

บูรณาการการปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม

ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*

Integrative Multitheoretical Counseling: Cognitive Therapy and Experiential-Humanistic Therapy on Depression of Patient with Depressive Disorder*

พงษ์พรรณ ภาโว, ปส.ด. (จิตวิทยาการปรึกษา) ¹

Phongphan Phawo, Ph.D. (Counseling Psychology) ¹

สุรินทร์ สุทธิธาทิพย์, Ed.D. (Psy.coun. and Guidance) ²

ศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา, พ.บ. (วุฒิปดฺรจิตเวชศาสตร์) ³

Surin Suthithatip, Ed.D. (Psy.coun. and Guidance) ²

Sarutabhandu Chakrabhandu Na Ayutaya, M.D. (FRCPsych.) ³

Received: February 21, 2020 Revised: May 10, 2020 Accepted: May 15, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการปรึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จำนวน 48 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 3 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม กลุ่มละ 12 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการปรึกษาโดยบูรณาการทฤษฎีปัญญานิยมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม โปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยม โปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม โปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิด และพฤติกรรม มาตรฐานความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล แบบประเมินการฆ่าตัวตาย แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบคัดกรองโรคจิต แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า มีค่าความเชื่อมั่น .86 ดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ repeated measure ANOVA: one between-subjects variable and one within-subject variable โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

* ดุษฎีนิพนธ์หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* Doctoral Dissertation of Philosophy Program in Counseling Psychology, Faculty of Education, Burapha University

¹ ดุษฎีบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ Doctor, Program in Counseling Psychology, Faculty of Education, Burapha University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: p_phawo48@hotmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์หลัก

² Assistant Professor, Faculty of Education, Burapha University: Major Advisor

³ จิตแพทย์ ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์: อาจารย์ที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์ร่วม

³ Psychiatrist, Director of Galya Rajanagarindra Institute: Co-advisor

ผลการวิจัยพบว่า ระยะหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาโดยบูรณาการทฤษฎีปัญญานิยมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม (กลุ่ม MTP) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยม (กลุ่ม CT) และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาโดยใช้ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม (กลุ่ม EXP) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาโดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม (กลุ่ม CBT) ส่วนระยะติดตามผล กลุ่ม MTP มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่ม CT กลุ่ม EXP และกลุ่ม CBT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดภาวะซึมเศร้าควรนำโปรแกรมการศึกษาโดยบูรณาการทฤษฎีปัญญานิยมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยมไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม เพื่อลดภาวะซึมเศร้าให้แก่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ: การปรึกษา บูรณาการ พหุทฤษฎี ภาวะซึมเศร้า

Abstract

This experimental research aimed to examine the effects of counseling programs on depression among patient with depressive disorder. The participants consisted of 48 patients with depressive disorder receiving services at out-patient department, Sakaeo Rajanagarindra Psychiatric Hospital and were equally divided into four groups; three experimental groups and one control group (12 patients per group). The research instruments included the integration of Cognitive Theory and Experiential-Humanistic Theory counseling program, the Cognitive Theory counseling program, the Experiential-Humanistic Theory counseling program, the Cognitive-Behavioral Theory counseling program, the subjective unit of distress scale, the suicidal assessment form, the mini-mental state examination: Thai version (MMSE-Thai 2002), the psychotic screening form, the demographic questionnaire, and the Beck Depression Inventory (BDI-IA) with the reliability of .86. The implementation and data collection were conducted from January to May, 2018. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and repeated measure ANOVA: one between-subjects variable and one within-subject variable with multiple comparisons by Bonferroni method.

The research results revealed that at the post-trial period, the group receiving the integration of Cognitive Theory and Experiential-Humanistic Theory counseling program (the MTP group) had statistically significant lower mean score of depression than those in the group receiving the Cognitive Theory counseling program (the CT group) and the group receiving the Experiential-Humanistic Theory counseling program (the EXP group), but the MTP group had no different mean score of depression from that in the group receiving the Cognitive-Behavioral Theory counseling program (the CBT group). Additionally, at the follow-up period, the MTP group had statistically significant lower mean score of depression than those in the CT group, the EXP group, and the CBT group.

This research suggests that health care providers relating to depressive psychotherapy should appropriately apply this integration of Cognitive Theory and Experiential-Humanistic Theory counseling program for reducing depression among people with depression.

Keywords: Counseling, Integration, Multitheories, Depression

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อารมณ์ซึมเศร้าเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของมนุษย์ เมื่อต้องเผชิญกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียของรัก หน้าที่การงาน หรืออวัยวะของร่างกาย ซึ่งมักแสดงออกโดยการซึมเศร้า ร้องไห้ เฉื่อยชา เหม่อลอย หงุดหงิดวุ่นวาย นอนไม่หลับ และสนใจสิ่งรอบข้างน้อยลง โดยทั่วไป คนเราจะใช้เวลาหลายวันในการปรับตัวเพื่อลดอารมณ์ซึมเศร้านี้ให้น้อยลงหรือหมดไป ซึ่งเป็นกระบวนการธรรมชาติที่เกิดขึ้นกับทุกคนในบางช่วงเวลาของชีวิต แต่เมื่ออารมณ์ซึมเศร้าเกิดขึ้นและคงอยู่เป็นเวลานานเมื่อเปรียบเทียบกับ การสูญเสีย จนส่งผลกระทบต่อการทำงานของชีวิตประจำวัน จะถือว่าเป็นความผิดปกติ ซึ่งอาการเหล่านี้จะเป็นติดต่อกันเป็นเวลายาวนานหลายสัปดาห์จนถึงหลายปี จนเกิดเป็นโรคซึมเศร้า ส่งผลกระทบต่อการทำงาน การเรียน ครอบครัว และสังคม (กรมสุขภาพจิต, 2556)

ปัจจุบันมีการรักษาอาการซึมเศร้าหลายวิธี ได้แก่ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า จิตบำบัดต่าง ๆ เช่น การบำบัด การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (interpersonal therapy) การบำบัดทางความคิด (cognitive therapy) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavioral therapy) และมีการบำบัดโดยใช้หลากหลายทฤษฎีมาบูรณาการกัน โดยวิธีบูรณาการพหุทฤษฎี ดังงานวิจัยของ Stevens et al. (2012) ที่ได้ศึกษาการบูรณาการพหุทฤษฎีเพื่อบำบัดในผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์ และมีอาการซึมเศร้าที่มารับการบำบัด พบว่า การบำบัดโดยใช้วิธีบูรณาการพหุทฤษฎีทำให้ผู้ป่วยมีกลวิธีการเผชิญปัญหา มีการสร้างความสัมพันธ์ สามารถจัดการกับความเครียดได้ และมีภาวะซึมเศร้าลดลง

การปรึกษาแบบบูรณาการ (integrative counseling) เป็นรูปแบบการให้การปรึกษาอีกรูปแบบหนึ่งที่มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหาแนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดในการให้การปรึกษา (สุรินทร์ สุทธิชาติพิทย์, 2557) ซึ่งแนวโน้มทางจิตวิทยาการปรึกษามัยใหม่ได้มุ่งไปสู่การผสมผสาน

ทางทฤษฎีและเทคนิคด้านการให้คำปรึกษามากขึ้น จะเห็นได้ว่าปัจจุบัน นักจิตวิทยาการปรึกษา นักจิตวิทยาคลินิก และนักจิตบำบัดส่วนใหญ่มองตนเองว่าเป็นนักจิตวิทยาการปรึกษาหรือนักจิตบำบัดแบบผสมผสาน และเลือกใช้การปรึกษาและทำจิตบำบัดแบบผสมผสานเป็นวิธีการหลักในการช่วยเหลือผู้รับบริการ (Consoli & Jester, 2005, Norcross & Goldfried, 2005 อ้างถึงในนันทิชาติศักดิ์ สกุลพงษ์, 2557) เหตุผลส่วนหนึ่งเนื่องจากยังไม่มีทฤษฎีใดที่ถูกพิสูจน์ได้อย่างชัดเจนว่าสามารถประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือบุคคลทุกคนได้ดีกว่าทฤษฎีอื่น ดังนั้นการบูรณาการทางทฤษฎีการปรึกษาจึงเป็นสิ่งที่นักจิตวิทยาการปรึกษาควรให้ความสนใจในการร่วมใช้ในการให้การปรึกษา (นิสรา คำมณี และวรากร ทรัพย์วิระพรรณ, 2560)

การปรึกษาแบบพหุทฤษฎี (multitheoretical psychotherapy) ของ Brooks-Harris (2007) เป็นการให้การปรึกษาอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งเป็นการผสมผสานทฤษฎีที่ใช้เพื่อการให้การปรึกษามาใช้ในการให้การปรึกษาผู้รับบริการปรึกษาตามลักษณะปัญหาของแต่ละคน เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงกับปัญหาที่มีได้มากขึ้น ทั้งนี้ หลักการให้การปรึกษาแบบพหุทฤษฎีมีข้อตกลงเบื้องต้น 4 ประการ ได้แก่ 1) หลักการสำคัญของบูรณาการทางจิตวิทยา 5 อย่าง (five principles for integrative psychotherapy) 2) ข้อตกลงการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน (working interactively) 3) บริบทในการทำงาน (working contextually) และ 4) การวางแผนในการให้การปรึกษาแบบบูรณาการ (integrative treatment planning) จากการศึกษาของ Devlin and Calley (2007) ที่ศึกษาการให้การปรึกษารูปแบบต่างๆ ในการบำบัดครอบครัว พบว่าการใช้การบูรณาการพหุทฤษฎีในการบำบัดครอบครัวให้ผลตอบสนองที่ดีกว่า และผู้บำบัดสามารถปรับรูปแบบการบำบัดครอบครัวหรือผู้รักได้ดีกว่าการยึดติดรูปแบบการบำบัดรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง จึงเสนอไว้เป็นทางเลือกสำหรับนักจิตวิทยาในการบำบัดครอบครัว และจากการศึกษาของ Harris, Kelley, and Shepard (2015) ที่ศึกษาการปรึกษาแบบพหุทฤษฎีใน

การบำบัดภาวะซึมเศร้า โดยศึกษาจากข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า จิตบำบัดแบบพุทฺธทฤษฎีสำหรับบำบัดภาวะซึมเศร้าที่มีความแตกต่างกันหลายวิธีการ ซึ่งแต่ละวิธีการก็มีประสิทธิภาพและมีความหลากหลาย โดยจิตบำบัดแบบพุทฺธทฤษฎีได้อธิบายถึงการเลือกวิธีการที่เหมาะสมที่สุด หรือการพิจารณา ร่วมกันในการรักษาโดยอิงกับลักษณะและความพึงพอใจของผู้รับบริการ นอกจากนี้ การศึกษาของ McCarthy and Barber (2009) ได้กล่าวถึงการใช้การบูรณาการในการเลือกการบำบัด ซึ่งได้ค้นพบว่า แต่ละขั้นตอนของการประเมินผู้รับบริการ และการบำบัดนั้น ได้มีการประเมินแบบบูรณาการเพื่อให้ครอบคลุมในทุกด้าน และนำมาวางแผนการบำบัด ซึ่งการประเมินแบบบูรณาการพุทฺธทฤษฎีสามารถช่วยผู้บำบัดในการเลือกเครื่องมือการบำบัดได้ตรงกับประเด็นปัญหาของผู้รับบริการแต่ละคน และทำให้ผลการบำบัดดีขึ้น

จากประเด็นการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีหลากหลายวิธี ผู้วิจัยได้แสวงหาวิธีการบำบัดที่สามารถบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ตรงกับปัญหาของแต่ละคน จึงศึกษาวิธีการรักษาทางจิตวิทยาโดยอิงทฤษฎีต่างๆ ที่หลากหลาย ซึ่งแต่ละทฤษฎีมีข้อดีและข้อด้อยที่แตกต่างกัน เช่น ทฤษฎีปัญญานิยม มีข้อดีคือ การเน้นเรื่องความคิดที่บิดเบือน การให้บทวนความคิด ความเชื่อ แต่มีข้อด้อย คือ ขาดการลงมือปฏิบัติจริง ส่วนทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม มีข้อดี คือ การเน้นเรื่องความรู้สึก อารมณ์ที่อ่อนไหว ทำให้สามารถจัดการได้อย่างเหมาะสม แต่มีข้อด้อย คือ การจัดการกับอารมณ์ที่มากเกินไป ขาดการลงมือปฏิบัติ หรือการจัดการปัญหาในชีวิตบางอย่างส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตตามมา สำหรับทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม มีข้อดี คือ การปรับทั้งความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรม แต่มีข้อด้อย คือ การขาดการจัดการด้านอารมณ์ที่ชัดเจน ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการรักษาทฤษฎีต่างๆ เพื่อให้มีความเฉพาะเจาะจงกับปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแต่ละคน ได้แก่ โปรแกรมการรักษาทฤษฎีปัญญานิยมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม (MTP) โปรแกรมการรักษาทฤษฎีปัญญานิยม (CT) โปรแกรมการรักษาทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม (EXP) และโปรแกรมการรักษาทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) เพื่อให้เห็นถึงประสิทธิภาพของแต่ละทฤษฎี ซึ่งจะช่วยให้ผู้บำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถเลือกเทคนิคต่างๆ ในแต่ละทฤษฎีมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้าลดลง สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการรักษากับระยะเวลา
2. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการรักษาทฤษฎีปัญญานิยมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยมกับโปรแกรมการรักษาทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม และโปรแกรมการรักษาทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม
3. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการรักษาระหว่างโปรแกรมการรักษาทฤษฎีปัญญานิยมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม โปรแกรมการรักษาทฤษฎีปัญญานิยม และโปรแกรมการรักษาทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม ต่อภาวะซึมเศร้า เมื่อเวลาเปลี่ยนไป

สมมติฐานการวิจัย

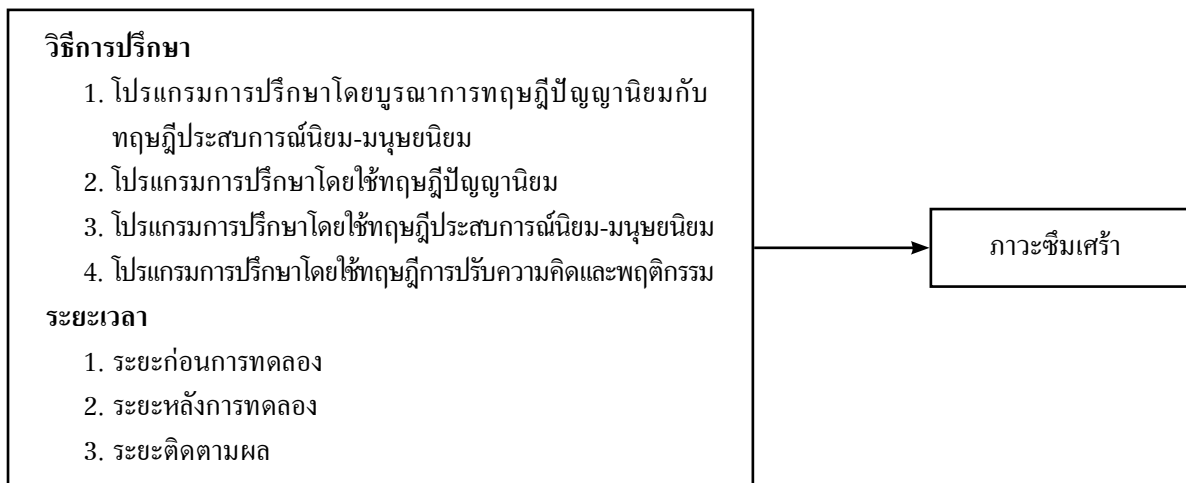
1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการรักษากับระยะเวลา
2. ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรักษาทฤษฎีปัญญานิยมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรักษาทฤษฎีปัญญานิยม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรักษาทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรักษาทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม
3. ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรักษาทฤษฎีปัญญานิยมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรักษาทฤษฎีปัญญานิยม และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรักษาทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ทฤษฎีต่างๆ มาใช้ในการสร้างโปรแกรมการรักษารายบุคคล จำนวน 3 โปรแกรม เพื่อเปรียบเทียบผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการรักษาทฤษฎีปัญญานิยมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม พัฒนาขึ้นตามหลักการรักษาแบบพุทฺธทฤษฎีของ Brooks-Harris (2007) ซึ่งมีข้อตกลงเบื้องต้น 4 ประการ ได้แก่ หลักการสำคัญของบูรณาการทางจิตวิทยา 5 อย่าง การมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน

บริบทในการทำงาน และการวางแผนในการให้การปรึกษาแบบ
บูรณาการ 2) โปรแกรมการศึกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยม
ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ Beck (1995 as cited in
Brooks-Harris, 2007) ซึ่งมีพื้นฐานความเชื่อว่า ภาวะซึมเศร้า
เกิดจากการรับรู้ที่บิดเบือน ไม่ถูกต้อง และการเลือกสนใจแต่แง่ลบ
ของเหตุการณ์ที่ไม่เป็นความจริง โดยมีวิธีการ คือ การช่วยให้
ผู้ป่วยเข้าใจและค้นหาความคิดทางลบ แล้วปรับเปลี่ยนความคิด
ไปอีกทางที่ยืดหยุ่นและเป็นทางบวก 3) โปรแกรมการศึกษา
โดยใช้ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

ตามแนวคิดของ Greenberg and Paivio (1997 as cited
in Brooks-Harris, 2007) เรื่องการให้ความสำคัญกับความรู้สึก
และบทบาทของความรู้สึกต่อการทำหน้าที่ของมนุษย์ โดย
ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมดังกล่าว กลุ่มละ 1
โปรแกรม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมการศึกษาโดยใช้
ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งเป็นโปรแกรมการบำบัด
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ใช้
ตามปกติ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) ชนิดสี่กลุ่ม วัดก่อน-หลังการทดลอง และติดตามผล (four groups, pretest-posttest and follow-up design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (F32) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคสากลขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม 2561 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุอยู่ในช่วง 20-60 ปี 2) สามารถพูดและเขียนภาษาไทยได้ 3) มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck 4) ไม่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) 5) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (mini-mental state examination: Thai version [MMSE-Thai

2002]) 6) ไม่มีอาการทางจิต เช่น หลงผิด ประสาทหลอน ซึ่งประเมินโดยใช้แบบคัดกรองโรคจิต ของกรมสุขภาพจิต 7) ไม่มีพยาธิสภาพทางกายหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และ 8) ยินยอมเข้าร่วมการทำวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) มีความคิดอยากทำร้ายตัวเอง หรืออยากฆ่าตัวตาย 2) มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อได้ 3) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบขั้นตอน และ 4) ขอดอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณอำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .50 จากนั้นเปิดตาราง statistical power table (repeated ANOVA) ของ Kraemer and Theimann (1987 as cited in Burns & Grove, 2005) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 10 คน (กลุ่มทดลอง 3 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม) รวมจำนวน 40 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้จำนวน

กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 12 คน รวมจำนวน 48 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่ม โดยการจับฉลากจากรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จากนั้นกำหนดให้เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับฉลาก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 โปรแกรมการปฐกษารายบุคคล จำนวน 4 โปรแกรม ดังนี้

1.1.1 โปรแกรมการปฐกษาโดยบูรณาการทฤษฎีปัญญานิยมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามหลักการปฐกษาแบบพหุทฤษฎีของ Brooks-Harris (2007) ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 9 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมที่ 2 การวิเคราะห์ตัวตน กิจกรรมที่ 3 การระบุมุมมองและความรู้สึก กิจกรรมที่ 4 การสร้างความเข้าใจ กิจกรรมที่ 5 การยอมรับเพื่อปรับเปลี่ยน กิจกรรมที่ 6 การวางแผนในการปรับเปลี่ยน กิจกรรมที่ 7 การทดลองปรับเปลี่ยน กิจกรรมที่ 8 การทำความเข้าใจและยอมรับผลในการปรับเปลี่ยน และกิจกรรมที่ 9 การประเมินผลและให้กำลังใจ โดยแต่ละกิจกรรมใช้เวลา 45-60 นาที

1.1.2 โปรแกรมการปฐกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ Beck (1995 as cited in Brooks-Harris, 2007) ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 9 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมที่ 2 อิทธิพลของความคิด และการจัดการ กิจกรรมที่ 3 ความเชื่อ และการสำรวจความหมาย กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนช่วยเหลือ กิจกรรมที่ 5 การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เฉพาะเจาะจงให้เหมาะสม กิจกรรมที่ 6 การเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ เป็นแรงผลักดันในชีวิต กิจกรรมที่ 7 การระดมสมอง กิจกรรมที่ 8 การให้ความรู้ด้านจิตวิทยา และกิจกรรมที่ 9 การประเมินผล โดยแต่ละกิจกรรมใช้เวลา 45-60 นาที

1.1.3 โปรแกรมการปฐกษาโดยใช้ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Greenberg and Paivio (1997 as cited in Brooks-Harris, 2007) เรื่องการให้ความสำคัญกับความรู้สึก และบทบาทของความรู้สึกต่อการทำหน้าที่ของมนุษย์ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 9 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมที่ 2 การกระตุ้นและทำความเข้าใจอิทธิพลของความรู้สึก กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนให้เกิดความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง กิจกรรมที่ 4 การสื่อสารด้วยการร่วมรู้สึกและการยอมรับอย่าง

ไม่มีเงื่อนไข กิจกรรมที่ 5 การให้การสนับสนุนด้วยความจริงแท้ กิจกรรมที่ 6 การบูรณาการตัวตน กิจกรรมที่ 7 การสนับสนุนให้ตระหนักรู้และการยอมรับอิสระและความรับผิดชอบ กิจกรรมที่ 8 การระลึกถึงข้อจำกัดที่มีอยู่ และกิจกรรมที่ 9 การประเมินผล โดยแต่ละกิจกรรมใช้เวลา 45-60 นาที

1.1.4 โปรแกรมการปฐกษาโดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม เป็นโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนกนรินทร์ใช้ตามปกติ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 9 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ สำรวจปัญหา กิจกรรมที่ 2 การกำหนดหัวข้อพูดคุย กิจกรรมที่ 3 การตั้งเป้าหมายของการบำบัด กิจกรรมที่ 4 ตารางกิจกรรม กิจกรรมที่ 5 การบ้าน กิจกรรมที่ 6 การทดสอบความคิดอัตโนมัติ กิจกรรมที่ 7 การดัดแปลงความเชื่อ กิจกรรมที่ 8 การสิ้นสุดการบำบัด และกิจกรรมที่ 9 การประเมินผล โดยแต่ละกิจกรรมใช้เวลา 45-60 นาที

1.2 มาตรวัดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล (subjective unit of distress scale SUDSI) ผู้วิจัยใช้มาตรวัดความเครียดที่โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนกนรินทร์ใช้ตามปกติ มีค่าคะแนน 0-10 คะแนน โดยคะแนน 0 หมายถึง ผ่อนคลาย คะแนน 1 หมายถึง ตื่นตัวและมุ่งความสนใจได้ดี จนถึงคะแนน 10 หมายถึง รู้สึกไม่สบายสูงสุดเท่าที่เคยรู้สึก

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ดังรายละเอียดในส่วนที่ 3

ชุดที่ 2 แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของกรมสุขภาพจิต (2556) จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-52 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย (0 คะแนน) มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในระดับน้อย (1-8 คะแนน) มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง (9-16 คะแนน) และมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในระดับรุนแรง (17 คะแนนขึ้นไป)

ชุดที่ 3 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (2543) จำนวนทั้งสิ้น 11 ข้อ เกณฑ์ผ่านแบ่งตามระดับการศึกษา โดยกลุ่มที่ไม่ได้เรียน (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) เกณฑ์ผ่าน คือ มากกว่า 14 คะแนน (คะแนนเต็ม 23) กลุ่มที่เรียนระดับประถมศึกษา เกณฑ์ผ่าน คือ มากกว่า 17 คะแนน

(คะแนนเต็ม 30) และกลุ่มที่เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา เกณฑ์ผ่าน คือ มากกว่า 22 คะแนน (คะแนนเต็ม 30)

ชุดที่ 4 แบบคัดกรองโรคจิต ผู้วิจัยใช้แบบคัดกรองของกรมสุขภาพจิต (2556) ประกอบด้วยข้อคำถามจากการสัมภาษณ์จำนวน 8 ข้อ และข้อคำถามจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย จำนวน 3 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่ามีหรือไม่มี เกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบว่า มี ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่า ไม่มี ให้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ไม่เป็นโรคจิต (0 คะแนน) และสงสัยว่าเป็นโรคจิต (1 คะแนน ขึ้นไป)

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

ชุดที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่มุกดา ศรีรงค์ (ม.ป.ป. อ้างถึงในลัดดา แสนสีหา, 2546) แปลและปรับจาก Beck Depression Inventory (BDI-IA) ของ Beck ปี ค.ศ. 2007 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ จำนวน 15 ข้อ และข้อคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 21 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก แต่ละข้อมีคะแนน 0-3 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 6 ระดับ ได้แก่ อยู่ในเกณฑ์ปกติ (0-10 คะแนน) อารมณ์แปรปรวนไปเล็กน้อย (11-16 คะแนน) เข้าข่ายมีอาการซึมเศร้าในทางคลินิก (17-20 คะแนน) มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง (21-30 คะแนน) มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง (31-40 คะแนน) และมีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรงมาก (41-63 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือั้น ผู้วิจัยนำโปรแกรมการปรึกษาโดยบูรณาการทฤษฎีปัญญาญาณกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม โปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญาญาณ และโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย นักจิตวิทยาคลินิก (3 คน) และจิตแพทย์ (2 คน) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .83, .93 และ .86 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้ว

ราชนครินทร์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง โปรแกรมละ 1 คน โดยดำเนินกิจกรรมทั้ง 9 กิจกรรม และนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ - วันที่ 22 ธันวาคม 2560) และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ (เอกสารรับรอง เลขที่ 001 วันที่ 9 มกราคม 2561) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยคัดเลือกและเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นนักจิตวิทยา จำนวน 1 คน และพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางด้านจิตเวช จำนวน 2 คน โดยทุกคนมีประสบการณ์ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างน้อย 3 ปี และผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยนักจิตวิทยาทำหน้าที่ดำเนินการทดลองในโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญาญาณ พยาบาลคนที่ 1 ทำหน้าที่ดำเนินการทดลองในโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม ส่วนพยาบาลคนที่ 2 ทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยทุกคน โดยให้นักจิตวิทยาสังเกตการณ์ในขณะที่ผู้วิจัยทดลองใช้โปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญาญาณกับผู้ป่วย 1 คน จากนั้นให้ฝึกใช้โปรแกรมฯ กับผู้ป่วยอีก 1 คน และให้สอบถามผู้วิจัยเพิ่มเติมจนเข้าใจ ส่วนพยาบาลคนที่ 1 ผู้วิจัยให้สังเกตการณ์ในขณะที่ผู้วิจัยทดลองใช้โปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยมกับผู้ป่วย 1 คน จากนั้นให้ฝึกใช้โปรแกรมฯ กับผู้ป่วยอีก 1 คน

และให้สอบถามผู้วิจัยเพิ่มเติมจนเข้าใจ สำหรับพยาบาลคนที่ 2 ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และให้ฝึกใช้แบบประเมินกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 3 คน

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคล แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ระยะก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 25-30 นาที รวมทั้งนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการศึกษา

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมการศึกษา เป็นรายบุคคล โดยกลุ่มทดลอง 1 ได้รับโปรแกรมการศึกษาโดยบูรณาการทฤษฎีปัญญาญาณกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม ดำเนินการโดยผู้วิจัย กลุ่มทดลอง 2 ได้รับโปรแกรมการศึกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญาญาณ ดำเนินการโดยผู้ช่วยผู้วิจัยที่เป็นนักจิตวิทยา และกลุ่มทดลอง 3 ได้รับโปรแกรมการศึกษาโดยใช้ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม ดำเนินการโดยผู้ช่วยผู้วิจัยที่เป็นพยาบาลคนที่ 1 ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมการศึกษาโดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม ดำเนินการโดยนักจิตวิทยาของโรงพยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนเข้าร่วมกิจกรรมทั้งสิ้น 9 กิจกรรม กิจกรรมละ 45-60 นาที (2 สัปดาห์ต่อกิจกรรม) หลังเข้าร่วมแต่ละกิจกรรม ผู้ดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความเครียดโดยใช้มาตรวัดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล

5. หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 9 ผู้ช่วยผู้วิจัยที่เป็นพยาบาลคนที่ 2 ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ระยะหลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 25 นาที

6. ภายหลังระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ผู้ช่วยผู้วิจัยที่เป็นพยาบาลคนที่ 2 ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ระยะติดตามผล (follow up) โดยใช้เวลาประมาณ 25 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติ

ความถี่และร้อยละ ข้อมูลภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของแต่ละกลุ่ม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล วิเคราะห์ด้วยสถิติ repeated measure ANOVA: one between-subjects variable and one within-subject variable โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีการของ Bonferroni

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมด พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.70 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี และ 51-60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.30 เท่ากัน มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.20 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.80 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.50 มีรายได้อยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.80 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 85.40

2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มทดลอง 1 (ได้รับโปรแกรมการศึกษาโดยบูรณาการทฤษฎีปัญญาญาณกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม = กลุ่ม MTP) กลุ่มทดลอง 2 (ได้รับโปรแกรมการศึกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญาญาณ = กลุ่ม CT) กลุ่มทดลอง 3 (ได้รับโปรแกรมการศึกษาโดยใช้ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม = กลุ่ม EXP) และกลุ่มควบคุม (ได้รับโปรแกรมการศึกษาโดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม = กลุ่ม CBT) ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่า ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลอง 1 (กลุ่ม MTP) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มทดลอง 2 (กลุ่ม CT) กลุ่มทดลอง 3 (กลุ่ม EXP) และกลุ่มควบคุม (กลุ่ม CBT) แต่กลุ่มทดลอง 2 (กลุ่ม CT) และกลุ่มทดลอง 3 (กลุ่ม EXP) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มควบคุม (กลุ่ม CBT) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

กลุ่มตัวอย่าง	n	ระยะก่อนการทดลอง		ระยะหลังการทดลอง		ระยะติดตามผล	
		M	SD	M	SD	M	SD
กลุ่มทดลอง 1 (กลุ่ม MTP)	12	28.83	.94	9.92	.79	9.67	.49
กลุ่มทดลอง 2 (กลุ่ม CT)	12	29.08	.79	11.50	.67	12.08	1.00
กลุ่มทดลอง 3 (กลุ่ม EXP)	12	28.83	.94	12.42	1.38	13.25	1.36
กลุ่มควบคุม (กลุ่ม CBT)	12	28.83	.94	10.75	.75	11.17	.83

3. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการปรึกษากับระยะเวลา พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลอง (วิธีการปรึกษา) กับระยะเวลาการทดลอง ($G \times I$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองส่งผลร่วมกัน

ต่อคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่า วิธีการทดลองที่แตกต่างกัน (G) และระยะเวลาการทดลองที่แตกต่างกัน (I) มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนภาวะซึมเศร้า ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	139.88	47.00			
วิธีการทดลองที่แตกต่างกัน (G)	81.61	3.00	27.20	20.539	< .001
ผลรวมกำลังสองของความเบี่ยงเบนภายในกลุ่ม (SS w/ in groups)	58.27	44.00	1.32		
ภายในกลุ่ม	9,962.66	68.79			
ระยะเวลาการทดลองที่แตกต่างกัน (I)	9,862.18	1.43	6,881.26	7.453	< .001
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง ($G \times I$)	42.26	4.30	9.83	10.647	< .001
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการทดลองกับผลรวมกำลังสองของความเบี่ยงเบนภายในกลุ่ม ($I \times SS$ w/ in groups)	58.22	63.06	.92		

4. การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่า ระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย

ภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระยะก่อนการทดลอง					
ระหว่างกลุ่ม	.56	3.00	.18	.230	.875
ความคลาดเคลื่อน	35.91	44.00	.18		
ระยะหลังการทดลอง					
ระหว่างกลุ่ม	40.89	3.00	13.63	15.347	< .001
ความคลาดเคลื่อน	39.08	44.00	.88		
ระยะติดตามผล					
ระหว่างกลุ่ม	82.41	3.00	27.47	29.127	< .001
ความคลาดเคลื่อน	41.50	44.00	.94		

5. การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลอง 1 (กลุ่ม MTP) กับกลุ่มทดลองอื่นๆ และกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่า ระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง 1 (กลุ่ม MTP) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มทดลอง 2 (กลุ่ม CT) และกลุ่มทดลอง 3 (กลุ่ม EXP) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$ และ $p < .001$)

ตามลำดับ) แต่มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม (กลุ่ม CBT) ส่วนระยะติดตามผล พบว่า กลุ่มทดลอง 1 (กลุ่ม MTP) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มทดลอง 2 (กลุ่ม CT) กลุ่มทดลอง 3 (กลุ่ม EXP) และกลุ่มควบคุม (กลุ่ม CBT) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .001$ และ $p < .01$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลอง 1 (กลุ่ม MTP) กับกลุ่มทดลองอื่นๆ และกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

กลุ่มตัวอย่าง	ระยะก่อนการทดลอง			ระยะหลังการทดลอง			ระยะติดตามผล		
	MD	SE	p	MD	SE	p	MD	SE	p
กลุ่ม MTP - กลุ่ม CT	.000	.369	1.000	1.583	.385	.001	2.417	.396	< .001
กลุ่ม MTP - กลุ่ม EXP	.000	.369	1.000	2.500	.385	< .001	3.583	.396	< .001
กลุ่ม MTP - กลุ่ม CBT	.000	.369	1.000	.833	.385	.215	1.500	.396	.003

6. การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่า ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลอง 1 (กลุ่ม MTP) กลุ่มทดลอง 2

(กลุ่ม CT) และกลุ่มทดลอง 3 (กลุ่ม EXP) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ระยะเวลา	MD	SE	p
กลุ่มทดลอง 1 (กลุ่ม MTP)			
ระยะก่อนการทดลอง - ระยะหลังการทดลอง	18.91	.374	< .001
ระยะก่อนการทดลอง - ระยะติดตามผล	19.16	.387	< .001
กลุ่มทดลอง 2 (กลุ่ม CT)			
ระยะก่อนการทดลอง - ระยะหลังการทดลอง	17.58	.374	< .001
ระยะก่อนการทดลอง - ระยะติดตามผล	17.00	.387	< .001
กลุ่มทดลอง 3 (กลุ่ม EXP)			
ระยะก่อนการทดลอง - ระยะหลังการทดลอง	16.41	.374	< .001
ระยะก่อนการทดลอง - ระยะติดตามผล	15.53	.387	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลอง (วิธีการศึกษา) กับระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากการให้การปรึกษาแต่ละครั้ง สัมพันธภาพก็แตกต่างกัน สัมพันธภาพที่ดีส่งผลต่อผลของการให้การปรึกษา สัมพันธภาพแต่ละระยะจึงมีส่วนสำคัญในผลของการให้การปรึกษาที่เกิดขึ้น ซึ่งแต่ละวิธีมีขั้นตอนในการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดขึ้นในการดำเนินกิจกรรม (สุรินทร์ สุทธิชาติพิทย์, 2557) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนิสรา คำณิ และวรากร ทรัพย์วิระปรณ์ (2560) ที่พัฒนาการปรึกษากลุ่มบูรณาการพหุทฤษฎีระหว่างทฤษฎีอัตถิภาวะนิยมและทฤษฎีเผชิญความจริงเพื่อเสริมสร้างเหตุผลเพื่อการดำรงชีวิตของผู้ต้องขังหญิง พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และโปรแกรมการปรึกษากลุ่มบูรณาการพหุทฤษฎีสามารถช่วยเสริมสร้างเหตุผลเพื่อการดำรงชีวิตให้สูงขึ้นทั้งระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล

ผลการวิจัยพบว่า ระยะหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยบูรณาการทฤษฎีปัญญาานิยมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญาานิยม และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีประสบการณ์

นิยม-มนุษยนิยม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ส่วนระยะติดตามผล พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยบูรณาการทฤษฎีปัญญาานิยมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญาานิยม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงให้เห็นว่า การปรึกษาโดยบูรณาการทฤษฎีปัญญาานิยมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยมสามารถลดภาวะซึมเศร้าให้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ดีกว่าการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญาานิยมหรือทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยมเพียงทฤษฎีเดียว เช่นเดียวกับการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรมซึ่งมีทฤษฎีทางการปรึกษาร่วมกันสองทฤษฎี ซึ่ง Brooks-Harris (2007) ได้กล่าวว่า การบูรณาการทฤษฎีนั้นเน้นให้ใช้ประโยชน์จากปรัชญาที่หลากหลายที่มีความแตกต่างกันมากกว่าการใช้ปรัชญาที่เหมือนกัน และมีการประยุกต์ใช้วิธีการที่หลากหลายมากกว่าการใช้วิธีการเดียว โดยการปรึกษาแบบบูรณาการจำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถปรับตัวได้ในทุกๆ มิติ เช่น ความสามารถในการคิด การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ และการปรับความรู้สึกที่จะช่วยให้สามารถปรับใช้ได้กับทางร่างกาย ความสัมพันธ์

โครงสร้าง และวัฒนธรรม ซึ่งการปรึกษาแบบบูรณาการเป็นทฤษฎี และเทคนิคที่ใช้ในการเลือกสรร วิเคราะห์ และสังเคราะห์ จุดเด่นของทฤษฎีและเทคนิควิธีการปรึกษาต่างๆ เพื่อนำมา บูรณาการเข้าเป็นทฤษฎีและเทคนิควิธีการปรึกษาอีกทฤษฎีหนึ่ง การบูรณาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหาแนวปฏิบัติที่มี ประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด (สุรินทร์ สุทธิชาติพิทย์, 2557) ซึ่งจุดมุ่งหมายหลักของการปรึกษาทุกทฤษฎี คือ การสร้าง ให้บุคคลมีความหวัง เพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเอง เพื่อปรับปรุง ชีวิตของเขาให้พึงประสงค์มากขึ้น ทั้งนี้ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1960 นักจิตวิทยา นักบำบัด และผู้ให้การศึกษาทั้งหลาย ต่างยอมรับ กันว่า การยึดอยู่กับทฤษฎีหลักเพียงทฤษฎีเดียวนั้นไม่เพียงพอ ต่อการทำจิตบำบัดและการปรึกษา ดังนั้น การบูรณาการจึงเป็น เรื่องจำเป็นที่ต้องศึกษาและนำมาปฏิบัติต่อไป (Lazarus, 1967 อ้างถึงในสุรินทร์ สุทธิชาติพิทย์, 2557) จะเห็นได้ว่า การให้การศึกษา ที่มีการบูรณาการหลากหลายทฤษฎีนั้น เพื่อให้สามารถแก้ไข ปัญหาของผู้รับบริการได้ตรงประเด็น ซึ่งจะได้ผลการปรึกษา ที่ดีกว่าการปรึกษาแบบใช้ทฤษฎีเดียว

ผลการวิจัยพบว่า ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาโดยบูรณาการทฤษฎีปัญญานิยม กับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม การศึกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยม และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม การศึกษาโดยใช้ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดง ให้เห็นว่า โปรแกรมการศึกษาแต่ละโปรแกรมสามารถทำให้ ภาวะซึมเศร้าลดลงได้เช่นกัน สำหรับการศึกษาโดยบูรณาการ ทฤษฎีปัญญานิยมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยมนั้น สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Devlin and Calley (2007) ที่พบว่า การใช้การบูรณาการพหุทฤษฎี ในการบำบัดครอบครัวยังให้ผลตอบสนองที่ดีกว่า และผู้บำบัด สามารถปรับรูปแบบการบำบัดครอบครัวยุติหรือคู่รักได้ดีกว่า การยึดติดรูปแบบการบำบัดแบบใดแบบหนึ่ง จึงเสนอไว้เป็น ทางเลือกสำหรับนักจิตวิทยาในการบำบัดครอบครัวยุติ และจาก การศึกษาของ Harris, Kelley, and Shepard (2015) ที่ พบว่า จิตบำบัดแบบพหุทฤษฎีสำหรับบำบัดภาวะซึมเศร้า นั้นมีความแตกต่างกันหลายวิธีการ และแต่ละวิธีการก็มี ประสิทธิภาพและมีความหลากหลาย จิตบำบัดแบบพหุทฤษฎี สำหรับภาวะซึมเศร้าได้อธิบายถึงการเลือกวิธีการที่เหมาะสม ส่วนการศึกษาของ McCarthy and Barber (2009) ได้กล่าวถึง การใช้การบูรณาการในการเลือกการบำบัด ซึ่งได้ค้นพบว่า

แต่ละขั้นตอนของการประเมินผู้รับบริการและการบำบัดนั้น ได้มี การประเมินแบบบูรณาการเพื่อให้ครอบคลุมในทุกด้าน และนำมา วางแผนการบำบัด การประเมินแบบบูรณาการพหุทฤษฎี สามารถช่วยผู้บำบัดในการเลือกเครื่องมือการบำบัดได้ตรงกับ ประเด็นปัญหาของผู้รับบริการแต่ละคน และทำให้ผลการบำบัด ดีที่สุด หรือมีการพิจารณาร่วมกันในการรักษาโดยอิงกับลักษณะ และความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ส่วนการศึกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมนั้น สามารถลด ภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Gloaguen, Cottraux, Cucherat, and Blackburn (1998) ที่ว่า การบำบัด ทางปัญญามีพื้นฐานความเชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการรับรู้ ที่บิดเบือน ไม่ถูกต้อง และการเลือกสนใจแต่แง่ลบของเหตุการณ์ ที่ไม่เป็นความจริง วิธีการ คือ การช่วยให้บุคคลเข้าใจและค้นหา ความคิดด้านลบ แล้วปรับเปลี่ยนความคิดไปอีกทางที่ยืดหยุ่น และเป็นทางบวก นอกจากนี้ยังพบว่า การบำบัดทางปัญญา สามารถลดภาวะซึมเศร้าและป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้อย่าง มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ถึงระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของกุลวดี ตนะทิพย์ และเพ็ญภา กุลนาคดล (2558) ที่ศึกษาผลการปรึกษากลุ่ม ทฤษฎีปัญญานิยมต่อการจัดการใช้งานเฟซบุ๊กของนักเรียน มัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า ระยะหลังการทดลอง และระยะ ติดตามผล นักเรียนที่ได้รับการปรึกษามีการจัดการใช้งานเฟซบุ๊ก น้อยกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับการศึกษาโดยใช้ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยมนั้น สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษา ของศิริพันธ์ ภูมิมาลา (2553) ที่ศึกษาผลของการปรึกษา เจริญจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดมนุษยนิยมที่มีต่อการรับรู้ คุณความดีและความผาสุกทางจิตใจของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้คุณความดีและมีความผาสุกทางจิตใจสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งทฤษฎีมนุษยนิยมนั้นให้ความสำคัญ กับการเป็นมนุษย์ และมองมนุษย์ว่ามีคุณค่า มีความดีงาม มีความสามารถ มีความต้องการ และมีแรงจูงใจภายในที่จะ พัฒนาศักยภาพของตน (ณัชชาภิญญา วัชรินชัยวรรณ, 2555)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดภาวะซึมเศร้า ควรนำโปรแกรมการศึกษาโดยบูรณาการทฤษฎีปัญญานิยมกับ ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยมไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม

ตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน โดยเน้นการบำบัดที่สอดคล้องกับปัญหาที่แท้จริงของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าแต่ละคน

2. ข้อเสนอแนะในการทบทวนครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการปรึกษาโดยบุคลากรทฤษฎีปัญญานิยมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยมต่อการลดภาวะซึมเศร้าในประชากรกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2556). ข้อมูลการบริการผู้ป่วยจิตเวชของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก <http://www.dmh.moph.go.th/report/opulation/pop.as>
- กุลวดี ตนะทิพย์, และเพ็ญนาถ กุลนาคดล. (2558). ผลการปรึกษากลุ่มทฤษฎีปัญญานิยมต่อการจัดการใช้งานเฟซบุ๊กของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. *วารสารวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา*, 13(1), 108-117.
- ณัชชาภัฏญ์ วิรัตน์ชัยวรรณ. (2555). ผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้เทคนิคการสืบเสาะหาความรู้ (5E) เพื่อพัฒนาทักษะกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ จิตวิทยา และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิทยาศาสตร์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- นันท์พัชต์สันต์ สุกุลพงศ์. (2557). จิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัดแบบผสมผสาน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 22(2), 103-114.
- นิสรา คำมณี, และวรากร ทรัพย์วีระปรกรณ์. (2560). การพัฒนาการปรึกษากลุ่มบูรณาการพหุทฤษฎีระหว่างทฤษฎีอัตถิภาวนิยมและทฤษฎีเผชิญความจริงเพื่อเสริมสร้างเหตุผลเพื่อการดำรงชีวิตของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิง. *วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(48), 59-77.
- ลัดดา แสนสีหา. (2546). ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพันธ์ ภูมิมาลา. (2553). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดมนุษยนิยมที่มีต่อการรับรู้คุณค่าและความผาสุกทางจิตใจของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา. *มนุษยศาสตร์สาร*, 12(1), 89-103.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. (2543). *โครงการสำรวจภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุไทย*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- สุรินทร์ สุทธิชาติพิชัย. (2557). *เอกสารประกอบการสอนเรื่อง การบูรณาการทางการปรึกษาและการบำบัดทางจิตวิทยา*. ชลบุรี: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- Brooks-Harris, J. E. (2007). *Integrative multitheoretical psychotherapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization* (5th ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Devlin, J. M., & Calley, T. (2007). Applying multitheoretical psychotherapy integration to family therapy. *The Family Journal*, 15(4), 387-391.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I. M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49(1), 59-72.
- Harris, J. E., Kelley, L. J., & Shepard, L. M. (2015). Multitheoretical psychotherapy for depression: Integrating strategies from evidence-based practices. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25(4), 353-367.
- McCarthy, K. S., & Barber, J. P. (2009). The multitheoretical list of therapeutic interventions (MULTI): Initial report. *Psychotherapy Research*, 19(1), 96-113.
- Stevens, M. C., Lovejoy, D., Kim, J., Oakes, H., Kureshi, I., & Witt, S. T. (2012). Multiple resting state network functional connectivity abnormalities in mild traumatic brain injury. *Brain Imaging and Behavior*, 6(2), 293-318.