร้ามาก (Less than major depression)
18 - 29	คะแนน	มีภาวะซึมเศร้ามาก (Major depression)
30	คะแนนขึ้นไป	มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (More than depression)

2.3 การประเมินคุณภาพของแบบวัด

ในประเทศไทย แบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ถูกแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดย มาโนช หล่อตระกูล ปราโมทย์ สุนิษฐ์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง (2539) ได้หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.74) และ Inter-rater reliability (kappa เท่ากับ 0.87)

ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนาแบบวัดของผู้พัฒนาเป็นกลุ่มนักศึกษา จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาของคำถามเล็กน้อยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำแบบวัดมาทดลองใช้ (Try out) เพื่อทำการทดสอบความเที่ยงในกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริง ได้แก่ กลุ่มนักศึกษาชั้นปีที่ 1 กลุ่มคณะศิลปศาสตร์และสังคมศาสตร์ จำนวน 44 คน และได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับมาทั้งหมดคือจำนวน 44 ชุด เมื่อนำมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคะแนนรายข้อและคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation: CITC) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ ข้อกระทงจะต้องมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงกว่าค่า Critical r ($r = .297, p < .05$) ซึ่งพบว่าข้อกระทงที่ผ่านเกณฑ์ Critical r ได้แก่ ข้อ 1 ข้อ 7 ข้อ 9 ข้อ 11 ข้อ 13 ข้อ 15 และข้อ 16 ส่วนข้อกระทงที่ไม่ผ่านเกณฑ์ Critical r ได้แก่ ข้อ 2 ข้อ 3 ข้อ 4 ข้อ 5 ข้อ 6 ข้อ 8 ข้อ 10 ข้อ 12 ข้อ 14 และข้อ 17 อย่างไรก็ตาม เมื่อทดสอบค่าความเที่ยง ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่ามีค่าความเที่ยง เท่ากับ .69

3. มาตรฐานวัดความกรุณาต่อตนเอง (Self-Compassion Scale: SCS) (Neff, 2003a) ที่พัฒนาและปรับปรุงโดยวัชรราตี บุญสร้างสม (2556) ได้ตรวจสอบความสอดคล้องภายในเนื้อหา (Internal Consistency) มีค่า = .836

3.1 ลักษณะของมาตรฐานวัดความกรุณาต่อตนเอง

แบบทดสอบดังกล่าวนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบของความกรุณาต่อตนเอง แบ่งเป็นด้านบวกและด้านลบ จำนวน 6 ด้าน (วัชรราตี บุญสร้างสม, 2556) ได้แก่

ด้านที่ 1 ด้านบวก	ความใจดีต่อตนเอง (Self-kindness)
ด้านที่ 2 ด้านลบ	การตัดสินและตำหนิตนเอง (Self-judgment)
ด้านที่ 3 ด้านบวก	การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของความเป็นมนุษย์ (A sense of common humanity)
ด้านที่ 4 ด้านลบ	การรู้สึกโดดเดี่ยวและแปลกแยก (Isolation)
ด้านที่ 5 ด้านบวก	การมีสติ (Mindfulness)
ด้านที่ 6 ด้านลบ	การจมอยู่กับความทุกข์ (Over-identified)

1.2 การตอบแบบวัดและการให้คะแนน

แบบประเมินนี้ ให้ผู้ตอบมาตรวัดได้สำรวจตนเองตามข้อความในข้อกระทงว่าตรงกับตนเองมากน้อยเพียงใด แล้วเลือกคำตอบที่ตรงกับตนเองมากที่สุด โดยข้อกระทงมีให้เลือก 5 ระดับ ได้แก่ ไม่ตรงเลย แทบจะไม่ตรง ตรงบางครั้ง ตรงบ่อยครั้งและตรงแทบทุกครั้ง รายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 3 ตัวอย่างคำถามจากมาตรวัดความกรุณาต่อตนเอง

ข้อคำถาม	ไม่ตรงเลย	แทบจะไม่ตรง	ตรงบางครั้ง	ตรงบ่อยครั้ง	ตรงแทบทุกครั้ง
1. ฉัน ไม่ ย อ ม รั บ แ ล ะ ต ำ ห นึ ข้อบกพร่องของตนเอง					
2. เวลาที่รู้สึกหดหู่ท้อแท้ ฉันมักจะ หมกมุ่นและคิดถึงแต่เรื่องที่ผมทำ ผิดพลาด					
3. เมื่อตกอยู่ในห้วงความทุกข์ ฉัน มองว่าความทุกข์นั้นเป็นส่วนหนึ่ง ของชีวิตที่ทุกคนต้องเจอ					

การให้คะแนนของแต่ละข้อคำตอบในแบบประเมินถูกแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ไม่ตรงเลย	ให้	1	คะแนน
แทบจะไม่ตรง	ให้	2	คะแนน
ตรงบางครั้ง	ให้	3	คะแนน
ตรงบ่อยครั้ง	ให้	4	คะแนน
ตรงแทบทุกครั้ง	ให้	5	คะแนน

โดย ข้อคำถามที่ 3, 5, 7, 9, 10, 12, 14, 15, 17, 19, 22, 23 และ 26 เป็นข้อคำถามทางบวก

และข้อคำถามที่ 1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 24 และ 25 เป็นข้อ

คำถามทางลบ

โดยเกณฑ์การให้คะแนนอิงจากข้อกระทงด้านบวกและข้อกระทงด้านลบ ตาม

ตาราง 4 ดังนี้

ตาราง 4 เกณฑ์การให้คะแนนอิงจากข้อกระทงด้านบวกและข้อกระทงด้านลบของมาตรวัดความ
กรุณาต่อตนเอง

คำตอบ	คะแนน	
	ข้อกระทงบวก	ข้อกระทงลบ
ไม่ตรงเลย	1	5
แทบจะไม่ตรง	2	4
ตรงบางครั้ง	3	3
ตรงบ่อยครั้ง	4	2
ตรงแทบทุกครั้ง	5	1

การคิดคะแนนและแปลผล เป็นการแปลผลรายด้านตามมาตรวัดย่อย ทำได้โดย
การนำคะแนนในแต่ละด้านมารวมกันและหารด้วยจำนวนข้อในด้านนั้นๆ ซึ่งทำให้คะแนนในทุกด้าน
มีพิสัยเท่ากันคือ 1 ถึง 5 คะแนน โดยเกณฑ์การแปลผลถูกแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ตามตาราง 5 ดังนี้

ตาราง 5 การคิดคะแนนและแปลผลมาตรวัดความกรุณา

องค์ประกอบของ มาตรวัดความกรุณาต่อตนเอง	ข้อที่	วิธีการคิดคะแนน
ความใจดีต่อตนเอง (self-kindness)	5, 12, 19, 23, 26	นำคะแนนที่ให้ในแต่ละข้อมารวมกัน และหารด้วย 5 ได้เป็นคะแนนเฉลี่ย
การตัดสินและตำหนิตนเอง (self-judgment)	1, 8, 11, 16, 21	นำคะแนนที่ให้ในแต่ละข้อมารวมกัน และหารด้วย 5 ได้เป็นคะแนนเฉลี่ย แต่เนื่องจากเป็นข้อกระทงด้านลบ จึงต้อง reverse-code
การรับรู้ว่าคุณสมบัติของตนเอง เป็นส่วนหนึ่งของความเป็นมนุษย์ (a sense of common humanity)	3, 7, 10, 15	นำคะแนนที่ให้ในแต่ละข้อมารวมกัน และหารด้วย 4 ได้เป็นคะแนนเฉลี่ย
การรู้สึกโดดเดี่ยวและแปลกแยก (isolation)	4, 13, 18, 25	นำคะแนนที่ให้ในแต่ละข้อมารวมกัน และหารด้วย 4 ได้เป็นคะแนนเฉลี่ย แต่เนื่องจากเป็นข้อกระทงด้านลบ จึงต้อง reverse-code

ตาราง 5 (ต่อ)

องค์ประกอบของ มาตรวัดความกรุณาต่อตนเอง	ข้อที่	วิธีการคิดคะแนน
การมีสติ (mindfulness)	9, 14, 17, 22	นำคะแนนที่ให้ในแต่ละข้อมารวมกัน และหารด้วย 4 ได้เป็นคะแนนเฉลี่ย
การจมอยู่กับความทุกข์ (over-identified)	2, 6, 20, 24	นำคะแนนที่ให้ในแต่ละข้อมารวมกัน และหารด้วย 4 ได้เป็นคะแนนเฉลี่ย แต่เนื่องจากเป็นข้อกระทงด้านลบ จึงต้อง reverse-code

คะแนนที่ได้จากการคำนวณในแต่ละด้าน มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 1 - 5 คะแนน ตามจำนวนสเกลที่มี ซึ่งเมื่อนำคะแนนเฉลี่ยทั้ง 6 ด้านมารวมกัน จะได้ค่าความกรุณาต่อตนเองที่มีค่าคะแนนระหว่าง 6 - 30 คะแนน จากนั้นขั้นตอนสุดท้ายให้นำจำนวนที่ได้ หารด้วย 6 เพื่อหาค่าเฉลี่ย
มาตรดังกล่าว พิจารณาจัดลำดับผู้ที่มีระดับความกรุณาต่อตนเอง 3 ระดับ ได้แก่ (Neff, 2003a)

1.0 - 2.5	คะแนน	มีความกรุณาต่อตนเองต่ำ (Low)
2.5 - 3.5	คะแนน	มีความกรุณาต่อตนเองปานกลาง (Moderate)
3.5 - 5.0	คะแนน	มีความกรุณาต่อตนเองสูง (High)

3.3 การประเมินคุณภาพของแบบวัด

วัชราวดี บุญสร้างสม (2556) ได้ตรวจสอบความสอดคล้องภายในเนื้อหา (Internal Consistency) มีค่า = .84

เครื่องมือชิ้นนี้ ได้ทำการพัฒนาปรับปรุงและได้รับการตรวจสอบคุณภาพแล้ว ผู้วิจัยจึงได้นำเครื่องมือดังกล่าวมาเพื่อทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริงที่จะใช้ในงานวิจัยชิ้นนี้ การทดลองใช้มาตรวัดครั้งนี้ ได้นำมาใช้ในกลุ่มนักศึกษาชั้นปีที่ 1 กลุ่มคณะศิลปศาสตร์และสังคมศาสตร์ จำนวน 178 คน โดยได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับมา จำนวน 171 ชุด อย่างไรก็ตามผู้วิจัย ภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา ได้ตัดข้อกระทงออก จำนวน 4 ข้อกระทง ได้แก่ ข้อ 11 ข้อ 15 ข้อ 20 และข้อ 26 โดยเมื่อนำมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคะแนนรายข้อและคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation: CITC) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ ข้อกระทงจะต้องมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงกว่าค่า Critical r ($r = .15, p < .05$) ซึ่งพบว่าข้อกระทงที่ผ่านเกณฑ์ Critical r ได้แก่ ข้อ 1 ข้อ 2 ข้อ 4 ข้อ 5 ข้อ 6 ข้อ 7 ข้อ 8 ข้อ 9 ข้อ 10 ข้อ 11 ข้อ 12 ข้อ 13 ข้อ 16 ข้อ 18 และข้อ 24 ส่วนข้อกระทงที่ไม่ผ่านเกณฑ์ Critical r ได้แก่ ข้อ 3 ข้อ 14 ข้อ 17 ข้อ 19 ข้อ 21 ข้อ 22 และข้อ 23 อย่างไรก็ตาม เมื่อทดสอบค่าความเที่ยง ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่ามีค่าความเที่ยง เท่ากับ .73

ระยะที่ 2 การศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติ

โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความกรุณาต่อตนเองในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

2.4.1 ผู้วิจัยศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับแนวคิดการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มปัญญาพฤติกรรมนิยม (Cognitive Behavioral Group Approach) และแนวคิดความกรุณาต่อตนเอง (Self-compassion) รวมถึงเทคนิคต่าง ๆ ทางการให้คำปรึกษา

2.4.2 ผู้วิจัยพิจารณาและเลือกนำเทคนิค วิธีการของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มปัญญาพฤติกรรมนิยม ที่มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ก่อนหน้านี้ นำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดความกรุณาต่อตนเอง เพื่อเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

2.4.3 ผู้วิจัยจัดทำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความกรุณาต่อตนเองในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า โดยมีรายละเอียดดังนี้

- เป็นโปรแกรมที่มุ่งเสริมความกรุณาต่อตนเอง มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความใจดีต่อตนเอง (self-kindness) การรับรู้ว่าคุณสมบัติของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของความเป็นมนุษย์ (A sense of common humanity) และการมีสติ (Mindfulness) โดยเน้นเทคนิคการพัฒนาสติ

- เป็นโปรแกรมที่มีการกำหนดระยะเวลาที่ใช้สำหรับการดำเนินกระบวนการกลุ่มจำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ความถี่ 1 ครั้งต่อสัปดาห์

2.4.4 ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความกรุณาต่อตนเองในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้พัฒนา เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโทเพื่อพิจารณา

2.4.5 ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความกรุณาต่อตนเองในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบและพิจารณาความถูกต้องของคำตอบคล้อยทั้งในด้านเนื้อหา แนวคิด ทฤษฎี เทคนิค วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการและการประเมินผลการให้คำปรึกษากลุ่ม เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of Congruence)

2.4.6 ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความกรุณาต่อตนเองในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ไปทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อพิจารณาถึงข้อบกพร่องที่อาจเกิดขึ้นและนำข้อบกพร่องนั้นไปปรับปรุงแก้ไข กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาชั้นปีที่ 1 กลุ่มคณะศิลปศาสตร์และสังคมศาสตร์ จำนวน 6 คน

2.4.7 หลังจากนำกระบวนการกลุ่มไปทดลองใช้ และผ่านการให้คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษา ทำให้ผู้วิจัยเกิดความเข้าใจและได้จัดทำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความกรุณาต่อตนเองในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าที่พร้อมนำไปใช้สำหรับการทำวิจัยและนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตาราง 6 ดังนี้

ตาราง 6 โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติ

กิจกรรม	เทคนิคและแนวคิดพื้นฐาน	วัตถุประสงค์	ผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
กิจกรรมที่ 1 ชื่อกิจกรรม “ยีน ดี ที่ ได้ รู้จัก”	<ul style="list-style-type: none"> - การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม (Therapeutic relationship) - ความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ ความคิด พฤติกรรม อารมณ์ และอาการทางกาย (The cognitive model) - เทคนิคพื้นฐานของการพัฒนาสติ (Foundational knowledge of mindfulness) - การบ้าน (Homework assignment) 	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม - แจงข้อตกลงและกติการวมถึงชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการเข้าร่วมวิจัย - เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและสมาชิกกลุ่ม รวมถึงให้ความรู้สึกลดภัยและความไว้วางใจขึ้นในกลุ่ม - เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้การพัฒนาสติเบื้องต้น - เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ ความคิด พฤติกรรม อารมณ์และอาการทางกายเบื้องต้น 	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกลุ่ม - สมาชิกกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและอาการทางกาย ซึ่งเป็นความรู้พื้นฐานสำหรับการให้คำปรึกษาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม - เพื่อสร้างทักษะพื้นฐานสำหรับผ่อนคลายด้วยการหายใจ

ตาราง 6 (ต่อ)

กิจกรรม	เทคนิคและแนวคิดพื้นฐาน	วัตถุประสงค์	ผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
กิจกรรมที่ 2 ชื่อกิจกรรม “ใจของฉัน ใจของเรา”	<ul style="list-style-type: none"> - การตรวจสอบอารมณ์ (Mood check) - ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (Psychoeducation) - ความสัมพันธ์ของความคิด การกระทำ และความรู้สึก (Relationship of behavior to automatic thoughts) - การบ้าน (Homework assignment) 	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า - เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ ความคิด พฤติกรรม อารมณ์และอาการทางกาย 	<ul style="list-style-type: none"> - สมาชิกกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า - สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจสามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและอาการทางกาย - เพื่อสร้างทักษะพื้นฐานสำหรับผ่อนคลายด้วยการหายใจ
กิจกรรมที่ 3 ชื่อกิจกรรม “ตระหนักรู้ นำสู่สติ”	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ความรู้เกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบ (Automatic thoughts) - เทคนิคพัฒนาสติด้วยกิจกรรม Nothing practice (Mindfulness practice) - การบ้าน (Homework assignment) 	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ ที่ส่งผลต่อความคิดอัตโนมัติด้านลบ ที่มีต่อเหตุการณ์ อารมณ์ และพฤติกรรม 	<ul style="list-style-type: none"> - เริ่มนำสมาชิกกลุ่มเข้าสู่การพัฒนาสติเพื่อให้อยู่กับปัจจุบันขณะ ไม่แต่งแต่มีการรับรู้ - สมาชิกกลุ่มเรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบ

ตาราง 6 (ต่อ)

กิจกรรม	เทคนิคและแนวคิดพื้นฐาน	วัตถุประสงค์	ผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
กิจกรรมที่ 4 ชื่อกิจกรรม “คิดลบ ใจ ดีดลบ”	<ul style="list-style-type: none"> - การตรวจสอบอารมณ์ (Mood check) - ค้นหาและอภิปรายเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบ (Identifying automatic thoughts and discusses the application of automatic thoughts in life) - การตรวจสอบและประเมินความคิดอัตโนมัติ (Evaluating automatic thoughts) - การบ้าน (Homework assignment) 	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทำความเข้าใจและนำไปสู่การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ 	<ul style="list-style-type: none"> - สมาชิกกลุ่มเรียนรู้เกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบผ่านมุมมองต่าง ๆ - สมาชิกเรียนรู้การประเมินความคิดตนเองตามความเป็นจริง
กิจกรรมที่ 5 ชื่อกิจกรรม “ไม่เชื่อ จนกว่าจะ พิสูจน์”	<ul style="list-style-type: none"> - การตรวจสอบและประเมินความคิดอัตโนมัติ (Evaluating automatic thoughts) - การบ้าน (Homework assignment) 	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้สมาชิกกลุ่มประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบเพื่อพิสูจน์ว่าความคิดดังกล่าวมีความเหมาะสมหรือไม่ 	<ul style="list-style-type: none"> - สมาชิกสามารถพิสูจน์ความคิดของตนเองได้ตรงตามความเป็นจริง

ตาราง 6 (ต่อ)

กิจกรรม	เทคนิคและแนวคิดพื้นฐาน	วัตถุประสงค์	ผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
กิจกรรมที่ 6 ชื่อกิจกรรม “ฉันจะ โต้แย้งกับ ความคิดที่ไร้ เหตุผล”	<ul style="list-style-type: none"> - การตรวจสอบอารมณ์ (Mood check) - การหายใจอย่างผ่อนคลาย (Relaxation technique) - อภิปรายการตรวจสอบและประเมินความคิดอัตโนมัติ (Discusses of evaluating automatic thoughts) - การบ้าน (Homework assignment) 	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้สมาชิกกลุ่มฝึกจัดการความคิดที่บิดเบือนและปรับความคิดนั้นให้เหมาะสม 	<ul style="list-style-type: none"> - สมาชิกสามารถใช้คำถามเพื่อประเมินความคิดของตนเองได้อย่างเหมาะสม - สมาชิกยอมรับการเปลี่ยนแปลงความคิดและมองเห็นประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลงความคิด - สมาชิกกลุ่มมีคะแนนภาวะซึมเศร้าที่น้อยลง
กิจกรรมที่ 7 ชื่อกิจกรรม “นำสมาธิ เข้าสู่ ร่างกาย ผ่อนคลาย... สบายใจ”	<ul style="list-style-type: none"> - การหายใจอย่างผ่อนคลายโดยใช้จินตภาพ (Therapeutic tool; Imagery) - แนวคิดการใจดีต่อตนเอง (Being kind to oneself) - การบ้าน (Homework assignment) 	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ฝึกพัฒนาสติอันส่งผลต่อการสามารถจดจ่ออยู่กับปัจจุบันขณะ - เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีเครื่องมือในการจัดการกับอารมณ์ไม่พึงประสงค์ 	<ul style="list-style-type: none"> - สมาชิกพัฒนาสติสามารถตระหนักรู้อยู่กับปัจจุบันขณะและไม่แต่งแต่มีการรับรู้ - สมาชิกกลุ่มเรียนรู้เกี่ยวกับการเห็นคุณค่าของความใจดีต่อตนเอง

ตาราง 6 (ต่อ)

กิจกรรม	เทคนิคและแนวคิดพื้นฐาน	วัตถุประสงค์	ผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
กิจกรรมที่ 8 ชื่อกิจกรรม "ฉันจะขอบคุณและกรุณาต่อตนเอง"	- การตรวจสอบอารมณ์ (Mood check) - บันทึกแห่งการขอบคุณ (Self-compassion journal)	- เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้คุณค่าของการแสดงความขอบคุณตนเอง - เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้คุณค่าของการแสดงความกรุณาต่อตนเอง	- สมาชิกกลุ่มมองเห็นคุณค่าของการแสดงความขอบคุณตนเองและผู้อื่น - สมาชิกกลุ่มมีคะแนนความกรุณาต่อตนเองเพิ่มขึ้น

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 การนำแบบทดสอบและโปรแกรมไปทดลองใช้ (Try out)

1. ขั้นการสำรวจนักศึกษาผู้มีภาวะซึมเศร้า

1) ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เสนอต่อคณะบดีในกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ อันประกอบด้วย คณะแพทยศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสหเวชศาสตร์และคณะสาธารณสุขศาสตร์ เพื่อขออนุญาต และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย

2) ผู้วิจัยนำแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression (Thai version of Hamilton Rating Scale for Depression: HAM-D) ฉบับภาษาไทย ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มนักศึกษาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

3) ผู้วิจัยนำแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression (Thai version of Hamilton Rating Scale for Depression: HAM-D) ฉบับภาษาไทย ไปใช้วัดในนักศึกษากลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ และทำการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นการสำรวจนักศึกษาผู้มีความกรุณาต่อตนเอง

1) ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เสนอต่อคณะบดีในกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ อันประกอบด้วย คณะแพทยศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสหเวชศาสตร์และคณะสาธารณสุขศาสตร์ เพื่อขออนุญาต และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย

2) ผู้วิจัยนำมาตรวัดความกรุณาต่อตนเอง (Self-Compassion Scale: SCS) ฉบับภาษาไทย ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มนักศึกษาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

3) ผู้วิจัยนำมาตรวัดความกรุณาต่อตนเอง (Self-Compassion Scale: SCS) ฉบับภาษาไทย ไปใช้วัดในนักศึกษากลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ และทำการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3. ขั้นตอนการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความกรุณาต่อตนเอง

1) ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 16 คน ซึ่งมีความสมัครใจและมีความพร้อมในการเข้าร่วมกลุ่มการให้คำปรึกษาตลอดระยะเวลาดำเนินการ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้มาจากนักศึกษาผู้ที่ได้คะแนนในระดับไม่รุนแรงจนถึงระดับปานกลาง (8 - 17 คะแนน) และทำแบบวัดความกรุณาต่อตนเอง (Self-compassion Scale: SCS) เพื่อพิจารณาคัดเลือกผู้ที่ได้คะแนนในระดับต่ำ (คะแนนรวมของแต่ละด้านอยู่ระหว่าง 1 - 2.5 คะแนน) เพื่อเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความกรุณาต่อตนเองในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

2) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความกรุณาต่อตนเองในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าไปทดลองใช้ เพื่อพิจารณาถึงข้อบกพร่องที่อาจเกิดขึ้นและนำข้อบกพร่องนั้นไปปรับปรุงแก้ไข

3) วิเคราะห์ข้อมูลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง สรุปการวิเคราะห์ข้อมูลและเขียนอภิปรายผล

ระยะที่ 2 การนำแบบทดสอบและโปรแกรมไปใช้จริง

3.2.1 ขั้นการสำรวจนักศึกษาผู้มีภาวะซึมเศร้า

3.2.1.1 ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เสนอต่อคณะบดีในกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ อันประกอบด้วย คณะแพทยศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสหเวชศาสตร์และคณะสาธารณสุขศาสตร์ เพื่อขออนุญาต และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย

3.2.1.2 ผู้วิจัยนำแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression (Thai version of Hamilton Rating Scale for Depression: HAM-D) ฉบับภาษาไทย ไปใช้ประเมินในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษากลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ และทำการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะซึมเศร้าจากนักศึกษากลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและใช้อีกครั้งในการประเมินหลังสิ้นสุดโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

3.2.2 ขั้นการสำรวจนักศึกษาผู้มีความกรุณาต่อตนเองต่ำ

3.2.2.1 ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เสนอต่อคณะบดีในกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ อันประกอบด้วย คณะแพทยศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสหเวชศาสตร์และคณะสาธารณสุขศาสตร์ เพื่อขออนุญาต และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย

3.2.2.2 ผู้วิจัยนำมาตรวจวัดความกรุณาต่อตนเอง (Self-Compassion Scale: SCS) ฉบับภาษาไทย ไปใช้วัดในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษากลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ และทำการวิเคราะห์ข้อมูลความกรุณาต่อตนเองจากนักศึกษาในกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ ทั้งก่อนใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและใช้อีกครั้งในการประเมินหลังสิ้นสุดโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

3.2.3 ขั้นตอนการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปรัชญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความกรุณาต่อตนเอง

3.2.3.1 ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 16 คน ซึ่งมีความสมัครใจ และมีความพร้อมในการเข้าร่วมกลุ่มการให้คำปรึกษาตลอดระยะเวลาดำเนินการ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้มาจากนักศึกษาผู้ที่มีคะแนนบ่งชี้ถึงการมีภาวะซึมเศร้า (8 – 19 คะแนน) และผ่านการทำมาตรวัดความกรุณาต่อตนเอง

3.2.3.2 ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปรัชญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความกรุณาต่อตนเองในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าไปใช้กับกลุ่มทดลอง โดยหลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression (Thai version of Hamilton Rating Scale for Depression: HAM-D) ฉบับภาษาไทย และมาตรวัดความกรุณาต่อตนเอง เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลหลังการทดลอง

3.2.3.3 วิเคราะห์ข้อมูลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง สรุปการวิเคราะห์ข้อมูล และเขียนอภิปรายผล

4. จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีหลักในการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยและผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

4.1 การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ตามใบรับรองโครงการวิจัย SWUEC/E-315/2559 ตามโครงการวิจัยเลขที่ SWUEC 344/59 จากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

4.2 ผู้วิจัยยื่นหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เสนอต่อคณะบดีในกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ เพื่อขออนุญาตและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย

4.3 เมื่อได้พบกับประชากรที่ใช้ในการสำรวจภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยได้มอบเอกสารและชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย เช่น สาระสำคัญของการวิจัย วัตถุประสงค์ การรักษาความลับและสิทธิในการถอนตัวแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

4.4 หลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการคัดเลือกผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและได้พบกับกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปรัชญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความกรุณาต่อตนเองในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยควรมอบเอกสารและชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย เช่น สาระสำคัญของการวิจัย วัตถุประสงค์ การรักษาความลับและสิทธิในการถอนตัวแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยอีกครั้ง

4.5 ในกระบวนการกลุ่ม ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการบันทึกเสียงก่อนการเริ่มกลุ่มทุกครั้ง พร้อมทั้งอธิบายวิธีการเก็บรักษาเทปบันทึกการสนทนา ซึ่งมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่เข้าถึงได้

4.6 ในการนำเสนอข้อมูลในการวิจัย ผู้วิจัยแจ้งว่าจะนำข้อมูลไปเผยแพร่ในทางวิชาการเท่านั้น โดยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลโดยการไม่เปิดเผยชื่อจริง และใช้ชื่อสมมติในการนำเสนอข้อมูล พร้อมทั้งปกป้องข้อมูลเฉพาะอื่น ๆ สามารถระบุตัวผู้ให้ข้อมูลได้

4.7 ผู้วิจัยแจ้งสิทธิ์แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยในประเด็นการรักษาความลับ โดยผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้เข้าร่วมการวิจัย ไม่ว่าจะเป็นเอกสารข้อมูลต่าง ๆ ไฟล์เสียงการสนทนา การทำลายข้อมูลเหล่านี้หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย

5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

4.1 ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ สถิติที่ไม่ใช้พารามิเตอร์ (Non-parametric Statistic) โดยใช้สถิติทดสอบวิล คอกซัน (The Wilcoxon Matched Pairs Signed-Rank Test) เพื่อทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่มในช่วงระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง และแมนวิทนียู (Mann-Whitney U Test) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าและความกรุณาต่อตนเอง ในช่วงก่อนและหลังการทดลองให้คำปรึกษากลุ่ม โดยใช้ (Mann-Whitney U Test)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ ได้แบ่งการนำเสนอออกเป็น 4 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้แบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 3 ส่วนย่อย ได้แก่

- 1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- 1.2 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้า
- 1.3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างเพศและภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลความภักดีต่อตนเองของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้แบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ส่วนย่อย ได้แก่

- 2.1 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความภักดีต่อตนเอง
- 2.2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างเพศและความภักดีต่อตนเอง

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าและคะแนนความภักดีต่อตนเอง โดยได้แบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ส่วนย่อย ได้แก่

- 3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
- 3.2 การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานคะแนนภาวะซึมเศร้าและคะแนนความภักดีต่อ

ตนเองจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปรัชญาพุทธธรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความภักดีต่อตนเอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาของกลุ่มตัวอย่าง

- 1.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักศึกษาระดับชั้นปีที่ 1 ที่มีอายุอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 18 – 19 ปี กำลังศึกษาอยู่ในกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยมีผู้สมัครใจเข้าร่วมจำนวนทั้งสิ้น 248 คน โดยมีรายละเอียดของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตาราง

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ($n=248$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	65	26.21
หญิง	183	73.79
รวม	248	100.00
อายุ		
18	50	20.16
19	198	79.84
รวม	248	100.00

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปตามตาราง 7 พบว่า นักศึกษากลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 183 คน (ร้อยละ 73.8) ส่วนเพศชาย 65 คน (ร้อยละ 26.2) ซึ่งมีอายุ 19 ปี มากที่สุด จำนวน 198 คน (ร้อยละ 79.8) และมีอายุ 18 จำนวน 50 คน (ร้อยละ 20.3)

1.2 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้า

ผู้วิจัยวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานเพื่อนำเสนอข้อมูลคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตาราง

ตาราง 8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ($n=248$)

ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	\bar{X}	SD
มีภาวะซึมเศร้ามาก	10	4.03	21.40	3.41
มีภาวะเศร้าแต่ไม่ถึงกับเศร้ามาก	33	13.31	14.70	1.43
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	83	33.47	9.74	1.40
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	122	49.19	3.63	2.23

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปตามตาราง 8 พบว่า นักศึกษากลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพมีภาวะซึมเศร้ามาก (Major depression) จำนวน 10 คน (ร้อยละ 4) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.40 ($SD = 3.41$) มีภาวะเศร้าแต่ไม่ถึงกับเศร้ามาก (Less than major depression) จำนวน 33 คน (ร้อยละ 13.3) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.70 ($SD = 1.43$) มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) จำนวน 83 คน (ร้อยละ 33.5) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.74 ($SD = 1.40$) และไม่มีภาวะซึมเศร้า (No depression) จำนวน 122 คน (ร้อยละ 49.2) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.63 ($SD = 2.23$)

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง แยกตามเพศ

ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
มีภาวะซึมเศร้ามาก (n=10)		
เพศชาย	-	-
เพศหญิง	10	100.00
มีภาวะเศร้าแต่ไม่ถึงกับเศร้ามาก (n=33)		
เพศชาย	10	30.30
เพศหญิง	23	69.70
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (n=83)		
เพศชาย	16	19.28
เพศหญิง	67	80.72

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะซึมเศร้าแยกตามเพศตามตาราง 9 พบว่า นักศึกษากลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีภาวะซึมเศร้ามาก (Major depression) เป็นเพศหญิงทั้งหมดจำนวน 10 คน (ร้อยละ 100) ผู้มีภาวะเศร้าแต่ไม่ถึงกับเศร้ามาก (Less than major depression) เป็นเพศชายจำนวน 10 คน (ร้อยละ 30.3) และเพศหญิงจำนวน 23 คน (ร้อยละ 69.7) ส่วนผู้มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) เป็นเพศชายจำนวน 16 คน (ร้อยละ 19.2) และเพศหญิงจำนวน 67 คน (ร้อยละ 80.8)

1.3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างเพศและภาวะซึมเศร้า

ผู้วิจัยวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานเพื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างเพศและภาวะซึมเศร้า โดยเลือกใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่มีความเป็นอิสระต่อกัน (Independent sample T-test) นำมาวิเคราะห์ทดสอบ ดังแสดงในตาราง

ตาราง 10 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างเพศและภาวะซึมเศร้า (n=248)

ตัวแปร	N	M	SD	t	df
เพศชาย	65	6.77	4.83	-1.97*	246
เพศหญิง	183	8.25	5.34		

* $p < .05$

จากผลการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างเพศและภาวะซึมเศร้า ดังแสดงตามตาราง 10 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของเพศหญิง ($M = 8.25$, $SD = 5.34$) มีค่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของเพศชาย ($M = 6.77$, $SD = 4.83$, $t(246) = -1.97$, $p < .05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลความกรุณาต่อตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความกรุณาต่อตนเอง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาความกรุณาต่อตนเองครั้งนี้ คือ นักศึกษาระดับชั้นปีที่ 1 ที่มีอายุอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 18 – 19 ปี กำลังศึกษาอยู่ในกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งสมัครใจเข้าร่วมจำนวนทั้งสิ้น 248 คน ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานเพื่อนำเสนอข้อมูลความกรุณาต่อตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตาราง

ตาราง 11 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความกรุณาต่อตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ($n=248$)

ความกรุณาต่อตนเอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	\bar{x}	SD
มีความกรุณาต่อตนเองต่ำ	5	2.02	2.22	0.25
มีความกรุณาต่อตนเองปานกลาง	140	56.45	3.15	0.21
มีความกรุณาต่อตนเองสูง	103	41.53	3.89	0.26

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปตามตาราง 11 พบว่า นักศึกษากลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพส่วนใหญ่มีความกรุณาต่อตนเองระดับปานกลาง จำนวน 140 คน (ร้อยละ 56.45) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.15 ($SD = 0.21$) รองลงมา มีความกรุณาต่อตนเองระดับสูง จำนวน 103 คน (ร้อยละ 41.53) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.89 ($SD = 0.26$) ส่วนความกรุณาต่อตนเองต่ำมีจำนวนน้อยที่สุด คือ 5 คน (ร้อยละ 2.02) มีค่าเฉลี่ย 2.22 ($SD = 0.25$)

2.2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างเพศและความกรุณาต่อตนเอง

ผู้วิจัยวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานเพื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างเพศและความกรุณาต่อตนเอง โดยเลือกใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่มีความเป็นอิสระต่อกัน (Independent sample T-test) นำมาวิเคราะห์ทดสอบ ดังแสดงในตาราง

ตาราง 12 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างเพศและความกรุณาต่อตนเอง ($n=248$)

ตัวแปร	N	M	SD	t	df
เพศชาย	65	3.36	.48	-1.64	246
เพศหญิง	183	3.47	.46		

จากผลการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างเพศและความกรุณาต่อตนเอง ดังแสดงตามตาราง 12 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความกรุณาต่อตนเองของเพศชาย ($M = 3.36$, $SD = .48$, $t(246) = -1.64$, $p = .10$) และคะแนนความกรุณาต่อตนเองของเพศหญิง ($M = 3.47$, $SD = .46$) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าและคะแนนความกรุณาต่อตนเอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ คือ นักศึกษาระดับชั้นปีที่ 1 ที่มีอายุอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 18 – 19 ปี กำลังศึกษาอยู่ในกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ และมีความสมัครใจเข้าร่วมกลุ่มจำนวน 16 คน โดยมีรายละเอียดของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตาราง

ตาราง 13 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n=16$)

กลุ่ม	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
	เพศ		
กลุ่มทดลอง	ชาย	1	12.50
	หญิง	7	87.50
กลุ่มควบคุม	ชาย	-	-
	หญิง	8	100.00
รวมทั้งสองกลุ่ม	ชาย	1	6.25
	หญิง	15	93.75

จากตาราง 13 พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 15 คน (ร้อยละ 93.75) และเพศชาย จำนวน 1 คน (ร้อยละ 6.25) โดยในกลุ่มทดลองมีผู้เข้าร่วมวิจัยเพศหญิง จำนวน 7 คน (ร้อยละ 87.50) และเพศชาย จำนวน 1 คน (ร้อยละ 12.50) และในกลุ่มควบคุมมีผู้เข้าร่วมวิจัยเพศหญิง จำนวน 8 คน (ร้อยละ 100.00)

3.1 การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานคะแนนภาวะซึมเศร้าและคะแนนความกรุณาต่อตนเอง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) คะแนนต่ำสุด (Min) คะแนนสูงสุด (Max) ของคะแนนภาวะซึมเศร้าและคะแนนความกรุณาต่อตนเอง ทั้งในช่วงก่อนทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีรายละเอียดดังแสดงในตาราง

ตาราง 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ของคะแนนภาวะซึมเศร้า และคะแนนความทุกข์นาต่อตนเอง ทั้งในช่วงก่อนทดลองและหลังการทดลอง ของทุกเงื่อนไข การทดลอง ($n=16$)

ช่วงเวลา	ตัวแปร	กลุ่ม	จำนวน (คน)	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Range</i>	<i>Mean Difference</i>
ก่อนการทดลอง	คะแนนจากแบบวัด	กลุ่มทดลอง	8	14.88	3.00	9	19	10	-
	ภาวะซึมเศร้า	กลุ่มควบคุม	8	11.63	2.88	8	18	10	-
	คะแนนจากแบบวัด	กลุ่มทดลอง	8	2.98	0.43	2.15	3.63	1.48	-
	ความทุกข์นาต่อตนเอง	กลุ่มควบคุม	8	3.16	0.35	2.74	3.81	1.07	-
หลังการทดลอง	คะแนนจากแบบวัด	กลุ่มทดลอง	8	10.25	5.39	2	16	14	-4.63
	ภาวะซึมเศร้า	กลุ่มควบคุม	8	13.50	6.33	3	22	19	1.87
	คะแนนจากแบบวัด	กลุ่มทดลอง	8	3.32	0.38	2.91	3.86	0.95	0.34
	ความทุกข์นาต่อตนเอง	กลุ่มควบคุม	8	3.11	0.22	2.84	3.38	0.54	-0.05

จากตาราง 14 พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าในช่วงก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกันได้แก่ 14.88 ($SD = 3.00$) และ 11.63 ($SD = 2.88$) จากนั้นเมื่อวัดอีกครั้งในช่วงหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองของ กลุ่มทดลองมีคะแนนลดลง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.25 ($SD = 5.39$) และค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 13.50 ($SD = 6.33$) เมื่อพิจารณาคะแนนความทุกข์นาต่อตนเองในช่วงก่อนการทดลอง ของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยคือ 2.98 ($SD = 0.43$) และ 3.16 ($SD = 0.35$) ตามลำดับ จากนั้นเมื่อวัดอีกครั้งในช่วงหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความทุกข์นาต่อตนเองหลังการ ทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.32 ($SD = 0.38$) อย่างไรก็ตาม ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมมีคะแนนลดลง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.11 ($SD = 0.22$)

นั่นคือ ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ต่ำกว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนน ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุม ขณะเดียวกัน ค่าเฉลี่ยของคะแนนความทุกข์นาต่อตนเองของกลุ่ม ทดลอง สูงกว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความทุกข์นาต่อตนเองของกลุ่มควบคุม

เมื่อพิจารณาผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนน ช่วงเวลาหลังการทดลอง พบว่า ในกลุ่มทดลอง มี ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร่าลดลง ($Mean\ diff = -4.63$) และค่าเฉลี่ยของคะแนนความทุกข์นาต่อ ตนเองสูงขึ้น ($Mean\ diff = 1.87$) ส่วนในกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร่าสูงขึ้น ($Mean\ diff = 0.34$) และค่าเฉลี่ยของคะแนนความทุกข์นาต่อตนเองลดลง ($Mean\ diff = -0.05$)

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปรัชญา พฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความทุกข์นาต่อตนเอง

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์สถิติเปรียบเทียบคะแนนซึมเศร้าและคะแนนความทุกข์นาต่อตนเอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง เนื่องจากคะแนนมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้

สถิติที่นำมาวิเคราะห์ทดสอบเป็นแบบไม่อิงพารามิเตอร์ (Non-parametric Statistic) สำหรับการวิเคราะห์ทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่ม ในช่วงระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ผู้วิจัยเลือกใช้สถิติทดสอบวิล คอกซ์ (The Wilcoxon Matched Pairs Signed-Rank Test) ส่วนการวิเคราะห์ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ในช่วงระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ผู้วิจัยเลือกใช้สถิติทดสอบแมนวิทนียู (Mann-Whitney U Test)

การวิเคราะห์ทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่มในช่วงระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ผู้วิจัยใช้สถิติทดสอบวิล คอกซ์ (The Wilcoxon Matched Pairs Signed-Rank Test) มีรายละเอียดดังแสดงในตาราง

ตาราง 15 ผลวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าและคะแนนความทุกข์ต่อตนเอง ภายในกลุ่มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่ม	ผลการให้คำปรึกษากลุ่มที่นำมาเปรียบเทียบ	Mean Rank (Negative)	Mean Rank (Positive)	Z
ภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง	หลังการทดลอง – ก่อนการทดลอง	4.50	-	-2.53**
	กลุ่มควบคุม	หลังการทดลอง – ก่อนการทดลอง	4.17	4.70	-.77
ความทุกข์ต่อตนเอง	กลุ่มทดลอง	หลังการทดลอง – ก่อนการทดลอง	2.00	4.86	-2.24*
	กลุ่มควบคุม	หลังการทดลอง – ก่อนการทดลอง	4.75	4.25	-.14

* $p < .05$, ** $p < .01$

จากผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองระหว่างช่วงก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ดังแสดงตามตาราง 15 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าช่วงก่อนการทดลอง มีความแตกต่างกับค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -2.53$, $p < .01$) ส่วนผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมระหว่างช่วงก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าช่วงก่อนการทดลองและค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -.77$, $p = .05$)

เมื่อพิจารณาผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความทุกข์ต่อตนเองของกลุ่มทดลองระหว่างช่วงก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความทุกข์ต่อตนเองช่วงก่อนการทดลอง มีความแตกต่างกับค่าเฉลี่ยคะแนนความทุกข์ต่อตนเองหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -2.24$, $p < .05$) ส่วนผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความทุกข์ต่อตนเองของกลุ่มควบคุมระหว่างช่วงก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความ

กรุณาต่อตนเองช่วงก่อนการทดลองและค่าเฉลี่ยคะแนนความกรุณาต่อตนเองหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -.14, p = .05$)

ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าและคะแนนความกรุณาต่อตนเองในช่วงระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยใช้สถิติทดสอบแมนวิทนียู (Mann-Whitney U Test) มีรายละเอียดดังแสดงในตาราง

ตาราง 16 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่ม	Mean Rank	N	Z	Mann-Whitney U Value
ภาวะซึมเศร้า	ทดลอง	6.25	8	-1.90	50.00
	ควบคุม	10.75	8		

จากผลการเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงตามตาราง 16 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .05$)

ตาราง 17 ผลวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความกรุณาต่อตนเองภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่ม	Mean Rank	N	Z	Mann-Whitney U Value
ความกรุณาต่อตนเอง	ทดลอง	10.50	8	-1.68	16.00
	ควบคุม	6.50	8		

จากผลการเปรียบเทียบคะแนนความกรุณาต่อตนเองภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงตามตาราง 17 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความกรุณาต่อตนเองของกลุ่มทดลองและค่าเฉลี่ยคะแนนความกรุณาต่อตนเองของกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .05$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ในการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความทุกข์ตนเองในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นการศึกษาวิจัยพหุวิธี (Multi-methods research) ประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณแบบวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ในกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน 248 คน เพื่อสำรวจความชุกผู้มีภาวะซึมเศร้าและสำรวจระดับความทุกข์ตนเอง เครื่องมือที่นำมาใช้ในการวิจัยระยะนี้ ประกอบด้วย แบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทยและมาตรวัดความทุกข์ตนเอง หลังจากนั้นเป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) กลุ่มตัวอย่างคือผู้มีคะแนนบ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้า จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความทุกข์ตนเองในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า จากนั้นนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐานและทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติที่ไม่ใช้พารามิเตอร์ ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สรุปและอภิปรายผล ดังนี้

สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพหุวิธี (Multi-methods research) ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณแบบวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าและศึกษาระดับความทุกข์ตนเองของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ในกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ที่มีอายุอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 18 – 19 ปี จำนวน 248 คน (เพศชาย 65 คน และเพศหญิง 183 คน)

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความทุกข์ตนเองในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ในกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่มีคะแนนบ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้า (ได้คะแนน 8 – 19 คะแนน หลังสัมภาษณ์ด้วยแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย) จำนวน 16 คน (เพศชาย 1 คน และเพศหญิง 15 คน) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 8 คน และกลุ่มควบคุม 8 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) แบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย 2) มาตรวัดความทุกข์ตนเอง และ 3) โปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติ

ซึ่งมีสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. วัยรุ่นในกลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความทุกข์นาต่อตนเอง มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. วัยรุ่นในกลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความทุกข์นาต่อตนเอง มีระดับคะแนนความทุกข์นาต่อตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง
3. วัยรุ่นในกลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความทุกข์นาต่อตนเอง มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าวัยรุ่นในกลุ่มควบคุม ที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความทุกข์นาต่อตนเอง
4. วัยรุ่นในกลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความทุกข์นาต่อตนเอง มีระดับคะแนนความทุกข์นาต่อตนเองสูงกว่าวัยรุ่นในกลุ่มควบคุม ที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความทุกข์นาต่อตนเอง

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean and Standard Deviation) เพื่อรายงานความชุกของภาวะซึมเศร้าและระดับของความทุกข์นาต่อตนเองของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ในกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ นอกจากนี้ยังทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติที่ไม่ใช่พารามิเตอร์ (Non-parametric Statistic) ด้วยสถิติทดสอบวิลคอกซ์ (The Wilcoxon Matched Pairs Signed-Rank Test) และสถิติทดสอบแมนวิทนียู (Mann - Whitney U Test) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าและคะแนนความทุกข์นาต่อตนเอง ระหว่างเงื่อนไขการทดลอง ได้แก่ กลุ่มทดลอง (โปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติ) และกลุ่มควบคุม ในช่วงก่อนทดลองและหลังการทดลอง

ผลการวิเคราะห์ความชุกของภาวะซึมเศร้า สรุปได้ว่า นักศึกษากลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพมีภาวะซึมเศร้ามาก (Major depression) จำนวน 10 คน (ร้อยละ 4) มีภาวะเศร้าแต่ไม่ถึงกับเศร้ามาก (Less than major depression) จำนวน 33 คน (ร้อยละ 13.3) มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) จำนวน 83 คน (ร้อยละ 33.5) และไม่มีภาวะซึมเศร้า (No depression) จำนวน 122 คน (ร้อยละ 49.2)

ผลการวิเคราะห์ระดับของความทุกข์นาต่อตนเอง สรุปได้ว่า นักศึกษากลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพมีระดับความทุกข์นาต่อตนเองต่ำ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 2.02) มีความทุกข์นาต่อตนเองระดับปานกลาง จำนวน 140 คน (ร้อยละ 56.45) และมีความทุกข์นาต่อตนเองระดับสูง จำนวน 103 คน (ร้อยละ 41.53)

ผลการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างเพศและภาวะซึมเศร้า พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของเพศหญิงมีค่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างเพศและความกรุณาต่อตนเอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความกรุณาต่อตนเองของเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน

ผลการวิเคราะห์โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวบัญญัติกิจกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกับค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุม เช่นเดียวกันกับค่าเฉลี่ยคะแนนความกรุณาต่อตนเองของกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกับค่าเฉลี่ยคะแนนความกรุณาต่อตนเองของกลุ่มควบคุม

อภิปรายผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์ระดับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาในกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ

จากผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 กลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ พบว่า นักศึกษามีภาวะซึมเศร้าจำนวน 126 คน (ร้อยละ 50.81) โดยแบ่งความรุนแรงออกเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามาก (Major depression) จำนวน 10 คน (ร้อยละ 4.03) มีภาวะซึมเศร้าแต่ไม่ถึงกับเศร้ามาก (Less than major depression) จำนวน 33 คน (ร้อยละ 13.31) มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) จำนวน 83 คน (ร้อยละ 33.47) โดยจำนวนนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้ามีจำนวนใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา ได้แก่ การศึกษาของดวงใจ วัฒนสินธุ์และคณะ (2558) ได้ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ระดับชั้น ปี 1 – ปี 4 จำนวน 400 คน พบว่า นักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพมีภาวะซึมเศร้าสูงถึง ร้อยละ 49.00 โดยแบ่งออกเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 30.75 และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงถึง ร้อยละ 18.25 และเมื่อจำแนกความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าตามชั้นปี พบว่า ระดับชั้นปีที่ 1 มีผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 5.75 และมีผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 4.25 นอกจากนี้ การศึกษาของฐาปกรณ์ เรือนใจและคณะ (2559) ที่ทำการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ระดับชั้น ปี 1 – ปี 4 จำนวน 284 คน พบว่า นักศึกษาสำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 31 โดยแบ่งเป็นมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 23 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 5.3 และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 2.1 โดยภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในนักศึกษาเหล่านี้อาจเป็นผลมาจากการเปลี่ยนผ่านจากการเรียนในระดับมัธยมศึกษาเข้าสู่ระดับอุดมศึกษา มีการเปลี่ยนแปลงที่แพ้อาศัย ต้องห่างไกลจากครอบครัว (ฐาปกรณ์ เรือนใจและคณะ, 2559) รวมถึงการปรับตัวเกี่ยวกับการเรียนการสอน การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง และความกดดันด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น (ดวงใจ วัฒนสินธุ์และคณะ, 2558) ยิ่งไปกว่านั้น เมื่อพิจารณาจากระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าทำให้ทราบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามากถูกพบน้อยที่สุดเช่นเดียวกันทุกการศึกษา โดยอาจบ่งถึงนักศึกษากลุ่มนี้มีอารมณ์ซึมเศร้าที่รุนแรง เป็นภาวะที่มีลักษณะเปลี่ยนแปลงไปทั้งด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและร่างกาย รวมถึงมีอาการเข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชว่าเป็นโรคซึมเศร้า เมื่อป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจะต้องได้รับการบำบัดทางด้านการแพทย์ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม อาการต่าง ๆ จึงจะ

ลดลงได้ ซึ่งเมื่อพิจารณาจากความชุกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นแล้วพบว่ามีความสอดคล้องกันคือถูกพบได้บ่อยร้อยละ 2 – 5 โดยประมาณ (มาโนช หล่อตระกูลและคณะ, 2558) ส่วนจำนวนผู้มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง ถูกพบได้มากกว่าผู้มีภาวะซึมเศร้ามาก อาจเนื่องมาจากเป็นภาวะเศร้าที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงอาการแสดงทางด้านร่างกาย โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านี้จะมีความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและร่างกายที่เปลี่ยนไปจากเดิม แม้ว่าจะสามารถเรียน ทำงานหรือใช้ชีวิตประจำวันได้ แต่จำเป็นที่จะต้องมีการบำบัดหรือให้การปรึกษาจึงจะกลับสู่ภาวะปกติได้

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างเพศและภาวะซึมเศร้า

จากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างเพศและภาวะซึมเศร้า ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 กลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของเพศหญิงมีค่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการวิจัยในส่วนนี้ตรงกับผลการสำรวจและการศึกษาในหลาย ๆ งานทั้งในประเทศและต่างประเทศ เช่น ในกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายกับการศึกษาในครั้งนี้ พบการศึกษาของหนูชนาด แก้วมาตร (2554) ที่ทำการศึกษาคความชุกของภาวะซึมเศร้าในนิสิตพยาบาลที่ศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่านิสิตเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าสูงกว่านิสิตเพศชาย

นอกจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาที่อยู่ในสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ ยังพบการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาอื่น ๆ โดยผลการศึกษาเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เช่น การศึกษาของวงเดือน บันดี (2558) ที่ได้ทำการสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาจากวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในเพศหญิง (57.2) มากกว่าเพศชาย (50.3) ความชุกของภาวะซึมเศร้า ที่แตกต่างกันตามเพศภาวะ โดยเพศหญิงมีความชุกมากกว่าเพศชายที่พบในการศึกษาครั้งนี้ ยังสอดคล้องกับการสำรวจระดับชาติวิทยาโรคจิตเวชของไทยเมื่อปี 2546 (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ, 2547) และสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกที่กล่าวว่าในช่วงวัยรุ่นเพศหญิงจะมีความชุกของโรคซึมเศร้าและมีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและมีความพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย (WHO, 2002)

ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานของ Kessler และคณะ (1993, อ้างถึงใน Hodes และคณะ, 2016) ที่พบว่าในเพศหญิงมีความเสี่ยงที่จะพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับเพศชาย นอกจากนี้เมื่อพิจารณาระดับความรุนแรงของโรคแล้ว พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงมักจะมี ความรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย โดยในเพศหญิงถูกพบว่ากลไกทางจิตมีความเสื่อมถอยลงมากกว่าเพศชายและยังเสื่อมควบคู่ไปกับกลไกการเข้าสังคมอีกด้วย (Kornstein และคณะ, 1995 อ้างถึงใน Hodes และคณะ, 2016) โดยเพศชายมักมีการแสดงอาการผ่านอารมณ์โกรธ ความก้าวร้าว การมีพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ รวมถึงการใช้สารเสพติด ในขณะที่เพศหญิงจะมีอาการตามรูปแบบเดิมของโรคและแสดงออกในลักษณะของการมีความต้องการทางเพศที่เปลี่ยนแปลงไป (Hodes และคณะ, 2017)

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของเพศกับภาวะซึมเศร้าในประเด็นที่ว่าเพศหญิงมีความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย อาจเนื่องมาจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของชีวิตในวัยเด็ก เพศหญิงมีแนวโน้มสูงที่จะถูกรบกวนความรุนแรงทางเพศ ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะอ่อนไหวง่ายต่อ

ประสบการณ์ในอดีต ด้านประวัติภาวะซึมเศร้า เพศหญิงมีแนวโน้มความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้ามากขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น นอกจากนี้ ด้านบทบาททางสังคมและมาตรฐานทางสังคม เพศหญิงที่ต้องเผชิญกับข้อจำกัดของบทบาทที่สัมพันธ์กับการขาดโอกาสเลือก การทำตามบทบาทมากเกินไปและบทบาททางสังคมของเพศหญิงส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงเกิดเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (Piccinelli, 2000) ซึ่งในแง่มุมมองทางสังคมการกีดกันทางเพศเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่แฝงเร้นอยู่ในระบบสังคม การเมืองการปกครองและเศรษฐกิจ ซึ่งอาจทำให้เพศที่ถูกกีดกันได้รับผลกระทบและทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจตามมา (Daniels, 2012, อ้างถึงใน นันทิชาตสันต์ สกุลพงศ์, 2559)

3. การวิเคราะห์ระดับความกรุณาต่อตนเองของนักศึกษากลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ

จากผลการศึกษาเกี่ยวกับความกรุณาต่อตนเองของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 กลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ พบว่า นักศึกษามีความกรุณาต่อตนเองระดับปานกลาง จำนวน 140 คน (ร้อยละ 56.45) มีความกรุณาต่อตนเองระดับสูง จำนวน 103 คน (ร้อยละ 41.53) มีความกรุณาต่อตนเองต่ำ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 2.02) มีความสอดคล้องกับการศึกษาของวัชราวดี บุญสร้างสม (2556) ที่ได้ศึกษาระดับความกรุณาต่อตนเองในกลุ่มนักศึกษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและมหาวิทยาลัยรังสิต จำนวน 400 คน พบว่ากลุ่มนักศึกษามีคะแนนความกรุณาต่อตนเองในระดับปานกลาง นอกจากนี้ในต่างประเทศจากการศึกษาของ Lockard และคณะ (2014) ที่ได้ทำการศึกษาระดับความกรุณาต่อตนเองในนักศึกษามหาวิทยาลัย พบว่านักศึกษามีคะแนนความกรุณาต่อตนเองในระดับปานกลาง

4. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างเพศและความกรุณาต่อตนเอง

จากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างเพศและความกรุณาต่อตนเองของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 กลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความกรุณาต่อตนเองของเพศชายสูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความกรุณาต่อตนเองของเพศหญิงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีความสอดคล้องกันกับการศึกษาของ Yarnell (2015) ที่ทำการศึกษาความแตกต่างระหว่างเพศของความกรุณาต่อตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ในเพศชายมีระดับความกรุณาต่อตนเองสูงกว่าเพศหญิง ซึ่งการศึกษาดังกล่าวเกิดข้อค้นพบว่าเพศหญิงที่มีความกรุณาต่อตนเองต่ำกว่าเพศชายนั้น มีแนวโน้มตัดสินใจตนเองและใช้การพูดคุยกับตนเองในลักษณะเชิงลบมากกว่าที่เพศชายจะกระทำ (DeVore, 2013) ซึ่งแนวโน้มดังกล่าวนี้เองส่งผลให้เพศหญิงมีความสัมพันธ์กับโอกาสเสี่ยงป่วยด้วยโรคซึมเศร้าสูงกว่า (Nelen-Hoeksema, 1987) ซึ่งจากการศึกษาของ Raes (2011) ยังพบว่าความกรุณาต่อตนเองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการซึมเศร้า โดยความกรุณาต่อตนเองมีความเกี่ยวข้องกับการลดลงและ/หรือการเพิ่มขึ้นของอาการซึมเศร้าได้ ซึ่งข้อค้นพบครั้งนี้มีความสอดคล้องกับแนวคิดความกรุณาต่อตนเองที่นำเสนอว่าความกรุณาต่อตนเองเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญสำหรับปัญหาทางด้านอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้า

5. ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความทุกข์ตนเองในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่า

5.1 จากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองระหว่างช่วงก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าช่วงก่อนการทดลอง มีความแตกต่างกับค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลที่ได้นี้สนับสนุนสมมติฐานที่ 1

ผลการวิจัยที่พบครั้งนี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของดารารวรรณ ต๊ะปันทาและคณะ (2556) ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางต่อการลดภาวะซึมเศร้า ทำการทดลองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จำนวน 36 ราย มีอายุระหว่าง 18 – 60 ปี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คน พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมทางความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของศรีวิไล โมกขาว (2554) ที่ทำการศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมทางความคิดและเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 30 คน มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน พบว่า กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มควบคุมมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกันและยังสอดคล้องกับกุลธิดา สุภาคุณ (2550) ที่ได้ทำการศึกษาโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยหลังจากสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด มีภาวะซึมเศร้าน้อยลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด และนอกจากนี้ ได้มีการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้วิธีการวิจัยกึ่งทดลอง ผลปรากฏว่าเมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ ผู้ป่วยซึมเศร้ามึภาวะซึมเศร้าน้อยลงกว่าเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ พบว่า เมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ ผู้ป่วยซึมเศร้ามึภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พรเพ็ญ อารีกิจ, 2555)

ขณะเดียวกัน Furlong และ Oei (2002) ได้ทำการศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงความคิดอัตโนมัติและทัศนคติที่ไม่เหมาะสม โดยการใช้กระบวนการกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า ผลจากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับการเปลี่ยนแปลงความคิดอัตโนมัติและทัศนคติที่ไม่เหมาะสมนั้นมีความสัมพันธ์กัน โดยคะแนนของการทดสอบการเปลี่ยนแปลงความคิดอัตโนมัติและทัศนคติที่ไม่เหมาะสมสามารถใช้ทำนายค่าคะแนนอันจะได้ออกจากการทดสอบค่าความเศร้าภายหลังจากการได้รับกระบวนการกลุ่มดังกล่าวได้ (Kohn et.

al., 2002) นอกจากนี้ การศึกษาของพรภิมล เพ็ชรกุลและคณะ (2555) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบผลของละครจิตบำบัดและการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โดยในส่วนของผู้ป่วยซึมเศร้า ภายหลังจากการเข้าร่วมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม พบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้ามลดลงกว่าก่อนได้รับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.2 จากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความทุกข์ต่อตนเองของกลุ่มทดลองระหว่างช่วงก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความทุกข์ต่อตนเองช่วงก่อนการทดลอง มีความแตกต่างกับค่าเฉลี่ยคะแนนความทุกข์ต่อตนเองหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลที่ได้สนับสนุนสมมติฐานที่ 2

จากการค้นคว้ายังไม่พบการทดลองเกี่ยวกับระดับคะแนนที่เพิ่มขึ้นจากกระบวนการกลุ่ม แต่พบว่ามีผลการนำความทุกข์ต่อตนเองมาเป็นตัวแปรพยากรณ์อาการของโรคซึมเศร้า ดังเช่นงานวิจัยของ Terry, Leary และ Mehta (2013) ที่พบว่านักเรียนที่เข้าเรียนในวิทยาลัยและมีระดับความทุกข์ต่อตนเองในระดับสูงจะมีอาการซึมเศร้ามลดลงภายใน 4 – 6 สัปดาห์ขณะที่เรียนในภาคเรียนที่ 1 สอดคล้องกับการศึกษาของ Raes (2011) ที่ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงอาการซึมเศร้าที่มีความแตกต่างกันไปตามระดับของความทุกข์ต่อตนเองในกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัย ผลการศึกษาพบว่า ผู้มีอาการซึมเศร้าและมีระดับความทุกข์ต่อตนเองสูง มีความเป็นไปได้ว่าอัตราการเกิดอาการซึมเศร้าในอนาคตจะลดลง และได้ทำการศึกษาอีกครั้ง โดยเขาเกิดความสงสัยว่าความทุกข์ต่อตนเองนั้นน่าจะเป็นตัวแปรที่ใช้พยากรณ์อาการซึมเศร้าในบุคคลกลุ่ม non-clinical ได้ด้วย จากการศึกษาพบว่าความทุกข์ต่อตนเองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการซึมเศร้า คือ การมีความทุกข์ต่อตนเองสูงขึ้นจากเดิมมีความเกี่ยวข้องกับการลดลง หรือการเพิ่มขึ้นน้อยลงของอาการซึมเศร้าได้ โดยการค้นพบครั้งนี้มีความสอดคล้องกับแนวคิดความทุกข์ต่อตนเองที่น่าเสนอว่าความทุกข์ต่อตนเอง เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญสำหรับปัญหาทางด้านอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้า Raes, 2011)

ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าและค่าเฉลี่ยคะแนนความทุกข์ต่อตนเองของกลุ่มทดลองระหว่างช่วงก่อนการทดลองมีความแตกต่างกับหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สนับสนุนสมมติฐานที่ 1 และ สมมติฐานที่ 2 เนื่องจากผู้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติ โดยได้เรียนรู้กระบวนการแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมและเรียนรู้แนวคิดการพัฒนาสติ ผ่านกิจกรรมกลุ่มที่ถูกออกแบบตามแนวคิดการให้คำปรึกษาแนวปัญญานิยม โดยเริ่มจากการเรียนรู้กระบวนการคิด ที่ส่งผลต่ออารมณ์ พฤติกรรมและอาการทางกาย การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบหรือความคิดที่บิดเบือนไม่สมเหตุสมผลอันนำไปสู่การมีอารมณ์และพฤติกรรมที่เป็นปัญหา จากนั้นจึงเรียนรู้ที่จะประเมินความคิดของตนเอง ผูกคิดแบบอื่น ๆ ที่เป็นจริงและมีความสมเหตุสมผลมาทดแทน อันจะส่งผลให้มีความคิดที่เหมาะสมนำไปสู่การมีอารมณ์และพฤติกรรมที่มีความเหมาะสมมากขึ้น Corey (2012) ขณะเดียวกัน เทคนิคการพัฒนาสติ ก็ได้ถูกหยิบยกมาร่วมพัฒนาให้กิจกรรมกลุ่มสมบูรณ์แบบมากขึ้น เนื่องจากช่วยส่งเสริมทักษะให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีการรับรู้ด้วยความตระหนักและมีสติ โดยเริ่มจากการฝึกหายใจ การให้ความสนใจเจตนา ณ ปัจจุบันขณะ และการไม่ตัดสินต่อการเผยแพร่ประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (Kabat-Zinn, 2003) ซึ่งนำไปสู่การยอมรับตนเอง (Germer, Siegel, & Fulton,

2005) ซึ่งทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติ มีภาวะซึมเศร้าลดลงในช่วงหลังการทดลอง

5.3 จากผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าภายหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลที่ได้นี้ไม่สนับสนุนสมมติฐานที่ 3

จากการศึกษาเพิ่มเติม พบว่า การสร้างโปรแกรมป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าให้มีประสิทธิภาพ อย่างน้อยที่สุดผู้เข้าร่วมจะต้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางอารมณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ไม่ใช่เป็นเพียงผู้มีภาวะอารมณ์เศร้าทั่วไป (Normal depression) เพราะมีความแตกต่างกับผู้ที่มีอารมณ์เศร้าในฐานะโรค (Depression as a disorder) และต้องมีความชัดเจนด้านนิยามของปัญหาที่ต้องการแก้ไข (Harrington & Clark, 1998) ซึ่งโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความกรุณาต่อตนเอง ได้เลือกนักศึกษาผู้ที่มีคะแนนซึมเศร้าในระดับไม่รุนแรงจนถึงระดับปานกลาง (8 – 19 คะแนน) จากการทำแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย เท่านั้น ซึ่งนักศึกษาเหล่านี้ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคซึมเศร้าหรือไม่ อาจสรุปได้ว่าคุณภาพของการเลือกกลุ่มตัวอย่างอาจไม่เพียงพอต่อการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม นอกจากนี้ จำนวนผู้เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มจะต้องมีปริมาณมากกว่าการศึกษาปัจจุบัน เพื่อให้มีอำนาจทางสถิติมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

5.4 จากผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความกรุณาต่อตนเอง ภายหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความกรุณาต่อตนเองของกลุ่มทดลองและค่าเฉลี่ยคะแนนความกรุณาต่อตนเองของกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลที่ได้นี้ ไม่สนับสนุนสมมติฐานที่ 4

เมื่อพิจารณาจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความกรุณาต่อตนเอง พบว่า ผู้ที่ได้รับเลือกเข้าร่วมนั้นมีค่าเฉลี่ยคะแนนความกรุณาต่อตนเองอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น มิใช่เป็นผู้มีความกรุณาต่อตนเองในระดับต่ำจนเป็นปัญหา จากการค้นคว้าวรรณกรรม พบว่า ระดับของความกรุณาต่อตนเองนี้ยังสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Barnard&Curry, 2011 อ้างถึงใน Ivztan&Lomas, 2016) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าระดับไม่รุนแรงจนถึงระดับปานกลาง และพบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับความกรุณาต่อตนเองที่อยู่ในช่วงปานกลางเช่นกัน ซึ่งอาจส่งผลให้มีความยากลำบากในการพัฒนาให้มีความกรุณาต่อตนเองเพิ่มมากขึ้น โดยอาจต้องใช้ระยะเวลาเพิ่มมากขึ้นสำหรับกระบวนการกลุ่ม จากการศึกษาเพิ่มเติมจาก Neff&Germer (2013) พบว่าสำหรับโปรแกรมส่งเสริมสติและความกรุณาต่อตนเอง (Mindful Self-compassion Program) ผู้เข้าร่วมจะต้องให้ความสนใจหัวข้อที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละครั้งที่เข้าร่วมโปรแกรมระยะเวลา 2 ชั่วโมง ทั้งหมด 8 ครั้ง คือ สัปดาห์แรก ให้เรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับความกรุณาต่อตนเอง สัปดาห์ที่สอง จึงเริ่มให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการพัฒนาสติ

สัปดาห์ที่สาม ร่วมอภิปรายเกี่ยวกับความกรุณาต่อตนเองในชีวิตประจำวัน สัปดาห์ที่สี่ ผู้นำกลุ่มให้การช่วยเหลือสมาชิกกลุ่มพัฒนาความกรุณาต่อตนเองจากภายใน สัปดาห์ที่ห้า ความสำคัญของการใช้ชีวิตด้วยการยอมรับ สัปดาห์ที่หก สอนทักษะการจัดการกับอารมณ์ สัปดาห์ที่เจ็ด การจัดการกับสัมพันธภาพส่วนบุคคล และสัปดาห์สุดท้ายจึงร่วมกันอภิปรายมุมมองด้านบวกของตนด้วยความกรุณา ระหว่างนั้นก็ได้มีการเพิ่มกิจกรรมอื่นเข้าไปด้วย เช่น โยคะ การทำสมาธิและการรับประทานอาหารอย่างมีสติ เป็นต้น จากเหตุผลข้างต้นอาจส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความกรุณาต่อตนเองของกลุ่มทดลองและค่าเฉลี่ยคะแนนความกรุณาต่อตนเองของกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัด

การวิจัยปัจจุบัน มีข้อจำกัดของงาน ดังนี้

1. ข้อจำกัดของกลุ่มตัวอย่างด้านความสมัครใจ และด้านความไม่สะดวกในการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้มีจำนวนน้อย โดยเฉพาะเพศชาย ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่อาจไม่สูงนักซึ่งส่งผลต่อการอธิบายผลการวิจัยจากตัวอย่างไปสู่ประชากรกลุ่มใหญ่ที่เป็นวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมดได้

2. ข้อจำกัดด้านอัตราการถอนตัวกลางคันระหว่างการดำเนินการวิจัย ทำให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความกรุณาต่อตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเริ่มการวิจัยมีความแตกต่างกัน กล่าวคือกลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยสูงกว่าและมีคะแนนความกรุณาต่อตนเองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

3. เนื่องจากผู้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้โดยส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ดังนั้นเมื่อระยะเวลาผ่านไปนักศึกษาอาจสามารถจัดการกับเหตุการณ์หรือปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ซึ่งทำให้ภาวะซึมเศร้าอาจลดลงเองได้ ดังนั้นการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรต้องคำนึงว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าในการศึกษาครั้งนี้ สามารถเป็นผลมาจากโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความกรุณาต่อตนเองร่วมกับ ระยะเวลาที่ผ่านไป

ข้อเสนอแนะ

ประกอบด้วย ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลวิจัยไปใช้

การนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความกรุณาต่อตนเองไปประยุกต์ใช้เป็นกิจกรรมหรือการให้ความรู้แก่ผู้ที่มีความสนใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า เช่น นักเรียนในโรงเรียน วัยรุ่นในชุมชน กลุ่มนักศึกษา ดังนี้

1.1 ข้อเสนอแนะสำหรับบุคลากรสาธารณสุข เช่น นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ ที่มีทักษะและความเข้าใจในกระบวนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม รวมถึงมีทักษะและความ

เข้าใจในการบำบัดแบบปัญญาพฤติกรรมนิยม สำหรับการนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความกรุณาต่อตนเองไปปรับใช้ ควรคัดกรองผู้ที่มีคะแนนซึมเศร้าไม่สูงจนเกินไป เพื่อส่งเสริมการรักษาควบคู่กับการรักษาทางการแพทย์ได้อย่างครอบคลุมและเต็มประสิทธิภาพมากขึ้น

1.2 ข้อเสนอแนะสำหรับบุคลากรทางการศึกษา เช่น คุณครู หรืออาจารย์ ที่มีทักษะและความเข้าใจในกระบวนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม รวมถึงได้รับการอบรมในการบำบัดแบบปัญญาพฤติกรรมนิยม สำหรับการนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความกรุณาต่อตนเองไปปรับใช้ กับนักเรียนหรือนักศึกษาที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น เพื่อจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และจัดการกับภาวะอารมณ์อย่างเหมาะสม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาด้านอารมณ์ของวัยรุ่นอย่างเหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความกรุณาต่อตนเอง ที่มีการวัดผลลัพธ์ในช่วงก่อนการทดลองและหลังการทดลอง เพื่อขยายผลการศึกษาในด้านความคงทนของผลลัพธ์ จึงเสนอแนะให้มีการศึกษาวิจัย โดยเพิ่มกระบวนการในการติดตามผลการทดลองหลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยไปแล้วและวัดผลซ้ำ ซึ่งจะทำให้นักวิจัยที่ได้มีความชัดเจนในเรื่องความคงทนของผลลัพธ์จากกระบวนการวิจัยมากขึ้น

2.2 การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความกรุณาต่อตนเอง ดังนั้น เพื่อให้การศึกษามีความสมบูรณ์และลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาเพิ่มเติมด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อทำให้มองเห็นประสบการณ์หรือปรากฏการณ์เชิงคุณภาพของนักศึกษาที่เข้าร่วมกลุ่ม อีกทั้งยังช่วยให้ได้เข้าใจประสบการณ์ภายในจิตใจของนักศึกษาที่หลังจากได้เข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม อันจะเป็นประโยชน์สำหรับการวางแผนป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหรือวางแผนการดูแลแก่นักศึกษาผู้มีภาวะซึมเศร้าต่อไป

2.3 จากการศึกษาพบว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความกรุณาต่อตนเอง สามารถส่งเสริมความกรุณาต่อตนเองและลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักศึกษาผู้เข้าร่วมได้ ในการวิจัยครั้งต่อไป อาจมีการนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความกรุณาต่อตนเองไปทดลองใช้กับวัยรุ่นหรือนักศึกษาที่มีปัญหาด้านอื่น เช่น ในกลุ่มที่มีความวิตกกังวลสูง เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม ซึ่งอาจทำให้เกิดการขยายผลไปยังวัยรุ่นหรือนักศึกษากลุ่มต่าง ๆ ได้หลากหลายมากยิ่งขึ้น



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2555). *แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการบำบัดทางสังคมจิตใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสถานบริการระดับทุติยภูมิ*. อุบลราชธานี: โรงพิมพ์พระศรีมหาโพธิ์.
- แก้วตา ลีลาตระการกุลและอุมาพร ตรังคสมบัติ. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดอุบลราชธานี: *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 57(4): 395-402.
- ชัยพร วิศิษฎ์พงศ์อารีย์, วรุณา กลกิจโกวินท์และพิสาสน์ เตชะเกษม. (2557). ภาวะซึมเศร้าของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาในเขตดุสิต กรุงเทพฯ *วชิรเวชสาร*. 58(3): 43-53
- ฐาปกรณ เรือนใจ, ณัฐวรินทร์ กฤติยาภิชาติกุล, พิลาสินี วงษ์นุชและวิวัฒน์ แก้วดวงเล็ก. (2559). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง. *ลำปางเวชสาร*. 37(1): 9-15.
- จิตวี แก้วพรสวรรค์และเบญจพร ดันตสูติ. (2555). การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในกรุงเทพมหานคร: *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 57(1): 29-38.
- ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2556). *ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดและการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, สุพิศ กุลชัย, สมบัติ สุกุลพรรณ, กรรณิการ์ ศรีมงคลธาราธร, สุชาพร บุญยศิลาพงศ์และผกาทิพย์ สุขจิตร. (2556). ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางต่อการลดภาวะซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 27(3): 1-15.
- ดวงใจ วัฒนสินธุ์, ภรภัทร เองอุดมทรัพย์, ศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์, ธนวรรณ อาษารัฐ, ลีริพิมพ์ ชูปานและพรพรรณ ศรีโสภา. (2558). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ: *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*. 23(4): 31-47.
- ธรรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, สุพัตรา สุขาวห, รุ่งมณี ยี่งยง, ศักดา ชำคม, ศิริจันทร์ สุขใจและจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. (2550). *การพัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม ภาษาอีสาน*. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 6 ประจำปี 2550. กรุงเทพฯ.
- นันท์ชัตสนันท์ สุกุลพงศ์. (2559). *พลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิง: การวิจัยแบบผสมวิธีพหุระยะ เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดและประสิทธิผลการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์.
- นันท์วัช สิทธิรักษ์และคณะ. (2558). *จิตเวชศิริราช DSM-5. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์.

- นุชนาถ แก้วมาตกร, จันทนา เกิดบางแวมและชนิดดา แนบเกษร. (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*. 19(2): 83-95.
- ปวีดา โพธิ์ทอง, สุพัตร พุ่มพวงและสุนทรี ชะชาตย์. (2554). ความเครียด การปรับตัวและความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี: *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*. 22(2): 1-14.
- พนม เกตุมาน, นันทวัช สิทธิรักษ์, กอบหทัย สิทธิรัตนฤทธิ, กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, ปเนต ผู้กฤตยา คามีและกมลพร วรรณฤทธิ. (2556). ปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบในนักศึกษาแพทย์ศิริราชที่ไม่สำเร็จการศึกษา ตั้งแต่ปีการศึกษา 2525-2550: *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 58(3): 271-282.
- พระพรหมคุณาภรณ์. (2559). *พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม*. Retrieved 13 เมษายน, 2558, from http://www.watnyanaves.net/uploads/File/books/pdf/dictionary_of_buddhism_pra-muan-dhaama.pdf
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์และคณะ. (2547). ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี 2546. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 12(3); 177-188.
- พรเพ็ญ อารีกิจ. (2555). *ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. Retrieved 3 กันยายน, 2559, from <https://www.mysciencework.com/publication/show/334265724a58ae207836b45dae8a7695>
- พีรพันธ์ ลือบุญวัชชัย, นันทิกา ทวีชาติและสมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้าไทย: การศึกษาโดยมีกลุ่มควบคุมแบบจับคู่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 55(1), 69-80.
- พูนศรี รังษิณี, ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจและนวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล. (2547). *จิตเวชศาสตร์สำหรับนักศึกษาแพทย์*. ขอนแก่น: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์และจักรกฤษณ์ สุขยั้ง. (2539). การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 41(4) ; 235-246
- มานิช หล่อตระกูลและคณะ. (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ปิยอนต์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- วรารณ วรรณพิรุณ. (2545). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังการพยายามฆ่าตัวตาย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, จิตวิทยา, สาขาจิตวิทยา.
- วงเดือน ปันดี. (2558). ความชุกและปัจจัยของความซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นตอนปลาย: ศึกษาเฉพาะนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคศรีสะเกษ: *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*. 45(3), 298-309.
- วัชรชาติ บุญสร้างสม. (2556). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียดและความสุขในนิสิตนักศึกษามหาวิทยาลัยโดยมีความกรุณาต่อตนเองเป็นตัวแปรส่งผ่าน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา.

- วินิทรานวลละออง. (2555). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1: *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 57(2): 225-234.
- ศัลภษา กิติทัศน์เศรษฐ์, สุปาณี สนธิรัตน์และทิพย์วัลย์ สุรินยา. (2009). ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูของบิดามารดากับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับช่วงชั้นที่ 4: *Rama Nurs J*. 15(1): 36-47.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2548). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุพรรณษา พูลพิพัฒน์. (2553). *ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์และประยุกต์.
- โสธรณี ไทรสุท. (2540). Thai version of the Beck Depression Inventory (BDI). *วารสารสวนปรุง*. 1: 22-7.
- อุมาพร ตรังสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์และปิยลัมพร หะวานนท์. (2540). การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 42(1), 2-13.
- อุมาพร ตรังสมบัติและดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. (2539). อาการซึมเศร้าในเด็ก: การศึกษาโดยใช้ Children's Depression Inventory: *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 41(4): 222-234.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ*. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- อัจฉรา ตราชู, จิตวี แก้วพรสวรรค์และสิรินัดดา ปัญญาภาส. (2556). พฤติกรรมทำร้ายตนเองในเด็กและวัยรุ่นที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช: *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 58(4): 323-332.
- American Psychological Association. (n.d.). *Psychotherapy: Understanding group therapy*. Retrieved 2016 September 22, from: <http://www.apa.org/helpcenter/group-therapy.aspx>
- Andrews, J.A., Lewinsohn, P.M. (1992). Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders: *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 31:655-62.
- Baumeister, R.F., Bushman, B.J.&Campbell, W.K. (2000). Self-Esteem, Narcissiam, and Aggression: Does Violence Result from Low Self-Esteem or From Threatened Egotism?. *Current Directions in Psychological Science*. 9, 26-29.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theatrical aspects*. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T. & Alford, B.A. (2009). *Depression: Clinical, experimental, and theatrical aspects. second edition*. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Rush, A.J., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.

- Beck, A.T., Ward, C., & Mendelson, M. (1961a). "Beck Depression Inventory (BDI)". *Archives of General Psychiatry*. 4, 561-571.
- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961b) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. 4, 561-571.
- Beck, J.S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy Basics and Beyond. 2nd ed.* New York, NY: The Guilford Press.
- Bennett-Goleman, T. (2001). *Emotional alchemy: How the mind can heal the heart.* New York: Three Rivers Press.
- Billing, P.J., McCabe, R.E. & Antony, M.M. (2006). *Cognitive behavioural group therapy in groups.* New York: Guilford Press.
- Birkett, M.A., (2014). Self-compassion and empathy across cultures: Comparison of young adults in China and the Unites States. *International Journal of Research Studies in Psychology*. 3, 25-34.
- Chan, E.K.H. (2006) *Efficacy of cognitive-behavioral, pharmacological, and combined treatments of depression: A meta-analysis.* Calgary: University of Calgary.
- Childers, J.H.&Couch, R.D. (1989) . Myths about group counseling: Identifying and challenging misconceptions. *Journal for Specialists in Group Work*. 14, 105-111.
- Clark, D.M.&Fairburn, C.G. (1997). *Science and practice of cognitive behavioural therapy.* Oxford: Oxford University Press.
- Corey, G. (2012). *Theory and Practice of Group Counseling. (eighth Edition).* Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- DeVore, R. (2013). Analysis of gender differences in self-statements and mood disorders. *McNair Scholars Research Journal*. 9, 7.
- Diana Sarokhani, Ali Delpisheh, Yousef Veisani, Mohamad Taher Sarokhani, Rohollah Esmaeli Manesh and Kourosh Sayehmiri. (2013). Prevalence of Depression among University Students: A systematic Review and Meta-Analysis Study. *Depression Research and Treatment*. 1-7
- Dobson, K.S. (1988). *Handbook of cognitive behavioural therapies.* New York: The Guilford Press.
- Dobson, K.S. (2010) . *Handbook of cognitive behavioural therapies. (third edition).* New York: The Guilford Press.
- Eiad AlFaris, Farhana Irfan, Riaz Qureshi, Naghma Naeem, Abdulaziz Alshomrani, Gominda Ponnampereuma, Nada Al Yousufi, Nasr Al Maflehi, Mohammad Al Naami, Amr Jamal, and Cees van der Vleuten. (2016). Health professions' students have an alarming prevalence of depressive symptoms: exploration of the associated factors. *BMC Medical Education*.16: 279.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy.* New York: Lyle.

- Furlong, M.&Oei P.S.T. (2002). Changes to Automatic Thoughts and Dysfunctional Attitudes in Group CBT for Depression. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 30.
- Gallagher, S., & Shear, J. (1999). (Eds). *Models of the self*. Thorverton, UK: Imprint Academic.
- Georgia E. Hodes, Deena M. Walker, Benoit Labonté, Eric J. Nestler& Scott J. Russo. (2017). Understanding the epigenetic basis of sex differences in depression. *Journal of Neuroscience Research*. 95: 692-702.
- Gold, J.R. (1990) *Levels of depression*. John Wiley&Sons.
- Hamilton M. (1982). *Symptoms and assessment of depression*. In: Paykel ES, editor. *Handbook of affective disorders*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 3-11.
- Hayes, S.C., Follette, V.M.&Linehan, M.M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition*. New York: Guilford Press.
- Hofmann, S.G., Sawyer, A.T.&Fang, A. (2010). The empirical status of the cognitive behavioral therapy. *Psychiatr Clin N Am*. 33, 701-710.
- Ivtzan, I. and Lomas, T. (2016). *Mindfulness in Positive Psychology: The Science of Meditation and Wellbeing*. Retrieved 2016 July 21, from: <https://books.google.co.th/books?id=KXXDCwAAQBAJ&lpg=PP1&pg=PT9#v=onepage&q&f=false>
- Jacobs, E.E., Schimmel, C.J., Masson, R.L., Harvill, R.L. (2012). *Group Counseling: Strategies and Skills*. (8nd edition). Cengage Learning, Boston, Massachusetts.
- Kongsuk, T. *The prevalence of major depressive disorders in Thailand: results from the Epidemiology of Mental Disorders National Survey 2008*. Retrieved 2016 August 9, from: <http://www.dmh.go.th/downloadportal/Morbidity/Depress2551.pdf>.
- Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N.&Holtforth, M.G. (2013). Self-compassion in depression: associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behaviour Therapy*. 44, 501-513.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L.&Williams, J.B.W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 16, 606-613.
- Kroenke, K.&Spitzer, R.L. (2002). The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*. 32, 509-521.
- Kwon, S-M.&Oei, T.P. (2003). Cognitive change processes in a group cognitive behaviour therapy of depression. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 34, 73-85.
- Lesley, D.R., Marx, B.P.&Heimberg, R.G. (2005). *Making cognitive-behavioral therapy work: Clinical processes for new practitioners*. New York: Guilford Press.

- Lisa M. Yarnell, Rose E. Stafford, Kristin D. Neff, Erin D. Reilly, Marissa C. Knox & Michael Mullarkey. (2015). Meta-Analysis of Gender Differences in Self-Compassion. *Self and Identity*. 1-22.
- Lockard, A.J., Hayes, J.A., Neff, K. & Locke, B.D. (2014). Self-compassion among college counseling center clients: An examination of clinical norms and group differences. *Journal of college counseling*. 17, 249-259.
- Lotrakul, M., Sumrithe, S. & Saipanish, R. (2008). Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*. 8, 46.
- MacBeth, A. & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*. 32(6): 545-552.
- Maheux, A. & Price, M. (2016). The indirect effect of social support on post-trauma psychopathology via self-compassion. *Personality and Individual Differences*. 88, 102-107.
- Makransky, J. (2012). *Compassion in buddhist psychology*. *Compassion and Wisdom in Psychotherapy*. Retrieved April 14, 2016, from http://www.johnmakransky.org/downloads/Compassion_in_Buddhist_Psychology.pdf
- Maneeton, N., Thongkam, A. & Maneeton, B. (2010). Cognitive-Behavioural Therapy Added to Fluoxetine in Major Depressive Disorder after 4 weeks of Fluoxetine-Treatment: 16 week open label study. *J Med Assoc Thai*. 93(3): 337-42.
- Marco Piccinelli & Greg Wilkinson. (2000). Gender differences in depression. *British Journal of Psychiatry*. 177: 486-492.
- Neff, K. D. (2011). *Self-compassion: The proven power of being kind to yourself*. 1st ed. New York, NY: Harper Collins Publishers.
- Neff, K.D., Pisitsungkagarn, K., & Hsieh, Y. (2008). Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 39, 267-285.
- Neff, K. D. (2003a). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*. 2, 223-250.
- Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*. 2, 85-102.
- Neff, K. D. & Germer, C. K. (2013). A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of the Mindful Self-Compassion Program. *Journal of Clinical Psychology*. 69, 28 - 44.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*. 101, 259- 282.
- Nuallaong, W. (2010). The study of stress factors in clinical medical students of the Faculty of Medicine, Thammasat University. *Thammasat Medicine*. 10, 92-102.

- Pisitsungkagarn, K., Taephant, N. and Attasaranya, P. (2013). Body image satisfaction and self-esteem in Thai female adolescents: the moderating role of self-compassion: *Int J Adolesc Med Health*. 1-6.
- Raes, F. (2011). The effect of Self-Compassion on the development of depression symptoms in a non-clinical sample. *Mindfulness*. 2, 33-36.
- Reinecke, M.A.&Freeman, A. (2003). *Cognitive therapy*. In A.S. Gurman&S.B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies: Theory and practice. (second edition)*. New York: Guilford Press.
- Krejcie, R.V.& Morgan, D.W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*. 30(3): 607-610.
- Rose, S.D. (1998). *Group therapy with troubled youth: A cognitive-behavioral interaction approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A. (2009). *Mood disorder and suicide*. In: Sadock B.J., Sadock, V.A., editors. *Kaplan&Sadock's concise textbook of child and adolescent psychiatry*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams&Wilkins.
- Sadock, B.J.&Sadock, V.A. (2007). *Kaplan&Sadock's synopsis of psychiatry: behavioural sciences/clinical psychiatry. tenth edition*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams&Wilkins.
- Sadock, B.J.&Sadock, V.A. (2007). *Mood disorders*. In: Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan&Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams&Wilkins; p. 527-78.
- Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive Psychology An Introduction*. Retrieved Retrieved April 14, 2016, from <https://ppc.sas.upenn.edu/sites/ppc.sas.upenn.edu/files/ppintroarticle.pdf>
- Shan, S.I.&Halmiton, S.P. (2010). The genetics of major depression: Moving beyond the monoamine. *Psychiatric Clinical North American*. 33(1): 125-140.
- Snyder, C.R. & Shane, L. (2007). *Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths*. California: Sage.
- Spiegler, M.D.&Guevremont, D.C. (2010). *Contemporary behavior therapy. (5th edition)*. Belmont, CA: Wadsworth, Cengage Learning.
- Stolow, D., Zuroff, D.C., Young, J.F., Karlin, R.A.& Abela, J.R.Z. (2016). A prospective examination of self-compassion as a predictor of depressive symptoms in children and adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 35(1): 1-20.
- Terry, M. L., Leary, M. R., & Mehta, S. (2013). Self-compassion as a buffer against homesickness, depression, and dissatisfaction in the transition to college. *Self and Identity*. 12, 278-290.

- Tolin, D.F. (2010) Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 30; 710–720.
- United Nations. (2013) . *Definition of Youth*. Retrieved 2016 September 22, from: <http://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/fact-sheets/youth-definition.pdf>
- Ustun, T.B., Ayuso-Mateos, J.K., Chatterji, S., Mathers, C.&Murray, C.J. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *The British journal of Psychiatry*. 184: 386-92.
- Van Dam, N.T., Sheppard, S. C., Forsyth, J.P.&Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*. 25, 123-130.
- Wafaa Yousif Abdel Wahed& Safaa Khamis Hassan. (2017). Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among Medical students. *Alexandria Journal of Medicine*. 77-84.
- Westbrook, D., Kennelly, H. & Kirk, J. (2007). *Cognitive Behaviour Therapy: Skill and Applications*. Los Angeles: SAGE Publication.
- White, J.R. & Freeman, A. (2000) . *Cognitive behavioural group therapy for specific problems and populations*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Wilson, G.T., (2011) . *Behavior therapy*. In R.J. Corsini & D. Wedding. *Current Psychotherapies (9th edition)*. Belmont, CA: Brooks/ Cole, Cengage Learning.
- World Health Organization. (2012). *Depression: A global crisis*. Retrieved 2016 July 21, from: http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf
- World Health Organization. (2002). *Gender and Mental Health*. Retrieved 2017 July 28, from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68884/1/a85573.pdf>
- World Health Organization. (n.d.). *Adolescent health*. Retrieved 2016 September 22, from: http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/
- Phil Lapworth and Charlotte Sills. (2010). *Integration in Counseling & Psychotherapy. (2nd edition)*. MPG Books Group, Bodmin, Cornwall.
- Stanley B. Messer. (2001). Introduction to the Special Issue on Assimilative Integration. *Journal of Psychotherapy Integration*. 11(1): 2001.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
หนังสือรับรองการวิจัย

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย



MF4Version1:15/7/2556

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย
เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและไบนยอม

หมายเลขข้อเสนอการวิจัย SWUEC- 344/59E

ข้อเสนอการวิจัยนี้และเอกสารประกอบของข้อเสนอการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒแล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและ ข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง: ผลของโปรแกรมการให้ คำปรึกษาแนวปัญญาประดิษฐ์นียมร่วมกับการพัฒนาสติ และความกรุณาต่อตนเองในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้า

ชื่อผู้วิจัยหลัก: นางสาวปิยนุช ชมภูภาค

สังกัด: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

เอกสารที่รับรอง:

1. แบบเสนอโครงการวิจัย
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เอกสารที่พิจารณาทบทวน

1. แบบเสนอโครงการวิจัย	ฉบับที่ 1	วัน/เดือน/ปี 14 พ.ย. 2559
2. โครงร่างการวิจัย	ฉบับที่ 1	วัน/เดือน/ปี 14 พ.ย. 2559
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย	ฉบับที่ 1	วัน/เดือน/ปี 14 พ.ย. 2559
4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	ฉบับที่ 1	วัน/เดือน/ปี 14 พ.ย. 2559

(ลงชื่อ).....
(นายปิยชาติ บุญเพ็ญ)

รักษาการแทนเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

(ลงชื่อ).....
(แพทย์หญิงสุวิพร ภัทรสุวรรณ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

หมายเลขรับรอง : SWUEC/E-315/2559

วันที่ให้การรับรอง : 14/12/2559

วันหมดอายุใบรับรอง : 14/12/2560

ใบรับรองโครงการวิจัย



ที่ ศธ 0519.38/๗๗๗

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

28 ธ.ค. 2559

เรื่อง ขอแจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัยเลขที่ SWUEC 344/59

เรียน นางสาวปิยนุช ชมภูภวศ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ใบรับรองโครงการวิจัย SWUEC/E-315/2559

ตามที่ท่านได้ส่งโครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการให้ คำปรึกษาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติและความกรุณาต่อตนเองในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้า โครงการวิจัยเลขที่ SWUEC 344/59 เพื่อรับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ นั้น

คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ ได้พิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าว บัดนี้ คณะกรรมการฯ ให้การรับรองโครงการวิจัยดังกล่าวแล้วเมื่อวันที่ 14 ธันวาคม 2559 รายละเอียดดังนี้

Certificate Number	SWUEC/E-315/2559
Date of Approval	14 ธันวาคม 2559 (อายุใบรับรองโครงการวิจัย 12 เดือน)
Date of Expiration	14 ธันวาคม 2560
Continuing Review	ทุก 12 เดือน (ครบกำหนดส่งรายงานครั้งแรก วันที่ 14 ธันวาคม 2560)

ในการนี้ คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ ใ้ขอความกรุณาให้ผู้วิจัย ส่งรายงานความก้าวหน้าของกรวิจัยและต่ออายุการรับรองก่อนกำหนดวันหมดอายุ 30 วัน เพื่อให้เป็นไปตามวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs version 2.0) ของคณะกรรมการฯ ทั้งนี้รายละเอียดของเอกสารที่ให้การรับรองตามที่ปรากฏใน Certificate of Approval (Certificate Number SWUEC/E-315/2559) ที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(แพทย์หญิงสุรีพร ภัทรสุวรรณ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์



ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ นอกเหนือจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทั้งสองท่าน ในการตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ แบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย มาตรฐานความถูกต้องต่อตนเอง และโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความถูกต้องต่อตนเอง ดังนี้

1. รองศาสตราจารย์ ดร. นพ. ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์
(อาจารย์ประจำสาขาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์)
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. ธรรมนาถ เจริญบุญ
(อาจารย์ประจำสาขาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์)
3. พญ. ทิรยา เลิศหัตถศิลป์
(อาจารย์ประจำสาขาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์)
4. อาจารย์ ดร. มณฑิรา จารุเพ็ง
(อาจารย์ประจำสาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ)
5. อาจารย์ ดร. นันทชัตตสันต์ สกุลพงศ์
(อาจารย์ประจำบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ)

ภาคผนวก ค
โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปรัชญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติ
ต่อความกรุณาต่อตนเอง



โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปรัชญาพุทธธรรมนิยม
ร่วมกับการพัฒนาสติต่อความกรุณาต่อตนเองในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

วันที่	ช่วงเวลา	ระยะขั้นของกลุ่ม	หัวข้อ
1	ช่วงที่ 1 เวลา 16.00 – 18.00	เริ่มต้น	ยินดีที่ได้รู้จัก
2	ช่วงที่ 2 เวลา 16.00 – 18.00	เริ่มต้น	ใจของฉัน ใจของเรา
3	ช่วงที่ 3 เวลา 16.00 – 18.00	เริ่มต้น	ตระหนักรู้ นำสู่สติ
4	ช่วงที่ 4 เวลา 16.00 – 18.00	การเปลี่ยนแปลง	คิดลบ ใจติดลบ
5	ช่วงที่ 5 เวลา 16.00 – 18.00	การเปลี่ยนแปลง	ไม่เชื่อ จนกว่าจะพิสูจน์
6	ช่วงที่ 6 เวลา 16.00 – 18.00	การเปลี่ยนแปลง	ฉันจะโต้แย้งกับความคิดที่ไร้เหตุผล
7	ช่วงที่ 7 เวลา 16.00 – 18.00	การเปลี่ยนแปลง	นำสมาธิเข้าสู่ร่างกาย ผ่อนคลาย... สบายใจ
8	ช่วงที่ 8 เวลา 16.00 – 18.00	ยุติ	ฉันจะขอบคุณและกรุณาต่อตนเอง

ครั้งที่ 1 “ยนิต์ที่ได้รู้จัก”

120 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ข้อมูล แจ้งข้อตกลงและกติกา รวมถึงชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการเข้าร่วมวิจัย
2. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและสมาชิกกลุ่ม รวมถึงให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยและความไว้วางใจขึ้นในกลุ่ม
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้การพัฒนาศติเบื้องต้น
4. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ ความคิด พฤติกรรม อารมณ์และอาการทางกายเบื้องต้น

แนวคิด

สัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัด – สมาชิกกลุ่มและสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในกลุ่ม มีความสำคัญ และจำเป็นอย่างยิ่งต่อกระบวนการกลุ่มแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม เพราะจะสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกปลอดภัยและเกิดความไว้วางใจกลุ่ม เป็นผลให้สามารถระบายสิ่งที่อัดอั้นอยู่ภายในใจออกมา รวมถึงการเผยความคิดและอารมณ์ อันเป็นการนำไปสู่การทำให้ปัญหาที่อยู่ภายในใจของสมาชิกลดลงได้

อุปกรณ์

1. เอกสารให้ความรู้ที่ 1 แนวคิดปัญญาพฤติกรรมนิยม
2. เอกสารให้ความรู้ที่ 2 รูปแบบของการเกิดปัญหา
3. เอกสารให้ความรู้ที่ 3 ภาวะซึมเศร้า
4. เอกสารให้ความรู้ที่ 4.1 ทักษะผ่อนคลายด้วยการหายใจ
5. ใบงานที่ 1 เป้าหมายของฉัน
6. ใบงานที่ 2 ผลดีจากการผ่อนคลาย

วิธีการดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก พร้อมทั้งแนะนำตนเอง และเชิญชวนให้สมาชิกแนะนำตนเองเป็นก้าวแรกแห่งการสร้างสัมพันธภาพเพื่อนำไปสู่ความไว้วางใจจากสมาชิกกลุ่ม (5 นาที)
2. ผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม รูปแบบของกระบวนการ แจ้งวัตถุประสงค์และแจ้งข้อตกลงเบื้องต้นของการอยู่ร่วมกันในกลุ่ม (5 นาที)
3. เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามสิ่งที่สงสัย รวมถึงให้โอกาสเสนอข้อตกลงอื่น ๆ ตามความเหมาะสม (5 นาที)

4. ร่วมพูดคุยถึงความคาดหวังจากการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม ร่วมกันกำหนดขอบเขตของกระบวนการกลุ่มในครั้งที่ 1 (15 นาที)
5. ใช้กิจกรรมทักษะผ่อนคลายด้วยการหายใจ เพื่อฝึกฝนการหายใจแบบจัดจ่อ นำไปสู่การพัฒนาสมาธิ และเพื่อผ่อนคลายจิตใจ เป็นวิธีการฝึกให้มีความตระหนักรู้ต่อสิ่งที่ประสบอยู่ (เอกสารให้ความรู้ที่ 4.1) จากนั้นจึงร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับกิจกรรมดังกล่าว พร้อมกับเขียนข้อดีของการผ่อนคลายลงในใบงาน (ใบงานที่ 5) (15 นาที)
6. เชิญชวนให้สมาชิกกลุ่มตั้งเป้าหมายร่วมกัน โดยใช้การตั้งคำถาม เพื่อให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็นและเพื่อสำรวจความคาดหวังจากการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งนี้ โดยชวนให้สมาชิกกลุ่มเขียนเป้าหมายจากการร่วมกิจกรรมกลุ่มลงบนกระดาษ (ใบงานที่ 3) จากนั้นจึงร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับความคาดหวังของสมาชิกกลุ่มแต่ละคน และผู้นำกลุ่มกล่าวสรุป (20 นาที)
7. ให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบกระบวนการคิด (เอกสารให้ความรู้ที่ 1) เพื่อทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ ความคิด พฤติกรรม อารมณ์และอาการทางกาย จากนั้นจึงมอบหมายให้สมาชิกกลุ่มศึกษาตัวอย่างของสถานการณ์ ความคิด พฤติกรรม อารมณ์และอาการทางกาย (เอกสารให้ความรู้ที่ 2) ให้สมาชิกกลุ่มอภิปรายเกี่ยวกับข้อมูลและตัวอย่างสถานการณ์ จากนั้นจึงเปิดโอกาสให้สอบถามถึงข้อสงสัยเกี่ยวกับรูปแบบการคิดและสถานการณ์ตัวอย่าง (35 นาที)
8. มอบหมายการบ้านแก่สมาชิกกลุ่ม (เอกสารให้ความรู้ที่ 3) ให้อ่านและทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า โดยให้นำเอกสารมาด้วยในครั้งต่อไป (10 นาที)
9. ชวนให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปประเด็นที่ได้เรียนรู้ร่วมกัน รวมถึงรับข้อสรุปย้อนกลับ (feedback) จากสมาชิกกลุ่ม จากนั้นผู้นำกลุ่มจึงสรุปอีกครั้ง ชวนนั่งในท่าสบายและผ่อนคลาย กล่าวลา และปิดกลุ่ม (10 นาที)

การประเมิน

ผู้นำกลุ่มสังเกตจากความกระตือรือร้นในการเรียนรู้และความกระตือรือร้นในการแสดงความคิดเห็น และปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกลุ่ม

เอกสารให้ความรู้ที่ 4.1 ทักษะผ่อนคลายด้วยการหายใจ

หลักการ

ตามปกติ คนมักจะหายใจจ้วงหะสั้นๆ ตื้นๆ โดยใช้กล้ามเนื้อหน้าอกเป็นหลัก ทำให้ได้ออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายได้น้อยกว่าควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีเวลาที่ต้องคิดหลายเรื่อง มีความเครียดทางความคิด ก็ยิ่งทำให้คนหายใจถี่และตื้นมากขึ้นกว่าเดิม และมีการถอนหายใจเป็นระยะ เพื่อให้ได้ออกซิเจนมากกว่าเดิม

การฝึกหายใจให้ได้จ้วงหะช้าๆ ลึกๆ โดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณท้องจะช่วยให้ร่างกายได้อากาศเข้าสู่ปอดมากขึ้น เพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือดและยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงแก่กล้ามเนื้อหน้าท้องและลำไส้

วิธีการฝึก

1. นิ่งในท่าที่สบาย หลังตรง เอามือวางประสานไว้ที่ท้อง
2. ค่อยๆ หายใจเข้า พร้อมกับนับเลข 1 ถึง 4 เป็นจ้วงหะช้าๆ ให้มีรู้สึกวาท้องพองออก
3. กลั้นหายใจเอาไว้ชั่วครู่ นับเลข 1 ถึง 4 เป็นจ้วงหะช้าๆ เช่นเดียวกับตอนหายใจเข้า
4. ค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออก โดยนับ 1 ถึง 6 เป็นจ้วงหะช้าๆ เพื่อไล่ลมหายใจออกให้หมด สังเกตว่าที่หน้าท้องจะต้องแฟบลง
5. ทำซ้ำอีก โดยหายใจเป็นจ้วงหะช้าๆ กลั้นไว้ แล้วหายใจออกให้นับเลขนานกว่าช่วงหายใจเข้า

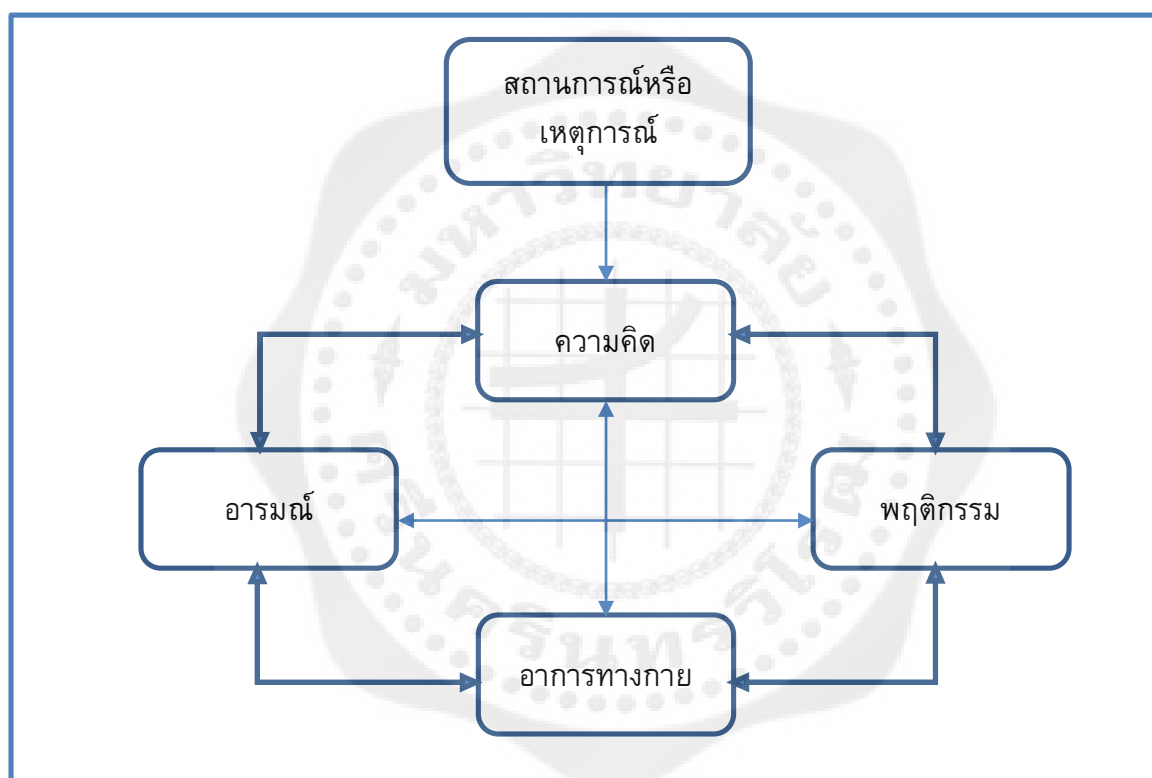
ข้อแนะนำ

การฝึกหายใจ ควรทำติดต่อกันประมาณ 4 ถึง 5 ครั้ง ควรฝึกทุกครั้งที่มีรู้สึกไม่สบายใจ รู้สึกเครียดหรือฝึกทุกๆ ครั้งที่นั่งขึ้นได้ ทุกครั้งที่หายใจออก ให้รู้สึกว่าได้ผลักดันความเครียดออกมาด้วยจนหมด เหลือไว้แต่ความรู้สึกโล่งสบายเท่านั้น

เอกสารให้ความรู้ที่ 1 แนวคิดปัญญาพฤติกรรมนิยม

การบำบัดแบบปัญญาพฤติกรรมนิยม เป็นการบำบัดชนิดหนึ่งที่ใช้หลักการปรับที่ความคิดและพฤติกรรม เพื่อช่วยให้รับทราบปัญหาและนำไปสู่การปรับแก้ปัญหานั้น ทั้งปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรม รวมถึงปัญหาจากอาการทางกาย ซึ่งอยู่ภายใต้ความเชื่อที่ว่าสิ่งเร้าไม่ได้มีผลโดยตรงต่ออารมณ์ พฤติกรรมและและอาการทางกาย แต่ผ่านกระบวนการคิดที่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล อันเป็นผลมาจากการเลี้ยงดูและประสบการณ์ในอดีตของบุคคลนั้นๆ

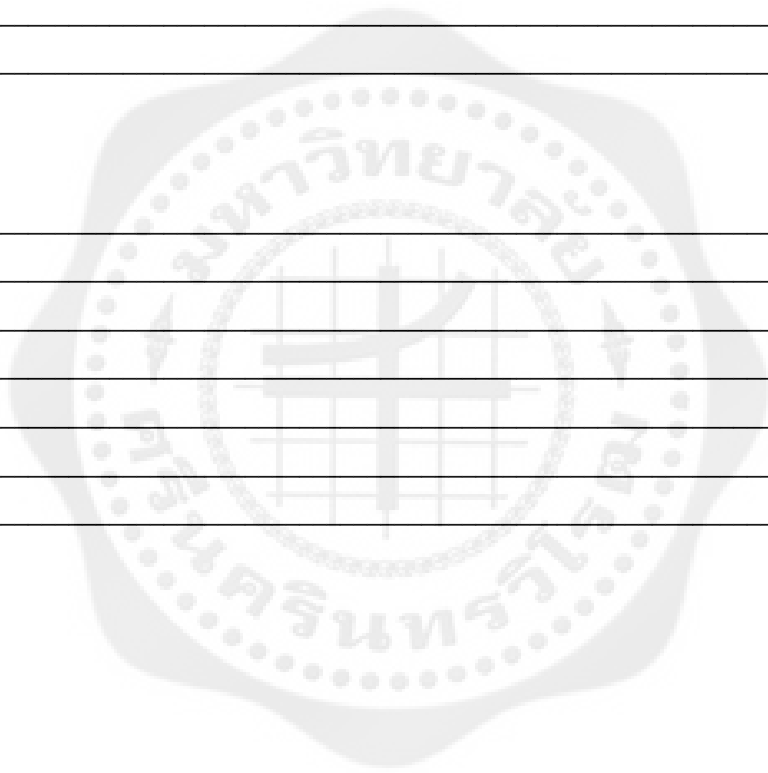
การทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์กระตุ้น ความคิด พฤติกรรม อารมณ์และอาการทางกาย สามารถอธิบายได้ด้วย model ดังนี้



ใบงานที่ 1 เป้าหมายของฉัน

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____
- 8 _____
- 9 _____
- 10 _____

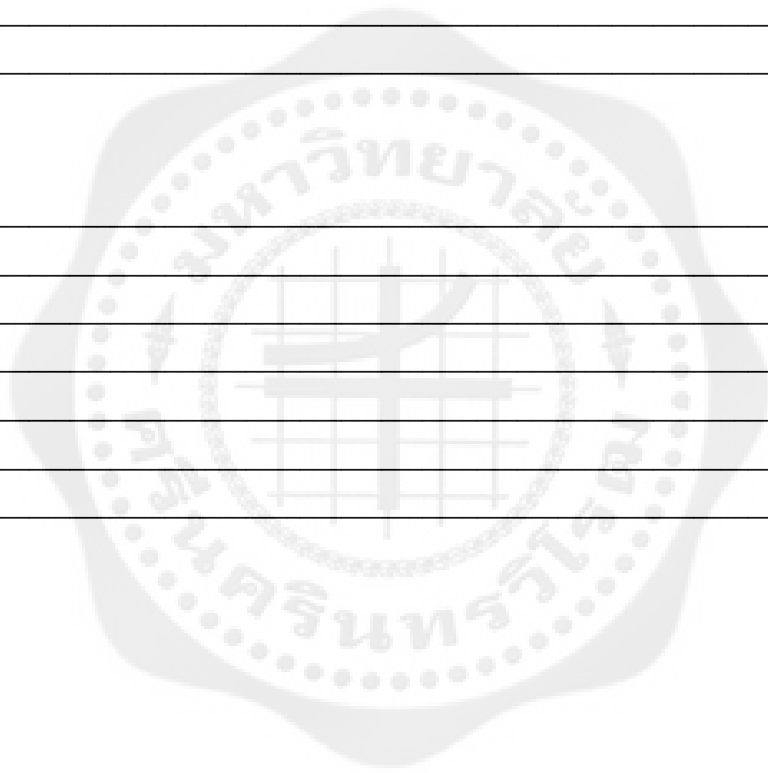
Notes



ใบงานที่ 2 ผลดีจากการผ่อนคลาย

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____
- 8 _____
- 9 _____
- 10 _____

Notes



เอกสารให้ความรู้ที่ 3 ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่สามารถพบเจอได้ในประชากรทั่วไป ทุกเพศ ทุกวัย โดยภาวะดังกล่าวเป็นภาวะอารมณ์ทางลบที่อาจเกิดขึ้นเองเนื่องจากบุคคลมีการคิดคาดการณ์ล่วงหน้า หรือเกิดขึ้นเนื่องจากเผชิญกับการสูญเสีย รวมถึงความผิดพลาดจากสิ่งที่คาดหวัง ทำให้มีความเศร้ามากเกินไปและยาวนานกว่าปกติ ทั้งนี้ยังแสดงออกให้สังเกตเห็นได้จากการร้องไห้ ซึมเศร้า คิดวนเวียนตำหนิตนเอง ขาดสมาธิและความใส่ใจต่อสิ่งรอบข้างลดน้อยลง แยกตัวจากสังคม นอกจากนี้ ความคิดแง่ลบเหล่านี้อาจทำให้บุคคลมีทรศนะต่อโลกต่อสังคมในแง่ร้ายและอาจตัดสินใจฆ่าตัวตายได้

ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้อย่างไร?

การเกิดภาวะซึมเศร้า เป็นไปได้หลายประการ ได้แก่

1. ด้านชีววิทยา เชื่อว่ามีความผิดปกติทางด้านสารสื่อประสาท เช่น serotonin และ norepinephrine ที่มีปริมาณลดน้อยลง ทำให้มีอาการทางด้านลบมากขึ้น
2. ด้านพันธุศาสตร์ โดยพบว่าผู้ที่มีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคทางอารมณ์ ก็จะทำให้มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคทางอารมณ์มากกว่าคนทั่วไป และยังมีความเสี่ยงในการกลับมาเป็นซ้ำอีกด้วย
3. ด้านจิตวิทยาและด้านสังคม เชื่อว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิตที่ทำให้เกิดความเครียดสูงจะมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอารมณ์เศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความสูญเสีย นอกจากนี้ ปัจจัยทางด้านบุคลิกภาพบางประการก็มีความสัมพันธ์กับการเกิดอารมณ์เศร้าได้เช่นกัน
4. ปัจจัยด้านการคิด โดยผู้ที่มีอารมณ์เศร้า มักจะมีกระบวนการคิดแบบบิดเบือน มักประเมินคุณค่าของตนเองไปในทางลบ มองโลกในแง่ร้าย คาดการณ์ถึงอนาคตอย่างสิ้นหวัง เมื่อบุคคลเรียนรู้ว่าหมดหนทาง ไม่สามารถจัดการกับปัญหาใด ๆ ได้ มักจะมีอารมณ์เศร้าและแสดงพฤติกรรมท้อถอย ทั้งนี้มีการอธิบายถึงลักษณะความคิดด้านลบไว้ ดังนี้
 - 4.1 ผู้ที่มีอารมณ์เศร้า มักจะมองตนเองในทางลบ และคิดว่า “ฉันเป็นคนไม่เก่ง” “ฉันเป็นคนต่ำต้อย” “ฉันทำอะไรก็ล้มเหลว” เป็นต้น
 - 4.2 ผู้ที่มีอารมณ์เศร้า มักจะมองโลกของตนเองในทางลบ โดยมักจะมองว่าโลกนี้มีส่วนทำให้เกิดสิ่งต่าง ๆ ทางด้านลบต่อชีวิตของตน และคิดว่า “โลกนี้ช่างไม่ยุติธรรม” เป็นต้น
 - 4.3 ผู้ที่มีอารมณ์เศร้า มักจะมองอนาคตของตนเองในทางลบ โดยมักจะคาดการณ์เกี่ยวกับอนาคตว่าช่างมีแต่ความยุ่งยากเท่านั้น และคิดว่า “ฉันมองไม่เห็นอนาคตอันสวยงามเลย” “ฉันมองไม่เห็นสิ่งดี ๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตของฉันได้เลย”

เมื่อไหร่ที่ฉันเข้าใกล้ภาวะซึมเศร้า?

ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่แสดงเมื่อเผชิญกับภาวะซึมเศร้า มีอาการสำคัญ 4 ประการ ได้แก่

1. การแสดงออกทางความคิด ที่มีลักษณะของทัศนคติแบบบิดเบือนต่างไปจากความเป็นจริง ทั้งในเรื่องของประสบการณ์ของตนเอง รวมถึงเรื่องเกี่ยวกับอนาคต ซึ่งจะทำให้มีผลต่อการตัดสินใจ มีการประเมินตนเองในระดับต่ำกว่าความเป็นจริง โดยจะแสดงออกเป็นการคิดต่อตนเองในด้านลบทุก ๆ ด้าน ทั้งทางด้านศักยภาพ ความสามารถ สติปัญญา ความอดทน รวมถึงการคาดหวังในทางลบ ซึ่งมีความ

ใกล้เคียงกับความรู้สึกสิ้นหวังและการคิดแบบนั้นมักจะรบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน จนอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายเนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะเข้าใจว่าการฆ่าตัวตายคือทางออกสำหรับการแก้ไขปัญหา

2. การแสดงออกทางอารมณ์ โดยจะมีอารมณ์หดหู่ ผิดหวัง ซึมเศร้าและมักจะมีความรู้สึกทางด้านลบต่อตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า เป็นคนไม่ดี ไม่เป็นที่รักของคนอื่น ไม่เป็นที่ต้องการของใคร ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง มักจะสูญเสียความพึงพอใจและความปลื้มปิติในตนเองต่อการรับรู้สถานการณ์ กิจกรรมรวมถึงการรับรู้บุคคลในชีวิตประจำวัน ซึ่งรวมไปถึงกิจกรรมที่เป็นกิจวัตรหรือสถานการณ์ธรรมดา เช่น การรับประทานอาหาร การมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร่ายังสูญเสียความผูกพันทางอารมณ์ที่จะทำให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจ เช่น ต่อคนในครอบครัว ต่อเพื่อน เป็นต้น นอกจากนี้การร้องไห้ เป็นการแสดงออกทางอารมณ์อีกรูปแบบหนึ่งที่พบในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าร้อยละ 83 มักจะร้องไห้ก่อนจะมีภาวะซึมเศร้าและรู้สึกมากจนกระทั่งต้องร้องไห้ต่อไป แม้ว่าจะไม่มีน้ำตาออกมาอีกแล้ว ซึ่งเป็นการสูญเสียความร่าเริง สูญเสียอารมณ์ครั้นเครงและขาดการมีอารมณ์ตลกขบขัน

3. การแสดงออกทางแรงจูงใจลดลงตามระดับของภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะเกิดการเปลี่ยนแปลงจนผู้ที่อยู่รอบข้างสามารถสังเกตเห็นได้ เมื่อมีแรงจูงใจลดลง จึงเป็นสาเหตุให้ส่งผลกระทบต่อการทำงานสัมพันธภาพในครอบครัวและความสัมพันธ์กับเพื่อน ทำให้ขาดการปรารถนาต่อทุกเรื่อง แต่จะมีลักษณะเพิ่มเติมในเรื่องของความต้องการพึ่งพิง ต้องการความช่วยเหลือหรือคำแนะนำ รวมถึงการต้องการการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างมากยิ่งขึ้น

4. การแสดงออกทางกาย จะมีการแสดงหลายประการ เช่น กระทำสิ่งต่าง ๆ ซ้ำลง ขาดความสนใจตนเองหรือหยุดทำสิ่งต่าง ๆ ให้แก่ตนเอง ขาดความอยากอาหาร ขาดความต้องการทางเพศ มีความลำบากในการนอนหลับและมีความเหนื่อยอ่อนล้า ซึ่งในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าบางคนจะมีความรู้สึกอวัยวะในร่างกายของตนหนัก ไม่มีแรง ไม่อยากเคลื่อนไหว ซึ่งบางครั้งเกิดร่วมกับการขาดแรงจูงใจหรือขาดความต้องการทำสิ่งต่าง ๆ

มาต่อสู้กับภาวะซึมเศร้าด้วยกันนะ

หลายคน เมื่อพบว่าตนกำลังเผชิญกับภาวะซึมเศร้า อาจจะคิดว่านี่เป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้ชีวิตหมดหวังและไร้เรี่ยวแรงที่จะฟื้นฟูตนเอง ผู้เขียนจึงอยากจะมอบกำลังใจและขอให้มั่นใจว่าความรู้สึกแย่ ๆ เหล่านี้จะไม่ได้อันอยู่ตลอดไป ทั้งนี้ จึงมีข้อแนะนำมาเล่าสู่กันฟังพร้อมก็นำไปปฏิบัติ ดังนี้

1. ออกกำลังกาย เพื่อช่วยให้รู้สึกสดชื่นแจ่มใส ผ่อนคลายความเศร้า และการออกกำลังกายยังช่วยให้หลับได้ดีขึ้น ทานอาหารได้ดี มีการขับถ่ายที่ดี ได้มีแรงจูงใจที่จะพาตนเองออกไปด้านนอก เพื่อพบปะเพื่อน หรือพบปะผู้คน ลดการแยกตัวและลดความรู้สึกว่าตนเองอยู่อย่างโดดเดี่ยว

2. ทำกิจกรรมที่ชื่นชอบและไม่ใช่งานที่ยากจนเกินไป เพื่อให้เกิดความรู้สึกที่ดี เช่น กิจกรรมเย็บปักถักร้อย การวาดภาพ การร้องเพลง การปลูกพืชผัก การออกไปท่องเที่ยว เป็นต้น

ครั้งที่ 2 “ใจของฉัน ใจของเรา”

120 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ ความคิด พฤติกรรม อารมณ์และอาการทางกาย

แนวคิดพื้นฐาน

เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (Psychoeducation) อันนำไปสู่การสร้างความเข้าใจอย่างถูกต้องต่อภาวะซึมเศร้า ทั้งด้านการรักษา การดูแลตนเอง และเพื่อลดการเกิดความรู้สึกว่าตนเองแปลกจากผู้อื่นหรือเป็นผู้ไม่ปกติ อีกทั้งยังเป็นการสร้างพลังเพื่อร่วมกันหาแนวทางผลักดันให้ผ่านพ้นภาวะดังกล่าวร่วมกัน

อุปกรณ์

1. เอกสารให้ความรู้ที่ 4.2 ทักษะการผ่อนคลาย
2. ใบงานที่ 2 ผลดีจากการผ่อนคลาย
3. ใบงานที่ 3 แบบสำรวจอารมณ์
4. ใบงานที่ 4 ความสัมพันธ์ของความคิด การกระทำและความรู้สึก
5. ใบงานที่ 5 แบบบันทึกความคิดที่ทำให้รู้สึกเศร้า

วิธีการดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก สอบถามถึงสภาพการณ์ทั่วไป (5 นาที)
2. ชวนให้สมาชิกกลุ่มนำเอกสารให้ความรู้ที่ 3 ภาวะซึมเศร้ามาร่วมอภิปรายพร้อมกัน กล่าวชมเชยผู้ที่รับผิดชอบทำการบ้าน เพื่อแสดงให้เห็นว่าผู้นำกลุ่มให้ความสำคัญต่อการทำการบ้าน ขณะเดียวกันก็ได้ให้เวลาสักครู่ เพื่อให้ผู้ที่ไม่ได้ทำการบ้านมาได้อ่านทำความเข้าใจเอกสารดังกล่าว จากนั้นจึงชวนให้สมาชิกแต่ละคนร่วมแสดงความคิดเห็นของตนเอง โดยผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้เขียนสรุปความคิดเห็นของสมาชิกแต่ละคนลงบนกระดาน สุดท้ายจึงเชื่อมโยงสู่การสรุปว่าแม้จะอยู่ในสถานการณ์เดียวกัน แต่บุคคลแต่ละคนนั้นอาจมีความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ต่อสถานการณ์นั้น ๆ แตกต่างกันไป (30 นาที)
3. ผู้นำกลุ่มชวนให้สมาชิกกลุ่มทำการตรวจสอบภาวะทางอารมณ์เศร้า โดยให้สมาชิกกลุ่มบันทึกอารมณ์เศร้าตามที่รู้สึกลงไปบนกราฟแสดงอารมณ์เศร้า จากนั้นจึงสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกเศร้าของสมาชิกกลุ่ม (ใบงานที่ 1) (15 นาที)

4. ผู้นำกลุ่มชวนให้ทบทวนรูปแบบกระบวนการคิด (เอกสารให้ความรู้ที่ 1) เพื่อทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ ความคิด พฤติกรรม อารมณ์และอาการทางกาย จากนั้นจึงให้ ใบบงานที่ 4 ความสัมพันธ์ของความคิด การกระทำ ความรู้สึกและอาการทางกาย เพื่อให้สมาชิกได้ทำความเข้าใจกระบวนการคิดมากยิ่งขึ้น (20 นาที)

5. ใช้กิจกรรม ทักษะการผ่อนคลาย เพื่อผ่อนคลายร่างกายและจิตใจ ซึ่งกิจกรรมนี้เป็นประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้ฝึกให้มีความสบาย สุขและสงบ นอกจากนี้ยังเป็นวิธีการฝึกให้มีความตระหนักรู้ต่อสิ่งที่ประสพอยู่ (เอกสารให้ความรู้ที่ 4.2) จากนั้นจึงร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับกิจกรรมดังกล่าว พร้อมกับเขียนข้อดีของการผ่อนคลายลงในใบบงาน (ใบบงานที่ 2) (30 นาที)

6. มอบหมายการบ้านแก่สมาชิกกลุ่ม (ใบบงานที่ 5) เพื่อให้ได้ฝึกสังเกตและวิเคราะห์ความคิดของตนเอง โดยขณะที่มอบหมายการบ้านและอธิบายจะเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้สอบถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับการบ้าน ให้นำการบ้านมาด้วยในครั้งต่อไป (10 นาที)

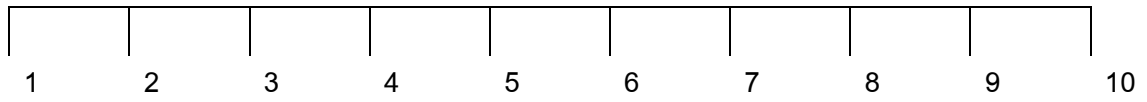
7. ชวนให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปประเด็นที่ได้เรียนรู้ร่วมกัน รวมถึงรับข้อสรุปย้อนกลับ (feedback) จากสมาชิกกลุ่ม จากนั้นผู้นำกลุ่มจึงสรุปอีกครั้ง ชวนนั่งในท่าสบายและผ่อนคลาย กล่าวลาและปิดกลุ่ม (10 นาที)

การประเมิน

ผู้นำกลุ่มสังเกตจากความกระตือรือร้นในการมีส่วนร่วมต่อกระบวนการกลุ่ม และสามารถตระหนักรู้ต่อความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและอาการทางกายของตนเอง

ใบงานที่ 3 แบบสำรวจอารมณ์

ครั้งที่ _____



เศร้าเล็กน้อย → เศร้ามาก

Area for writing responses, featuring horizontal lines and a faint watermark of a university seal in the background.

ใบงานที่ 4 ความสัมพันธ์ของความคิด การกระทำและความรู้สึก

ให้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ ความคิด พฤติกรรมและอารมณ์ ภายใต้สถานการณ์ที่ได้กำหนดให้ ดังต่อไปนี้

สถานการณ์ที่ 1 เมื่อตั้งใจอ่านหนังสือแต่ยังสอบได้คะแนนไม่น่าพอใจ

ความคิด	พฤติกรรม	อารมณ์	อาการทางกาย

สถานการณ์ที่ 2 มีปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับเพื่อน

ความคิด	พฤติกรรม	อารมณ์	อาการทางกาย

สถานการณ์ที่ 3 ออกหัก

ความคิด	พฤติกรรม	อารมณ์	อาการทางกาย

เอกสารให้ความรู้ที่ 4.2 ทักษะผ่อนคลายด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

หลักการ

การคลายกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นที่ละส่วนนี้เป็นเทคนิคการผ่อนคลายชนิดหนึ่ง โดยการเกร็งกล้ามเนื้อเป็นระยะเวลาสั้นๆ จากนั้นก็ปล่อยให้ผ่อนคลายที่ละส่วนทั่วร่างกายสามารถทำให้เกิดความผ่อนคลายในระดับสูงได้ รวมถึงทำให้จิตใจสบาย ลดความตึงเครียดและลดความวิตกกังวล นอกจากนี้ยังช่วยให้รู้สึกสดชื่นและมีพลังมากขึ้น

วิธีการฝึก

1. เลือกท่านั่งให้เหมาะสม ควรใช้เก้าอี้ที่มีพนักพิง เพื่อช่วยให้สบายและสะดวกในการทำมากขึ้น
2. พยายามทำใจให้ว่าง หยุดคิดหรือหยุดกังวลเรื่องต่างๆ แล้วพยายามจดจ่อกับร่างกายและการฝึกที่กำลังปฏิบัติ
3. หัวใจของการผ่อนคลายลักษณะนี้ คือการเกร็งกล้ามเนื้อที่ละส่วน โดยให้เกร็งกล้ามเนื้อเต็มแรงเป็นระยะเวลาประมาณ 10 วินาที (แต่ไม่แรงมากจนกระทั่งได้รับบาดเจ็บ) จากนั้นให้ผ่อนคลายออกเต็มที่ โดยใช้เวลาในช่วงผ่อนคลาย ประมาณ 15 – 20 วินาที
4. เริ่มต้นด้วยการหายใจเข้าลึกๆ จนสุดและหายใจออกช้าๆ 3 ครั้ง
5. เริ่มการเกร็งและผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ละส่วนตามลำดับ ดังต่อไปนี้

ลำดับการเกร็งและผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ละส่วน

1. เกร็งกล้ามเนื้อที่มือ โดยการกำมือให้แน่น นาน 10 วินาที จากนั้นปล่อยออกเพื่อผ่อนคลายเป็นเวลาประมาณ 15 – 20 วินาที
2. เกร็งกล้ามเนื้อต้นแขนด้านใน โดยการงอแขนเข้าหาหัวไหล่ เกร็งไว้ นาน 10 วินาที จากนั้นปล่อยออกเพื่อผ่อนคลายเป็นเวลาประมาณ 15 – 20 วินาที
3. เกร็งกล้ามเนื้อต้นแขนด้านนอก โดยการเหยียดแขนตรงจนสุด เกร็งไว้ นาน 10 วินาที จากนั้นปล่อยออกเพื่อผ่อนคลายเป็นเวลาประมาณ 15 – 20 วินาที
4. เกร็งกล้ามเนื้อที่หน้าผาก โดยการเลิกคิ้วขึ้น เกร็งไว้ นาน 10 วินาที จากนั้นปล่อยออกเพื่อผ่อนคลาย
5. เกร็งกล้ามเนื้อรอบตา โดยหลับตาให้แน่น เกร็งไว้ นาน 10 วินาที จากนั้นปล่อยออกเพื่อผ่อนคลาย
6. เกร็งกล้ามเนื้อที่กราม โดยการอ้าปากให้กว้าง เกร็งไว้ นาน 10 วินาที จากนั้นปล่อยออกเพื่อผ่อนคลาย
7. เกร็งกล้ามเนื้อคอ โดยการเงยหน้าขึ้นจนรู้สึกตึงที่ท้ายทอย เกร็งไว้ นาน 10 วินาที จากนั้นปล่อยออกเพื่อผ่อนคลายเป็นเวลาประมาณ 15 – 20 วินาที โดยการก้มหัวกลับตามปกติ
8. ช่วงพัก ใช้การหายใจเข้าลึกๆ และออกช้าๆ ประมาณ 3 ครั้ง แล้วเริ่มทำต่อ
9. เกร็งกล้ามเนื้อที่ไหล่ โดยการยกไหล่ขึ้น เกร็งไว้ นาน 10 วินาที จากนั้นปล่อยออกเพื่อผ่อนคลายเป็นเวลาประมาณ 15 – 20 วินาที
10. เกร็งกล้ามเนื้อรอบกระดูกสะบัก โดยการแอ่นกระดูกให้ชิดเข้าหากัน เกร็งไว้ นาน 10 วินาที จากนั้นปล่อยออกเพื่อผ่อนคลายเป็นเวลาประมาณ 15 – 20 วินาที

11. เกร็งกล้ามเนื้อบริเวณหน้าอก โดยการสูดลมหายใจเข้าให้ลึกที่สุด กลั้นไว้ นาน 10 วินาที แล้วปล่อยลมหายใจออกช้าๆ ค่อยๆ สัมผัสถึงความเกร็งที่ลดลงขณะที่ผ่อนลมหายใจออก
12. เกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง โดยเกร็งให้กล้ามเนื้อหน้าท้องยุบลง เกร็งไว้ นาน 10 วินาที จากนั้นปล่อยออกเพื่อผ่อนคลายเป็นเวลาประมาณ 15 – 20 วินาที
13. เกร็งกล้ามเนื้อที่หลังส่วนล่าง โดยการแอ่นหลัง เกร็งไว้ นาน 10 วินาที จากนั้นปล่อยออกเพื่อผ่อนคลายเป็นเวลาประมาณ 15 – 20 วินาที
14. เกร็งกล้ามเนื้อต้นขา เกร็งไว้ นาน 10 วินาที จากนั้นปล่อยออกเพื่อผ่อนคลายเป็นเวลาประมาณ 15 – 20 วินาที
15. เกร็งกล้ามเนื้อน่อง โดยการกระดกปลายเท้าขึ้น ทำซ้ำๆ เกร็งไว้ นาน 10 วินาที จากนั้นปล่อยออกเพื่อผ่อนคลายเป็นเวลาประมาณ 15 – 20 วินาที
16. เกร็งกล้ามเนื้อที่เท้า โดยการเหยียดปลายเท้าลง เกร็งไว้ นาน 10 วินาที จากนั้นปล่อยออกเพื่อผ่อนคลายเป็นเวลาประมาณ 15 – 20 วินาที
17. ให้รับรู้และสัมผัสถึงความผ่อนคลายของทุกส่วนทั่วทั้งร่างกาย เป็นการสิ้นสุดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

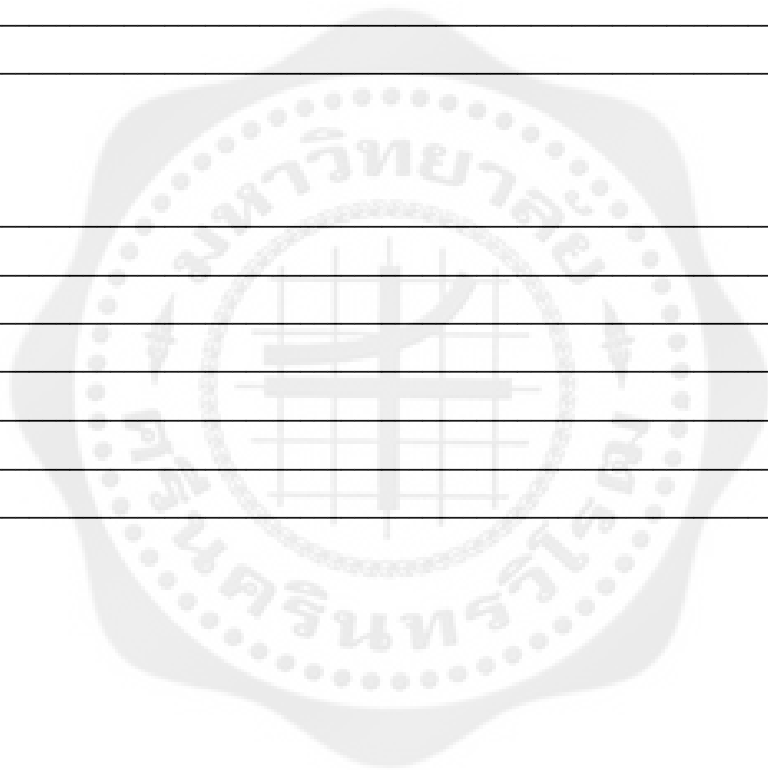
ข้อแนะนำ

การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ควรทำเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 20 นาที ไม่ควรทำอย่างหักโหมหรือทำนานๆ นอกจากนี้ ควรทำในสถานที่สงบและเลือกช่วงเวลาที่เหมาะสม เป็นเวลาที่สามารถผ่อนคลายสบายใจ ไม่ชวนให้รีบร้อน

ใบงานที่ 2 ผลดีจากการผ่อนคลาย

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____
- 8 _____
- 9 _____
- 10 _____

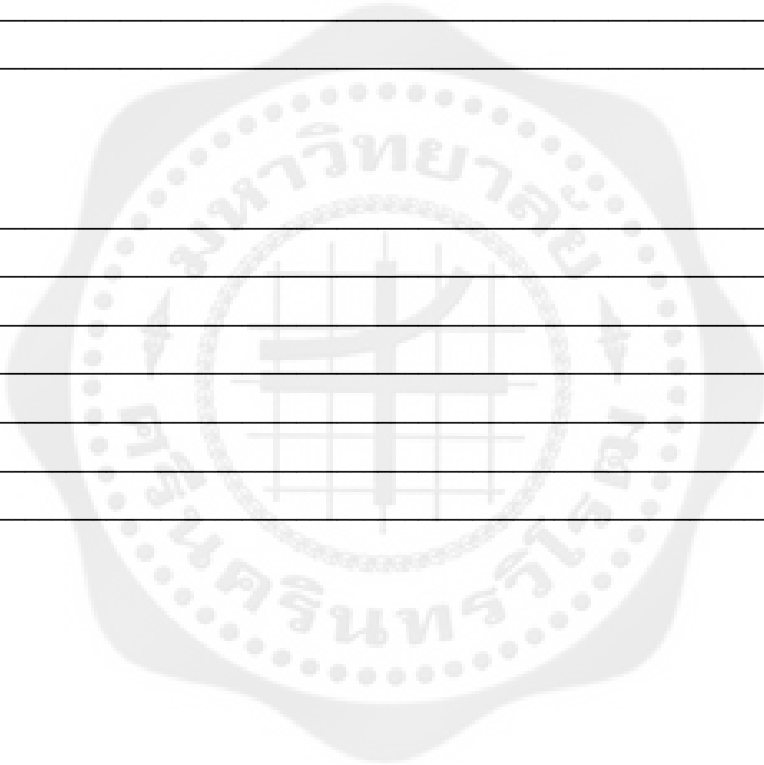
Notes



ใบงานที่ 5 แบบบันทึกความคิดที่ทำให้รู้สึกเศร้า

- 1_ฉันเป็นคนหน้าตาไม่ดี_____
- 2_____
- 3_____
- 4_____
- 5_____
- 6_____
- 7_____
- 8_____
- 9_____
- 10_____

Notes



ครั้งที่ 3 “ตระหนักรู้ นำสู่สติ”

120 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ ที่ส่งผลต่อความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีต่อเหตุการณ์ อารมณ์และพฤติกรรม

แนวคิดพื้นฐาน

เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ในรูปแบบ A-B-C ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์กันของความคิดต่อเหตุการณ์ อันส่งผลต่อไปยังผลที่เกิดจากความคิดดังกล่าว นั่นคืออารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงออก

อุปกรณ์

1. เอกสารให้ความรู้ที่ 5 ความคิดอัตโนมัติด้านลบ
2. ใบงานที่ 6 แบบบันทึกกิจกรรม Nothing practice
3. ใบงานที่ 7 แบบบันทึกความคิด 1

วิธีการดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก สอบถามถึงสภาพการณ์ทั่วไป (5 นาที)
2. ใช้กิจกรรม Nothing practice เพื่อพัฒนาสติเบื้องต้น โดยกิจกรรมนี้ถูกจัดขึ้นเพื่อให้จิตใจฝึกการสังเกตว่าเมื่อไหร่ที่จิตใจมุ่งไปสู่ความคิด เมื่อไหร่ที่จิตใจมุ่งสู่อารมณ์หรือเมื่อไหร่ที่มีความรู้สึกเกิดขึ้น ซึ่งกิจกรรมนี้เป็นประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้ฝึกให้มีความตระหนักรู้ต่อสิ่งที่ตนเองประสบอยู่ (ใบงานที่ 6) จากนั้นจึงร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับกิจกรรมดังกล่าว (20 นาที)
3. ชวนให้สมาชิกกลุ่มนำแบบบันทึกความคิดที่ทำให้รู้สึกเศร้า (ใบงานที่ 5) มาร่วมอภิปรายโดยพร้อมกัน กล่าวชมเชยผู้ที่รับผิดชอบทำการบ้าน เพื่อแสดงให้เห็นว่าผู้นำกลุ่มให้ความสำคัญต่อการทำการบ้าน ขณะเดียวกันก็ได้ให้เวลาสักครู่ เพื่อให้ผู้ที่ไม่ได้ทำการบ้านมาได้มีโอกาสติดทบทวนและบันทึกความคิดที่ทำให้รู้สึกเศร้าลงไปกระดาษ จากนั้นจึงชวนให้สมาชิกแต่ละคนร่วมแสดงความคิดเห็นของตนเอง โดยผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้เขียนสรุปความคิดเห็นของสมาชิกแต่ละคนลงบนกระดาน สุดท้ายจึงเชื่อมโยงสู่การสรุป (30 นาที)
4. ผู้นำกลุ่มนำเข้าสู่การเรียนรู้เรื่องความคิดอัตโนมัติด้านลบ (เอกสารให้ความรู้ที่ 5) เพื่อทำความเข้าใจความคิดด้านลบที่เกิดขึ้น รวมถึงลักษณะของความคิดด้านลบรูปแบบต่าง ๆ จากนั้นจึงชวนให้สมาชิกกลุ่มร่วมแบ่งปันประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความคิดอัตโนมัติด้านลบและแสดงความคิดเห็น (30 นาที)
5. มอบหมายการบ้านแก่สมาชิกกลุ่ม (ใบงานที่ 7 แบบบันทึกความคิด 1) เพื่อให้ได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบ โดยขณะที่มอบหมายการบ้านจะอธิบายโดยยกตัวอย่างสถานการณ์สมมติและสถานการณ์ของสมาชิกกลุ่มหนึ่งสถานการณ์ รวมสองสถานการณ์ จากนั้นจึงเปิด

โอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้สอบถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับการบ้าน พร้อมทั้งแจ้งว่าให้นำการบ้านมาด้วยในครั้งต่อไป (25 นาที)

6. ชวนให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปประเด็นที่ได้เรียนรู้ร่วมกัน รวมถึงรับข้อสรุปย้อนกลับ (feedback) จากสมาชิกกลุ่ม จากนั้นผู้นำกลุ่มจึงสรุปอีกครั้ง ชวนนั่งในท่าสบายและผ่อนคลาย กล่าวลา และปิดกลุ่ม (10 นาที)

การประเมิน

สังเกตจากการมีส่วนร่วมต่อกระบวนการกลุ่ม ได้แก่ การร่วมแบ่งปันประสบการณ์และการแสดงความคิดเห็นอย่างเหมาะสม



เอกสารให้ความรู้ที่ 5 ความคิดอัตโนมัติด้านลบ

ความคิดอัตโนมัติ เป็นกระบวนการคิดที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ผ่านเข้ามาในสมองโดยไม่ต้องใช้ความพยายาม ไม่สามารถควบคุมได้และมักจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์และความรู้สึก กล่าวคือ บุคคลจะแสดงความเชื่อบางประการผ่านสถานการณ์และความคิดอัตโนมัติที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อสถานการณ์ดังกล่าว ในทางเดียวกันก็ยังมีอิทธิพลต่ออารมณ์และนำไปสู่การเกิดพฤติกรรม

ความคิดอัตโนมัติด้านลบ เป็นความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นอย่างควบคุมไม่ได้และขาดการไตร่ตรองหรือผ่านการคิดอย่างมีเหตุผล มีความบิดเบือนและไม่ค่อยเหมาะสมนัก ซึ่งเมื่อเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบขึ้นแล้ว จะส่งผลกระทบต่อทางด้านลบตามมา ทั้งทางอารมณ์และพฤติกรรม การสังเกตความคิดอัตโนมัติทางลบมีความสำคัญ เนื่องจากสิ่งนี้อาจนำไปสู่การมองตนเองด้วย เกิดอารมณ์เศร้า เกิดความกังวล เกิดความโกรธและมีความคิดที่ไม่เป็นเหตุเป็นผล ซึ่งไม่มีประโยชน์และไม่จำเป็นสำหรับการใช้ชีวิต ฉะนั้น การนำวิธีการเพิกเฉยหรือทำลายต่อความคิดอัตโนมัติมาใช้ จึงช่วยให้ได้หยุดพิจารณาและปรับเปลี่ยนความคิดอันไม่สมเหตุผลเหล่านั้น

เมื่อความคิดทางลบ ส่งผลกระทบต่ออารมณ์และพฤติกรรมทางลบ เนื้อหาของความคิดทางลบมักเกี่ยวกับความบิดเบือนมุมมองของตนเองที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ การมีความคิดด้านลบนี้เองที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า

ลักษณะของความคิดอัตโนมัติด้านลบ

1. **การอ้างเหตุผลแบบแบ่งขั้ว (Dichotomous reasoning)** เป็นการคิดแบบสุดขั้ว 2 ทางเท่านั้น เช่น “ใช่ทั้งหมด หรือ ไม่ใช่ทั้งหมด” “ขาว หรือ ดำ” “ดี หรือ ไม่ดี” “สำเร็จ หรือ ล้มเหลว” บุคคลที่คิดเช่นนั้น มีแนวโน้มที่จะมองสิ่งต่าง ๆ เป็นประเภทเดียว โดยไม่รับรู้ว่ามีทั้งจริงแล้วยังมีคุณลักษณะอื่น ๆ อีกที่อยู่บนความต่อเนื่องนั้น อาจมีเจตสีเทาอยู่ระหว่างสีขาวและสีดำ บางครั้งคนเราก็เป็นคนดีและคนไม่ดีในบางครั้ง หรืออาจจะเป็นคนที่เหมาะสมความสำเร็จและบางครั้งอาจจะล้มเหลวก็เป็นได้
2. **การสรุปความแบบเหมารวม (Arbitrary inference)** เป็นการคิดแบบสรุปความเบ็ดเสร็จ เช่น การด่วนสรุป การอ่านใจผู้อื่น การคาดการณ์เรื่องที่ยังไม่เกิดขึ้น โดยการคิดแบบสรุปความดังกล่าว เป็นการสรุปความทั้งที่ไม่มีหลักฐานสนับสนุนความคิดอย่างสมบูรณ์ เช่น “เขาข้ามถนนเพื่อหลบหน้าฉัน ฉันคงทำให้เขาหงุดหงิดใจ”
3. **การขยายความคิด หรือ การย่อความคิด (Magnification or minimization)** เป็นการรับรู้วิเคราะห์และตีความสถานการณ์อย่างไม่เหมาะสม กล่าวคือ เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ บุคคลจะขยายความคิดไปในด้านลบและย่อการคิดด้านบวกลง เช่น “ฉันเรียนไม่เก่งเหมือนเพื่อน ๆ เพราะฉันได้คะแนนไม่ดีในวิชาที่ไม่สำคัญ แต่เพื่อนได้คะแนนดีในวิชาสำคัญ” (แม้ว่าเกรดเฉลี่ยจะไม่ต่างกัน เธอยังรู้สึกว่าคุณไม่เก่งเท่าเพื่อนอยู่ดี)
4. **คิดว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นเพราะตนเอง (Personalization)** บุคคลที่คิดแบบนี้มีแนวโน้มรู้สึกว่าตนเองต้องรับผิดชอบต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นแม้ว่าจะอยู่นอกเหนือการควบคุมของตนเอง เช่น “มันเป็นความผิดของฉันเองที่พวกเขาไม่สนุกกับการดูหนัง”
5. **การลดคุณค่าของความคิดด้านบวก (Discounting the positive)** มีการเปรียบเทียบการคิดรูปแบบนี้ไว้ว่าคล้ายกับการเล่นแร่แปรธาตุ แต่เปลี่ยนจากของดีเป็นของเก้ เปลี่ยนทองคำเป็นตะกั่ว

เช่นเดียวกับคนที่ได้รับคำชมเชยหรือเมื่อทำบางอย่างได้ดี ก็จะแปลงความดีเหล่านั้นให้กลายเป็นผลทางลบ หรือปฏิเสธ หาเหตุมาขัดแย้ง เช่น “เขาชมฉันก็เพราะเขาอยากจะเป็นคนโปรดเท่านั้นเอง”

6. **การคิดเหมารวมที่มากเกินไปกว่าความเป็นจริง (Over generalization)** มักใช้คำพูดที่แสดงถึงสิทธิ์ขาดเพื่อสนับสนุนความคิดทางลบในหลาย ๆ เรื่อง ทั้งที่อาจไม่มีข้อสนับสนุนความคิดด้านลบนั้นเลย ไม่ว่าจะเป็นคำว่า เสมอ ไม่เคย ทุกคน เป็นต้น โดยใช้เหตุการณ์เดียวหรือบุคคลเดียวเป็นพื้นฐานสำหรับการตัดสินใจในทุกกรณีในลักษณะเดียวกัน เช่น “ไม่มีใครชอบฉันเลย” “ไฟจราจรชอบเป็นสีแดงเสมอเวลาที่ฉันรีบร้อน”
7. **การตัดสินใจแบบเหมารวม (Global judgements)** มักใช้คำพูดในเชิงประณามความสามารถ ได้แก่ การตีตรา หรือ มองว่าห่วยแหก เป็นต้น โดยมักตีตราหรือดูถูกบุคคลจากการใช้เหตุการณ์เดียวหรือบุคคลเดียวเป็นพื้นฐานสำหรับการตัดสินใจในทุกกรณี เช่น “เขามั่นใจที่สุดในโลก” “ฉันเป็นคนไม่เอาไหน” “ฉันเป็นคนโง่คร่ำ”
8. **การตำหนิหรือวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง (Self-blaming or self-criticism)** มักมีความคิดว่าตนเองเป็นต้นเหตุของสถานการณ์ร้ายแรงหรือสถานการณ์ที่ไม่ค่อยดี โดยไม่มีข้อมูลมาสนับสนุน เช่น “ฉันสอบเข้าคณะที่อยากเรียนไม่ได้ เพราะฉันโง่” “เวลาที่ฉันเข้าประชุม ฉันรู้สึกว่าตัวเองเป็นเหมือนเงาไม่มีตัวตน ไม่พูดไม่แสดงความคิดเห็น ฉะนั้นไร้ประโยชน์และไม่มีคุณค่าสำหรับกลุ่ม”
9. **กฎเกณฑ์ทางศีลธรรม (Moral imperatives)** มักใช้คำพูดที่แสดงถึงความคาดหวังที่ไม่เป็นความจริง หรือ มีมาตรฐานสูง ได้แก่ ต้อง น่าจะ ควรจะ เป็นต้น ซึ่งการคิดในลักษณะดังกล่าวจะทำให้การใช้ชีวิตอยู่ในกรอบที่เข้มงวดขาดความยืดหยุ่น นำไปสู่การเหมารวมต่อการมองผู้อื่น เช่น “เธอไม่ควรมาสาย” “ฉันควรได้รับการต้อนรับที่ดีเมื่อเข้ากลุ่ม เพราะฉันได้คะแนนสูงกว่าพวกเขา” “ฉันจะต้องประสบความสำเร็จทั้งการเรียน การทำงานและครอบครัว ทุกคนจะต้องยอมรับและนับถือฉัน”
10. **ใช้อารมณ์แทนเหตุผล (Emotional reasoning)** มองอารมณ์เสมือนหลักฐานและใช้ในการสนับสนุนความคิด โดยไม่คำนึงถึงเหตุผลที่แท้จริง เช่น “ฉันรู้สึกตระหนก นี่ต้องแปลว่าบางอย่างที่เลวร้ายกำลังจะเกิดขึ้น” “ฉันรู้สึกว่าอาจารย์ไม่ค่อยชอบฉัน เพราะเขาไม่ยิ้มให้ฉัน”
11. **เลือกเชื่อสิ่งที่ป็นนามธรรม (Selective abstraction)** ตัดสินทั้งหมดแบบเหมารวมบนพื้นฐานของแง่คิดด้านลบเพียงเล็กน้อยเท่านั้น เช่น “เย็นนี้ต้องเกิดหายนะแน่ เพราะว่าฉันทานซูชิเย็น ๆ เข้าไป” “ฉันทำงานผิดพลาด เจ้านายต้องไล่อันออกแน่ และฉันจะต้องกลายเป็นคนตกงาน”

ใบงานที่ 7 แบบบันทึกความคิด 1

ตัวอย่าง

สถานการณ์	อารมณ์ (rate 0 – 100%)	อาการทางกาย	ความคิดอัตโนมัติ (Unhealthy thoughts)
<ul style="list-style-type: none"> - เกิดอะไรขึ้น - เกิดที่ไหน - เกิดเมื่อไหร่ - เกิดกับใคร - เกิดอย่างไร 	<ul style="list-style-type: none"> - อารมณ์ที่ฉันรู้สึกในขณะนั้น - มีอารมณ์อื่นอีกไหม - รุนแรงเพียงใด 	<ul style="list-style-type: none"> - สิ่งที่ฉันรู้สึกเกี่ยวกับร่างกายของฉัน - ฉันรู้สึกตรงบริเวณใด 	<ul style="list-style-type: none"> - อะไรที่เข้ามาสู่ใจฉัน - อะไรที่รบกวนฉัน - ความคิด รูปภาพ ความทรงจำ มีความหมายต่อฉันอย่างไร - ฉันตอบสนองอย่างไร - อะไรคือสิ่งที่เลวร้ายที่สุดเกี่ยวกับสถานการณ์นี้ หรืออะไรที่อาจจะเกิดขึ้น
สถานการณ์สมมติ			
<p>เวลาที่กลับถึงบ้านหรือเวลาที่อยู่คนเดียว ก็ยิ่งตอกย้ำฉันมากขึ้นว่าฉันได้สูญเสียเพื่อน ๆ ไปแล้ว</p>	<ul style="list-style-type: none"> - โดดเดี่ยว 80% - เสียใจ 80% - โกรธ 80% - รังเกียจตัวเอง 80% 	<ul style="list-style-type: none"> - เจ็บช้ำ - ตึงเครียด 	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นเพราะฉันซึ่มเศร้า - ไม่มีใครอยากเป็นเพื่อนกับคนซึ่มเศร้า - ใคร ๆ ก็ไม่สนใจฉัน - ฉันมันแย่ - ฉันจะต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยวเดี๋ยวตาย

ให้บันทึกความคิด จากสถานการณ์ที่เผชิญในชีวิตประจำวัน

สถานการณ์	อารมณ์ (rate 0 – 100%)	อาการทางกาย	ความคิดอัตโนมัติ (Unhealthy thoughts)
สถานการณ์	อารมณ์ (rate 0 – 100%)	อาการทางกาย	ความคิดอัตโนมัติ (Unhealthy thoughts)
สถานการณ์	อารมณ์ (rate 0 – 100%)	อาการทางกาย	ความคิดอัตโนมัติ (Unhealthy thoughts)

ครั้งที่ 4 “คิดลบ ใจดีดลบ”

120 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทำความเข้าใจและนำไปสู่การค้นหาคำคิดอัตโนมัติด้านลบ

แนวคิดพื้นฐาน

เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบ เพราะความคิดอัตโนมัตินี้เป็นความคิดที่มีความบิดเบือน ไม่เหมาะสม ซึ่งนำไปสู่การมีอารมณ์และพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น นำไปสู่การมีอารมณ์เศร้า เป็นต้น ดังนั้นการค้นหาคำคิดอัตโนมัติจึงมีความจำเป็น เพื่อนำไปสู่การประเมินความคิดอัตโนมัติต่อไป

อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 3 แบบสำรวจอารมณ์
2. ใบงานที่ 8 ความคิดอัตโนมัติทางลบของฉัน
3. ใบงานที่ 9 แบบบันทึกความคิด 2

วิธีการดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก สอบถามถึงสภาพการณ์ทั่วไป (5 นาที)
2. ผู้นำกลุ่มชวนให้สมาชิกกลุ่มทำการตรวจสอบภาวะทางอารมณ์เศร้า โดยให้สมาชิกกลุ่มบันทึกอารมณ์เศร้าตามที่รู้สึกลงไปบนกราฟแสดงอารมณ์เศร้า จากนั้นจึงสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกเศร้าของสมาชิกกลุ่ม (ใบงานที่ 1) (15 นาที)
3. ใช้กิจกรรมทักษะผ่อนคลายด้วยการหายใจ เพื่อนำเข้าสู่ช่วงถัดไปของกระบวนการกลุ่ม (เอกสารให้ความรู้ที่ 4.1) (10 นาที)
4. ชวนให้สมาชิกกลุ่มนำการบ้าน (ใบงานที่ 7 แบบบันทึกความคิด 1) มาแบ่งปันและร่วมอภิปราย โดยกล่าวชื่นชมผู้ที่ให้ความสำคัญต่อการบ้าน และขออนุญาตสมาชิกกลุ่มคนอื่นเพื่อให้เวลาสักครู่แก่ผู้ที่ยังไม่ได้ทำการบ้านได้มีโอกาสทำความเข้าใจสถานการณ์ของตนเองด้วย หลังจากอภิปรายประสบการณ์ร่วมกันเรียบร้อยแล้วจึงเชื่อมโยงสู่กิจกรรมที่ชวนให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง โดยแบ่งเป็นการมีความคิดอัตโนมัติต่อตนเอง ผู้อื่นและอนาคต (ใบงานที่ 8 ความคิดอัตโนมัติด้านลบของฉัน) จากนั้นร่วมกันอภิปราย (50 นาที)
5. ผู้นำกลุ่มชวนให้สมาชิกทำกิจกรรมแบบบันทึกความคิด 2 (ใบงานที่ 9) ผู้นำกลุ่มอธิบายวิธีการสำหรับใบงานและให้เลือกทำในครั้งนี้อย่าง 1 สถานการณ์ โดยสถานการณ์ที่เหลือจะมอบหมายให้ทำเป็นการบ้าน จากนั้น เปิดโอกาสให้ซักถาม พร้อมทั้งแจ้งว่าให้นำการบ้านมาด้วยในครั้งต่อไป (30 นาที)

6. ชวนให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปประเด็นที่ได้เรียนรู้ร่วมกัน รวมถึงรับข้อสรุปย้อนกลับ (feedback) จากสมาชิกกลุ่ม จากนั้นผู้นำกลุ่มจึงสรุปอีกครั้ง ชวนนั่งในท่าสบายและผ่อนคลาย กล่าวลา และปิดกลุ่ม (10 นาที)

การประเมิน

สังเกตจากความกระตือรือร้นในการแบ่งปันประสบการณ์และการแสดงความคิดเห็น รวมถึงความตั้งใจในการทำกิจกรรมขณะทำกลุ่ม



ใบงานที่ 8 ความคิดอัตโนมัติทางลบของฉันทัน 1

ให้บันทึกความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง โดยแบ่งออกเป็น การมองตนเอง การมองผู้อื่น และการมองอนาคต

การมองตนเอง	การมองผู้อื่น	การมองอนาคต

Notes

ใบงานที่ 9 แบบบันทึกความคิด 2

ตัวอย่าง

ความคิดอื่นที่น่าจะเป็นไปได้ หรือ ความคิดที่เป็นความจริง (Alternative/ realistic thoughts)	สิ่งที่จะทำ/ ใช้วิธีการใดจัดการ อารมณ์ (re-rate 0 – 100%)
<p>หยุดก่อน! พยายามหายใจเข้าและออกช้า ๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> - นี่คือการจริงหรือความคิดเห็นของฉัน - คิดว่าคนอื่น ๆ จะกล่าวถึงสถานการณ์นี้อย่างไร - จะมองเป็นอย่างอื่นได้ไหม - หากต้องให้คำแนะนำคนอื่นจะแนะนำอย่างไร 	<ul style="list-style-type: none"> - ฉันจะทำอะไรแตกต่างไปหรือไม่ - อะไรที่จะได้ผลดีที่สุด - อะไรที่จะมีประโยชน์กับฉันหรือสถานการณ์นี้บ้าง - อะไรคือผลที่น่าจะตามมา
<ul style="list-style-type: none"> - ฉันไม่ใช่คนร้ายกาจ ตามจริงแล้ว ฉันผ่านอะไรมามากมายในสองสามปีที่ผ่านมา และเมื่อฉันต้องการเพื่อน เพื่อนหลายคนก็ไม่อยู่แล้ว - ฉันพิสูจน์แล้วหลายครั้งว่าฉันไม่ได้ทำอะไรแบบนั้นกับคนอื่น - ถ้าการที่ต้องผ่านเรื่องยากนั้นเป็นเหตุให้เพื่อนทิ้งคุณ แสดงว่าพวกเขาเป็นเพื่อนที่ค่อนข้างแย่ 	<ul style="list-style-type: none"> - ไปพบเพื่อนที่ยังไม่หายไปไหนและกล่าวขอโทษพวกเขาที่ทำให้ยากลำบากในช่วงสองสามปีที่ผ่านมา พวกเขาพูดตอบกลับอย่างมีชีวิตชีวา ว่าพวกเขาเข้าใจฉัน - โกรธ 50% - ผ่อนคลาย 70% - ยอมรับได้ 70%

ให้บันทึกความคิด จากสถานการณ์ที่เผชิญในชีวิตประจำวัน

<p>ความคิดอื่นที่น่าจะเป็นไปได้ หรือ ความคิดที่เป็นความจริง (Alternative/ realistic thoughts)</p>	<p>สิ่งที่จะทำ/ ใช้วิธีการใดจัดการ อารมณ์ (re-rate 0 – 100%)</p>
<p>ความคิดอื่นที่น่าจะเป็นไปได้ หรือ ความคิดที่เป็นความจริง (Alternative/ realistic thoughts)</p>	<p>สิ่งที่จะทำ/ ใช้วิธีการใดจัดการ อารมณ์ (re-rate 0 – 100%)</p>
<p>ความคิดอื่นที่น่าจะเป็นไปได้ หรือ ความคิดที่เป็นความจริง (Alternative/ realistic thoughts)</p>	<p>สิ่งที่จะทำ/ ใช้วิธีการใดจัดการ อารมณ์ (re-rate 0 – 100%)</p>

ครั้งที่ 5 “ไม่เชื่อ จนกว่าจะพิสูจน์”

120 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อให้สมาชิกกลุ่มประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบเพื่อพิสูจน์ว่าความคิดดังกล่าวมีความเหมาะสมหรือไม่

แนวคิดพื้นฐาน

มนุษย์มีความคิดเกิดขึ้นมากมายในแต่ละวัน แต่บางครั้งอาจมีความคิดที่ไม่เหมาะสมปรากฏขึ้นบ้าง การประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบมีความสำคัญเพื่อพิจารณาว่าสิ่งที่คิดมีความเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม เป็นความจริงหรือไม่เป็นความจริง โดยฝึกคิดหาเหตุผล รวมถึงข้อสนับสนุน หรือข้อโต้แย้งต่าง เพื่อสนับสนุนหรือคัดค้านความคิด ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงความคิด

อุปกรณ์

1. เอกสารให้ความรู้ที่ 7 การพิสูจน์ความคิด
2. ใบงานที่ 10 พิสูจน์ความคิดของฉัน
3. ใบงานที่ 11 ตัวของฉัน
4. ใบงานที่ 12 ฝึกโต้แย้งกับความคิดที่ไม่มีเหตุผล

วิธีการดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก สอบถามถึงสภาพการณ์ทั่วไป (5 นาที)
2. ใช้กิจกรรมทักษะผ่อนคลายด้วยการหายใจ เพื่อนำเข้าสู่ช่วงถัดไปของกระบวนการกลุ่ม (เอกสารให้ความรู้ที่ 4.1) (10 นาที)
3. ชวนให้สมาชิกกลุ่มนำการบ้าน แบบบันทึกความคิด 2 (ใบงานที่ 9) กล่าวชื่นชมผู้ที่ให้ความสำคัญต่อการบ้าน และขออนุญาตสมาชิกกลุ่มคนอื่นเพื่อให้เวลาสักครู่แก่ผู้ที่ยังไม่ได้ทำการบ้าน จากนั้นร่วมกันอภิปราย และผู้นำกลุ่มนำสู่การสรุป (15 นาที)
4. ให้ความรู้เกี่ยวกับการพิสูจน์ความคิด จากนั้นชวนสมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับความสำคัญของการประเมินเพื่อพิสูจน์ความคิด โดยผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้เขียนสรุปความคิดเห็นของสมาชิกแต่ละคนลงบนกระดาน สุดท้ายจึงเชื่อมโยงสู่การสรุป (35 นาที)
5. ผู้นำกลุ่มชวนให้สมาชิกทำกิจกรรม ตัวของฉัน (ใบงานที่ 10) ร่วมแบ่งปันภายในกลุ่ม จากนั้นเชื่อมโยงสู่กิจกรรมใบงานที่ 11 พิสูจน์ความคิดของฉัน พร้อมทั้งร่วมกันอภิปรายและเชื่อมโยงสู่การสรุป โดยผู้นำกลุ่ม (35 นาที)

6. มอบหมายการบ้านแก่สมาชิกกลุ่ม โดยให้ทำใบงานการฝึกโต้แย้งกับความคิดที่ไม่มีเหตุผล (ใบงานที่ 12) เพื่อให้ได้คิด วิเคราะห์สถานการณ์ของตนเองและเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้สอบถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับการบ้าน พร้อมทั้งแจ้งว่าให้นำการบ้านมาด้วยในครั้งต่อไป (10 นาที)

7. ชวนให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปประเด็นที่ได้เรียนรู้ร่วมกัน รวมถึงรับข้อสรุปย้อนกลับ (feedback) จากสมาชิกกลุ่ม จากนั้นผู้นำกลุ่มจึงสรุปอีกครั้ง ชวนนั่งในท่าสบายและผ่อนคลาย กล่าวเวลา และปิดกลุ่ม (10 นาที)

การประเมิน

สังเกตจากความกระตือรือร้นในการเรียนรู้ การเสนอความคิดเห็น รวมถึงความตั้งใจในการทำกิจกรรมขณะทำกลุ่ม



เอกสารให้ความรู้ที่ 7 การพิสูจน์ความคิด

เนื่องจากในแต่ละวัน เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ก็จะมีความคิดมากมายเกิดขึ้น ผสมปนเปกันไปทั้งความคิดที่ทำให้สบายใจและความคิดที่ทำให้รู้สึกแย่กับตัวเอง การค้นหาความคิดอัตโนมัติโดยเฉพาะความคิดด้านลบที่บิดเบือนความจริง และส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมโดยตรง จึงมีความจำเป็นสำหรับการทำกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้

โดยครั้งนี้ จะเน้นในเรื่องของการประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ เพื่อพิจารณาความคิดของตนเองที่มีต่อสถานการณ์ ว่ามีความบิดเบือนหรือเป็นความจริงอย่างไร ซึ่งการหาเหตุผลเพื่อสนับสนุนหรือคัดค้านความคิด พร้อมกับหาข้อดีและข้อเสียเมื่อยังมีความคิดดังกล่าวต่อไป

การใช้ถามเพื่อประเมินความคิดตนเอง สามารถทำได้ ดังเช่นตัวอย่างต่อไปนี้

- ความคิดนี้เป็นความจริงหรือไม่
- ถ้าความคิดนี้เป็นความจริง คิดว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับคุณบ้าง
- เคยมีสักครั้งไหมที่บางอย่างที่คุณคิดแล้วไม่ได้เป็นจริงตามนั้น
- เป็นไปได้ไหมที่คุณสรุปสถานการณ์ตามความเข้าใจของคุณโดยที่ยังไม่มีหลักฐานสนับสนุน
- มีหลักฐานที่สนับสนุนความคิดนี้อย่างไรบ้าง
- สถานการณ์ที่เกิดขึ้นสามารถเป็นอย่างอื่นได้อย่างไรบ้าง
- ถ้าคุณไม่ใช่ผู้เผชิญกับสถานการณ์นี้แต่เป็นคนอื่น เขาจะมองสถานการณ์เดียวกันนี้อย่างไร
- คุณจะบอกเขา คนที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกับคุณอย่างไร

ใบงานที่ 10 ตัวของฉัน

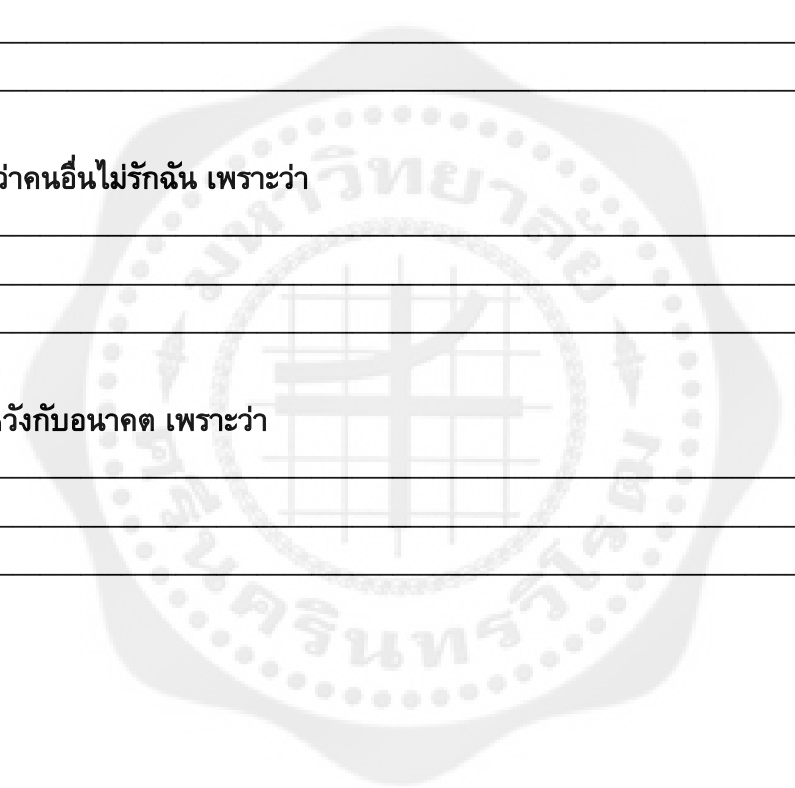
ให้สำรวจความคิดที่มีต่อตนเอง ตามข้อคำถามต่อไปนี้

1. จุดอ่อนของฉัน

2. สิ่งที่ฉันไม่เหมือนคนอื่น

3. ดูเหมือนว่าคนอื่นไม่รักฉัน เพราะว่า

4. ฉันดูสิ้นหวังกับอนาคต เพราะว่า



ใบงานที่ 11 พิสูจน์ความคิดของฉันทัน

ให้พิสูจน์ความคิด โดยพิจารณาจากเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความคิดด้านลบ จากนั้น เขียนความคิดด้านลบที่เกิดขึ้น แล้วหาหลักฐานสนับสนุนและหลักฐานที่คัดค้านความคิดดังกล่าว

ความคิดด้านลบที่เกิดขึ้น _____

หลักฐานสนับสนุน	หลักฐานคัดค้าน

โดยสรุปแล้วท่านเชื่อความคิดดังกล่าว _____ %

เราสามารถคิดแบบอื่นได้อย่างไรบ้าง

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____

ใบงานที่ 12 การฝึกได้แย่งกับความคิดที่ไม่มีเหตุผล

สถานการณ์	อารมณ์ (rate 0 – 100%)	อาการทางกาย	ความคิดอัตโนมัติ (Unhealthy thoughts)	ความคิดอื่นที่น่าจะเป็นไปได้ หรือ ความคิดที่เป็นความจริง (Alternative/realistic thoughts)	สิ่งที่จะทำ/ ใช้วิธีใดจัดการ/ อารมณ์ (re-rate 0–100%)

ครั้งที่ 6 “ฉันจะโต้แย้งกับความคิดที่ไร้เหตุผล”

120 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อให้สมาชิกกลุ่มฝึกจัดการความคิดที่บิดเบือนและปรับความคิดนั้นให้เหมาะสม

แนวคิด

การประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ โดยการตรวจสอบและพิสูจน์ เพื่อค้นหาเหตุผล สำหรับคัดค้านความคิดทางลบ จะนำไปสู่การยอมรับหรือปรับความคิดให้เหมาะสม ส่งผลดีต่อ อารมณ์และพฤติกรรมที่มีความเหมาะสมมากขึ้น

อุปกรณ์

1. เอกสารให้ความรู้ที่ 8 ตรวจสอบร่างกาย
2. ใบงานที่ 3 แบบสำรวจอารมณ์
3. ใบงานที่ 13 หัวใจของฉันที่ฟองโตขึ้น
4. ใบงานที่ 14 แบบบันทึกกิจกรรม ตรวจสอบร่างกาย

วิธีการดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก สอบถามถึงสภาพการณ์ทั่วไป (5 นาที)
2. ผู้นำกลุ่มชวนให้สมาชิกกลุ่มทำการตรวจสอบภาวะทางอารมณ์เศร้า โดยให้สมาชิกกลุ่ม บันทึกอารมณ์เศร้าตามที่รู้สึกลงไป ในกราฟแสดงอารมณ์เศร้า จากนั้นจึงสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึก เศร้าของสมาชิกกลุ่ม (ใบงานที่ 1) (15 นาที)
3. ชวนให้สมาชิกกลุ่มนำการบ้าน การฝึกโต้แย้งกับความคิดที่ไม่มีเหตุผล (ใบงานที่ 12) ขึ้นมา กล่าวชื่นชมผู้ที่ให้ความสำคัญต่อการบ้าน และขออนุญาตสมาชิกกลุ่มคนอื่นเพื่อให้เวลาสักครู่ แก่ผู้ที่ยังไม่ได้ทำการบ้าน จากนั้นร่วมกันอภิปราย และผู้นำกลุ่มนำสู่การสรุป (50 นาที)
4. เชิญชวนให้มองเห็นความสวยงามด้านบวกหลังจากได้ประเมิน พิสูจน์และเปลี่ยนแปลง ความคิดอัตโนมัติด้านลบ ในกิจกรรมหัวใจของฉันที่ฟองโตขึ้น (ใบงานที่ 13) (10 นาที)
5. ชวนสมาชิกกลุ่มทำกิจกรรมการตรวจสอบร่างกาย (เอกสารให้ความรู้ที่ 5 ตรวจสอบร่างกาย) เพื่อพัฒนาสติและการตระหนักรู้ เนื่องจากเป็นไปได้ว่าเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันอาจ กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มมีความวุ่นวายใจหรือมีความยากในการมุ่งความสนใจสิ่งที่ต้องการได้ การฝึก พัฒนาสติจะช่วยให้ได้มุ่งความสนใจในเรื่องที่ต้องการได้ดีขึ้น (20 นาที)

6. ผู้นำกลุ่มชวนให้สมาชิกทำกิจกรรม ใบงานที่ 7 แบบบันทึกกิจกรรม ตรวจสอบร่างกาย พร้อมทั้งร่วมกัน และเชื่อมโยงสู่การสรุปโดยผู้นำกลุ่ม (10 นาที)

7. ชวนให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปประเด็นที่ได้เรียนรู้ร่วมกัน รวมถึงรับข้อสรุปย้อนกลับ (feedback) จากสมาชิกกลุ่ม จากนั้นผู้นำกลุ่มจึงสรุปอีกครั้ง ชวนนั่งในท่าสบายและผ่อนคลาย กล่าวลาและปิดกลุ่ม (10 นาที)

การประเมิน

สังเกตจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกลุ่ม การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันประสบการณ์ แสดงความคิดเห็น รวมถึงการให้กำลังใจกันและกัน



เอกสารให้ความรู้ที่ 8 ตรวจสอบร่างกาย

ก่อนจะเริ่มกิจกรรม ขอให้ทุกท่านอยู่ในท่าที่สบาย โดยสามารถนั่งพักหลังบนเก้าอี้ หรือ หากสะดวกในการเอนหลังนอนบนพรมหรือเสื่อก็ได้เช่นกัน เพียงแต่ทำให้แน่ใจว่าท่านอยู่ในท่าที่สบายมากที่สุด ส่วนสถานที่ ควรเป็นที่ที่ให้ความอบอุ่น มอบความสบายและมีความปลอดภัย นอกจากนี้ ควรหลีกเลี่ยงสถานที่ซึ่งมีสมาชิกครอบครัวท่านอื่น สัตว์เลี้ยงและเสียงโทรทัศน์ การแต่งกายควรสวมชุดที่หลวมพอประมาณ มีความสบาย

การตรวจสอบร่างกาย ไม่ควรเร่งหรือพยายามให้ตนเองผ่อนคลายเพราะนั่นจะทำให้เกิดความตึงเครียด เพียงแต่ให้มีความตระหนักรู้ต่อสิ่งที่ผ่านเข้ามา ณ ขณะนั้น และรับรู้ต่อสิ่งนั้น ๆ ที่เกิดขึ้นภายในตนเอง ฝึพิจารณาอย่างถ่วงถี้

ให้สังเกตร่างกายและการทำงานของจิตใจ พยายามดูแลตนเองด้วยความใจดี ปล่อยผ่านการตัดสินใจหรือการวิจารณ์ เพียงแต่ให้ตระหนักรู้ว่าตนเองรู้สึกอย่างไรและมีเกิดอะไรขึ้น

การฝึกตรวจสอบร่างกาย ไม่ได้บังคับให้ท่านรู้สึกว่ามีเพียงทางเดียวเท่านั้นที่ใช้ การที่ท่านรู้สึกเช่นไรก็เป็นไปได้ เพราะนั่นเป็นเพียงทางที่ท่านรู้สึก พยายามยอมรับและให้โอกาสตนเองรู้สึกอย่างไรก็ได้เท่าที่ได้รู้สึก หากมองเห็นเช่นนั้นแล้วก็เพียงพอ

การตรวจสอบร่างกายขณะที่อยู่ในท่าทางต่าง ๆ ที่ทำให้ท่านสบาย หากเอนหลังแล้วรู้สึกไม่สบาย ให้เปลี่ยนท่าทางเสีย อย่าลืมน่าต้องหายใจอย่างเต็มที่และให้ลมหายใจไหลเข้าและออกจากร่างกายได้อย่างอิสระ

หากรู้สึกสบายแล้ว ปล่อยให้ดวงตาได้ปิดลงอย่างอ่อนโยน และนำแขนไว้ด้านข้างลำตัว แขนทั้งสองข้าง ขายืดออก พร้อมกับยืดข้อเท้า ใช้เวลาสักครู่เพื่อให้รู้สึกถึงร่างกายทั้งหมดตั้งแต่หัวจรดปลายเท้า รับรู้ถึงสิ่งที่คอยสนับสนุนร่างกาย ณ ขณะนี้ โดยไม่จำเป็นต้องยกร่างกายของท่านเอาไว้อ่าง ร่างกายของท่านได้ถูกอุ้มไว้โดยเก้าอี้ หรือพรม หรือเสื่อ หรือพื้นแล้ว

ขณะนี้ ให้ท่านนำสมาธิสู่การหายใจ โดยไม่ต้องเปลี่ยนแปลงการหายใจโดยสิ้นเชิง แต่ค่อย ๆ เรียนรู้ประสบการณ์จากอากาศที่เข้ามาสู่และออกจากร่างกาย ให้ตระหนักรู้ต่อการยกขึ้นของหน้าท้องเมื่อมีอากาศเข้ามาในร่างกาย และหน้าท้องยุบลงเมื่ออากาศออกจากร่างกาย ไม่จำเป็นต้องควบคุมการหายใจอีกแล้ว เพียงแต่ให้ตระหนักรู้ถึงจังหวะและการไหลของลมหายใจ รับรู้วาลมหายใจไหลเข้าและออกจากร่างกายได้อย่างเป็นธรรมชาติ หน้าท้องยกขึ้นเมื่อหายใจเข้า และหน้าท้องยุบลงเมื่อลมหายใจไหลออกไป ให้เพ่งสมาธิต่อการขยับเข้าและการขยับออกของลมหายใจ

เติมเต็มลมหายใจเข้าสู่ปอดของท่าน ในแต่ละครั้งของการหายใจ ปล่อยให้ร่างกายของท่านได้มีโอกาสพักผ่อนอย่างเต็มที่ ถ้าหากว่าคุณถูกขัดขวางหรือเวลาใดก็ตามที่รู้สึกว่าได้ขาดการเชื่อมต่อไป ให้นำตนเองกลับเข้ามาสู่การหายใจ จำไว้ว่าการหายใจคือสิ่งยึดเหนี่ยวของสมาธิ

ขณะนี้ ในการหายใจครั้งต่อไปให้กำหนดสมาธิจากลมหายใจทั้งหมดทั่วทั้งร่างกาย มาถึงเท้าซ้ายและกำหนดสมาธิไปสู่หัวแม่เท้าข้างซ้าย ให้รับรู้ประสาทสัมผัสตรงส่วนนี้ บางทีอาจเป็นความรู้สึกเย็นหรืออบอุ่น ทุก ๆ ความรู้สึกต่อการสัมผัสอากาศ การสัมผัสของถุงนอนหรือถุงเท้า บางทีอาจไม่ใช่ความรู้สึกใดใดเลย ให้อยู่กับทุกสิ่งที่เกิดขึ้นในแต่ละส่วนของร่างกาย และเคลื่อนสมาธิจากหัวแม่เท้าไปสู่นิ้วเท้าอื่น ๆ ให้ตระหนักถึงหนังและเล็บ ช่องว่างระหว่างนิ้วเท้า ทุก ๆ ความรู้สึกต่ออุณหภูมิและต่อชีพจร ตอนนี้ ให้เคลื่อนสู่ส่วนโค้งมนของเท้าซ้าย... ฝ่าเท้า... ส้นเท้า อาจจะรู้สึก

ว่าสันเท้าอยู่ติดกับรองเท้า หรือว่าติดกับพรม หรือเสื่อ จากนั้นจึงไปสู่ส่วนบนของเท้าซ้าย กระจก
ถึงหนัง กล้ามเนื้อ และขยายไปสู่สมาริในตอนนั้น รวมส่วนของเท้าซ้ายทั้งหมดเข้าด้วยกัน รวมถึง
ส่วนของกระดูกและหนัง ความรู้สึกทั้งหมด และหายใจเข้ามากที่สุดเท่าที่ท่านจะทำได้สู่ปลายเท้า
และจากนั้นให้หายใจออกจากปลายเท้า หายใจเข้าเพื่อนำเอาความสดชื่น ความสดใหม่ และหายใจ
ออก เพื่อขจัดความตึงเครียดทั้งหลาย ความแน่นต่าง ๆ นำเอามันออกไปจากร่างกาย

กลับมาที่ส่วนบนของข้อเท้าซ้าย กระจกถึงกระดูก เส้นเอ็น หนังและหายใจเข้าไปสู่ข้อ
เท้า หายใจเข้า หายใจออก และเคลื่อนที่ไปสู่ขาข้างซ้าย ซึ่งท่านอาจจะรู้สึกว่าการขาของท่านอาจอยู่ติด
กับเก้าอี้ หรือว่าติดกับพรม หรือเสื่อ ให้กระจกถึงหนัง และกล้ามเนื้อน่อง กระจกหน้าแข้ง
ความรู้สึกทั้งหมดต่อทุกส่วนของร่างกาย

หายใจเข้าสู่ท้องน่อง ส่วนล่างของขา และหายใจออก เคลื่อนสมาริไปสู่เข่าด้านซ้าย รอบ
ๆ ข้อต่อหัวเข่า ค้นหาส่วนของกระดูกสะบ้า กระจกอ่อน ส่วนบนพับ และส่วนข้างใต้ของเข่า
กระจกถึงทุก ๆ ความรู้สึกตรงนี้ ให้เหมือนกับว่าเรากำลังฟังทุก ๆ ส่วนในร่างกายของเราอย่าง
ตั้งใจ เราอาจกำลังได้รับความรู้สึกที่เข้มข้น ถ้าเราสามารถอยู่กับสิ่งนี้ได้ แบบที่มันเป็น พยายามที่
จะไม่ตัดสินเพียงแต่อยู่กับความรู้สึกที่เป็นอยู่ ณ ตอนนี้ และเราค่อย ๆ เคลื่อนผ่านร่างกาย ปลดและ
ปล่อยให้ดีที่สุดเท่าที่ทำให้

ต่อมา ให้รับรู้บริเวณต้นขาซ้าย กระจกถึงผิวหนังและกล้ามเนื้อ บางทีอาจรู้สึกถึงชีพจร
ตรงนี้ ซึ่งอาจจะทำให้รู้สึกหนัก หน่วง ให้รู้สึกที่ต้นขาซ้ายสัมผัสกับพื้นผิวที่เรากำลังนั่งอยู่ กระจก
ถึงกระดูกต้นขา ที่ซ่อนอยู่ภายในสะโพก

และค่อย ๆ หายใจเข้า หายใจเข้าให้ลึกจนผ่านไปถึงขาต้นซ้าย ต้นขา เข่าและขาช่วงล่าง
ให้ใสความสดชื่น ใสสิ่งใหม่ ๆ เข้าไปในขาทั้งหมดและเท้า ให้หายใจออก ปลดปล่อยเอาความอึดอัด
และความเหนื่อยล้าต่าง ๆ ออกมา

นำสมาริมาสู่บริเวณต้นขา และมุ่งสมาริสู่บริเวณสะโพก ยาวลงไปถึงบริเวณด้านล่างของ
ขาขวา เข้าขวาและหัวแม่เท้าของเท้าขวา ให้รับรู้ความรู้สึกตรงจุดนั้น บางทีท่านอาจจะรู้สึกเย็น รู้สึก
แห้ง รู้สึกเปียก รู้สึกชา หรือไม่รู้สึกละเลย ให้รับรู้ว่ามีอะไรกำลังเกิดขึ้นในร่างกายของท่าน
ในตอนนั้น

และให้เคลื่อนสมาริไปยังหัวแม่เท้าของเท้าด้านขวา ผิวหนังและเล็บเท้า ช่องว่างระหว่าง
นิ้วเท้า รวมถึงทุกความรู้สึกตอนนี้ ให้เคลื่อนสู่ส่วนโค้งมนของเท้าซ้าย... ฝ่าเท้า... สันเท้า อาจจะ
รู้สึกที่สันเท้าอยู่ติดกับรองเท้า หรือว่าติดกับพรม หรือเสื่อ จากนั้นจึงไปสู่ส่วนบนของเท้าซ้าย
รวมถึงผิวหนังและกระดูก จนขยายไปสู่ทั่วทั้งบริเวณเท้า เส้นประสาทกล้ามเนื้อ เส้นเลือด ทุก ๆ
ความรู้สึก หายใจเข้าไปให้ถึงเท้าขวาและค่อย ๆ หายใจออก

ค่อย ๆ เปลี่ยนความสนใจไปสู่ข้อเท้า ให้กระจกถึงกระดูกและผิวหนัง เส้นเอ็น ให้รู้สึกถึง
ข้อเท้าที่กำลังสัมผัสกับพื้นผิวบางอย่าง ค่อย ๆ หายใจเข้า แล้วหายใจออก

เคลื่อนสู่ขาข้างขวา ซึ่งจะรู้สึกถึงชีพจรตรงนี้ กระจกถึงกล้ามเนื้อน่อง ผิวหนัง กระจก
และเคลื่อนที่ต่อไปยังเข่าข้างขวา สรรวจเข่าข้างขวา เฟืองสมาริทั้งหมดมาสู่เพียงส่วนเดียวนี้ รับรู้
ความรู้สึกตรงส่วนล่าง ส่วนข้อพับ ส่วนของสะบ้าหัวเข่า รวมถึงส่วนกระดูกอ่อน

จากนั้นเคลื่อนสู่ส่วนต้นขา สรรวจกล้ามเนื้อและผิวหนัง บางทีอาจรู้สึกถึงชีพจร ให้
กระจกถึงกระดูกต้นขาและหายใจเข้ายาว ๆ หายใจเข้าไปสู่ต้นขา เข่า ขาด้านล่าง ข้อเท้าและเท้า

เติมเต็มขาและเท้าด้วยพลังที่สดชื่นและสดใหม่ จากนั้นค่อย ๆ หายใจออก ปลดปล่อยเอาความอึดอัดและความเหนื่อยล้าต่าง ๆ ออกมา ถึงตรงนี้ เราได้ทำให้ขาและเท้าด้านขาของเราได้ผ่อนคลายแล้ว

นำเอาสมาธิมาสู่กระดูกก้นกบ ตลอดจนถึงอุ้งเชิงกราน พยายามตระหนักถึงอวัยวะในส่วนนี้ของร่างกาย ลำไส้ อวัยวะเจริญพันธุ์ กระเพาะปัสสาวะ ความรู้สึกที่ก้นและหลังสัมผัสกับเก้าอี้ รับรู้ความรู้สึกตรงนี้ บางทีอาจรู้สึกหนักอึ้ง หรือบางทีอาจจะรู้สึกเบาสบาย

เคลื่อนสมาธิจากส่วนล่างของหลัง ขึ้นไปสู่สันหลัง ตระหนักถึงกระดูกสันหลัง ตระหนักถึงเส้นประสาทอันซับซ้อน ที่แพร่ไปทั่วทั้งร่างกาย ตระหนักถึงกล้ามเนื้อและผิวหนังที่หลัง ปล่อยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายลงด้วยการหายใจ

เคลื่อนที่ไปยังกลางแผ่นหลัง เพื่อให้ได้ตระหนักถึงไต

เคลื่อนที่สูงขึ้นไปยังส่วนหลัง ตระหนักถึงส่วนซี่โครง อาจจะรู้สึกว่ซี่โครงนั้นขยายขึ้นเมื่อหายใจ ให้ตระหนักถึงบริเวณที่ซี่โครงอยู่ติดกับกระดูกสันหลัง ด้านหลังของหัวใจ ด้านหลังของปอด หัวไหล่ และไล่ขึ้นไปค้นหาว่ากระดูกสันหลังบรรจบกับกะโหลกบริเวณใด

หายใจเข้าลึก ๆ หายใจให้เต็มที่เพื่อดันเข้าสู่หลัง หายใจเข้าสู่หลังด้านล่าง กลางหลังและหลังด้านบน หายใจเพื่อนำส่งความสดชื่นและสดใหม่ จากนั้น หายใจออก ปลดปล่อยเอาความอึดอัดและความเหนื่อยล้าต่าง ๆ ออกมา ให้หลังของท่านได้พักผ่อนอย่างที่สุดบนพื้นผิวที่หลังได้สัมผัสอยู่

เคลื่อนสมาธิไปสู่ส่วนหน้าท้อง ตระหนักถึงกระเพาะ บางทีอาจจะสัมผัสถึงการย่อย ตระหนักถึงตับและตับอ่อน ตระหนักถึงลำไส้ รู้สึกถึงการเคลื่อนไหวของหน้าท้องที่กระเพื่อมขึ้นและลงสอดคล้องไปตามจังหวะการหายใจ หายใจเข้าลึก ๆ

ปล่อยให้หน้าท้องได้ขยายตัวเพื่อรับลมหายใจเข้า ขณะที่กล้ามเนื้อกระบังลมเคลื่อนตัวลง เพื่อที่จะเว้นพื้นที่ให้ปอดได้อุมอากาศเอาไว้ให้มากที่สุด รับรู้ความรู้สึกว่าหน้าท้องปองขึ้นและร่างกายของเราได้รับออกซิเจนที่สดชื่น

และจากนั้นให้หายใจออก รับรู้ว่หน้าท้องยุบลง ราบแบน ให้หายใจเข้านำพลังเข้าสู่บริเวณหน้าท้อง สู่บริเวณกระดูกเชิงกราน และบริเวณก้น หายใจเข้าและหายใจออก ปลดปล่อยให้เต็มที่

ให้เคลื่อนสมาธิไปยังหน้าอก รับรู้ถึงการขยายตัวของซี่โครงในแต่ละครั้งที่หายใจ รู้สึกถึงการขยายตัวของซี่โครงออกไปยังด้านหน้า ด้านข้างและด้านหลัง รู้สึกถึงช่องที่โอบอุมหัวใจระหว่างปอดทั้งสองด้าน

รับรู้การทำงานของหัวใจและปอดอย่างใกล้ชิด ขณะที่ปอดนำออกซิเจนมา เลือดได้ไหลไปยังทุกส่วนของร่างกายและนำส่วนที่ไม่ต้องการแล้วกลับมายังปอด ปอดก็จะจัดการเลือดนั้น ทั้งวันในทุกขณะของการเต้นของหัวใจ ทุกขณะของการหายใจเข้าและทุกขณะของการหายใจออก ร่างกายได้ทำการซ่อมแซมอยู่ตลอดเวลา ขณะนี้เอง เราก็จะยังรู้สึกอยู่เสมอว่าหัวใจของเรานั้นยังเต้น และปอดของเราก็ยังคงเคลื่อนที่อยู่เช่นกัน

ตระหนักถึงกล้ามเนื้อหน้าอก ผิวหนัง รับรู้การมีอยู่ของผิวหนัง กระดูกไหปลาร้า หายใจเข้าลึกไปยังหน้าอก ให้ซี่โครงได้ขยายตัวไปด้านหน้าและด้านหลัง หายใจนำอากาศที่สดชื่นเข้าไปเติมเต็มปอด นำไปสู่การมีชีวิตใหม่ พลังใหม่ ให้เข้าไปสู่ร่างกาย เข้าสู่หน้าอก และปลดปล่อยเอาความอึดอัดและความเหนื่อยล้าต่าง ๆ ออกมา

จากนั้นเคลื่อนสมาธิไปยังแขนทั้งสองข้าง และนำลงไปสู่ปลายนิ้วของมือทั้งสองข้าง รับรู้ความรู้สึกที่อากาศสัมผัสกับนิ้วมือ อาจจะรู้สึกวามชื้นหรืออาจจะรู้สึกวามแห้ง นอกจากนั้นให้ตระหนักถึงนิ้วมือ เล็บ ข้อต่อนิ้วมือ ฝ่ามือ ส่วนบนของมือ ตระหนักถึงการทำงานของมือ

หายใจเข้าสู่มือและหายใจออก จากนั้นเคลื่อนสู่ข้อมือ ตระหนักถึงกระดูก ฝ่ามือหนึ่ง ซึ่งเป็นไปได้ว่าจะรับรู้ถึงชีพจรในบริเวณนี้ เพราะมีเส้นเลือดแทรกซึมอยู่บริเวณนี้ จากนั้นเคลื่อนสู่แขน รับรู้ถึงฝ่ามือหนึ่ง กล้ามเนื้อและกระดูก

จากนั้น เคลื่อนไปยังข้อศอก รับรู้ทุกความรู้สึกที่ข้อศอก ไม่ว่าจะเป็นฝ่ามือหนึ่งที่ขรุขระ และฝ่ามือที่อ่อนนุ่ม กระดูกบานพับ ค่อยๆ เคลื่อนไปยังส่วนบนของแขน รับรู้ถึงฝ่ามือหนึ่งบริเวณนั้น รับรู้ถึงกล้ามเนื้อและรักแร้

ตระหนักถึงแขนส่วนบน กระดูกที่มาประกอบและเชื่อมกันตรงข้อต่อบริเวณไหล่ หายใจเข้าไปสู่แขนส่วนบน ข้อศอก แขนส่วนล่าง ข้อมือและมือ หายใจนำสิ่งใหม่ พลังที่สดชื่นเข้าไป หายใจออกปลดปล่อยเอาความอึดอัดและความเหนื่อยล้าต่าง ๆ ออกมา หายใจเข้าไปสู่แขน ข้อมือและมือ จากนั้นหายใจออก

นำสมาธิเคลื่อนไปสู่ไหล่ ตระหนักถึงส่วนบนของไหล่ ด้านข้าง ด้านหลังของไหล่ รับรู้ว่ามีกล้ามเนื้ออยู่ตรงบริเวณนี้ พยายามค้นหาความรู้สึกบริเวณไหล่ และหายใจเข้าลึกให้ไปถึงไหล่ ให้ไหล่ได้ผ่อนคลาย ปลดปล่อยเอาความอึดอัดและความเหนื่อยล้าต่าง ๆ ที่อยู่บริเวณนี้ออกมา หายใจเข้าและหายใจออก

เคลื่อนสมาธิไปที่ลำคอ ตระหนักถึงความสามารถในการกลืนและการพูด การนำลมหายใจเข้าสู่ปอด และจากนั้นนำสมาธิไปสู่คอและกล้ามเนื้อบริเวณนั้น กระดูกสันหลังที่เชื่อมกับกะโหลก การที่คอได้อุ้มชูศีรษะเอาไว้ หายใจเข้าลึกให้ไปถึงคอและลำคออีกครั้ง หายใจเข้าและหายใจออกผ่อนคลาย

ตอนนี้ให้เคลื่อนสมาธิไปยังส่วนหลังของศีรษะ ตระหนักถึงกระดูกกะโหลก หนังศีรษะ กล้ามเนื้อน้อยของศีรษะ ตระหนักถึงรูขุมขนของเส้นผม จากนั้นเคลื่อนไปสู่ศีรษะ ตรงส่วนขม่อม และส่วนหน้าผาก ค้นหาความรู้สึกบริเวณหน้าผาก และเคลื่อนไปสู่บริเวณใบหน้า ตระหนักถึงดวงตา คิ้ว เปลือกตา ขนตาและลูกตา

ตระหนักถึงจมูก ตั้ง กระดูกจมูก รูจมูก หายใจเข้าสู่จมูก รับรู้และสัมผัสอากาศที่ผ่านเข้ามา บางที่อาจจะรู้สึกเย็นหรือรู้สึกอบอุ่นที่รูจมูก เป็นไปได้ว่าอาจจะรับรู้ถึงการเคลื่อนไหวของขนจมูกเล็กๆ ที่อยู่ภายในรูจมูก

ตระหนักถึงแก้ม กระดูกแก้ม โพรงจมูก ฝ่ามือหนึ่งบริเวณแก้มและกล้ามเนื้อต่างๆ บนใบหน้า กล้ามเนื้อที่แสดงถึงอารมณ์ต่างๆ ค่อยๆ เคลื่อนไปยังหู ตระหนักถึงความสามารถในการฟัง หูชั้นนอก หูชั้นใน กระบวนการของการได้ยิน ณ ปัจจุบันขณะนี้

ตระหนักถึงขากรรไกร กล้ามเนื้อ กระดูกขากรรไกรและคาง จากนั้นเคลื่อนสู่ปาก ริมฝีปาก ด้านในของปาก ฟันและเหงือก เพดานปาก ลิ้นที่แผ่อยู่บริเวณพื้นปาก จากนั้นหายใจเข้า หายใจเข้าสู่ใบหน้า นำความสดชื่นเข้าไป จากนั้นหายใจออกปลดปล่อยเอาความอึดอัดและความเหนื่อยล้าต่าง ๆ ที่อยู่บริเวณนี้ออกมา ปล่อยให้ใบหน้าได้ผ่อนคลาย จากนั้น ให้ตระหนักถึงสมองที่อยู่ในศีรษะ หายใจเข้า นำความสดชื่นเข้าไปสู่สมอง หายใจออกนำความอึดอัด ความเหนื่อยล้าและความกังวลออกมา

นำสมาธิสู่ส่วนบนของศีรษะ และลองจินตนาการว่าพลังสามารถส่งผ่านไปได้จากบริเวณนี้ สู่ทั่วทั้งร่างกาย หายใจเข้าจากบริเวณนี้ หายใจสู่ส่วนศีรษะ คอ ไหล่ แขนและมือ หายใจสู่ลำตัว ส่วนบน ลำตัวส่วนล่าง ขาและเท้า จากนั้น หายใจออกจากเท้า ปลดปล่อยให้การหายใจแผ่ขยายไปทั่วร่างกายอีกครั้ง หายใจจากส่วนเท้า ข้อเท้า ขาช่วงล่าง เข่า ต้นขา ส่วนก้น หน้าท้อง หลัง หน้าอก แขน จากนั้นไปที่มือ ข้อมือ รักแร้ ไหล่ คอ ลำคอ ไบหน้าและศีรษะ จากนั้น หายใจออกอีกครั้ง เริ่มตั้งแต่ส่วนศีรษะลงมา

หายใจเข้าเอาความสดชื่นและสุขภาวะที่ดี นำเข้ามาไว้ ณ เวลานี้ พยายามอยู่กับตัวเอง พยายามรู้สึกอย่างที่คุณรู้สึก ในปัจจุบันขณะแห่งนี้ หายใจเข้านำความใหม่และพลังแห่งชีวิตเข้ามา หายใจออกเอาความเหนื่อยล้าและพลังด้านที่ไม่ต้องการออกมา หายใจเข้าเริ่มตั้งแต่ส่วนบนของศีรษะ หายใจเข้าเติมเต็มทั่วทั้งร่างกาย ค่อย ๆ หายใจออก จากนั้นหายใจเข้าอีกครั้ง เริ่มจากส่วนเท้า หายใจเข้าเติมเต็มทั่วทั้งร่างกาย และค่อย ๆ หายใจออก

ใช้เวลาสักครู่ เพื่อหายใจเข้าให้เต็มปอด เพื่อให้เข้าไปสู่ทั่วทั้งร่างกาย ปลดปล่อยพลังที่สดชื่นได้ชะล้างทั่วทั้งร่างกาย และหายใจออก เพื่อขจัดสิ่งที่ไม่ต้องการทิ้งไป ปลดปล่อยให้เป็นเสมือนคลื่นน้ำของมหาสมุทรที่กำลังผ่านเข้ามาในร่างกายและออกจากร่างกาย ผ่านการหายใจเข้าและหายใจออก

ขณะที่หายใจ ให้ตระหนักถึงทั่วทั้งร่างกายทุกส่วน ปลดปล่อยให้ร่างกายได้อยู่นิ่งและอยู่ท่ามกลางความเงียบ

และตอนนี้ค่อย ๆ ปลดปล่อยการควบคุมลมหายใจ ให้ร่างกายของคุณได้พักนิ่ง ๆ หลังฟังนักเก้าอี้ หายใจอย่างเป็นอิสระทั้งการหายใจเข้าและหายใจออก หายใจ... หายใจ โดยไม่ต้องควบคุมการหายใจอีก เพียงแค่ปล่อยให้มันเป็นอิสระ การหายใจเข้าและหายใจออกเป็นไปตามธรรมชาติ เพียงแต่ตระหนักว่าคุณกำลังนั่งพักผ่อนบนเก้าอี้นี้ กำลังมีประสบการณ์เกี่ยวกับร่างกายและลมหายใจ ผ่านการหายใจเข้าและการหายใจออก ถือว่าเป็นการยอมรับและเยียวยาตนเอง

ปล่อยให้จักรวาลเป็นอย่างที่เป็นอยู่ เกินกว่าความกลัวและความกังวลส่วนบุคคล เกินกว่าจิตใต้สำนึกที่ต้องการให้สิ่งต่าง ๆ มีความแน่นอน

มองตนเองอย่างสมบูรณ์ อย่างเป็นอยู่ตอนนี้ และมองให้ลึกลงไปสู่ชีวิตที่ไร้ขีดจำกัด สู่สมรรถนะในการใช้ชีวิตอย่างเต็มที่ สู่สมรรถนะในการห่วยอย่างเต็มที่และสู่สมรรถนะในการรักอย่างเต็มที่ ทดลองในขณะที่ตื่นอยู่อย่างเต็มที่ เป็นส่วนหนึ่งของทั้งหมดนั้นด้วยการนั่งพักอยู่ตรงนี้

ตื่นรู้และผ่อนคลาย

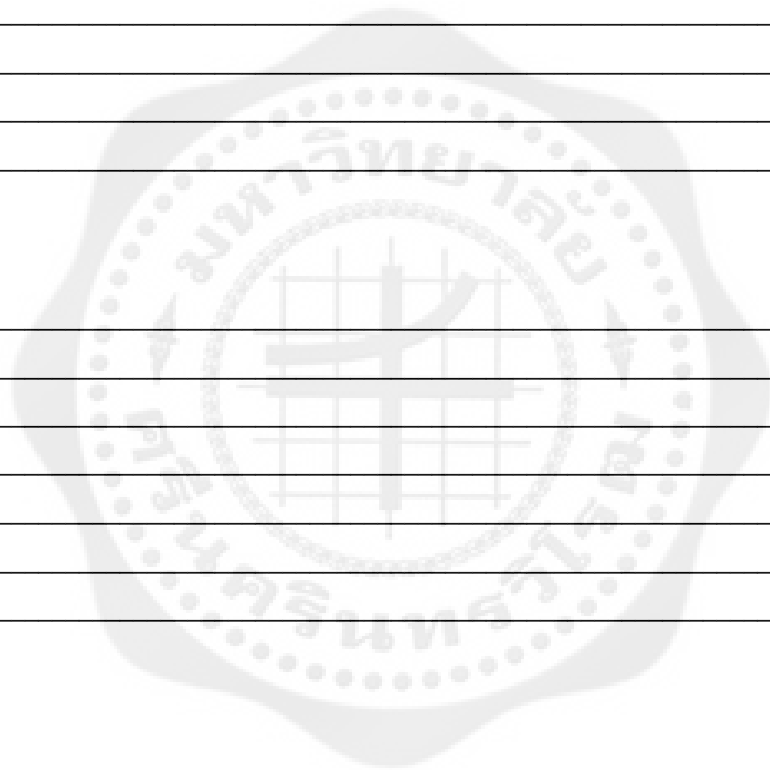
กลับมาสู่ร่างกาย เริ่มขยับนิ้วมือและนิ้วเท้า ขยับตัวเพื่อยืดกล้ามเนื้อให้รู้สึกสบายตัว นำตนเองกลับสู่ห้องที่กำลังนั่งอยู่ตรงนี้ ไม่ต้องรีบร้อน ขยับ ยืดตัวช้า ๆ เมื่อรู้สึกว่าพร้อมแล้ว ก็ค่อย ๆ ลืมตาขึ้น ปลดปล่อยให้ความสงบและใจที่เป็นกลางยังอยู่กับคุณ เช่นเดียวกับที่ได้ดำเนินกิจกรรมในแต่ละวัน คุณควรจะแสดงความยินดีต่อตนเอง จดจำสิ่งเหล่านี้ ช่วงเวลาที่ผ่อนคลาย เพียงแค่ใช้ความตั้งใจเพื่อหายใจเข้าและหายใจออกในช่วงเวลาใดก็ได้ในแต่ละวัน เพื่อพบกับขุมทรัพย์แห่งความสมดุลและสุขภาวะที่ดี พบกับขุมทรัพย์แห่งพลัง ความแข็งแกร่งของตน และผู้อื่นที่ร่วมแบ่งปันเรื่องราวจากโลกนี้ร่วมกัน

ใบงานที่ 13 หัวใจของฉันที่ฟองโตขึ้น

บันทึกความคิดและความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลงไป หลังจากได้พิสูจน์ความคิด

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____
- 8 _____
- 9 _____
- 10 _____

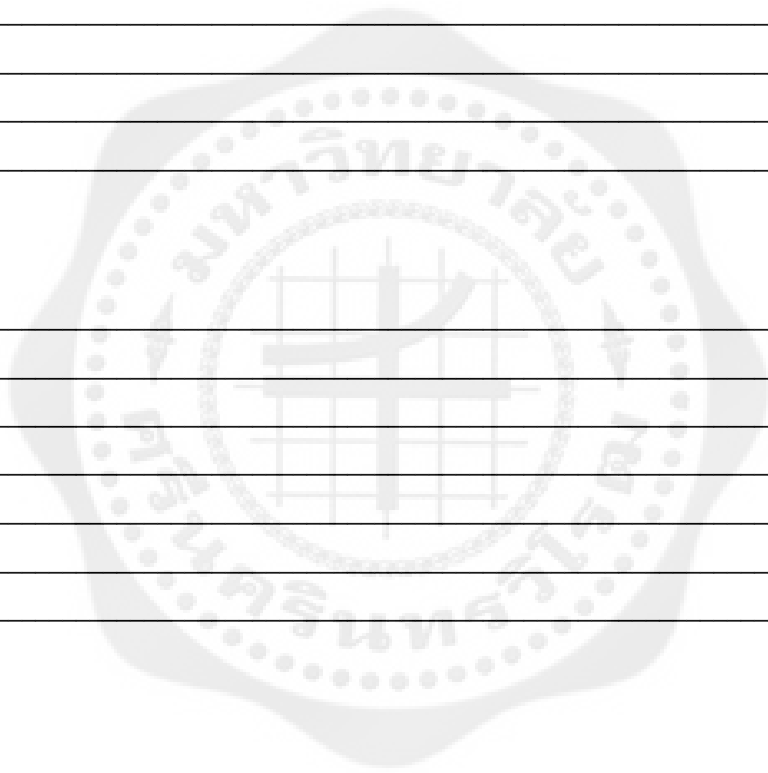
Notes



ใบงานที่ 14 แบบบันทึกกิจกรรมตรวจสอบร่างกาย

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____
6 _____
7 _____
8 _____
9 _____
10 _____

Notes



ครั้งที่ 7 “นำสมาธิเข้าสู่ร่างกาย ผ่อนคลาย... สบายใจ”

120 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ฝึกพัฒนาสติอันส่งผลต่อการสามารถจดจ่ออยู่กับปัจจุบันขณะ
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีเครื่องมือในการจัดการกับอารมณ์ไม่พึงประสงค์

แนวคิด

การทำสมาธิ เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ความสามารถในการควบคุมอารมณ์พัฒนาได้ดีขึ้น ส่งผลให้มีความตระหนักรู้และมีการยอมรับเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ และมีความสามารถที่จะหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อพัฒนาจิตใจและอารมณ์ของตนเองมากขึ้น

อุปกรณ์

1. เอกสารให้ความรู้ที่ 9 จินตภาพแห่งการผ่อนคลายสู่ความสบายใจ
2. ใบงานที่ 14 ฝึกคิดตามความจริง
3. ใบงานที่ 15 ฉันจะใจดีต่อตนเอง
4. ใบงานที่ 16 ประโยชน์ของการคิดตามความจริงและความใจดีต่อตนเอง
5. ใบงานที่ 17 บันทึกแห่งการขอบคุณ

วิธีการดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก สอบถามถึงสภาพการณ์ทั่วไป (5 นาที)
2. ชวนสมาชิกกลุ่มทำกิจกรรม จินตภาพแห่งการผ่อนคลายสู่ความสบายใจ (เอกสารให้ความรู้ที่ 9) เพื่อฝึกพัฒนาสติ ทำจิตใจสงบและผ่อนคลาย ช่วยให้สามารถควบคุมอารมณ์และความคิดของตนเองได้ เพื่อจัดการกับความเครียด ความเศร้าและความสิ้นหวัง นอกจากนี้ ยังช่วยให้ได้มุมมองความสนใจในเรื่องที่ต้องการได้ดีขึ้น (35 นาที)
3. ผู้นำกลุ่มชวนให้สมาชิกทำกิจกรรม ฝึกคิดตามความจริง (ใบงานที่ 14) ร่วมกันอภิปรายและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น จากนั้นชวนให้ทำกิจกรรม ฉันจะใจดีต่อตนเอง (ใบงานที่ 15) และร่วมกันอภิปรายถึงความสำคัญของความใจดีต่อตนเอง (40 นาที)
4. ชวนให้สมาชิกกลุ่มคิดถึงประโยชน์จากการคิดตามความจริงและประโยชน์ของความใจดีต่อตนเอง (ใบงานที่ 16) และการนำไปประยุกต์ใช้สำหรับสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน (20 นาที)
5. มอบหมายการบ้านแก่สมาชิกกลุ่มให้เขียนบันทึกแห่งการขอบคุณ (Gratitude journal) เพื่อกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของความสุขของการขอบคุณและนำไปสู่ความสุขแบบยั่งยืน โดยสามารถเขียนขอบคุณตนเอง เพื่อน ครอบครัว คนรักหรือสัตว์เลี้ยงก็ได้ (ใบงานที่ 17 บันทึกแห่ง

การขอบคุณ) จากนั้นจึงเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้สอบถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับการบ้าน พร้อมทั้งแจ้งว่าให้นำการบ้านมาด้วยในครั้งต่อไป (10 นาที)

6. ชวนให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปประเด็นที่ได้เรียนรู้ร่วมกัน รวมถึงรับข้อสรุปย้อนกลับ (feedback) จากสมาชิกกลุ่ม จากนั้นผู้นำกลุ่มจึงสรุปอีกครั้ง ชวนนั่งในท่าสบายและผ่อนคลาย กล่าวลาและปิดกลุ่ม (10 นาที)

การประเมิน

สังเกตจากความกระตือรือร้นต่อการยอมรับตนเอง เห็นประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนความคิดและตั้งใจฝึกคิดให้เป็นไปตามความจริง



เอกสารให้ความรู้ที่ 9 จินตภาพแห่งการผ่อนคลายสู่ความสบายใจ

การฝึกการจินตนาการถึงสถานที่สวยงาม เป็นอีกวิธีการหนึ่งเพื่อช่วยปรับอารมณ์ให้ผ่อนคลายลงได้ เนื่องจากการสร้างจินตภาพนี้เป็นเทคนิคการผ่อนคลายระดับลึก ที่ใช้เพียงความเงียบสงบของจิตใจของเราเพื่อจินตนาการถึงสถานที่อันปลอดภัยและสวยงาม นอกจากนี้ยังสามารถทำได้ทุกที่ โดยวิธีการนี้จะช่วยให้เราสามารถควบคุมอารมณ์และความคิดของตนเองได้ เพื่อจัดการกับความเครียดและกำจัดความเศร้า ความสิ้นหวัง

การฝึกสร้างจินตภาพทำอย่างไร

1. นิ่งในท่าที่สบาย

โดยทำให้ตนเองรู้สึกสบายเมื่อนั่งหรือเอนตัวลง ปล่อยกล้ามเนื้อได้ผ่อนคลาย หายใจเข้าออกลึก ๆ หลายครั้ง ยืดแขนและขาออก ปล่อยให้ผ่อนคลายและห้อยอยู่ข้างลำตัว

2. เริ่มต้นการหายใจแบบการฝึกสมาธิ

โดยเริ่มต้นจินตภาพด้วยการความใจเย็น หายใจเข้าลึก ๆ จากนั้น หายใจเข้าช้า ๆ นับสาม และควบคุมการหายใจออกให้ทำอย่างช้า ๆ การหายใจแต่ละครั้งจะนำพลังสดใหม่เข้าสู่ปอด และปลดปล่อยพลังงานเก่าออกไป อากาศจะชำระจิตใจและจิตวิญญาณของคุณ พยายามหายใจเข้าช้า ๆ และเปล็ดเปล็นกับลมหายใจที่สดชื่น

3. ทำจิตใจให้ว่างเปล่า

เพื่อเข้าสู่ขั้นต่อไปของการสร้างจินตภาพ เริ่มจากการนึกถึงพื้นที่ว่าง อ่านและทำความเข้าใจกิจกรรมนี้ จากนั้นค่อย ๆ หลับตาลง จินตนาการว่าตนเองล่องลอยในอวกาศที่ห้อมล้อมด้วยดวงดาว ไม่มีเสียง ไม่มีการจราจร ไม่มีการพูดคุย มีเพียงแค่นั้นเอง ขจัดทุกสิ่งทุกอย่างออกจากใจ และใช้เวลาสักสองสามนาทีเพื่อบรรลุสู่จิตใจที่ว่างเปล่า

4. เยี่ยมเยือนสถานที่พิเศษ

เมื่อคุณได้หลับตาลง พร้อมกับจิตใจที่ว่างเปล่า คุณพร้อมที่จะจินตนาการต่อว่าร่างกายของคุณกำลังลอยล่องอยู่ในที่แห่งใหม่ คุณเลือกสถานที่ เลือกสถานที่ที่สวยงาม สงบ และมีบางอย่างที่น่าสนใจ โดยการเข้าสู่สมาธิขั้นลึกในจิตใจของตนเอง และสร้างฝันสู่สถานที่อันเงียบสงบ

ให้พาตัวเองไปยังสถานที่ในจินตนาการ เริ่มมองไปรอบ ๆ จะสังเกตเห็นต้นไม้ภูเขาหรือท้องฟ้า สูดอากาศสดชื่นและจินตนาการว่าลมจะพัดผ่านสัมผัสใบหน้าของคุณได้อย่างไร เริ่มเดินเข้าไปสู่สถานที่แห่งนั้น คุณสังเกตเห็นสิ่งที่เคลื่อนไหว ต้นหญ้าพลิ้วลม คุณได้ยินเสียงอะไรบางอย่าง... เสียงนก กระแสน้ำไหล เสียงใบไม้บนพื้น... คุณลองใช้มือสัมผัสหญ้า แม่น้ำ ดอกไม้ ต้นไม้ คุณกำลังถูกโอบอุ้มโดยสถานที่อันปลอดภัยสำหรับคุณ และกำลังเปล็ดเปล็นกับทุกสิ่งที่คุณเห็น ได้ยิน ได้กลิ่นและได้รู้สึก ให้คุณได้อยู่ในสถานที่พิเศษของคุณตราบเท่าที่คุณสามารถทำได้ ตอนนี้องค์โลกแห่งความเป็นจริงไว้ก่อน สังเกตการหายใจของตนเอง การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ รอยยิ้มบนใบหน้า พยายามเก็บเกี่ยวทุกความรู้สึกและเปล็ดเปล็นไปกับสถานที่อันปลอดภัยแห่งนี้

5. กลับสู่ความเป็นจริง

เมื่อคุณรู้สึกว่าร่าเริงแล้ว ให้เริ่มนับหนึ่งถึงห้า โดยก่อนที่จะนับถึงห้า บอกตัวเองว่าคุณผ่อนคลายและแปรเปลี่ยน จากนั้นเมื่อคุณนับถึงห้าและค่อย ๆ ลืมตาขึ้น คุณจะยังคงผ่อนคลายและแปรเปลี่ยน หยุดพักสักครู่ หายใจช้า ๆ ผ่อนคลาย ดำเนินวันของคุณด้วยหัวใจดวงใหม่ หากเป็นไปได้ให้กระทำเช่นนี้วันละ 1 ครั้ง เพื่อให้รู้สึกสดชื่น แจ่มใส มีพลังมากขึ้น

ตัวอย่างสถานที่พิเศษ: สวนแบบเซน

คุณพบว่าตัวเองอยู่ในสวนแบบเซนที่ร่มรื่น คุณถูกโอบล้อมไว้ด้วยลำไผ่สูง มีลำธารเล็กที่คดเคี้ยวเต็มไปด้วยก้อนกรวดโค้งมนสวยงาม และยังมีกองหินเรียบอยู่ในพื้นที่ของลำธาร เมื่อคุณค่อย ๆ หลับตาลงและสูดลมหายใจเข้าช้า ๆ คุณจะรู้สึกว่าการไหลเวียนของพลังงานบวกผ่านร่างกายของคุณ บนพื้นดินเต็มไปด้วยสีเขียวของใบไม้ไผ่ ด้านข้างมีน้ำไหลออกมาจากลำไผ่ หูของคุณสัมผัสเสียงน้ำหยดและชวนให้คุณนึกถึงความสงบของธรรมชาติ

คุณนั่งริมลำธารและต้นไผ่ มีหินรูปร่างกลมเรียงรายอยู่ด้านหน้า มีความสมดุลอย่างลงตัว คุณมองดูหินและครุ่นคิดเกี่ยวกับความสมดุลและความสงบ คุณต้องการมีความสงบมากขึ้นในชีวิตของคุณ และตระหนักถึงความคิดเชิงลบต่าง ๆ ที่ได้เก็บไว้ลึกภายในซึ่งจำเป็นนำออกไป กลิ่นอากาศอันบริสุทธิ์และใบไผ่สัมผัสจมูกของคุณ ส่งผลให้ใจผ่อนคลาย แต่ละจังหวะของการหายใจ คุณจะรู้สึกถึงพลังงานด้านลบที่ค่อย ๆ จืดจางลง อีกทั้งความคิดที่มีดमितก็ค่อย ๆ เลื่อนลงหายไป แต่ละครึ่งของการหายใจคุณจะรู้สึกเบาขึ้น จากนั้น คุณจึงเริ่มรู้สึกถึงความสมดุล เปรียบเสมือนกองหินที่ตั้งอยู่ได้โดยไม่มีล้มลง

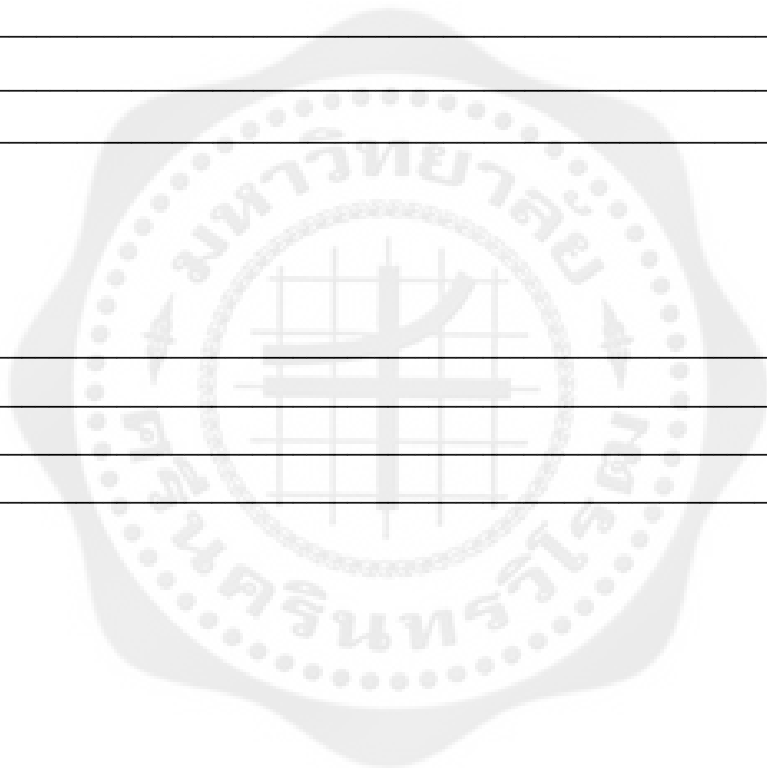
เมื่อคุณลุกยืนขึ้น คุณกำลังรับรู้ว่าร่าเริงและมีความสุขสบายใจ ความเศร้าที่คุณมีก็เลื่อนหายไป ความปรารถนาของคุณคือความสงบซึ่งเป็นสิ่งสำคัญของความสมดุล ในสวนแบบเซนแห่งนี้ ไม่มีอะไรที่สามารถผลักดันคุณให้โกรธและไม่มีอะไรที่สามารถนำคุณไปสู่ความเศร้าโศกได้ คุณรับรู้ว่าการสูญเสียเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ ทุกสิ่งมีจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุด ซึ่งนำไปสู่การเริ่มต้นอีกครั้ง และก็นำไปสู่จุดสิ้นสุดอื่น ๆ เป็นวัฏจักรแบบนี้เอง คุณเป็นส่วนหนึ่งของวัฏจักรแห่งชีวิต การมีความรู้สึกโกรธหรือเศร้า หมายความว่า คุณยังไม่ยอมรับความสูญเสียอันเป็นส่วนหนึ่งของวัฏจักรนี้ จงดำรงตนให้มีความสมดุลตั้งหยินหยาง

ในอีก 10 นาที คุณจะเดินไปรอบ ๆ สวนแบบเซน ซึ่งมีโครงสร้างไม้ไผ่ที่สวยงามแห่งนี้ และยังมีสถานที่เร้นลับด้านข้างลำธารเพื่อสังเกตด้วยใจอันสมดุล...

ใบงานที่ 14 ฝึกคิดตามความจริง

1. ฉันสามารถยอมรับข้อบกพร่องของฉันได้
2. ฉันสามารถหยุดคิดถึงสิ่งที่เคยทำผิดพลาด และมองว่าความผิดพลาดสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน
3. ฉันรู้สึกว่าคุณดีพอ
4. เมื่อท้อแท้หรือรู้สึกแย่ ฉันจะดูแลเอาใจใส่และให้กำลังใจตนเอง
5. เมื่อฉันมีความทุกข์ใน ฉันจะปฏิบัติต่อตนเองด้วยความกรุณา
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Notes



ใบงานที่ 15 ฉันจะใจดีต่อตนเอง

ให้เขียนสิ่งที่ชอบเกี่ยวกับตนเอง จำนวน 10 ประการ

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____
- 8 _____
- 9 _____
- 10 _____

Notes: เช็คว่าคุณรู้สึกดีดังต่อไปนี้

1. คุณยังมีความรู้สึกไม่สบายใจหากต้องเขียนเกี่ยวกับสิ่งที่ชอบเกี่ยวกับตนเอง

2. คุณยังมีความรู้สึกเขินอายหากต้องเขียนเกี่ยวกับสิ่งที่ชอบเกี่ยวกับตนเอง

3. คุณยังกลัวว่าตนเองน่าจะทะหงตมมากจนเกินไป

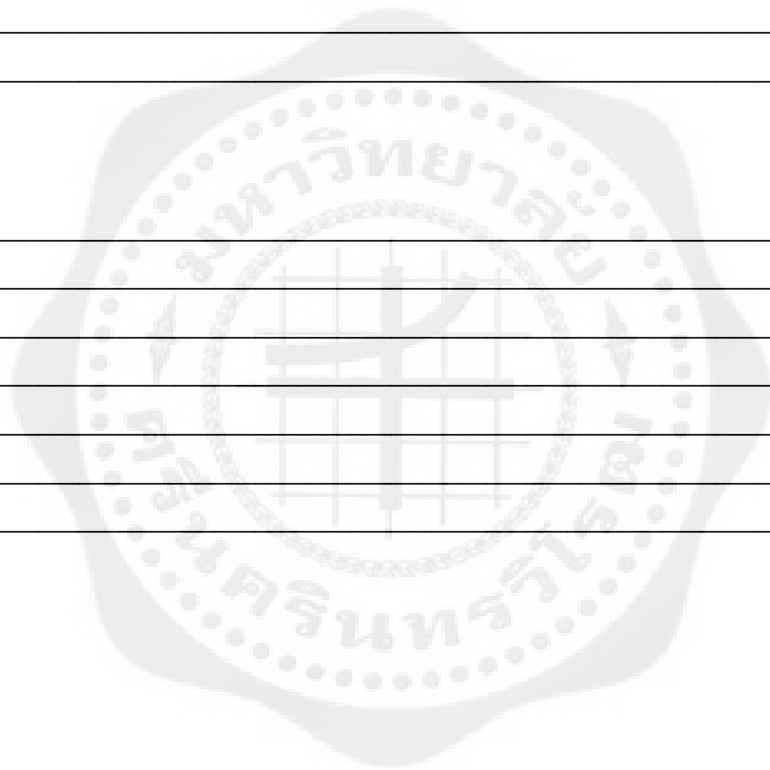
4. คุณยังรู้สึกว่านี่ไม่คุ้มเคยเอาเสียเลย

ถ้าหากความไม่สบายใจเหล่านี้มารบกวนคุณ ให้เตือนตนเองว่าคุณไม่ได้เหมารวมว่าเป็นคนที่ดีกว่าคนอื่น หรือแม้กระทั่งไม่ได้เป็นคนสมบูรณ์แบบแต่อย่างใด คุณเป็นคนธรรมดา เพียงแต่ต้องการแสดงความชอบคุณตนเองและมองตนเองในมุมมองด้านบวกบ้างเท่านั้น

ใบงานที่ 16 ประโยชน์ของการคิดตามความจริงและความใจดีต่อตนเอง

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____
- 8 _____
- 9 _____
- 10 _____

Notes



ครั้งที่ 8 “ฉันจะขอบคุณและกรุณาต่อตนเอง”

120 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้คุณค่าของการแสดงความขอบคุณตนเอง
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้คุณค่าของการแสดงความกรุณาต่อตนเอง

แนวคิด

การหยิบยื่นความใจดีและความอ่อนโยนแก่ตนเอง ละเว้นจากการตำหนิตีเดียและ การตัดสินตนเอง ทำให้ตนเองมีความสุขและมีความสุขทุกข์ลดลง

อุปกรณ์

1. เอกสารให้ความรู้ที่ 10 ฉันจะใจดีต่อตนเอง
2. ใบงานที่ 3 แบบสำรวจอารมณ์
3. ใบงานที่ 18 สิ่งที่ได้เรียนรู้หลังจากร่วมกระบวนการกลุ่ม

วิธีการดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก สอบถามถึงสภาพการณ์ทั่วไป (5 นาที)
2. ร่วมทำการตรวจสอบภาวะทางอารมณ์เศร้า โดยให้สมาชิกกลุ่มบันทึกอารมณ์เศร้าตามความรู้สึกลงไป ในกราฟแสดงอารมณ์เศร้า จากนั้นจึงสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกเศร้าของสมาชิกกลุ่ม (ใบงานที่ 3) (15 นาที)
3. ชวนสมาชิกกลุ่มทำความเข้าใจเอกสาร ฉันจะใจดีต่อตนเอง (เอกสารให้ความรู้ที่ 10) จากนั้น ชวนสมาชิกกลุ่มฝึกสมาธิด้วยความรักและเมตตา เมื่อฝึกสมาธิแล้วขอให้สมาชิกกลุ่มร่วมกัน อภิปรายกิจกรรมดังกล่าว (15 นาที)
4. ผู้นำกลุ่มชวนให้สมาชิกนำการบ้านขึ้นมาอภิปรายร่วมกัน (ใบงานที่ 17 บันทึกแห่งการขอบคุณ) หากว่ามีผู้ที่ยังไม่ได้เขียนบันทึก ขออนุญาตสมาชิกกลุ่มคนอื่นเพื่อให้เวลาสักครู่จะได้มีโอกาสเขียนบันทึกขอบคุณตนเองด้วย หลังจากเสร็จสิ้นการอภิปราย ผู้นำกลุ่มจะถามเกี่ยวกับความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้น สุดท้ายจึงเชื่อมโยงสู่การสรุป (20 นาที)
5. ผู้นำกลุ่มชวนให้สมาชิกเขียนถึงสิ่งที่ตนเองได้เรียนรู้ (ใบงานที่ 18) รวมถึงอภิปรายถึงการนำสิ่งที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน (15 นาที)
6. ชวนให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปประเด็นที่ได้เรียนรู้ร่วมกัน รวมถึงรับข้อสรุปย้อนกลับ (feedback) จากสมาชิกกลุ่ม จากนั้นผู้นำกลุ่มจึงสรุปกลุ่มอีกครั้ง (10 นาที)

7. ผู้นำกลุ่มแจกกระดาษรูปหัวใจแล้วชวนให้สมาชิกกลุ่มทุกท่านเขียนจดหมายให้กำลังใจตนเองและเขียนจดหมายกล่าวถึงความประทับใจ ความชื่นชม เพื่อส่งให้กำลังใจเพื่อนสมาชิกกลุ่ม หรือแม้กระทั่งสิ่งที่ยากจะขอโทษก็สามารถเขียนให้เพื่อนได้เช่นกัน (40 นาที)

การประเมิน

สังเกตจากการมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม โดยสมาชิกกลุ่มแสดงความเห็นอกเห็นใจตนเอง และผู้อื่น รวมถึงมีความกระตือรือร้นในการแสดงความขอบคุณตนเองและผู้อื่นอย่างจริงใจ



เอกสารให้ความรู้ที่ 10 ฉันจะใจดีต่อตัวเอง

ก่อนจะใจดีต่อผู้อื่น โปรดเริ่มใจดีต่อตนเองก่อน... ประโยคนี้เรียบง่ายแต่แสนมีพลัง

หลายคนอาจจะเผชิญกับความยากลำบากในการดูแลหัวใจตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการเปิดใจเพื่อรับความรัก การมีความเชื่อว่าตนสมควรที่จะมีความสุข

ลองจินตนาการสักครู่เกี่ยวกับพลังงานที่สูญเสียไปสำหรับการครุ่นคิดถึงเหตุการณ์ในอนาคต หรือการครุ่นคิดเกี่ยวกับอดีต พลังงานที่สูญเสียไปสำหรับการนำตนไปเปรียบเทียบกับผู้อื่น การตัดสินตนเอง ความกังวลต่อสิ่งที่อาจเกิดขึ้นต่อไป สิ่งต่าง ๆ ดังที่กล่าวไปนั้นต่างก็เป็นพลังงานจำนวนมาก จากนั้น ให้ลองจินตนาการถึงพลังงานที่ได้รับกลับมา ทั้งรูปแบบที่อยู่ภายใต้การครอบครองตัวตน ความเจ็บปวดจากการตัดสินตนเอง ความกลัวอันเป็นสิ่งสากล รวมถึงความสามารถในการสร้างความรักและการตระหนักรู้

การทำสมาธิด้วยความรักและเมตตา จะนำเรากลับไปสู่ภายในของเรา ในที่ที่เราพัฒนาความรักและช่วยให้เจริญงอกงาม การดูแลพัฒนาตนเองเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นพื้นฐานในการรวมผู้อื่นเข้ามาอยู่ในสิ่งแวดล้อมแห่งความกรุณา

การทำสมาธิด้วยความรักและกรุณาทำอย่างไร

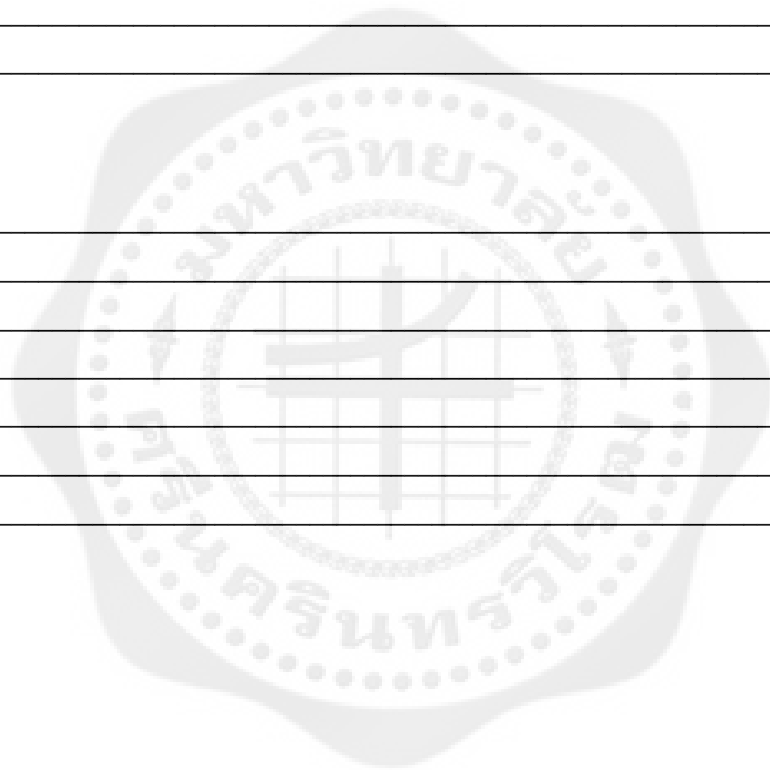
การฝึกปฏิบัติจะต้องฝึกฟังประโยคต่อไปนี้ ซึ่งเป็นประโยคที่ดีสำหรับตนเองและผู้อื่น

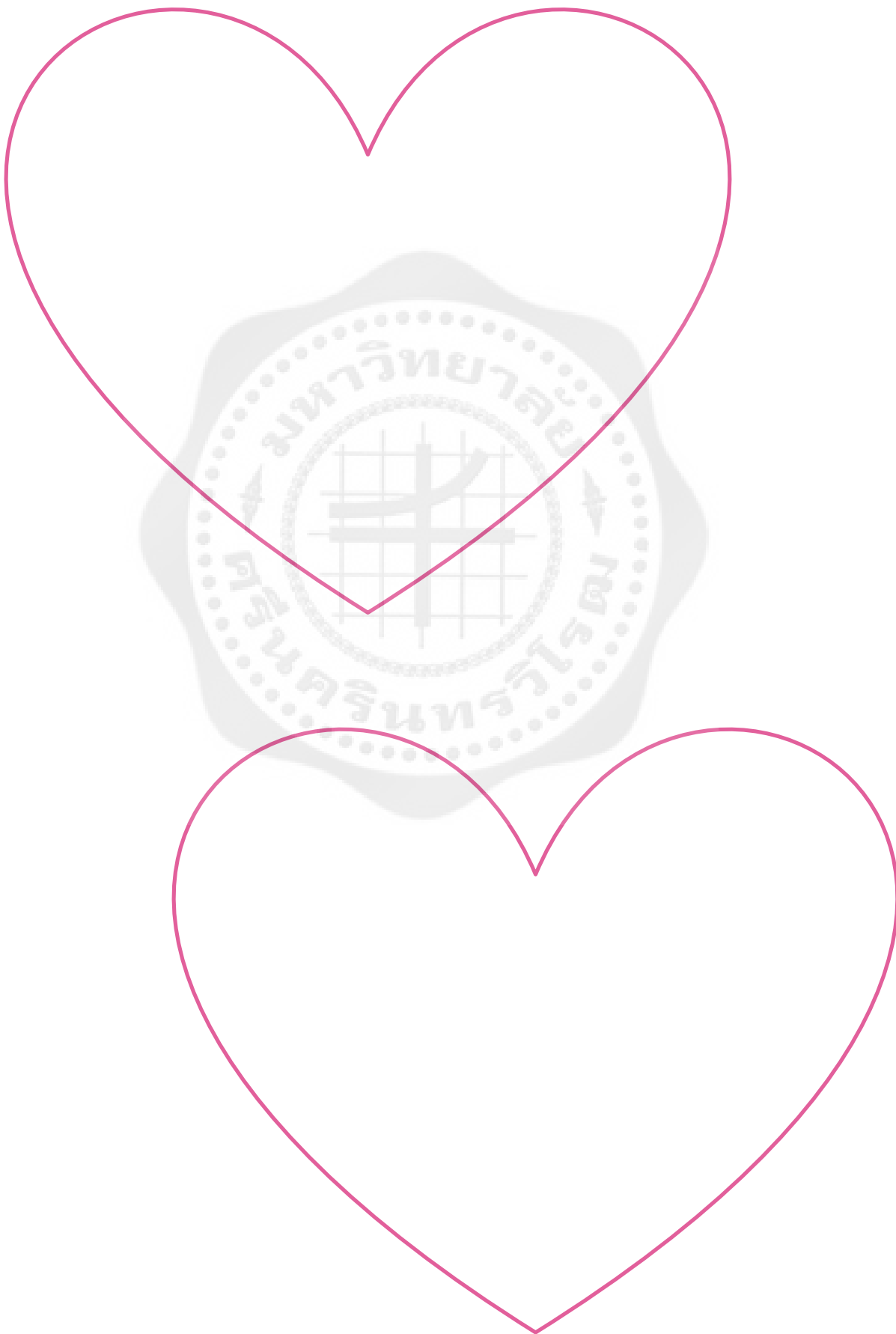
1. เริ่มต้นด้วยการพูดถึงความสุขจากความดีของตนเอง โดยการระลึกถึงสิ่งดีที่เคยกระทำ ทำจากใจ และมีความยินดีต่อการกระทำนั้น เพื่อร่วมยินดีต่อศักยภาพของการทำความดีที่ร่วมกันแบ่งปัน
2. อ่านประโยคที่สะท้อนถึงสิ่งตนเองที่ปรารถนาให้ยั่งยืนมากที่สุด เช่น
 - ขอให้ฉันใช้ชีวิตอย่างปลอดภัย
 - ขอให้ฉันมีความสุขกาย (สุขภาพแข็งแรง ปราศจากความเจ็บปวดทั้งหลาย)
 - ขอให้ฉันมีความสุขสบายใจ (ใจสงบ)
3. พูดประโยคที่ปรารถนาซ้ำ โดยให้มีจังหวะการเว้นวรรคอย่างไพเราะเหมาะสม มุ่งความสนใจไปยังประโยคที่กำลังพูดครั้งละประโยค
4. ทุกครั้งที่รับรู้ว่าคุณกำลังมุ่งความสนใจของคุณไปยังบางสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้อง ให้ใจดีต่อตนเองและพยายามขจัดสิ่งแปลกปลอมนั้นออกไป จากนั้นกลับสู่การพูดประโยคที่ปรารถนาซ้ำ โดยไม่ตัดสินหรือกล่าวโทษตนเอง
5. หลังจากนั้น ให้ลองนึกภาพว่าตนเองกำลังอยู่ตรงกลางของวงกลมซึ่งประกอบด้วยผู้ที่มอบความกรุณาต่อคุณ หรือมอบแรงบันดาลใจต่อคุณอันเนื่องมาจากความรัก บางทีคุณอาจจะรู้จักและเคยพบกับคนนั้น หรือบางทีคุณอาจจะรู้จักเขาผ่านการอ่าน บางทีเขาอาจมีชีวิตอยู่หรือบางทีเขาอาจเป็นบุคคลในประวัติศาสตร์หรือในตำนาน นั่นคือวงกลม ขณะที่คุณนึกภาพว่าตนเอง อยู่ตรงกลางของวงกลมนั้น ให้ตนเองได้เรียนรู้ในฐานะผู้รับความรักและความใส่ใจ บรรจงพูดทวนประโยคแห่งความรักและเมตตาสำหรับตนเอง
6. ค่อย ๆ ปลดปล่อยผ่านการนึกภาพดังกล่าวและค่อย ๆ กลับสู่การพูดทวนประโยคสักครู่ (2 – 3 นาที) ทุกครั้งที่คุณกระทำดังนี้ คุณจะค่อย ๆ เปลี่ยนความสัมพันธ์ที่เก่าและมีความเจ็บปวด จากนั้นก็จะก้าวไปข้างหน้าด้วยแรงแห่งความเมตตา

ใบงานที่ 18 สิ่งที่ได้เรียนรู้หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____
- 8 _____
- 9 _____
- 10 _____

Notes







ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวปิยนุช ชมภูภาค
วันเดือนปีเกิด	15 เมษายน 2531
สถานที่เกิด	จังหวัดเชียงใหม่
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2550	มัธยมศึกษาตอนปลาย จาก โรงเรียนจักรคำคณาทร จังหวัดลำพูน
พ.ศ. 2554	วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาจิตวิทยา จาก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่
พ.ศ. 2560	ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์ แขนงวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพฯ

