



ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิต
ของนักเรียน นิสิตและนักศึกษาในประเทศไทย : การวิเคราะห์อภิมาน
THE EFFECT OF COUNSELING PROGRAM ON MENTAL HEALTH PROBLEMS
OF STUDENTS IN THAILAND : A META-ANALYSIS

ศิริรัตน์ เอี่ยมประไพ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2564

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิต
ของนักเรียน นิสิตและนักศึกษาในประเทศไทย : การวิเคราะห์ห่อภิมาณ



ปริญญานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

THE EFFECT OF COUNSELING PROGRAM ON MENTAL HEALTH PROBLEMS
OF STUDENTS IN THAILAND : A META-ANALYSIS



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of MASTER OF ARTS
(Applied Psychology)

Graduate School, Srinakharinwirot University

2021

Copyright of Srinakharinwirot University

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิต
ของนักเรียน นิสิตและนักศึกษาในประเทศไทย : การวิเคราะห์ห่อภิมาน

ของ

ศิริรัตน์ เขี่ยมประไพ

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์

ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์

..... ที่ปรึกษาหลัก

(อาจารย์ ดร.ชัยยุทธ กลีบบัว)

..... ประธาน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณยศ สุมาลย์โรจน์)

..... ที่ปรึกษาร่วม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมราพร สุรการ)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.มณฑิรา จารุเพ็ง)

ชื่อเรื่อง	ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิต ของนักเรียน นิสิตและนักศึกษาในประเทศไทย : การวิเคราะห์ห่อภิมาณ
ผู้วิจัย	ศิริรัตน์ เขี่ยมประไพ
ปริญญา	ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา	2564
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร. ชัยยุทธ กลีบบัว
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อมราพร สุรการ

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อ 1) เพื่อสำรวจคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิต 2) วิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของประสิทธิผลการให้คำปรึกษาที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียน นิสิตและนักศึกษา และ 3) เปรียบเทียบปัจจัยด้านแนวคิด/ทฤษฎีและรูปแบบการให้คำปรึกษา คุณลักษณะงานวิจัยต่อขนาดอิทธิพลของประสิทธิผลการให้คำปรึกษาประชากร คือ งานวิจัยโปรแกรมการให้คำปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักเรียน นิสิตและนักศึกษาในไทย จำนวน 34 เรื่อง มีนักเรียนและนักศึกษา จำนวน 688 คน โดยเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มนักเรียน 18 งานวิจัย มีนักเรียนรวมทั้งสิ้น 442 คน และเป็นงานวิจัยในกลุ่มนิสิตและนักศึกษา 16 งานวิจัย มีนักศึกษารวมทั้งสิ้น 276 คน ดำเนินการวิเคราะห์ห่อภิมาณเพื่อพรรณนาและเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลด้วยคุณลักษณะของงานวิจัยที่แตกต่างกัน ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้ ประเภทของปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 41.2 ($n=14$) ถัดมาคืองานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเรื่องความวิตกกังวลและความเครียด เท่ากัน ร้อยละ 29.1 ($n=10$) คุณภาพงานวิจัยโดยรวมมีค่าเฉลี่ย 2.94 (อยู่ในระดับคุณภาพดี) ค่าขนาดอิทธิพลโดยรวมของโปรแกรมการให้คำปรึกษา (overall mean effect size) เท่ากับ -1.14 ($S.D. = 0.11$) ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ แสดงถึงโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับปัญหาสุขภาพจิตที่ถูกพัฒนาขึ้นสามารถช่วยลดปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มนักเรียนและนักศึกษาได้ และแนวคิดการให้คำปรึกษากลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยมมีค่าขนาดอิทธิพล (Hedges' $g=-1.25$) ใกล้เคียงกับแนวคิดกลุ่มมนุษยนิยม (Hedges' $g=-1.06$) รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคล (Hedges' $g=-1.23$) มีค่าขนาดอิทธิพลสูงกว่าแบบกลุ่ม (Hedges' $g=-1.12$) การออกแบบการทดลองที่ไม่มีกลุ่มควบคุมมีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุด (Hedges' $g=-1.51$) การให้คำปรึกษาในกลุ่มนักเรียนมีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุด (Hedges' $s=-1.18$) และจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษาระหว่าง 8 – 10 ครั้งมีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุด (Hedges' $g=-1.28$)

คำสำคัญ : การวิเคราะห์ห่อภิมาณ, โปรแกรมการให้คำปรึกษา, ปัญหาสุขภาพจิต, นักเรียน, นักศึกษา

Title	THE EFFECT OF COUNSELING PROGRAM ON MENTAL HEALTH PROBLEMS OF STUDENTS IN THAILAND : A META-ANALYSIS
Author	SIRIRAT EAMPRAPAI
Degree	MASTER OF ARTS
Academic Year	2021
Thesis Advisor	Dr. Chaikut Kleebbua
Co Advisor	Assistant Professor Dr. Amaraporn Surakarn

The purposes of this research are as follows: (1) to explore the features of the research related to the study of the effects of counseling programs on mental health problems; (2) to analyze the effect size of counseling programs on the mental health problems of students; (3) to compare the characteristics of the theory of counseling, type of counseling, and research design including the sample group, experimental design, and consultation sessions. This paper was studied in 34 papers that were relevant in counseling programs for mental health problems, including stress, anxiety, and depression in a group of students and the 688 participants involved. The research was divided into two groups composed of 18 research groups with 442 students and 16 research groups with 276 collegians, respectively. In this research, the meta-analysis method was used to describe and compare the effect size among the characteristics of each study. The results showed that the majority of the research on the counseling programs for depression were 41.18% (n= 14), and for anxiety were the same as the stress that was 29.14% (n=10). Apart from the above, the average of the overall research was 2.94, which referred to a high quality and the average of the effect size (Hedges' g), the largest effect, was -1.14 (S.D) 0.11. In terms of theory, the Cognitive and Behavioral approaches had an effect size (Hedges' g= -1.25) similar to the Humanist approach (Hedges' g= -1.06). Additionally, individualized counseling (Hedges' g=-1.23) had a higher effect size than group counseling. One group experimental design had the highest effect size. (Hedges' g= -1.51) . Counseling among students had the highest influence size (Hedges' g= -1.18) and the session of counseling between 8 and 10 had the highest influence. (Hedges' g= -1.28) . Apparently, those developed mental health counseling programs effectively reduced mental health problems among students and collegians.

Keyword : Meta-analysis, Counseling program, Mental health problems, Students

กิตติกรรมประกาศ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลือจากหลายฝ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์เล่มนี้ทั้ง 2 ท่านได้แก่ อาจารย์ ดร. ชัยยุทธ กลีบบัว และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมราพร สุรการ อาจารย์ผู้เป็นที่เคารพของผู้วิจัยเป็นอย่างสูง อาจารย์ทั้งสองมอบความรู้ คำแนะนำและกำลังใจที่ดีตลอดการทำปริญญานิพนธ์ในครั้งนี้เสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธนยศ สุมาลย์โรจน์ ประธานกรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. มณฑิรา จารุเพ็ง กรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์ ที่กรุณาใช้เวลาอันมีค่าในการตรวจทานและให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ พร้อมทั้งให้มุมมองในการพัฒนาปริญญานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) โดยผู้วิจัย “ได้รับทุนอุดหนุนการทำกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยและนวัตกรรมจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ” ช่วยให้การดำเนินการต่างๆ ในปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ประจำหลักสูตรจิตวิทยาประยุกต์ทุกท่านที่มอบความรู้ให้กับผู้วิจัย ได้นำมาเพิ่มเติมให้งานมีความสมบูรณ์ครบถ้วน และนักวิจัยทุกท่านที่ได้กล่าวถึงและอ้างอิงอยู่ในปริญญานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบคุณเพื่อนๆ จิตวิทยาประยุกต์ รุ่นที่ 4 ทุกคน ที่เป็นกำลังใจและสนับสนุนกันอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาการเริ่มต้นศึกษาจนถึงสิ้นสุดการทำปริญญานิพนธ์ ทุกคนเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยเดินทางต่อไปให้ถึงเป้าหมายอย่างที่ตั้งใจไว้ โดยไม่รู้สึกลำบากเดียว

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณครอบครัว ที่มอบความรักและให้กำลังใจในการเรียน เป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่คอยผลักดันให้ก้าวเดินไปตามเป้าหมายอย่างไม่ย่อท้อ และพร้อมเป็นที่ปรึกษาหากต้องการกำลังใจ รับฟังเรื่องราวปัญหาและคอยปลอบใจให้พร้อมเดินทางต่อไปอีกครั้ง จนผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดทำปริญญานิพนธ์สำเร็จลุล่วงได้เช่นวันนี้

ศิริรัตน์ เชื้อมประไพ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญรูปภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ที่มาและความสำคัญของปัญหาวิจัย.....	1
คำถามวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
ประโยชน์ที่ได้รับ	7
บทที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	8
ตอนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต	9
1.1 ความหมายของสุขภาพจิต.....	9
1.2 แนวคิดเกี่ยวกับเกี่ยวกับสุขภาพจิต	9
ตอนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต	11
2.1 ความหมายของปัญหาสุขภาพจิต.....	11
2.2 ประเภทของปัญหาสุขภาพจิต	12
ตอนที่ 3 แนวคิดเทคนิคและทฤษฎีเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา.....	25

1. ความหมายของการให้คำปรึกษา.....	25
2. รูปแบบของการให้คำปรึกษา.....	25
3. แนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษา	32
3.1 ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบภวนิยม (Existential Counseling).....	32
3.2 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Person Center Counseling).....	34
3.3 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง (Reality Counseling)	36
3.4 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy: REBT)	39
3.5 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Counseling).....	41
3.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการให้คำปรึกษา	43
กรอบแนวคิดในการวิจัย	48
สมมติฐานการวิจัย.....	49
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา.....	50
1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัย	51
2. แหล่งข้อมูลและการสืบค้นข้อมูล.....	52
3. ตัวแปร (Coding).....	54
4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	54
5. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล.....	57
6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้	57
7. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	58
บทที่ 4 ผลการศึกษา	59
ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของประชากร	60

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัย	64
ส่วนที่ 3 การสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ	67
3.1 ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับปัญหาสุขภาพจิต	67
3.2 ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับความเครียด	75
3.3 ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับความวิตกกังวล ..	80
3.4 ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับภาวะซึมเศร้า.....	85
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	94
สรุปผลการวิจัย.....	95
อภิปรายผล	99
ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย	107
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	108
ข้อจำกัด.....	108
บรรณานุกรม	109
ภาคผนวก.....	119
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	120
ภาคผนวก ข หนังสือยินยอมยกเว้นจริยธรรมสำหรับการวิจัยที่ทำในมนุษย์	134
ภาคผนวก ค เอกสารอ้างอิงงานวิจัยที่ใช้ในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ	136
ประวัติผู้เขียน.....	141

สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 ประเภทของปัญหาสุขภาพจิต	12
ตาราง 2 วัตถุประสงค์และทักษะที่ใช้ในขั้นตอนของการให้คำปรึกษา.....	27
ตาราง 3 แหล่งที่มาของกลุ่มตัวอย่าง	51
ตาราง 4 ตัวตัวแปร.....	54
ตาราง 5 โครงสร้างของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย.....	55
ตาราง 6 ความถี่และร้อยละของงานวิจัยโดยรวมและรายด้านของปัญหาสุขภาพจิต	65
ตาราง 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพงานวิจัยรายด้าน.....	66
ตาราง 8 ลักษณะตัวแปรสำหรับปัญหาสุขภาพจิต.....	69
ตาราง 9 ลักษณะตัวแปรสำหรับความเครียด	76
ตาราง 10 ลักษณะตัวแปรสำหรับความวิตกกังวล	81
ตาราง 11 ลักษณะตัวแปรสำหรับภาวะซึมเศร้า.....	86
ตาราง 12 ความถี่และค่าขนาดอิทธิพลของปัญหาสุขภาพจิตจำแนกตามคุณลักษณะ	93

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	49
ภาพประกอบ 2 กรอบแนวทางในการดำเนินงานวิจัย.....	50
ภาพประกอบ 3 แผนภาพการคัดเลือกการศึกษาตาม PRISMA	53
ภาพประกอบ 4 กราฟฟูงกกรวย (funnel plot) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างขนาดอิทธิพลกับ ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ในงานวิจัย จำนวน 47 งาน	61
ภาพประกอบ 5 กราฟฟูงกกรวย (funnel plot) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างขนาดอิทธิพลกับ ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ในงานวิจัย จำนวน 34 งาน	62
ภาพประกอบ 6 กระบวนการคัดเลือกงานวิจัย.....	63
ภาพประกอบ 7 ค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับปัญหาสุขภาพจิต	68
ภาพประกอบ 8 Forest Plot ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับปัญหาสุขภาพจิต จำแนกตามแนวคิดพื้นฐานของโปรแกรมการให้คำปรึกษา	71
ภาพประกอบ 9 Forest Plot การศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้คำปรึกษา สำหรับปัญหาสุขภาพจิตจำแนกตามรูปแบบการให้คำปรึกษา.....	72
ภาพประกอบ 10 Forest Plot การศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้คำปรึกษา สำหรับปัญหาสุขภาพจิตจำแนกตามการออกแบบการทดลอง.....	73
ภาพประกอบ 11 Forest Plot การศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้คำปรึกษา สำหรับปัญหาสุขภาพจิตจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง.....	74
ภาพประกอบ 12 Forest Plot การศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้คำปรึกษา สำหรับปัญหาสุขภาพจิตจำแนกตามจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษา.....	75
ภาพประกอบ 13 Forest Plot ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับความเครียด จำแนกตามแนวคิดพื้นฐานของโปรแกรมการให้คำปรึกษา	77
ภาพประกอบ 14 Forest Plot การศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้คำปรึกษา สำหรับความเครียดจำแนกตามรูปแบบการให้คำปรึกษา	78

ภาพประกอบ 15 Forest Plot การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา สำหรับ ความเครียดจำแนกตามการออกแบบการทดลอง	79
ภาพประกอบ 16 Forest Plot การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา สำหรับ ความเครียดจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง	79
ภาพประกอบ 17 Forest Plot การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา สำหรับ ความเครียดจำแนกตามจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษา	80
ภาพประกอบ 18 Forest Plot ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับความวิตกกังวล จำแนกตามแนวคิดพื้นฐานของโปรแกรมการให้คำปรึกษา	82
ภาพประกอบ 19 Forest Plot การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา สำหรับความ วิตกกังวลจำแนกตามรูปแบบการให้คำปรึกษา	83
ภาพประกอบ 20 Forest Plot การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา สำหรับความ วิตกกังวลจำแนกตามการออกแบบการทดลอง	84
ภาพประกอบ 21 Forest Plot การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา สำหรับความ วิตกกังวลจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง	84
ภาพประกอบ 22 Forest Plot การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา สำหรับความ วิตกกังวลจำแนกตามจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษา	85
ภาพประกอบ 23 Forest Plot ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับภาวะซึมเศร้า จำแนกตามแนวคิดพื้นฐานของโปรแกรมการให้คำปรึกษา	88
ภาพประกอบ 24 Forest Plot การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา สำหรับภาวะ ซึมเศร้าจำแนกตามรูปแบบการให้คำปรึกษา	89
ภาพประกอบ 25 Forest Plot การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา สำหรับภาวะ ซึมเศร้าจำแนกตามการออกแบบการทดลอง	89
ภาพประกอบ 26 Forest Plot การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา สำหรับภาวะ ซึมเศร้าจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง	90
ภาพประกอบ 27 Forest Plot การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา สำหรับภาวะ ซึมเศร้าจำแนกตามจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษา	91



บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหาวิจัย

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิตนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญและมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลก มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด และธนาคารโลกพบว่าในอีก 20 ปีข้างหน้าประชากรโลกจะมีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มสูงขึ้น (พฤกษา ผาติวรากร, 2558) เช่นเดียวกับสถานการณ์ในประเทศไทยที่พบว่าปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก สังเกตได้จากสถิติของผู้มาเข้ารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชในปี พ.ศ. 2561 ที่เพิ่มสูงขึ้นกว่าปี พ.ศ. 2560 มากกว่าร้อยละ 30 (กรมสุขภาพจิต, 2563) และเมื่อพิจารณาถึงกลุ่มช่วงวัยที่ประสบปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุดพบว่า ปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่จะเกิดกับวัยรุ่นถึงร้อยละ 75 (Kessler et al., 2007) โดยเฉพาะกลุ่มนิสิตและนักศึกษาจะประสบกับปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด เนื่องจากกลุ่มนักศึกษาเป็นช่วงวัยที่มักเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิตจำนวนมาก (Pedrelli, 2015) สอดคล้องกับผลสำรวจสุขภาพจิตของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2558 ที่พบว่ากลุ่มเยาวชนอายุ 15 – 24 ปี มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าวัยอื่น ๆ นั้นแสดงให้เห็นว่าเยาวชนอาจมีแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าช่วงวัยอื่น ๆ เพราะเป็นช่วงของวัยที่ก้าวเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงในทุก ๆ ด้าน จึงทำให้ยากต่อการปรับตัว (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559)

เมื่อพิจารณาถึงประเด็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยของกลุ่มนักเรียนนักศึกษาในประเทศไทยพบว่าวัยรุ่นใช้บริการสายด่วนเพื่อขอคำปรึกษามากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ เรื่องความเครียดหรือความวิตกกังวลเกี่ยวกับความรัก และเรื่องเพศ และขอรับคำปรึกษาผ่านช่องทางเฟสบุ๊คมากที่สุดคือความเครียดหรือความวิตกกังวล รองลงมาคือปัญหาซึมเศร้า (ณัฐิกา ราชบุตร และคณะ, 2561) เช่นเดียวกับผลการวิจัยของจิราพร วรแสน (2547) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์แห่งหนึ่งในภาคกลาง พบว่าปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลที่พบมาก คือ ความเครียด และภาวะซึมเศร้า จึงอาจกล่าวได้ว่าปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญและพบเห็นได้บ่อยสำหรับช่วงวัยรุ่น โดยเฉพาะกลุ่มนักเรียนนักศึกษา คือ ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ซึ่งเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตขึ้นจะทำให้เกิดความยุ่งยากใจ ความพยายามในการปรับตัว แต่หากไม่สามารถปรับตัวได้จะส่งผลต่อการเรียน ความรู้สึกเครียด รู้สึกด้อยคุณค่า เหนงา ซึมเศร้า จนถึงขั้นฆ่าตัวตาย จากรายงานของกรมสุขภาพจิต พบว่าสถิติการฆ่าตัวตายย้อนหลังในปี พ.ศ. 2540 สังเกตพบประชากรเริ่มมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายมากขึ้นอย่างรวดเร็วติดต่อกันเป็นเวลา 3 ปี และค่าเฉลี่ยลดลงและใกล้เคียงกันเป็นเวลาหลายสิบปี และยังสังเกตได้อีก

ครั้งในปี พ.ศ. 2560 ค่าเฉลี่ยเริ่มสูงขึ้นต่อเนื่องอีกครั้งจนถึงปัจจุบันที่พบว่าในปี 2559 มีผู้พยายามทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายร้อยละ 0.1 หรือประมาณ 53,000 คน และทำเสร็จประมาณ 4,000 คน จำนวนที่เหลือนกว่า 40,000 คนแม้จะไม่สำเร็จแต่ยังคงมีความพยายามจะกลับไปทำซ้ำอีกจำนวนมาก (ณัฐิกา ราชบุตร และคณะ , 2560 ; กรมสุขภาพจิต , 2559) ผู้วิจัยจึงกำหนดขอบเขตของการค้นคว้างานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่ดีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2540 – 2563

จากปัญหาสุขภาพจิตที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าบุคคลในช่วงวัยเรียนที่เป็นนักเรียนนักศึกษาควรได้รับการดูแลและช่วยเหลือในการจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าว ซึ่งหนึ่งในแนวทางที่เป็นที่ยอมรับในการช่วยลดความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน คือ การให้คำปรึกษา (Counseling) ซึ่งการมีผู้รับฟัง ช่วยเหลือเพื่อบรรเทาปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าว สามารถช่วยลดระดับความรุนแรงของปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ การให้คำปรึกษาสามารถช่วยบุคคลที่มีความทุกข์ ความไม่สบายใจหรือเครียดในระดับปกติให้เกิดความสบายใจขึ้น รับรู้และเข้าใจบทบาท ปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา, 2556; พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา และวิไลลักษณ์ พงษ์โสภา, 2556)

อย่างไรก็ตาม จากการค้นคว้าเบื้องต้นของผู้วิจัยในฐานข้อมูล (ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ ThaiLIS Digital Collection และฐานข้อมูลห้องสมุดอิเล็กทรอนิกส์ของมหาวิทยาลัยต่าง ๆ) ที่ตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2540 – 2563 (ข้อมูล ณ วันที่ 20 กรกฎาคม 2563) แม้ว่าจะพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตและปัญหาสุขภาพจิตในนักเรียน นิสิตหรือนักศึกษาจำนวนมากถึง 110 เรื่อง แบ่งเป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตจำนวน 37 เรื่อง โดยประเด็นปัญหาสุขภาพจิตที่มีการศึกษามากที่สุด คือ ความเครียด จำนวน 14 เรื่อง (เช่น นฤมิตร รอดโสภา, 2552; สมจิตรา นาวา, 2553) ความวิตกกังวล จำนวน 13 เรื่อง (เช่น ปุรณา, 2543; รัตนติกา สวรรณชัยไพฑิต, 2543) และภาวะซึมเศร้า จำนวน 7 เรื่อง เช่น ฉัตรฤดี กิจวิมลตระกูล, 2545 และเรื่องอื่น ๆ จำนวน 3 เรื่อง และเกี่ยวกับการให้คำปรึกษากับสุขภาพจิตจำนวน 73 เรื่อง

แต่แนวคิดที่ใช้ในโปรแกรมการให้คำปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตก็มีความหลากหลายแตกต่างกันไป รวมถึงรายละเอียดของกระบวนการให้คำปรึกษา ยกตัวอย่าง งานวิจัยเกี่ยวกับความเครียด มีการใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาแตกต่างกัน ได้แก่ การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง (เช่น ภัทรา เสงี่ยมในเมือง, 2547) การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม (เช่น กุลนาถ คงเหล, 2557) และการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (เช่น รุ่งระวี ธนอมทรัพย์, 2554) หรืองานวิจัยเกี่ยวกับความวิตกกังวล มีการใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบปรับความคิด และพฤติกรรม (เช่น เกวลิน กลัญชัย, 2560b) และการให้คำปรึกษาแบบยึด

ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (เช่น สุทัศน์ ชัดสีใส, 2549) 3) หรืองานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า มีการใช้แนวคิดในการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม (เช่น (เพ็ญพรรณ ชิตวร, 2545) และการให้คำปรึกษาแบบกวนิยม (เช่น ฉัตรฤดี กิจวิมลตระกูล, 2545) อีกทั้งรูปแบบการให้คำปรึกษาที่แตกต่างกัน มีทั้งการให้คำปรึกษารายบุคคล (เช่น ธรรมศักดิ์ วรวงษ์, 2549 ; สิรินาถ สนตุน, 2544) และการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (เช่น พยาม การดี, 2551 ; อนุวัติ ศรีพร, 2546) กลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน ทั้งในนักเรียน (เช่น ฉัตรฤดี กิจวิมลตระกูล, 2545 ; สุทัศน์ ชัดสีใส, 2549) และนิสิต นักศึกษา (เช่น ภัทรา เสงี่ยมในเมือง, 2547 ; เซต บุญมี, 2541) รวมถึงจำนวนชั่วโมงในการให้คำปรึกษาที่แตกต่างกัน เริ่มตั้งแต่ใช้เวลาในการให้คำปรึกษา 45 – 60 นาที ต่อครั้ง (เช่น ธรรมศักดิ์ วรวงษ์, 2549 ; ฉัตรฤดี กิจวิมลตระกูล) การให้คำปรึกษาใช้เวลา 61- 90 นาทีต่อครั้ง (เช่น พยาม การดี, 2551 ; สุทัศน์ ชัดสีใส, 2549) และ 91 – 120 นาทีต่อครั้ง (เช่น ภัทรา เสงี่ยมในเมือง, 2547 ; ใบเรียม เงามาม, 2555)

แม้การใช้แนวคิดที่แตกต่างกันนี้จะสามารถทำให้เกิดประสิทธิผลต่อการให้คำปรึกษาได้เช่นกัน แต่งานวิจัยที่ผ่านมาดังกล่าว อาจยังไม่สามารถชี้ได้อย่างชัดเจนว่าการให้คำปรึกษาในแต่ละแนวคิดมีประสิทธิผล หรือเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มนักเรียนนักศึกษาแตกต่างกันอย่างไร และแม้ว่าที่ผ่านมาจะมีการศึกษาอภิมานการให้คำปรึกษาในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2538 – 2543 ของเบญจวรรณ บุญยะประพันธ์ (2544) แต่ในการศึกษาคั้งนั้นซึ่งเป็นเวลาผ่านมาถึง 20 ปี และเป็นการศึกษาในภาพรวมของโปรแกรมการให้คำปรึกษา ได้แก่ กลุ่มภาวะทางอารมณ์และความรู้สึก คุณลักษณะเกี่ยวกับตนเอง การเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งไม่ได้ระบุประเด็นของปัญหาสุขภาพจิตอย่างชัดเจน

จากเหตุผลดังกล่าวจึงเป็นเหตุผลทำให้ผู้วิจัยได้นำการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) มาใช้สังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตในนักเรียน นิสิตและนักศึกษาในประเทศไทย โดยนำงานวิจัยที่ผ่านมาที่ศึกษาในประเด็นปัญหาสุขภาพจิตจำนวนหลายเรื่องมาศึกษาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่มีความกว้าง ลุ่มลึกมากกว่าผลการวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ตามปกติ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542) และการศึกษาในครั้งนี้จะช่วยให้เข้าใจความแตกต่างของประสิทธิผลและความเหมาะสมในการให้คำปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียน นิสิตและนักศึกษาในประเทศไทย นำไปสู่การพัฒนาสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต พัฒนาแนวคิดที่นำมาใช้เป็นพื้นฐานของการให้คำปรึกษา และสามารถพัฒนาเป็นประเด็นในการเสริมสร้างทักษะให้กับนักจิตวิทยา คุรุ อาจารย์ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม การเสริมองค์ความรู้ทางทฤษฎีที่เหมาะสมกับ

ปัญหา และมีเครื่องมือในการช่วยเหลือ เพื่อลดระดับความรุนแรงก่อนที่จะเกิดเป็นอาการทางจิตเวช อันจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัวและสังคมต่อไปในอนาคต

คำถามวิจัย

1. คุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียน นิสิตและนักศึกษาในประเทศไทยในช่วงเวลาที่ผ่านมาเป็นอย่างไร
2. โปรแกรมการให้คำปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียน นิสิตและนักศึกษามีประสิทธิผลหรือไม่ และแตกต่างกันอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสำรวจคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียน นิสิตและนักศึกษาในประเทศไทย
2. เพื่อวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของประสิทธิผลการให้คำปรึกษาที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียน นิสิตและนักศึกษาในประเทศไทย
3. เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยด้านแนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษา รูปแบบการให้คำปรึกษา คุณลักษณะของงานวิจัยที่มีต่อขนาดอิทธิพลของประสิทธิผลการให้คำปรึกษา

ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากรที่ใช้การวิจัยครั้งนี้ ครอบคลุมรายงานวิจัย วิทยานิพนธ์ ปริญญานิพนธ์ในประเทศไทย ที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการให้คำปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักเรียนและนิสิต/นักศึกษามีแบบการวิจัยเชิงทดลอง มีค่าสถิติที่เพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพล โดยงานที่นำมาสังเคราะห์ต้องเป็นงานที่ทำเสร็จเรียบร้อยในช่วงปี พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2563 จากฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ ThaiLIS Digital Collection และฐานข้อมูลห้องสมุดอิเล็กทรอนิกส์ของมหาวิทยาลัย เช่น มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาวิทยาลัยบูรพา และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฐานข้อมูลออนไลน์สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย(สกว.) และศูนย์ข้อมูลการวิจัย Digital "วช."

2. การวิจัยในครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta – analysis) โดยประมาณค่าขนาดอิทธิพลจากสูตรของ Hedges (1985) ซึ่งเป็นการหาผลต่างของค่าเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและนำมาปรับให้เป็นคะแนนมาตรฐาน โดยการหารด้วยค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้ประกอบด้วยตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ตัวแปรต้นได้แก่ 1) แนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษา แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1.1) แนวคิดกลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยม 1.2) แนวคิดกลุ่มมนุษยนิยม 1.3) แนวคิดกลุ่มจิตวิทยาการให้คำปรึกษาอื่น ๆ 2) รูปแบบการให้คำปรึกษา ประกอบด้วย 2.1) การให้คำปรึกษารายบุคคล และ 2.2) การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม 3) คุณลักษณะงานวิจัย ประกอบด้วย 3.1) การออกแบบการทดลอง 3.2) กลุ่มตัวอย่าง และ 3.3) จำนวนครั้งในการให้คำปรึกษา และตัวแปรตาม คือ ขนาดอิทธิพลประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิต (Effect size)

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **งานวิจัย (Research)** หมายถึง เอกสารรายงานผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นด้วยวิธีการอย่างเป็นระบบ งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ได้แก่ รายงานการวิจัย วิทยานิพนธ์ ปริญญานิพนธ์ สารนิพนธ์ที่ทำการศึกษาโปรแกรมการให้คำปรึกษา ผ่านฐานข้อมูลออนไลน์

2. **ปัญหาสุขภาพจิต (Mental health problems)** หมายถึง สภาวะผิดปกติทางจิตใจภายในตนเองที่ไม่สามารถจัดการหรือปรับตัวได้ แสดงออกมาทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป เกิดความไม่สบายใจ เป็นทุกข์ ส่งผลต่อการดำรงชีวิตในสังคมอย่างไม่เป็นสุข โดยปัญหาสุขภาพจิตที่ศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า

2.1 **ความเครียด (Stress)** หมายถึง เป็นรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก ผ่านการประเมินแล้วว่าเป็นสิ่งไม่น่าพอใจ หรือคุกคาม รู้สึกเป็นอันตราย เกิดความไม่สมดุล และแสดงออกมาทางร่างกายและจิตใจ

2.2 **ความวิตกกังวล (Anxiety)** หมายถึง ความรู้สึกกลัว ความตึงเครียด หวาดหวั่น ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวไม่มีสาเหตุหรือไม่สมเหตุสมผล รวมถึงมีอาการทางกายร่วมด้วย ซึ่งอาการทางกายส่วนใหญ่เป็นอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น ใจสั่น หน้ามืด วิงเวียน แน่นหน้าอก และหายใจไม่สะดวก

2.3 **ภาวะซึมเศร้า (Depress)** หมายถึง ภาวะจิตใจของบุคคลที่มีความรู้สึกเชิงลบ เช่น เศร้าหมอง หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง เป็นผลมาจากความคิดที่คิดทางลบเกี่ยวกับตนเอง แสดงออกมาด้วยอาการต่าง ๆ ทั้งทางอารมณ์ จิตใจและพฤติกรรม รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ดำเนินตัวเองหากมีความรู้สึกนี้เป็นระยะเวลานานจะส่งผลต่อการสูญเสีย

3. **ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size)** หมายถึง ขนาดของผลที่เป็นคะแนนมาตรฐาน (standard score) อันเกิดจากอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา ที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิต

ในงานวิจัยเชิงทดลอง โดยคำนวณตามสูตรของ Hedges และ Olkin (1985) ซึ่งเป็นการหาผลต่างของค่าเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและนำมาปรับให้เป็นคะแนนมาตรฐาน โดยการหารด้วยค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ซึ่งแบ่งขนาดอิทธิพลเป็นออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ค่า $d = 0.2$ แปลว่ามีค่าขนาดเล็ก ค่า $d = 0.5$ แปลว่ามีค่าขนาดปานกลาง และ ค่า $d = 0.8$ แปลว่ามีค่าขนาดใหญ่ (Cohen, 2013)

4. ผลลัพธ์ของโปรแกรมการให้คำปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิต หมายถึง ผลการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นจากการใช้โปรแกรมศึกษาในงานวิจัยนั้น ๆ แสดงออกมาในรูปแบบของค่าทางสถิติ (ค่าขนาดอิทธิพล: Effect size)

5. โปรแกรมการให้คำปรึกษา (Counseling Program) หมายถึง กระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษาให้การปรึกษาระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ภายใต้บรรยากาศที่ผ่อนคลาย เป็นมิตร น่าไว้วางใจ โดยมีจุดประสงค์ให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถเข้าใจ ยอมรับตนเอง เลือกแนวทางการแก้ไข และลดความขัดแย้งในจิตใจ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง โดยอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีการให้คำปรึกษา และมีการอธิบายรายละเอียดขั้นตอนการให้คำปรึกษา วัตถุประสงค์กิจกรรมในแต่ละครั้ง

6. แนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษา (Theory of Counseling) หมายถึง ความรู้ เทคนิควิธีการหรือกระบวนการในการให้คำปรึกษาที่เป็นพื้นฐานของกระบวนการในการให้คำปรึกษา ได้แก่ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง และทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบปรับความคิดและพฤติกรรม

6.1 แนวคิดกลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยม (Cognitive and behavioral approach) หมายถึง กระบวนการให้คำปรึกษาที่มีการใช้แนวคิดทฤษฎีที่เน้นกระบวนการทางความคิด พฤติกรรม และอารมณ์ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และแนวคิดการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม

6.2 แนวคิดกลุ่มมนุษยนิยม (Humanism approach) หมายถึง กระบวนการให้คำปรึกษาที่มีการใช้แนวคิดทฤษฎีด้วยแนวคิดที่เน้นผู้ให้คำปรึกษาเป็นหลัก เน้นความสามารถ ความดี และความมั่งคั่งของบุคคล เป็นแนวทางในการให้คำปรึกษา ได้แก่ การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง การให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์

6.3 แนวคิดกลุ่มจิตวิทยาการให้คำปรึกษาอื่น ๆ (Other Counseling approach) หมายถึง กระบวนการให้คำปรึกษาที่มีการใช้แนวคิดทฤษฎีด้วยแนวคิดที่มีการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคอื่น หรือมีการใช้แนวคิดแบบบูรณาการ หรือแนวคิดการให้คำปรึกษาอื่น ๆ ได้แก่ การให้

คำปรึกษาแนวพุทธศาสตร์ การให้คำปรึกษาแบบบูรณาการ การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มร่วมกับ ศิลปะบำบัด จดหมายบำบัดและการเสนอตัวแบบ

7. รูปแบบการให้คำปรึกษา (Type of Counseling) หมายถึง ประเภทของการให้ คำปรึกษาในงานวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม และการให้ คำปรึกษารายบุคคล

8. คุณลักษณะของงานวิจัย (Feature of research) หมายถึง รายละเอียดของการ ออกแบบงานวิจัยนั้น ๆ ที่นักวิจัยออกแบบให้มีความเหมาะสมกับการศึกษาของตน ได้แก่ การ ออกแบบการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง จำนวนครั้งในการให้คำปรึกษา

9. นักเรียน (Student) หมายถึง ผู้ที่กำลังศึกษาตั้งแต่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6 หรือ ผู้ที่ศึกษาในสายอาชีวศึกษาหรือสายอาชีพ

10. นิสิตหรือนักศึกษา (Student) หมายถึง ผู้ที่ศึกษาในระดับอุดมศึกษาใน มหาวิทยาลัยในประเทศไทย ระดับปริญญาตรี

ประโยชน์ที่ได้รับ

ประโยชน์ทางวิชาการ

1. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่ใช้แนวคิดการให้คำปรึกษากลุ่ม ปัญญาและพฤติกรรมนิยม ช่วยลดความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตได้ดีที่สุด และรูปแบบการให้ คำปรึกษาสามารถเลือกใช้ได้ทั้ง 2 แบบ นับเป็นการยืนยันแนวคิดการให้คำปรึกษาว่าแนวคิดกลุ่มนี้ มีประสิทธิภาพต่อการลดความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิต

2. ได้ข้อมูลเชิงพรรณนาของงานวิจัยโปรแกรมการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต ว่าที่ผ่านมา

ประโยชน์ทางการปฏิบัติ

1. ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลนักเรียน นิสิตและนักศึกษา สามารถนำผลการศึกษาไป ช่วยเหลือนักเรียน นิสิต นักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิต ด้วยแนวคิด รูปแบบ และจำนวนครั้งที่ มีประสิทธิภาพต่อการให้คำปรึกษา

2. นักวิจัย นักให้คำปรึกษานำผลการศึกษาไปพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่มี ทิศทางสอดคล้องกับผลการศึกษา เช่น การนำแนวคิดกลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยมไปใช้กับกลุ่ม ตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกับการนำผลการศึกษาไปพัฒนาทักษะของผู้ให้คำปรึกษา เช่น การพัฒนาให้ทักษะในการให้คำปรึกษาด้วยแนวคิดกลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยม กลุ่มมนุษย นิยม และการให้คำปรึกษารายบุคคล

บทที่ 2

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยแนวคิดและทฤษฎี ดังนี้

ตอนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต (Mental Health)

- 1.1 ความหมายของสุขภาพจิต
- 1.2 แนวคิดเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต

ตอนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต (Mental Health Problems)

- 2.1 ความหมายของปัญหาสุขภาพจิต
- 2.2 ประเภทของปัญหาสุขภาพจิต
 - 2.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด (Stress)
 - 2.2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล (Anxiety)
 - 2.2.3 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (Depression)

ตอนที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการให้คำปรึกษา

- 3.1 ความหมายของการให้คำปรึกษา
- 3.2 รูปแบบของการให้คำปรึกษา
- 3.3 แนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษา
 - 3.3.1 ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบภวนิยม
 - 3.3.2 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
 - 3.3.3 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง
 - 3.3.4 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม
 - 3.3.5 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบปรับความคิดและพฤติกรรม
 - 3.3.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการให้คำปรึกษา

ตอนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต

1.1 ความหมายของสุขภาพจิต

สุขภาพจิตในประเทศไทย เริ่มต้นจากการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล และเริ่มส่งเสริมให้เกิดขึ้นภายนอกโรงพยาบาล จึงกล่าวได้ว่างานสุขภาพจิตของประเทศไทยเป็นการรวมทั้งการรักษาและการป้องกัน มีการจัดตั้งสมาคมสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2502 โดยมี แพทย์หญิง คุณหญิงสุภา มาลากุล ณ อยุธยา ดร.คุณหญิงอัมพร มีสุข และศาสตราจารย์ นายแพทย์ ฝน แสงสิงแก้วเป็นผู้ริเริ่ม หากกล่าวถึงความหมายของสุขภาพจิตสามารถอธิบายได้ดังนี้

แรกเริ่ม ฝน แสงสิงแก้ว (2522) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิต หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุขผู้ที่มีอารมณ์มั่นคง สามารถปรับตัวเองให้เข้ากับสังคมที่เปลี่ยนแปลง มีสมรรถภาพในการทำงานและอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความพอใจ ต่อมาวี ธรรมสุข (2544) ได้ให้ความหมายเพิ่มเติมว่าสุขภาพจิตนั้นเป็นการมองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ มีทัศนคติ การแสดงออกของอารมณ์ และพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม เผชิญปัญหาและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นโดยใช้ศักยภาพของตนเองได้อย่างมีความสุข รวมถึงการให้ความหมายของหน่วยงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตต่าง ๆ (The American Psychiatric Association, 1994; กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2546) ก็ได้ให้ความหมายคล้ายคลึงกันว่า สุขภาพจิตเป็นสภาพจิตที่ดี ซึ่งเป็นผลจากการมองโลกในแง่ดี มีวุฒิภาวะในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ แสดงออกต่อตนเองและผู้อื่นได้เหมาะสม ให้ความสำคัญและมีพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น เช่นเดียวกับ (World Health Organization, 2018) ที่ได้อธิบายว่าสุขภาพจิตเป็นสภาวะความที่บุคคลตระหนักถึงความสามารถของตนเอง สามารถรับมือกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและทำประโยชน์ให้กับชุมชนได้ และเป็นพื้นฐานของความสามารถที่ทำให้บุคคลสามารถดำรงอยู่ในฐานะมนุษย์ มีการคิดความรู้สึกซึ่งกันและกัน มีอาชีพและมีความสุขกับชีวิต

จากข้อมูลข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า สุขภาพจิตคือสภาพจิตที่ดี รับรู้ความสามารถของตนเอง ดำเนินชีวิตประจำวันได้ สามารถปรับตัวภายใต้สถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ พร้อมทั้งแสดงอารมณ์ พฤติกรรมที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น ใช้ความสามารถของตนเองในการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข

1.2 แนวคิดเกี่ยวกับเกี่ยวกับสุขภาพจิต

เริ่มต้นมนุษย์ศึกษาแนวคิดเรื่องสุขภาพจิต และความผิดปกติทางจิต โดยเริ่มต้นจากการพยายามอธิบายในเรื่องของความผิดปกติทางจิต การอธิบายความผิดปกติทางจิตแรกเริ่มอธิบาย

ด้วยแนวคิดความไม่สมดุลของของเหลวในสมอง เมื่อมีการศึกษามากขึ้นจึงมีการหาสาเหตุเชื่อมโยงปฏิสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพลของปัจจัยทางชีววิทยา จิตใจและสิ่งแวดล้อม (ปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558) ต่อมาจึงให้ความสนใจเรื่องของสุขภาพจิต และศึกษากันอย่างแพร่หลายมากขึ้น โดยเชื่อว่าบุคคลที่มีสุขภาพจิตที่ดี สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นด้วยดีและใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข (ทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล และสุวรรณณี พัทธศรี, 2558)

ในปี พ.ศ. 2432 ประเทศไทยตระหนักถึงปัญหาของสุขภาพจิต โดยก่อตั้งโรงพยาบาลคนเสียจริต เนื่องจากมีการส่งคนป่วยทางจิตมารักษาอย่างต่อเนื่อง จึงก่อตั้งโรงพยาบาลเฉพาะทางขึ้น ศาสตราจารย์นายแพทย์หลวงวิเชียรแพทยาคมได้ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลคนเสียจริต ปากคลองสาน เป็นคนไทยคนแรกที่ดำรงตำแหน่ง และในปี พ.ศ. 2476 มีการขยายงานสุขภาพจิตไปยังภูมิภาคต่าง ๆ ของไทย เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการ และหลังจากนั้นมีการก่อตั้งโรงพยาบาลเพื่อรักษาผู้ป่วยทางจิตอีกหลายแห่ง อีกทั้งนายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว เป็นผู้ที่ได้รับการยกย่องให้เป็นบิดาแห่งจิตเวชศาสตร์ไทยได้ริเริ่มวางระบบสุขภาพจิตในประเทศไทย เพื่อขยายกำลังในการให้บริการด้านสุขภาพจิต ได้ดำเนินการเกี่ยวระบบที่สำคัญหลายอย่าง เช่น การจัดตั้งคลินิกสุขวิทยาจิตเพื่อเป็นศูนย์กลางของการศึกษาสุขภาพจิตและการแนะแนวการศึกษาในโรงเรียน ก่อตั้งสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย โรงพยาบาลปัญญาอ่อน (สถาบันราชานุกูล) บ้านกึ่งวิถี (กรมสุขภาพจิต , 2562 ; โรงพยาบาลศรีธัญญา , 2562)

ทั้งนี้องค์การอนามัยโลก (WHO, 2004 อ้างถึงในGalderisi, Heinz, Kastrup, Beezhold, and Sartorius (2015) ให้ความหมายสุขภาพจิตเป็นภาวะปกติสุข (Well being) นั่นแปลว่าบุคคลจะรับรู้ศักยภาพของตัวเอง สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ ใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข และช่วยเหลือ ทำประโยชน์ให้กับสังคม จึงมีผู้พยายามอธิบายลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีหลายประการ

1.2.1 ลักษณะบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี

จากการสังเคราะห์การศึกษาของ (อัมพร โอตระกูล, 2538 ; Maslow , 1970 อ้างถึงในอภิชัย มงคลและคณะ, 2547 ; Carl Rogers , 1951 อ้างถึงในมัญญ คันธประภา, 2556) สามารถสรุปได้ว่าผู้ที่มีสุขภาพจิตดีควรมีลักษณะดังนี้

บุคคลมีการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเองและสิ่งแวดล้อมในด้านบวก มีความรู้สึกมั่นคงทั้งร่างกายและจิตใจ เป็นอิสระในการคิดและกระทำสิ่งต่าง ๆ สามารถคิดอย่างสร้างสรรค์ ยืดหยุ่น ได้ เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่รุนแรงสามารถเผชิญสถานการณ์ ปรับตัวได้

อย่างเหมาะสม อีกทั้งยังมองโลกตามความเป็นจริง ทั้งด้านที่และไม่ดี และมีความสุขกับการมีชีวิตอยู่

1.2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

จากการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องของกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของนักวิชาการหลายท่าน (ณัฐดนัย เอี่ยมวัฒน์เสรี, พวงสร้อย วรกุล และชุติมา หุ่มเรือวงศ์, 2560; ดร.พร เทพรักษ์, 2562; พิณทอง ลิ้มพงศธร, 2543) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยหลายปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดลักษณะสุขภาพจิตของบุคคล ซึ่งความแตกต่างนั้นเกิดจากหลายปัจจัยประกอบกัน สามารถจำแนกปัจจัยได้เป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางชีววิทยา จิตใจ และสังคม (Bio – Psycho – Social Factor)

จากที่กล่าวมาข้างต้นสังเกตได้ว่าสุขภาพจิตเป็นเรื่องสำคัญสำหรับบุคคลในการจัดการกับปัญหา ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีจะสามารถจัดการกับเหตุการณ์ และมีความสุขกับชีวิตได้ แต่หากเมื่อบุคคลเกิดปัญหาสุขภาพจิตขึ้นแล้วนั้น จะส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต กลวิธีในการจัดการแบบเดิมไม่สามารถจัดการเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ เกิดการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพจิตด้วยเหตุผลที่แตกต่างกัน และความแตกต่างของที่มาของปัญหาสุขภาพจิตนั้น จะมีวิธีการช่วยเหลือบรรเทาอาการอย่างไร

ตอนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต

2.1 ความหมายของปัญหาสุขภาพจิต

Australian government department of health (2007) กล่าวว่า ปัญหาสุขภาพจิต คือ การที่บุคคลถูกรบกวนความรู้สึก ความคิด พฤติกรรมและไม่สามารถปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน อาจเกิดขึ้นชั่วคราวและอาจพัฒนาไปสู่ความเจ็บป่วยทางจิตได้หากไม่ได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับ (โกศล วงศ์สวรรค์ และ เลิศลักษณ์ วงศ์สวรรค์, 2551) ที่ได้เสนอความหมายซึ่งคล้ายคลึงกันว่า ปัญหาสุขภาพจิต คือ ภาวะที่บุคคลไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมหรือสังคมได้ ไม่สามารถจัดการความไม่สบายใจ จึงแสดงออกมาทางพฤติกรรม อารมณ์ และความคิดที่ผิดปกติ เช่นเดียวกับ American Psychological Association (2013) ที่อธิบายว่าปัญหาสุขภาพจิต คือ ความผิดปกติของการปรับตัวภายในตนเอง ทำให้เกิดเป็นความทุกข์ และความเครียดส่งผลต่อบุคคล ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า ปัญหาสุขภาพจิต คือ สภาวะผิดปกติทางจิตใจภายในตนเองที่ไม่สามารถจัดการหรือปรับตัวได้ แสดงออกมาทางพฤติกรรม อารมณ์ และความคิดที่เปลี่ยนไป เกิดความไม่สบายใจ เป็นทุกข์ ส่งผลต่อการดำรงชีวิตในสังคมอย่างไม่เป็นสุข

2.2 ประเภทของปัญหาสุขภาพจิต

ตามที่สหพันธ์สุขภาพจิตโลกได้จัดประเภทของปัญหาสุขภาพจิตไว้เป็นประเภทต่าง ๆ โดยแต่ละประเภทมีความแตกต่างกัน อีกทั้งอาการยังมีความแตกต่างกัน ซึ่งสามารถอธิบายตามสมาคมสุขภาพจิตโรคได้ดังนี้ (National Association for Mental Health, 2016) พบว่าประเภทของปัญหาสุขภาพจิตประกอบด้วย 10 ประเภท ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความกังวล โรคย้ำคิดย้ำทำ ความกลัว ปัญหาการกิน โรคอารมณ์สองขั้ว โรคจิตเภท บุคลิกภาพผิดปกติ การทำร้ายตัวเอง และความรู้สึกอยากฆ่าตัวตาย ในแต่ละประเภทจะมีอาการแสดงออกที่แตกต่างกัน แต่ทุกประเภทมีความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่แสดงออกในทางลบส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล เมื่อบุคคลต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลง หรือเหตุการณ์วิกฤติ จะมีความเสี่ยงของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตาราง 1 ประเภทของปัญหาสุขภาพจิต

ประเภท	อาการ
ภาวะซึมเศร้า (Depression)	เป็นความรู้สึกของอารมณ์เศร้าเล็กน้อยสะสมเป็นเวลานาน และมีผลต่อชีวิตประจำวัน ทำให้รู้สึกสิ้นหวัง ไร้ค่า ไม่มีแรงจูงใจ หดเหี่ยวแรง และส่งผลกระทบต่อการใช้คุณค่าในตนเอง การนอนหลับ การทานอาหารและแรงขับทางเพศ และร่างกาย หากสะสมเป็นเวลานานจะทำให้เกิดปัญหาต่อการดำเนินชีวิตได้
ความกังวล (Anxiety)	เป็นความรู้สึกไม่สบายใจ ความรู้สึกกังวลและกลัว เนื่องจากความวิตกกังวลเป็นครั้งคราว และยากที่จะเกิดเป็นปัญหาสุขภาพจิต แต่ถ้าความรู้สึกวิตกกังวลถูกสะสมและมีเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เป็นเวลานาน จะเกิดเป็นปัญหาสุขภาพจิต
โรคย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive compulsive : OCD)	เป็นโรควิตกกังวลชนิดหนึ่ง อาการนี้จะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมหรือความคิดซ้ำไปซ้ำมา โดยที่บุคคลไม่สามารถควบคุมได้ และส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน การทำสิ่งเดิมซ้ำ ๆ จะทำให้บุคคลรู้สึกลดความกังวลใจ และรู้สึกปลอดภัย การรักษาอาการนี้มักจะมุ่งเน้นที่การลดความรู้สึกวิตกกังวลที่รุนแรงที่เกิดขึ้น

ตาราง 1 (ต่อ)

ประเภท	อาการ
ความกลัว (phobias)	รูปแบบหนึ่งของความกลัวหรือความวิตกกังวลที่เกิดจากสถานการณ์ที่เฉพาะ เช่น การเจอคนจำนวนมาก หรือสิ่งของ วัตถุ สิ่งมีชีวิต แม้สิ่งเหล่านั้นจะไม่ได้เป็นอันตรายก็ตาม แต่บุคคลจะรู้สึกกลัวมากขึ้นเรื่อย ๆ และอยู่นานเป็นระยะเวลานานจนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน
ปัญหาการกิน (Eating Problem)	ปัญหาของการกินไม่ใช่ปัญหาเกี่ยวกับอาหาร แต่เป็นความยากลำบากในการใช้ชีวิต ไม่สามารถที่จะทานหรือเห็นอาหารได้ จึงมักจะหลีกเลี่ยงปัญหาโดยการหลีกเลี่ยงอาหาร หรือการกินที่ผิดวิธี
โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder)	มีผลต่ออารมณ์ การวินิจฉัยนี้มีทั้งช่วงที่เป็นอาการคลั่งและซึมเศร้า อาจมีอาการทางจิตในตอนที่คลั่งไคล้หรือซึมเศร้า โดยมีอาการทั้งสองช่วง การเปลี่ยนแปลงของช่วงอารมณ์ จะสร้างความวิตกกังวลและมีผลกระทบอย่างมากต่อชีวิต
โรคจิตเภท (Schizophrenia)	อาการที่พบ ได้แก่ เห็นภาพหลอน หลงผิด คิดวุ่นวาย ไม่เป็นระเบียบ ขาดความสนใจสิ่งต่าง ๆ ความรู้สึกไม่ต่อเนื่อง กระจัดกระจาย หลีกเลี่ยงผู้คน อาการเหล่านี้จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต หรือเกิดเป็นโรคทางจิตได้
บุคลิกภาพผิดปกติ (Personality disorder)	ความผิดปกติทางบุคลิกภาพที่เกิดจากทัศนคติ ความเชื่อและพฤติกรรมของเขาส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ซึ่งมีหลายประเภท
การทำร้ายตัวเอง (Self-harm)	เป็นวิธีหนึ่งในการแสดงความทุกข์ ซึ่งทำให้ตัวเองเจ็บปวด การแสดงความรู้สึกที่บุคคลไม่สามารถพูดหรือคิดอย่างชัดเจน หลังจากทำร้ายตัวเอง คุณอาจรู้สึกถึงการปลดปล่อย แต่สาเหตุของความทุกข์ยังคงอยู่
ความรู้สึกอยากฆ่าตัวตาย (Suicidal feelings)	พบบุคคลจำนวนมากที่มีประสบการณ์นี้ แต่อาจไม่มีความกลัวหรือรู้สึกกลัวที่จะลงมือทำ ผู้คนจำนวนมากคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและไม่เคยพยายามลงมือทำ แต่ความคิดนี้ทำให้บุคคลเกิดความไม่ปลอดภัย เป็นเหตุการณ์ฉุกเฉิน เป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องปฏิบัติอย่างจริงจัง

จากตารางจะเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพจิตมีหลากหลายประเภท แต่ละประเภทจะมีลักษณะที่แตกต่างกัน ปัญหาสุขภาพจิตแต่ละประเภทสามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลที่ประสบกับการเปลี่ยนแปลงหรือเกิดเหตุการณ์ที่ไม่สามารถปรับตัว หรือจัดการได้ทุกช่วงวัย เช่นเดียวกับกลุ่มวัยรุ่นที่มีการก้าวเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างเกิดขึ้นในชีวิต

จากการศึกษาในทั้งในต่างประเทศและประเทศไทยพบว่า การเข้าเรียนในระดับมหาวิทยาลัยเป็นช่วงเวลาที่เสี่ยงต่อการเกิดความเครียดสำหรับนิสิตและนักศึกษาจำนวนมาก ทั้งแรงกดดันในการเรียน การแยกจากครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรม และความรับผิดชอบที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้หลายคนประสบกับปัญหาสุขภาพจิตครั้งแรกในช่วงวัยนี้ (Paola Pedrelli, 2015) เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยด้านสุขภาพจิตของเคสส์เลอร์ (Kessler RC et al, 2007) พบว่าปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่จะเกิดกับวัยรุ่น ร้อยละ 75 อาการจะเริ่มขึ้นครั้งแรกเมื่ออายุ 25 ปี และการสำรวจสุขภาพจิตโดย Vaingankar พบว่าช่วงวัยที่มีความเสี่ยงสูงที่สุดของความวิตกกังวลที่ผิดปกติคือช่วงอายุระหว่าง 16 - 17 ปี (Vaingankar JA, 2012)

ในประเทศไทยพบสถิติของกรมสุขภาพจิต พบผู้มารับบริการผู้ป่วยใหม่ในโรงพยาบาลจิตเวชช่วงปี 2560 – 2561 เพิ่มขึ้นร้อยละ 30 (กรมสุขภาพจิต , 2563) พบผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น และพบความชุกของปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นเป็นจำนวนมาก อันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของช่วงวัย เกิดเป็นปัญหาการปรับตัวจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น เพศ วัฒนธรรม สังคม และค่านิยม (อัมพร โอตระกูล, 2538) และผลสำรวจสุขภาพจิตของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2558 พบว่า กลุ่มเยาวชนอายุ 15–24 ปี มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าช่วงวัยอื่น ๆ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มเยาวชนมีแนวโน้มมีสุขภาพจิตสูงกว่าช่วงวัยอื่น ๆ ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าอาจเป็นเพราะเป็นช่วงของวัยรุ่นที่ก้าวเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทุก ๆ ด้าน ทั้งด้านความคิดและอารมณ์ เมื่อเจอการเปลี่ยนแปลงอาจทำให้ยากต่อการปรับตัว (สำนักงานสถิติแห่งชาติ , 2559) เช่นเดียวกับการศึกษาของณัฐรุณ แก้วสุทธา (2557) ที่กล่าวว่าอาการของปัญหาสุขภาพจิตเกิดขึ้น นิสิตทันตแพทย์อยู่บ่อยครั้ง เช่น อาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ อาหารไม่ย่อย อาการซึมเศร้า จึงเป็นข้อสังเกตว่าสาเหตุอาจมีส่วนเกิดจากการเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยอาจส่งผลให้อาการของโรครุนแรงขึ้น

ในการศึกษาทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย พบว่าปัญหาเกี่ยวกับความวิตกกังวล เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุด ซึ่งพบในกลุ่มนักศึกษาถึงร้อยละ 11.9 ของนิสิตและนักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิต ในประเทศไทยจากสถิติของกรมสุขภาพจิตพบว่า ผู้มารับบริการผู้ป่วยใหม่ของรัฐในโรงพยาบาลจิตเวชช่วงปี 2553-2554 มีคนไทยป่วยเป็นโรควิตกกังวลมากเป็น

อันดับที่ 3 อีกทั้งในปี 2556 ผลสำรวจของกรมสุขภาพจิต พบประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นโรคกลุ่มวิตกกังวลถึงร้อยละ 0.3 หรือประมาณ 140,000 คน (กรมสุขภาพจิต , 2556) เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับรายงานของกรมสุขภาพจิตปี 2562 พบว่าวัยรุ่นมีการใช้บริการสายด่วนปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตเรื่องปัญหาความเครียดหรือความวิตกกังวลถึง 5,073 ครั้งหรือร้อยละ 51.36 (กรมสุขภาพจิต , 2562)

ปัญหาสุขภาพจิตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในนิสิตและนักศึกษา พบว่า ในนิสิตและนักศึกษามีโอกาสเกิดความชุกของภาวะซึมเศร้ามากถึงร้อยละ 7 – 9 (Blanco C et al, 2008; H. J. Eisenberg D, Speer N., 2013; H. J. Eisenberg D, Speer N., 2013; Zisook S et al, 2007) และการศึกษาของ (Zisook S et al, 2007) พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของภาวะซึมเศร้าเริ่มมีอาการครั้งแรกในช่วงวัยเด็กวัยรุ่น เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับรายงานของกรมสุขภาพจิตปี 2562 พบว่าวัยรุ่นมีการใช้บริการสายด่วนปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตเรื่องปัญหาซึมเศร้าถึง 970 ครั้ง หรือร้อยละ 9.82 (กรมสุขภาพจิต , 2562) อีกทั้งยังพบสถิติของกรมสุขภาพจิตพบว่าผู้มารับบริการผู้ป่วยใหม่ของรัฐในโรงพยาบาลจิตเวชช่วงปี 2553-2554 พบว่า คนไทยป่วยด้วยโรคทางจิตเวชมากที่สุด คือ โรคซึมเศร้า

ปัญหาสุขภาพจิตเกี่ยวกับความเครียดในนักศึกษา พบว่า การศึกษาของณัฐภา ราชบุตรและคณะ (2562) ระบุว่าวัยรุ่นที่ใช้บริการสายด่วนเพื่อขอคำปรึกษามาก คือ ความเครียดหรือความวิตกกังวล และการให้บริการทาง Facebook เรื่องที่ขอรับคำปรึกษามากที่สุดคือ ความเครียดหรือความวิตกกังวลเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังพบว่าผลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่าปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาคณะพยาบาลที่พบมาก คือ ความเครียด (จงลักษณ์ ทวีแก้ว, 2562) ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักเรียน นิสิตและนักศึกษา เช่นเดียวกับการศึกษาของวารุณี มีมุงบุญ (2562) อธิบายว่านิสิตและนักศึกษาต้องดำเนินชีวิตในสังคม เผชิญกับปัญหาที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ มีโอกาสพบกับความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน ซึ่งอาจเป็นจุดเริ่มต้นความเครียดนำไปสู่สุขภาพจิตที่ไม่ดี และปัจจัยอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดในนิสิตและนักศึกษา

จากข้อมูลข้างต้นผู้วิจัยจึงได้กำหนดขอบเขตในการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในครั้งนี้ตามลักษณะประเภทของปัญหาสุขภาพจิตที่พบในกลุ่มเยาวชน ได้แก่ 1. ความเครียด 2. ความวิตกกังวล และ 3. ภาวะซึมเศร้า

2.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด (Stress)

จากการทบทวนแนวคิดของนักวิชาการหลายท่านพบว่า มีผู้อธิบายความหมายของความเครียด ดังนี้ Lazarus (1984 อ้างถึงในนภัสกร ชันธวร , 2554) อธิบายว่า ความเครียด หมายถึง ความไม่สมดุลที่เกิดขึ้นชั่วคราว ซึ่งเกิดจากการรับรู้ของบุคคลในการประเมินที่สิ่งๆ ที่เข้ามาว่าเป็นสิ่งคุกคามที่เป็นผลมาจากสิ่งแวดล้อมภายนอก และกรมสุขภาพจิต (2555) อธิบายเพิ่มเติมว่ารวมถึงสิ่งเร้าภายในอีกด้วย และหากบุคคลไม่สามารถปรับตัวได้จะส่งผลให้เกิดความเครียดที่สูงขึ้น เช่นเดียวกันกับ Selye (1976 อ้างถึงในนภัสกร ชันธวร , 2554) กล่าวว่าความเครียดเป็นการแสดงปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งๆ ที่มาคุกคาม ทำให้โครงสร้างและสารเคมีในร่างกายเปลี่ยนแปลง แสดงออกมาให้เห็นทางร่างกาย และแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าความเครียดเป็นรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก ผ่านการประเมินแล้วว่าเป็นสิ่งไม่น่าพอใจ หรือคุกคาม รู้สึกเป็นอันตราย เกิดความไม่สมดุลของร่างกาย และแสดงออกมาทางร่างกาย

2.2.1.1 สาเหตุของความเครียด

กรมสุขภาพจิต (2555) ได้แบ่งสาเหตุของความเครียดออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) สาเหตุจากปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ลักษณะเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล ซึ่งแต่ละคนมีความแตกต่างกันส่งผลต่อความเครียดที่แตกต่างกัน ตัวอย่าง เช่น

1.1) สาเหตุความเครียดทางกาย เป็นสภาวะร่างกายบางประการของบุคคลก่อให้เกิดความเครียด เนื่องจากร่างกายและจิตใจเป็นส่วนที่แยกออกจากกันไม่ได้ หากมีความเครียดทางด้านร่างกายจะส่งผลให้เกิดความเครียดด้านจิตใจตามไปด้วย เช่น ลักษณะส่วนบุคคลทางพันธุกรรม ความอ่อนล้าของร่างกาย การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย การพักผ่อน รวมถึงอาการเจ็บป่วยทางร่างกายอื่น ๆ

1.2) สาเหตุทางจิตใจ นับว่าเป็นสาเหตุสำคัญ ได้แก่ บุคลิกภาพ เช่น บุคลิกภาพแบบสมบุรณ์แบบ (Perfectionist) มีความจริงจังในการดำเนินชีวิต มีระเบียบ มีกฎเกณฑ์ข้อบังคับ มักจะทำงานหนัก บุคลิกภาพแบบพึ่งพิงผู้อื่น (Dependence) บุคคลจะมีความไม่มั่นใจในการทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการตัดสินใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวลง่าย กังวลในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น

1.3) การเผชิญสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคล อาจมีได้ทั้งทางบวกและทางลบ แต่เหตุการณ์ดังกล่าวส่งผลให้บุคคลมีความจำเป็นต้องปรับตัว ซึ่งก่อให้เกิดภาวะเครียดได้ โดยเฉพาะเหตุการณ์ในทางลบจะทำให้บุคคลเกิดการปรับตัวยากและเกิดความเครียดขึ้นได้มาก

1.4) ความรู้สึกขัดแย้ง ความคับข้องใจ (Conflict and Frustration) ความขัดแย้ง คือ ภาวะที่บุคคลต้องเผชิญกับการตัดสินใจต้องเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องการหรือไม่ต้องการทั้งคู่หรือมากกว่าสองทาง แต่ความคับข้องใจ เป็นความรู้สึกที่บุคคลไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตนเองเผชิญได้

2) สาเหตุที่มาจากสภาพแวดล้อม อาจกล่าวได้ทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพและสังคม วัฒนธรรม ดังนี้ 1) สภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น สิ่งต่าง ๆ รอบตัว อุณหภูมิ อากาศ ภูมิประเทศ ชุมชน ภัยธรรมชาติหรือความปลอดภัย 2) ด้านชีวภาพ ได้แก่ เชื้อโรค ไวรัส โรคระบาด 3) ด้านสังคมและวัฒนธรรม เป็นด้านที่มีอิทธิพลต่อให้เกิดความเครียดได้ เนื่องจากบุคคลเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้น ๆ ย่อมมีบทบาทหน้าที่ของตนเองในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน ความคาดหวังของครอบครัว ชุมชน อีกทั้งสังคมคาดหวังว่าบุคคลต้องเป็นคนดี ผู้ชายต้องเข้มแข็ง ผู้หญิงต้องอ่อนหวาน เรียบร้อย รวมไปถึงการเมืองการปกครองก็เป็นสาเหตุสำคัญในการก่อให้เกิดบุคคลในสังคมเกิดความเครียดได้ ประชาชนต้องรู้สึกปลอดภัย ไม่ถูกคุกคาม มีสิทธิ เสรีภาพในสิ่งต่าง ๆ หากประเทศเกิดความไม่มั่นคง ย่อมส่งผลให้ประชาชนเกิดความเครียดได้

2.2.1.2 ระดับของความเครียด

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2561) ได้แบ่งระดับของความเครียดออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1) ความเครียดระดับต่ำ (Mild Stress) เป็นความเครียดในระดับที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ไม่กระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เพียงแต่มีความรู้สึกเหนื่อย เบื่อหน่าย และไม่มีแรงจูงใจในการทำสิ่งต่าง ๆ หรือทำสิ่งต่าง ๆ ช้าลง

2) ความเครียดระดับปานกลาง (Moderate Stress) ยังคงเป็นระดับที่เกิดขึ้นได้เป็นปกติ ไม่เกิดอันตราย แสดงออกไม่ชัดเจน และสามารถปรับตัวได้จากการทำกิจกรรมอื่น ๆ เพื่อผ่อนคลายความเครียด

3) ความเครียดระดับสูง (High Stress) มักเกิดจากสถานการณ์ที่มีความรุนแรง และไม่สามารถปรับตัวได้จะนำมาสู่อาการผิดปกติทางกาย ของต่างกาย ความคิด อารมณ์และพฤติกรรม เช่น ท้องเสีย ปวดหัว อารมณ์แปรปรวน การกินและการนอนที่ผิดปกติ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

4) ความเครียดระดับรุนแรง (Severe Stress) เป็นระดับสูงและมีอาการเรื้อรังเกิดขึ้นต่อเนื่อง นำไปสู่ความผิดปกติและการเกิดโรคต่าง ๆ ที่รุนแรง หากอาการรุนแรงควรรีบเข้าพบแพทย์

2.2.1.3 ผลกระทบของความเครียด

ผลกระทบในแต่ด้านนั้นสามารถเกิดขึ้นได้พร้อมกัน และแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (ฉัตรสุตา สองแสงเจริญ, 2550; วาณี เมฆรังสิมันต์, 2555; อรพรรณ ประทุมพันธ์, 2554)

- 1) ด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological Symptoms) ตัวอย่างของอาการที่เกิดขึ้น เช่น ความวิตกกังวล ไม่มีสมาธิ หลงลืม เบื่องาน มีความไม่มั่นคง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย
- 2) ด้านร่างกาย (Physiological Symptoms) สามารถทำให้เกิดโรคต่าง ๆ เป็นโรคที่เกิดจากความเครียด เช่น นอนไม่หลับ ปวดหัว ไมเกรน คิดอะไรไม่ออก ปวดท้อง ท้องเสีย โรคกระเพาะ ใจสั่น ความดันสูง เหงื่อออก หรืออาจมีความคับข้องใจ หดแรงแง สิ้นหวัง
- 3) ด้านพฤติกรรม (Behavioral Symptoms) อาการที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากจิตใจ เป็นการแสดงออกเพื่อตอบสนองของความเครียดนั้น ๆ เช่น ความก้าวร้าว ความวิตกกังวล ความเบื่อหน่ายทำให้เกิดการทำร้ายตนเอง สิ่งของ โมโหง่าย ใช้ความรุนแรง และใช้สารเสพติด

2.2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล (Anxiety)

จากการให้ความหมายของ Spielberger et al (1983 อ้างถึงในอัจฉราภรณ์ อยู่ยัง เกต, 2560) และ จำลอง ดิษยวณิช (2553) อธิบายความหมายของความวิตกกังวลไปในทิศทางเดียวกันว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่มีความรู้สึกตึงเครียด กลัว อึดอัด ไม่สบายใจของบุคคล เกิดความเข้าใจสถานการณ์ไม่ชัดเจน ซึ่งจะไปกระตุ้นให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานเพิ่มมากขึ้น และเกวลิน กลัญชัย (2560) อธิบายเพิ่มเติมว่าความวิตกกังวลเป็นสิ่งที่ติดตัวของบุคคลหรือเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะส่งผลอันตรายหรือความไม่พอใจต่อตนเอง ความรุนแรงที่เกิดขึ้นจะขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น

จากความหมายข้างต้นจึงสรุปได้ว่า ความวิตกกังวลคือภาวะ ความรู้สึกที่ตึงเครียด กลัว อึดอัด ไม่สบายใจ มีความไม่แน่ใจในสถานการณ์ทำให้แสดงออกมาทางพฤติกรรม เช่น การหายใจแรง มือสั่น เหงื่อออก และบุคคลมีความรู้สึกกังวลแตกต่างกันตามสถานการณ์ หรือลักษณะของบุคคล โดยที่บุคคลจะมีความวิตกกังวลเมื่อมีการคาดการณ์ว่าเหตุการณ์นั้นเป็นสิ่งที่คุกคาม หรืออันตรายต่อตนเอง

2.2.2.1 ประเภทของความวิตกกังวล

จากการรวบรวมเอกสารมีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายของความวิตกกังวลเป็นในรูปแบบเดียวกัน ตามแนวคิดของ Spielberge, (1983 อ้างถึงในอัจฉราภรณ์ อยู่ยังเกต, 2560) ซึ่งได้แบ่งชนิดของ 2 องค์ประกอบ ได้แก่

1) ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่มีอยู่แล้วภายในตัวของแต่ละบุคคล ซึ่งเกิดขึ้นได้ในสถานการณ์ทั่ว ๆ ไป เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจนเป็นลักษณะเฉพาะตัวของบุคคล ไม่แสดงออกเป็นพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเพิ่มลักษณะของความรุนแรงขึ้น จึงกล่าวได้ว่าความวิตกกังวลชนิดนี้จะเกิดเป็นนิสัยของบุคคล เป็นความวิตกกังวลเฉพาะบุคคลที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก

2) ความรู้สึกวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ หรือเหตุการณ์ใดเข้ามากระทบ อาจส่งผลให้เกิดความรู้สึกเครียด หวาดกลัว แสดงออกมาให้เห็นได้ทางสรีระ เช่น ตัวสั่น เหงื่อออก หน้าซีด ระดับความรุนแรงก็จะแตกต่างกันการประเมิน การเรียนรู้หรือประสบการณ์ของบุคคล แต่เป็นความวิตกกังวลที่เปลี่ยนแปลงได้ง่าย

2.2.2.2 ระดับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน และสามารถเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีระดับของความรุนแรงไม่เท่ากันถึงแม้ว่าอาจเกิดจากสถานการณ์เดียวกันหรือคล้ายกันก็ตาม อาจเป็นเพราะประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้ Levitt (1976 อ้างถึงใน สุนันฐฐา สุนทรวีภาต , 2560) และ Spielberge, (1983 อ้างถึงในอัจฉราภรณ์ อยู่ยังเกต, 2560)

1) ความวิตกกังวลระดับต่ำ (Mind anxiety) ระดับนี้จะทำให้คนมีความตื่นเต้น กระตือรือร้น มีความกระฉับกระเฉง ทำให้มีการสังเกตที่ดี ประสาทสัมผัสทั้ง 5 จะมีประสิทธิภาพ มีสติครบถ้วน เกิดความคิดสร้างสรรค์ สามารถสังเกตได้แบบองค์รวม เรียนรู้และแก้ปัญหาได้ตามปกติ

2) ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety) บุคคลจะสนใจกับความกังวลที่เกิดขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพของประสาทสัมผัสลดลง สมาธิลดลง การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมลดลง มีความตื่นตัวมากขึ้น เคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง และเกิดการตอบสนองของร่างกายต่อความวิตกกังวล เช่น ปวดศีรษะ มีการเกร็ง

3) ความวิตกกังวลระดับสูง (Severe anxiety) บุคคลจะมีสติและประสาทสัมผัสลดลงอย่างชัดเจน อาจทำให้เกิดการบิดเบือนสถานการณ์จากความเป็นจริง รับรู้รายละเอียด

ได้บางส่วน ไม่สามารถเชื่อมโยงเหตุการณ์ได้ตรงตามความเป็นจริง ไม่สามารถเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาได้ เนื่องจากสมาธิ สติไม่ดี มีพฤติกรรมทางการตอบสนองอย่างไม่มีจุดหมาย เช่น ตัวสั่น กระสับกระส่าย บิดมือ และยังมีปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์อีกด้วย

4) ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Panic anxiety) เป็นระดับที่รุนแรงมากที่สุด บุคคลไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ไม่มีเหตุ มีการตื่นกลัวอย่างมาก บุคลิกภาพและความคิด ผิดปกติ จนประเมินสถานการณ์ไม่ตรงกับความเป็นจริง ความสามารถในการแก้ปัญหาไม่สามารถทำได้ เพราะสูญเสียการรับรู้ ทำให้เกิดอารมณ์และมีความคิดในทางลบ และร่างกายมีการตอบสนองกับอารมณ์อย่างรุนแรง

ระดับความรุนแรงทั้ง 4 ที่กล่าวมานั้น หากบุคคลอยู่ในระดับต่ำและปานกลาง จะไม่ส่งผลกระทบต่อบุคคลในการดำเนินชีวิตประจำวัน อีกทั้งยังส่งผลในทางสนับสนุนให้เกิดการแก้ปัญหาเนื่องจากความกระตือรือร้น ตื่นกลัวต่อสถานการณ์นั้น ๆ และยังสามารถจัดการเหตุการณ์ แก้ไขปัญหาได้ตรงกับความจริง เหมาะสม แต่หากบุคคลอยู่ในระดับสูงหรือรุนแรง จะส่งผลร้ายต่อบุคคลเนื่องจากการประเมินสถานการณ์ที่ผิดไปจากความจริง ส่งผลให้เกิดความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมต่อสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อทั้งตนเองและผู้อื่น

2.2.2.3 ผลกระทบของความวิตกกังวล

หากบุคคลมีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงหรือรุนแรง อาจส่งผลกระทบต่อบุคคลในด้านต่าง ๆ ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยต่าง ๆ พบว่านักวิชาการมีการแบ่งผลกระทบออกเป็นด้านต่าง ๆ ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ด้าน ดังนี้ (สุณัฐสา สุนทรวีภาต, 2560; อัจฉรา ภรณ์ อยู่ยงเกต, 2554)

1) ด้านชีวเคมีและสรีรวิทยา เมื่อเกิดความวิตกกังวลจะส่งผลทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติเกิดการทำงานให้ฮอร์โมนมีการเปลี่ยนแปลง มีผลให้เกิดการควบคุมสมดุลของร่างกายเพื่อตอบสนองต่อภาวะวิตกกังวลที่เกิดขึ้น และแสดงอาการออกทางร่างกาย ได้แก่ หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว เหงื่อออก ปวดศีรษะ ปากแห้ง ปวดท้อง ปัสสาวะบ่อย ตัวเย็น

2) ด้านอารมณ์ บุคคลจะมีอารมณ์ตึงเครียด หงุดหงิด โมโหง่าย กระวนกระวาย ไม่มีสมาธิ สิ้นหวัง เศร้า เสียใจทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้

3) ด้านพฤติกรรม พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกจะแตกต่างกัน หลากหลายแบบ เช่น แสดงออกทางสีหน้า คำพูดมีการพูดจาวกวน ติดขัด หรือพูดเร็ว มีท่าทางกระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่เฉยได้ อาจแยกตัวออกจากผู้อื่น มีความกังวลในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น หนีจากเหตุการณ์นั้น ๆ อาจส่งต่อภาวะซึมเศร้าในลำดับถัดมา

4) ด้านความคิด สติ การรับรู้ บุคคลจะมีการรับรู้ต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง ไม่มีสมาธิ ทำให้ไม่สามารถจดจำเรื่องราวต่าง ๆ ได้ หรือลืมง่าย มีความคิดหมกมุ่นในเรื่องเดิมซ้ำ ๆ สับสน ตัดสินใจได้ช้า หรือตัดสินใจได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ

ผลกระทบของความวิตกกังวลสามารถแสดงออกได้ทั้งทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม เป็นอุปสรรคของบุคคลในการดำเนินชีวิตประจำวัน ไม่สามารถตัดสินใจในสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ไม่สามารถแก้ปัญหาให้กับตนเองได้ อีกทั้งหากเกิดขึ้นเป็นเวลานานอาจเป็นที่มาของภาวะซึมเศร้าได้

2.2.3 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (Depression)

จากการทบทวนมีนักวิชาการจำนวนหลายท่านให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งสามารถสรุปออกมาได้ประเด็น ดังนี้ (Beck, 1976 ; Selegman, 1981 ; อ้างถึงในวิภาวี วรวิญญูวิทยารักษ์, 2561 ; สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย , 2546)

ภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะจิตใจของบุคคลที่มีความรู้สึกเชิงลบ เช่น เศร้าหมอง หดู่ ห่อเหี่ยว สิ้นหวัง เป็นผลมาจากความคิดทางลบเกี่ยวกับตนเอง แสดงออกด้วยอาการต่าง ๆ ทั้งทางอารมณ์ จิตใจและพฤติกรรม รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ต่ำหนิตนเอง หากมีความรู้สึกนี้เป็นระยะเวลานานจะเกิดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย

2.2.3.1 อาการของภาวะซึมเศร้า

อาการเด่นของภาวะซึมเศร้าสามารถแสดงอาการได้หลากหลาย ทั้งทางพฤติกรรม ความคิดและความรู้สึก ได้อธิบายลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้าได้ ดังนี้ (วัลลภา ทรงพระคุณและเนตรดาว ธงชีว, 2562; สมภพ เรืองตระกูล, 2543)

1) **ด้านความคิด** มักเกิดความคิดที่บิดเบือน และแสดงออกด้วยอารมณ์ต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสม เช่น

1.1) อารมณ์เศร้า ซึ่งเป็นอาการสำคัญของภาวะซึมเศร้า ได้แก่ หดู่ ไม่มีชีวิตชีวา เศร้าหมอง อารมณ์เศร้าไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นตลอดเวลา บุคคลอาจรู้สึกสนุกสนานหรือมีอารมณ์ขันได้ แต่เมื่อเป็นมากอารมณ์เศร้าจะมีอยู่เกือบตลอดเวลา ส่วนมากจะมีอารมณ์เศร้ามากที่สุดในตอนเช้า

1.2) อารมณ์หงุดหงิด โกรธง่าย พบเกือบทุกคนจะรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลง แต่ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ และมักรู้สึกเสียใจภายหลัง บุคคลจะหงุดหงิดง่ายโดยไม่ทราบสาเหตุ

1.3) มีความรู้สึกเบื่อ หหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ เช่น กิจกรรมประจำวัน กิจกรรมที่ชอบ และความสนใจทางเพศ

1.4) ความรู้สึกที่ว่าตัวเองไร้ค่า รู้สึกตัวเองไม่มีค่า หรือหมดความสำคัญต่อใคร รู้สึกว่าตัวเองไม่ดี คิดว่าตนเองเป็นภาระ ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย

1.5) ความรู้สึกผิด หากมีอาการเศร้ามากมักจะตำหนิตนเอง มักคิดว่าตนเองได้ทำความผิด เป็นคนไม่ดี ไม่สมควรมีชีวิตอยู่ ทำให้อยากตายและคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นอันตรายที่สำคัญของโรคนี้

2) อาการทางกาย มีการแสดงออกของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงจากเดิม ซึ่งส่งผลก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย ตัวอย่างเช่น

2.1) เบื่ออาหาร มักเกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มไม่สบาย การรู้สึกเปลี่ยน ไม่อยากอาหาร น้ำหนักตัวลดลง แต่บางรายจะมีอาการอยากอาหารมากกว่าปกติ

2.2) นอนไม่หลับ มักจะปรากฏเป็นลำดับแรกๆ อาจเกิดขึ้นเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ ก่อนมีอาการอื่น ๆ ในระยะแรกจะหลับยาก หลับไม่สนิทหรือฝันร้าย ตื่นบ่อย จนเกิดเป็นอาการตื่นขึ้นในเวลากลางคืน แล้วหลับไม่ได้อีกหรือหลับไม่สนิท เกิดขึ้นเช่นนี้ทุกคืน บางรายเกิดอาการตื่นเช้ากว่าปกติ

2.3) อ่อนเพลีย รู้สึกไม่มีแรงแม้จะไม่ได้ทำกิจกรรมใด ๆ และถึงแม้จะพักผ่อนแต่ไม่สามารถช่วยให้อาการดีขึ้นได้

3) พฤติกรรม การแสดงออกทางพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้ เป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติและกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น

3.1) ความคิดเชิงซ้ำ จะมีความคิด การเคลื่อนไหว รวมถึงลักษณะการพูดค่อนข้างซ้ำ มีอาการเจียบและเลื่องซึม ไม่สนใจสิ่งต่าง ๆ แต่ให้ความสนใจตนเอง และกังวลเกือบตลอดเวลา และบุคคลอาจมีความพยายามฝืนพฤติกรรมนี้ของตนเอง

3.2) สมาธิเสีย ความจำไม่ดีและลืมง่ายเป็นอาการสำคัญ โดยจะปรากฏตั้งแต่เริ่มไม่สบาย เช่น ลืมสิ่งที่จะพูด อ่านหนังสือแล้วไม่มีสมาธิ เกิดความวิตกกังวล

3.3) ไม่อยากพบหรือพูดคุยกับผู้อื่น แยกตัว สัมพันธภาพกับผู้อื่นลดน้อยลง ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย

ผู้วิจัยให้ข้อสังเกตว่าในวัยรุ่นอาจไม่ได้แสดงอาการของโรคซึมเศร้าที่ชัดเจนดังเกณฑ์การวินิจฉัยในช่วงต้นนี้ แต่อาจแสดงออกในรูปแบบอาการอื่น ๆ ได้แก่ ขาดความสนใจในสิ่งที่เคยชอบ ไม่พึงพอใจในสิ่งที่เคยเป็นหรือกิจกรรมที่ทำแล้วมีความสุขหรือไม่พอใจผู้คนหรือการใช้ชีวิต อารมณ์อาจแสดงออกเป็นความหงุดหงิด ก้าวร้าว หรือเลื่องซึม น้ำหนักลดหรือเพิ่มโดยไม่ตั้งใจ นอนไม่หลับ หรือหลับมากเกินไป อยู่ไม่ค่อยนิ่ง หรือเลื่องซ้ำ ดูไร้เรี่ยวแรง หรือไม่ค่อยมีพลังงาน ใน

ชีวิตประจำวัน รู้สึกไร้ค่า หรือ รู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสม ขาดสมาธิ คิดช้าลง หรือตัดสินใจช้าลงบ่อย ๆ มีการคิด วางแผน หรือพยายามฆ่าตัวตาย โดยอาการเหล่านี้ไม่ได้เกิดจากผลของการเจ็บป่วยทางร่างกาย สารเสพติด หรือไม่ใช่ปฏิกิริยาปกติหลังจากเหตุการณ์สูญเสีย

2.2.3.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

จากการสังเคราะห์สาเหตุของภาวะซึมเศร้าตามหลักแนวคิดทฤษฎีของจิรวรรณ จบสุบิน (2551) แบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1) สาเหตุทางชีวภาพและพันธุกรรม กล่าวคือ ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงชีวเคมีของสมอง ได้แก่ ความผิดปกติของสารสื่อประสาท ความผิดปกติของระบบฮอร์โมนต่อมไร้ท่อ ความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบประสาท ซึ่งหมายถึงเกิดจากปัจจัยทางพันธุกรรม

2) สาเหตุจากปัญหาในจิตใจและความคิด เมื่อบุคคลมีความรู้สึกคับข้องใจ ไม่แน่ใจในเวลาเดียวกัน มองตนเองในทางไม่ดี เกิดการบิดเบือนความคิดที่ไม่สมเหตุผล เป็นความรู้สึกลึกลับกับบางสิ่งบางอย่าง เกิดความความรู้สึกโกรธผสมรวมกับอารมณ์อื่น ๆ เช่น ความเกลียด ความกลัว ความรู้สึกผิด จนเกิดเป็นภาวะซึมเศร้า โดยมีความรู้สึกที่ตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มี ความหมาย และหมดหวัง คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี

3) สาเหตุทางพฤติกรรม เมื่อบุคคลประสบกับความผิดหวังจากเรื่องราวต่าง ๆ ซ้ำหลายครั้ง หรือเกิดในสถานการณ์ที่รุนแรง ทำให้รู้สึกเหมือนตนเองได้รับการลงโทษทั้งจากความคาดหวังของตนเอง หรือการต่อว่าหรือการสูญเสียบางอย่าง เกิดภาวะหมดกำลังใจในการทำสิ่งต่าง ๆ ขาดความรู้สึกมั่นใจ เกิดความเครียด กังวล เบื่อหน่ายและไม่มีความสุข

2.2.3.3 ระดับของภาวะซึมเศร้า

ระดับของภาวะซึมเศร้า สามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตต์, 2557)

1) ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ทุกคนสามารถรู้สึกได้ แต่จะไม่รุนแรงหรือคงนาน และไม่ก่อให้เกิดผลกระทบ

2) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง คือ มีระยะเวลาคงนานและเกินกว่าคนปกติ เกิดขึ้นต่อเนื่องจากมีปัญหาการปรับตัวผิดปกติ (adjustment mood) หรือเป็นผลมาจากมีโรคทางกายและโรคทางจิตต่าง ๆ (secondary depression)

3) ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ระดับนี้จะอารมณ์ที่ผิดปกติคงนาน (mood disorder) ซึ่งจำแนกออกไปอีกตามลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น ภาวะซึมเศร้า หรือ hypomania ถึง mania หรือแบ่งตามระดับความรุนแรงหรือความเรื้อรัง เป็นต้น โดยมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย

2.2.3.4 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้ดังนี้ (จิรวรรณ จบสุบิน, 2551)

- 1) ความสามารถในการตัดสินใจ การแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ลดลง ไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 2) มีอาการหลงลืม ผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มักสมาธิไม่ดี ไม่สามารถสนใจสิ่งใดได้นาน มักถูกรบกวนด้วยความคิดแปลกๆ ได้ง่าย ความจำจะถดถอย จำไม่ค่อยได้
- 3) ระบบภูมิคุ้มกันลดลง สภาวะตั้งเครียดทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นเป็นผลจากสารเคมีและจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปในช่วงที่เกิดภาวะซึมเศร้า ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย
- 4) เกิดภาวะขาดสารอาหาร
- 5) การพักผ่อนไม่เพียงพอ อาจส่งผลต่อร่างกาย หรือเกิดอุบัติเหตุ
- 6) ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ขาดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เนื่องจากการแยกตัว ทำให้ขาดแรงสนับสนุนจากผู้อื่น
- 7) ความสามารถในการทำกิจกรรมหรือการดำเนินชีวิตลดน้อยลง เช่น การไม่มีสมาธิ ไม่สามารถทำงานได้ ทักษะในการสื่อสารลดลง
- 8) มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น การดื่มสุรา มีเรื่องทะเลาะวิวาท การฆ่าตัวตาย ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายจะเกิดภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย

ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาสุขภาพจิตประเภทหนึ่งแสดงออกได้เมื่อบุคคลมีการประเมินสถานการณ์ต่อเหตุการณ์ เกิดเป็นความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่แสดงออกต่อสถานการณ์นั้น ซึ่งไม่สมเหตุสมผลทำให้ไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดการความคิดที่ผิดเพี้ยน ความรู้สึกในเชิงลบและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เมื่อบุคคลเกิดปัญหาสุขภาพจิตในระยะแรกจะสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ แต่หากปัญหาสุขภาพจิตนั้นคงอยู่เป็นเวลานานจะทำให้บุคคลใช้ชีวิตได้ยากลำบาก และมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ สุดท้ายอาจส่งผลให้บุคคลเป็นโรครทางจิตเวชขึ้น เพราะฉะนั้นการช่วยเหลือในระยะแรกของปัญหาสุขภาพจิตนั้นเป็นสิ่งจำเป็นที่ควรต้องได้รับการจัดการให้บุคคลสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ การการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าแนวทางการช่วยเหลือที่นิยมได้แก่การให้คำปรึกษา ซึ่งกระบวนการในการให้คำปรึกษามีแนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษาเป็นพื้นฐานเสมอ

ตอนที่ 3 แนวคิดเทคนิคและทฤษฎีเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา

ในส่วนนี้แบ่งการนำเสนอรายละเอียดต่าง ๆ ของการให้คำปรึกษาออกได้เป็น 4 ส่วน คือ 1) ความหมายของการให้คำปรึกษา 2) รูปแบบการให้คำปรึกษา ประกอบด้วย แบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม 3) แนวคิดการให้คำปรึกษาทั้งหมด 5 แนวคิด ได้แก่ การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม การให้การปรึกษาแบบกวนิยม การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง การให้คำปรึกษาแบบยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง การให้คำปรึกษาแบบปรับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งแต่ละแนวคิดจะประกอบด้วยแนวคิดหลัก ข้อดี ข้อจำกัด และ 4) งานวิจัยการให้คำปรึกษาที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต

1. ความหมายของการให้คำปรึกษา

Lewis Patterson (2000) อธิบายว่าการให้คำปรึกษา คือ กระบวนการสื่อสารภายใต้การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของผู้รับคำปรึกษาในด้านใดด้านหนึ่ง เช่น พฤติกรรม ความเชื่อ และระดับของความทุกข์ทางอารมณ์ และการให้คำปรึกษาทุกกรณีควรส่งผลให้เกิดพฤติกรรมอย่างเป็นอิสระ และผู้รับคำปรึกษารับผิดชอบพฤติกรรมด้วยตนเอง เข้าใจตนเองและจัดการอารมณ์ได้ด้วยตนเอง อีกทั้งวัชรีย์ ทรัพย์มี (2556) เพิ่มเติมว่าผู้ให้คำปรึกษาในกระบวนการนั้นต้องเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมเป็นอย่างดี เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจตนเองและผู้อื่น เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถปรับปรุงและตัดสินใจในการแก้ปัญหาได้ หรือเกิดความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ (George, 1990) และ Nystul (2003) ได้อธิบายถึงรูปแบบของการให้คำปรึกษาว่าการให้คำปรึกษาสามารถทำได้ทั้งรายบุคคล แบบกลุ่ม หรือแบบครอบครัวได้เช่นกัน จึงสามารถสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษา คือ กระบวนการของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพ เพื่อช่วยเหลือให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม หรือเกิดการเปลี่ยนแปลง มีความสามารถตัดสินใจและแก้ไขปัญหา ปรับปรุงตนเองในด้านต่าง ๆ ทั้งความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม

2. รูปแบบของการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษาแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและการให้คำปรึกษารายบุคคล ซึ่งมีหลักการ จุดมุ่งหมาย ข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน สามารถอธิบายได้ดังนี้

2.1 การให้คำปรึกษารายบุคคล

การให้คำปรึกษารายบุคคลเป็นกระบวนการให้คำปรึกษาระหว่างผู้รับคำปรึกษาและผู้ให้คำปรึกษา โดยการสร้างสัมพันธภาพ และมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจ

ปัญหา ยอมรับและเพื่อร่วมกันหาแนวทางให้กับผู้รับคำปรึกษา โดยผู้รับคำปรึกษาเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแนวทางด้วยตนเอง

2.1.1 วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษารายบุคคล

จากการสังเคราะห์แนวคิดของพนม ลิมอารีย์ , 2533 สามารถอธิบายวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษารายบุคคลได้ คือ เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจ รู้จักและเข้าใจตนเองอย่างถูกต้อง มีแนวคิด ความรู้และทักษะที่ถูกต้องเหมาะสมในด้านต่าง ๆ พร้อมทั้งระบายความไม่สบายใจของตนเองออกมาให้ผู้รับฟังเสมือนการริเริ่มไว้วางใจ สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น นำไปสู่การมองเห็นวิธีในการแก้ปัญหา และตัดสินใจและรับผิดชอบด้วยตนเอง สามารถเผชิญความยุ่งยากต่าง ๆ ในชีวิตได้ด้วยการปรับตัวและแก้ไขข้อบกพร่องของตนเอง

2.1.2 หลักของการให้คำปรึกษารายบุคคล

ผู้ให้คำปรึกษาจะยึดหลักการให้คำปรึกษา เพื่อเป็นแนวทางให้ความช่วยเหลือบุคคล ดังนี้ (แก้วตา ผู้พัฒนพงศ์, 2561)

- 1) ผู้รับคำปรึกษาเต็มใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ไม่ใช่การถูกบังคับ
- 2) ผู้ให้คำปรึกษาต้องเป็นผู้มีความรู้ ทักษะ ได้รับการฝึกฝนมาเป็นอย่างดี
- 3) ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องยึดหลักว่าทุกคนมีสิทธิและความสามารถในการตัดสินใจหรือแก้ปัญหาด้วยตนเอง ไม่ให้คำปรึกษาไม่ควรตัดสินใจแทน
- 4) ผู้ให้คำปรึกษาต้องยึดหลักความแตกต่างกันระหว่างบุคคล ทั้งเชื้อชาติ ศาสนา เพศ ทักษะ ความชอบ ความถนัดและอื่น ๆ

2.1.3 ขั้นตอนของการให้คำปรึกษา

ขั้นตอนในการให้คำปรึกษาแต่ละขั้นตอนมีวัตถุประสงค์ วิธีการ และทักษะแตกต่างกัน สามารถอธิบายตามขั้นตอนต่าง ๆ ได้ดังนี้ (พงษ์พันธ์ พงโสภา , 2543)

1) **การสร้างสัมพันธภาพ** การเริ่มต้นการให้คำปรึกษา ต้องมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถเปิดเผยเรื่องราว ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญของกระบวนการให้คำปรึกษา

2) **การสัมภาษณ์** เป็นขั้นตอนช่วยเหลือให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจความคิด ความรู้สึกต่าง ๆ ได้อย่างเต็มที่ เพื่อทำความเข้าใจปัญหาที่แท้จริงของผู้รับคำปรึกษา ในขั้นตอนนี้ส่วนสำคัญคือการให้ผู้รับคำปรึกษาบอกถึงปัญหาของตนและทำความเข้าใจปัญหานั้นร่วมกัน โดยผู้ให้คำปรึกษาต้องไม่ด่วนสรุป หรือตีความ

3) **การดำเนินการ** ในขั้นตอนนี้เป็นการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนในการแก้ปัญหา เลือกแนวทางที่พึงประสงค์ในการแก้ปัญหาที่ต้องการ ลักษณะของเป้าหมายควรเป็น

รูปธรรม สอดคล้องกับความต้องการ ผู้รับคำปรึกษามองเห็นทางเลือกต่าง ๆ ในการแก้ปัญหา และพิจารณาข้อดีเสียของแต่ละแนวทาง พร้อมทั้งวางแผนการปฏิบัติในการแก้ปัญหาให้ชัดเจน

4) **การสรุป** ในการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ผู้รับคำปรึกษาอาจเกิดปัญหาหรืออุปสรรคต่าง ๆ จึงควรมีการสรุปและประเมินผลการปฏิบัติร่วมกับผู้ให้บริการปรึกษาเพื่อหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

ตาราง 2 วัตถุประสงค์และทักษะที่ใช้ในขั้นตอนของการให้คำปรึกษา

วัตถุประสงค์	ทักษะ
1. การสร้างสัมพันธภาพ	
1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับคำปรึกษา สร้างความไว้วางใจทำให้ผู้รับคำปรึกษาล้ำเปิดเผยปัญหา	1. การจัดสถานที่ ต้องเป็นสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว ไม่ถูกรบกวน จัดที่นั่งห่างพอควร ท่านั่งอยู่ในท่าที่มองเห็นหน้ากัน และสามารถสบสายตากันได้แต่ไม่มากเกินไป
2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจถึงจุดมุ่งหมายของการให้บริการปรึกษาประเด็นที่จะทำการปรึกษา บทบาทของแต่ละฝ่าย เงื่อนไขหรือข้อตกลงอื่น ๆ ในกระบวนการปรึกษา และมีส่วนร่วมในกระบวนการ	2. กริยาท่าทักที่สุภาพ นั่งท่าสบายและเหมาะสม การแสดงสีหน้าสอดคล้องกับสถานการณ์
	3. การมอง ควรสบสายผู้รับคำปรึกษาเพื่อแสดงให้เห็นถึงความสนใจ
	4. การพูด ควรพูดในภาษาที่เป็นกลาง สุภาพ ใช้น้ำเสียงที่เป็นกันเอง ระดับเสียงกำลังดี
2. การสัมภาษณ์	
เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นประโยชน์และเกิดแรงจูงใจในการรับคำปรึกษาและเข้าใจปัญหาของตนเองอย่างรอบด้าน และเป็นระบบมากขึ้น เกิดความเข้าใจตนเองและมีความกระจำชัดในปัญหาของตน	1. การฟังและการทวนซ้ำ
	2. การเรียบ
	3. การสะท้อนความรู้สึก เป็นทักษะที่ทำให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจความรู้สึกของตนเองชัดเจน และเกิดความไว้วางใจ กล้าเปิดเผยตนเอง สามารถแสดงความรู้สึกเชื่อมโยงไปยังเนื้อหาได้
	4. การถาม
	5. การสรุปความ

ตาราง 2 (ต่อ)

วัตถุประสงค์	ทักษะ
3. การดำเนินการ	
1. ผู้รับคำปรึกษา สามารถตัดสินใจเลือก ใช้ได้ตามความเหมาะสม	
2. ผู้รับคำปรึกษา สามารถวางแผนการปฏิบัติเพื่อดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายที่เลือกได้	
4. การสรุป	
ผู้รับบริการปรึกษาสามารถดำเนินการตาม การสรุปความ	
แผนการที่กำหนดจนบรรลุเป้าหมายที่	
ต้องการ	

แต่ละขั้นตอนมีขั้นตอนกำหนดเป็นแนวทางในการปฏิบัติ แต่กล่าวได้ว่าแต่ละขั้นตอนนั้นไม่ได้แยกจากกันโดยสิ้นเชิง หากมีความต่อเนื่องและสัมพันธ์กัน การแบ่งขั้นตอนต่าง ๆ นั้นกำหนดขึ้นจากลักษณะเด่นของแต่ละขั้นตอน แต่ในกระบวนการที่เกิดขึ้นจริงจะมีความต่อเนื่องของแต่ละขั้นตอน เช่น การสร้างสัมพันธภาพจะเกิดขึ้นตลอดในทุกขั้นตอน ไม่ใช่เพียงแต่ในขั้นตอนแรกเท่านั้น

2.2 การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group counseling) เป็นวิธีการที่ใช้มาเป็นเวลานานแล้ว ลักษณะการจัดกลุ่มแตกต่างกันไปตามลักษณะของปัญหา โดยการเพิ่มการตระหนักในตนเองและความสามารถในการสื่อสารระหว่างบุคคล การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มสามารถใช้ได้กับลักษณะของปัญหาที่หลากหลาย เช่น ผู้ติดยาเสพติด ผู้ถูกทารุณกรรม กลุ่มการปรับตัว กลุ่มผู้มีปัญหาครอบครัว ปัญหาการเรียน ช่วงวัย

2.2.1 ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

จากการสังเคราะห์ความหมายของวรัญ ทรัพย์มี (2556) และ ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2554) ให้ความหมายของการให้คำปรึกษากลุ่ม หมายถึง การที่บุคคลมีความต้องการที่คล้ายกันด้านใดด้านหนึ่ง หรือต้องการแก้ปัญหาร่วมกันทั้งสมาชิกและผู้ให้คำปรึกษา โดยยึดสมาชิกเป็นศูนย์กลาง สมาชิกสามารถแสดงความคิด ความรู้สึก เพื่อให้สมาชิกกล้าเผชิญและใช้

ความคิดในการแก้ปัญหาหรือปรับปรุงตนเอง โดยรับฟังความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้อื่น เพื่อให้สมาชิกตระหนักว่าตนไม่ใช่เพียงคนเดียวที่ประสบกับปัญหา การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนำมาซึ่งความภาคภูมิใจในตนเอง เห็นประโยชน์ของกลุ่ม ความหมายนี้สอดคล้องกับของ Maler (1969) ที่กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม หมายถึง วิธีการที่เน้นความสัมพันธ์ของสมาชิกที่มีต่อกัน ตลอดเวลา สมาชิกในกลุ่มจะทำงานร่วมกันกับผู้ให้คำปรึกษาที่ได้รับการฝึกฝนมา โดยจะร่วมสำรวจปัญหาและความรู้สึกของกันและกันแล้ว สมาชิกทุกคนหาทางแก้ไขปรับปรุงเพื่อพัฒนาตนเอง

จากความหมายดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเป็นกระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษาดำเนินการเพื่อช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษา ซึ่งเป็นสมาชิกภายในกลุ่มที่มีปัญหาล้ายคลึงกัน โดยเน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี บรรยากาศที่ไว้วางใจได้ สมาชิกกล้าที่จะเปิดเผยตนเองในการแสดงความรู้สึกและความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ของตนเองและเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจังต่อกัน เป็นผลให้สมาชิกมองเห็นตนเองปรับปรุงและสามารถผ่านพ้นปัญหาได้ด้วยตนเอง

2.2.2 จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

การศึกษาของ Corey (2015) และผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2554) ผู้วิจัยสามารถสรุปเป้าหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มได้ ดังนี้

- 1) เพื่อช่วยให้สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มรู้จัก เข้าใจและไว้วางใจตนเอง
- 2) เพื่อช่วยให้สมาชิกยอมรับตนเอง นับถือตนเอง และรู้สึกว่ามีคุณค่า
- 3) เพื่อช่วยให้สมาชิกได้พัฒนาวิธีการ ทักษะ ความสามารถต่าง ๆ มีแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสม
- 4) เพื่อช่วยให้สมาชิกพัฒนาแนวทางการแก้ปัญหาของตนเอง และเมื่อเผชิญกับปัญหา สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยแนวทางที่มีประสิทธิภาพ
- 5) เพื่อให้สมาชิกพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการ และความรู้สึกของผู้อื่น มีความรับผิดชอบต่อตนเอง สามารถเผชิญหน้ากับปัญหา และมีการเรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในกลุ่ม
- 6) เพื่อส่งเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดี และการไว้วางใจผู้อื่น

2.2.3 หลักของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

จากการสังเคราะห์งานของวิชาการหลายท่านได้เสนอหลักการ ลักษณะพื้นฐานของกลุ่ม เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการตัดสินใจ สามารถสรุปได้ดังนี้

(Corey, 2015; Jacobs, Schimmel, Masson, & Harvill, 2015; ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์, 2554; วัชรวิทย์, 2556)

1) สมาชิกมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้กลุ่มมีความมั่นคง ปลอดภัย พร้อมแสดงหรือช่วยเหลือในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ และมีพลังความเข้มแข็ง จากสมาชิกที่มี ความเป็นตัวของตัวเอง

2) สมาชิกมีศักยภาพ แสดงความต้องการของตนเพื่อการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม และรับผิดชอบต่อการเปลี่ยนแปลงนั้น และพร้อมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นที่มีต่อ ตนเอง

3) สมาชิกตั้งเป้าหมายของกลุ่มและเรียนรู้ที่จะเข้าใจจุดมุ่งหมาย และวิธีการ ของกลุ่ม

4) สมาชิกจะเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาจากการมีปฏิสัมพันธ์ ชักถาม เปรียบเทียบ และสรุปข้อคิดเห็นต่าง ๆ ของสมาชิกในกลุ่ม

5) ประเด็นต่าง ๆ ที่อภิปรายร่วมกันเป็นเพียงเครื่องมือในการดำเนินกลุ่ม สมาชิกสามารถแสดงความรู้สึกได้ทั้งภาษาพูดและภาษาท่าทาง

6) สมาชิกแก้ปัญหาให้ตนเอง และสมาชิกในกลุ่ม

7) สมาชิกตัดสินใจด้วยตนเองว่าจะพัฒนาตนเองอย่างไร

8) ในการเผชิญกับปัญหาหรือการแก้ปัญหา มีวิธีเลือกหลายวิธี ผู้ให้ คำปรึกษาจะ ช่วยให้สมาชิกเห็นแนวทางจากทางเลือกต่าง ๆ และนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้

จะเห็นได้ว่า หลักการสำคัญของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนั้น จะยึดผู้รับคำปรึกษา เป็นหลัก มุ่งสร้างบรรยากาศที่ปลอดภัย เอื้อต่อการแสดงความคิดเห็นและช่วยเหลือตนเองและ สมาชิกในกลุ่มให้สามารถจัดการกับปัญหาได้

2.2.4 องค์ประกอบของการปรึกษาแบบกลุ่ม

1) **สมาชิกกลุ่ม (Group member)** สมาชิกภายในกลุ่มการให้คำปรึกษาเป็น บุคคลที่มีปัญหาที่คล้ายคลึงกัน รวมถึงระดับอายุ การศึกษา สถานภาพทางสังคมที่ไม่แตกต่างกัน มากเกินไป สมาชิกจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการร่วมกลุ่ม และตัดสินใจเข้าร่วมกลุ่มด้วย ตนเอง เมื่อเข้าร่วมกลุ่มแล้วสมาชิกจะได้รับข้อตกลงที่ควรปฏิบัติร่วมกันเพื่อเป็นแนวทางในการ ดำเนินการของกลุ่มเป็นไปด้วยความสำเร็จ

2) **ผู้นำกลุ่ม (Group Leader)** เป็นผู้มีบทบาทสำคัญมากต่อกลุ่ม กล่าวได้ว่ากลุ่มให้คำปรึกษาจะดำเนินได้อย่างราบรื่นเพียงใดขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้นำกลุ่ม ซึ่งผู้นำกลุ่มควรมีลักษณะของผู้นำกลุ่มที่ดี เช่น มีประสบการณ์ไม่ดื้อนดัดสิน มีทักษะ มองโลกในแง่ดี มีท่าทางอบอุ่นและมีความใส่ใจ โดยที่ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่ในการส่งเสริมให้เกิดปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม (Promoting interaction) เพื่อให้เกิดบรรยากาศที่ไว้วางใจกันเอง เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน เอื้อให้การปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม (Facilitating interaction) การริเริ่ม (Initiating) การชี้นำ (Guiding) การสอดแทรก การรวบรวมความรู้สึกนึกคิดเข้าด้วยกัน (Consolidation) การรักษากฎ (Rule-keeping) สนับสนุนให้สื่อความกันอย่างถูกต้อง (Enhancing communication) การแก้ไขความขัดแย้ง (Resolving conflicts) รวมถึงการมีทักษะที่จำเป็นต่าง เช่น การฟัง การทวนซ้ำ การสะท้อนความรู้สึก การทำให้เกิดความกระจ่าง การสรุปความ

2.2.5 ขั้นตอนของการปรึกษาแบบกลุ่ม

ตามแนวคิดของ Mahler (1969) ได้สรุปขั้นตอนของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มไว้ 4 ขั้นตอน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) **ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม (The involvement stage)** ในขั้นตอนนี้สมาชิกจะยังไม่กล้าเปิดเผยตนเอง ยังไม่ไว้วางใจ เป็นขั้นที่ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ สร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดในกลุ่ม ซึ่งอาจต้องใช้เวลาพอสมควร ขึ้นอยู่กับสมาชิกมีการเปิดเผย เข้าใจวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่มได้เร็วเพียงใด

2) **ขั้นการเปลี่ยนแปลงลักษณะของกลุ่ม (The transition stage)** เป็นขั้นที่ต่อเนื่องจากขั้นแรก โดยที่กลุ่มมีการเปลี่ยนแปลง พัฒนาขึ้นบ้าง สมาชิกกลุ่มจะเข้าใจถึงจุดมุ่งหมายในการรวมกลุ่มดีขึ้น ไว้วางใจซึ่งกันและกัน ต้องการที่จะช่วยเหลือปรึกษาร่วมกัน อาจมีความกังวล ผู้นำกลุ่มต้องชี้แจงให้สมาชิกเข้าใจกลุ่ม สมาชิกกลุ่มแต่ละคนจะต้องอภิปรายปัญหาส่วนตัวของตนเองอย่างไว้วางใจกัน

3) **ขั้นการดำเนินงาน (The working stage)** ในขั้นนี้สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกลุ่มทุกคนได้พัฒนาขึ้นมา เริ่มเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เปิดเผยตนเอง อภิปรายถึงปัญหาอย่างตรงตามจริง ร่วมกันแก้ไขปัญหา สมาชิกมีโอกาสสำรวจตนเองและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เข้าใจปัญหาของตนเอง รู้วิธีในการแก้ปัญหาด้วยตนเองและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

4) **ขั้นยุติการให้คำปรึกษา (The ending stage)** ในขั้นนี้สมาชิกกลุ่มจะขึ้นอยู่กับสมาชิกกลุ่มว่าเกิดความเข้าใจกระจ่างแจ้งในปัญหาของตนเอง จะรู้วิธีที่จะแก้ไขปัญหาและพร้อมที่จะนำไปปฏิบัติ เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เมื่อสมาชิกกลุ่มเกิดความพอใจไม่ติดค้างก็เป็น

ชั้นยุติการให้คำปรึกษา หากมีสมาชิกคนใดไม่เข้าใจ กลุ่มจำเป็นต้องทำให้เกิดความกระจ่างให้ได้จึงจะยุติการให้การศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม

สังเกตได้ว่ารูปแบบการให้คำปรึกษาทั้ง 2 รูปแบบมีจุดเด่นที่แตกต่างกัน อธิบายได้คือ จุดเด่นของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล คือ การสามารถเข้าถึงประเด็นและเรื่องราวของผู้ให้คำปรึกษามากขึ้น อีกทั้งยังมีความเป็นส่วนตัว สะดวกใจในการเปิดเผยเรื่องราวของตนเอง และใช้เวลาไม่นาน และการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจุดเด่น คือ การมีความคิดเห็นของกลุ่มที่เป็นประโยชน์ และหลากหลาย มีการฝึกสร้างสัมพันธภาพของสมาชิกในกลุ่ม และเกิดความรู้สึกไม่โดดเดี่ยว เพราะมีเพื่อนสมาชิก และมีบุคคลในการประคับประคอง ให้กำลังใจ แต่ไม่ว่าจะเป็นการให้คำปรึกษารูปแบบใดนั้น ล้วนตั้งอยู่บนแนวคิดทฤษฎีของการให้คำปรึกษาทั้งสิ้น

3. แนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษา

แนวคิดในการให้คำปรึกษาในการศึกษาคครั้งนี้ แบ่งออกทั้งหมด 5 แนวคิด ได้แก่ แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบพิจารณา เหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม และแนวคิดการให้คำปรึกษาแบบปรับความคิดและพฤติกรรม สามารถอธิบายรายละเอียดแต่ละแนวคิดได้ ดังนี้

3.1 ทฤษฎีการให้การศึกษาแบบภวนิยม (Existential Counseling)

3.1.1 แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม

แนวคิดภวนิยมมีธรรมชาติในการมองมนุษย์ว่า เชื่อเรื่องความสามารถในการตระหนักในตนเอง ตัดสินใจด้วยตนเอง ตัดสินใจเลือกทางเดินด้วยตนเอง มนุษย์ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมได้ แต่สามารถเลือกตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมได้ สิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้คือ พฤติกรรมของตนเอง เป็นตัวของตัวเองพร้อมกับแสวงหาความหมายของชีวิต เน้นแนวคิดความหมายเป็นเรื่องราวของชีวิต เพราะฉะนั้นการดำรงอยู่จึงมีความสำคัญกับตนเอง (Russell, 2007; Schneider, 2011; วชิรี ทรัพย์มี, 2556)

การให้การศึกษาแบบภวนิยมต่างจากแนวคิดอื่นคือไม่เน้นเทคนิคและไม่มี การนิยามไว้อย่างชัดเจน ผู้ให้คำปรึกษามีอิสระที่จะบูรณาการและเลือกเทคนิคต่าง ๆ มาใช้ในการให้การศึกษาตามความเหมาะสม ซึ่งเน้นถึงสัมพันธภาพและคุณภาพของการให้การศึกษา สร้างสัมพันธภาพที่จริงใจและซื่อสัตย์อย่างแท้จริงระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับการปรึกษาให้ ความสำคัญและเน้นถึงความเข้าใจเป็นอันดับแรก

“Nobody else to help you but you” คือแนวคิดหลักของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม หมายถึง ไม่มีใครสามารถช่วยคุณได้ดีเท่าตัวคุณเอง เชื่อว่ามนุษย์เกิดมามีทางเลือก

สามารถเลือกความหมายของชีวิตได้อย่างอิสระ มีเสรีภาพต่อการกำหนดเกณฑ์ความหมายของชีวิต (meaning of life) ของตนเองทั้งในด้านการให้ (give) การรับ (take) และการเลือก (choice) สิ่งต่าง ๆ สำหรับชีวิต (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภาและวิไลลักษณ์ พงษ์โสภา, 2556; Yalom, 1980 as site in Corey, 2015) ซึ่งมีคำที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดหลัก ดังนี้

1) การให้ (give) บุคคลสามารถให้อะไรสำหรับชีวิตได้บ้าง ทั้งสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสังคม

2) การรับ (take) บุคคลได้รับอะไรเข้ามาบ้าง รวมทั้งความสุขและความทุกข์

3) การเลือก (choice) บุคคลจะเลือกรับ เลือกคิด เลือกทำอะไร เพื่อให้เป็นประโยชน์แก่ชีวิตสำหรับการเลือกนี้เป็นเรื่องของผู้ที่เกิดความขัดแย้งขึ้นภายในจิตใจ ซึ่งการที่เราเลือกกระทำหรือไม่กระทำก็ถือว่าการเลือกทั้งสิ้น

จะเห็นได้ว่าทั้งการให้ การรับ และการเลือก เป็นสิ่งที่มนุษย์สามารถพิจารณาเลือกกระทำได้อย่างมีอิสระเสรีภาพ (freedom) แต่เมื่อมนุษย์ได้ตัดสินใจเลือกกระทำลงไปแล้ว เขาจะต้องรับผิดชอบ (responsibility) ต่อสิ่งที่เขาได้ตัดสินใจกระทำลงไป

3.1.2 ข้อดีในการให้การปรึกษาแบบภวนิยม

การให้การปรึกษาแบบภวนิยม มีข้อดีหลายประการสรุปที่สำคัญๆ ได้ดังนี้ (ธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน, 2560 ; ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์, 2554 ; อุบลทิพย์ ไชยแสง , นิธิพัฒน์ เมฆขจร , รัตดาวรรณ ณ ระนอง และวรากร ทรัพย์วิระปกรณ์, 2561)

1) อธิบายให้เห็นถึงคุณค่าความสำคัญของการมีชีวิตในแต่ละวัน นำไปสู่การช่วยเหลือผู้อื่น เน้นการช่วยให้ผู้รับการปรึกษา ตระหนักในตนเอง และการกำหนดจุดหมายชีวิตของตน

2) สนับสนุนให้บุคคลมีความสามารถที่จะเจริญเติบโตไปสู่ความเจริญงอกงามสูงสุด เน้นการรู้สำนึกตน (Self-conscious) เป็นศูนย์กลางแห่งการมีชีวิตของมนุษย์

3) เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับมุมมองในเรื่องความตาย เปลี่ยนแนวคิดให้ตระหนักถึงการมีชีวิตอย่างมีความหมาย มุ่งหาความหมายในชีวิต

4) นำความรู้สึกไม่สบายใจต่าง ๆ มาสร้างความหวังและความสำเร็จให้กับตนเอง เช่น ความวิตกกังวล ความคับข้องใจ ความว้าวุ่น ความหวั่น

5) ให้ความสำคัญต่อทัศนคติ ความเชื่อและบุคลิกภาพของผู้ให้คำปรึกษามากกว่าเทคนิค ภายใต้อิทธิพลของความเชื่อในความเจริญงอกงามของผู้รับบริการเกิดขึ้นโดยผ่านทางปฏิสัมพันธ์ที่แท้จริง

3.1.3 ข้อจำกัดในการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม

การให้การปรึกษาแบบภวนิยม มีข้อจำกัดสรุปได้ดังนี้ (ธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน , 2560 ; ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ , 2554 ; อุบลทิพย์ ไชยแสง , นิธิพัฒน์ เมฆขจร , ลัดดาวรรณ ณะระนอง และวรากร ทรัพย์วิระปกรณ , 2561)

- 1) มีแนวคิดที่เป็นปรัชญา เป็นนามธรรม เข้าใจค่อนข้างยาก
- 2) มีวิธีและเทคนิคของการให้การปรึกษาที่ไม่ชัดเจน
- 3) ขาดทิศทางในการให้คำตอบและการแก้ไขปัญหา อาจทำให้ผู้รับคำปรึกษาผู้รู้สึกว่าผู้ให้คำปรึกษาไม่สนใจกับปัญหาของเขาเท่าที่ควร กลับไปมุ่งที่การสร้างปรัชญาชีวิตให้แก่ผู้รับบริการ

3.2 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Person Center Counseling)

3.2.1 แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

ผู้นำแนวคิดนี้ คือ Carl Rogers ได้พัฒนาขึ้นจากหลายแนวคิด เช่น ด้านพัฒนาการบุคลิกภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การเรียนรู้ และความคิดริเริ่ม โดยสรุปจากนักจิตวิทยาหลายท่านโดยสรุปว่า แนวคิดนี้มีธรรมชาติในการมองมนุษย์ คือ มนุษย์เป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีความสามารถในการพัฒนาตนเองได้เมื่ออยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม โดยพื้นฐานมนุษย์เป็นคนดีและควรได้รับการยอมรับในศักดิ์ศรี เกียรติยศ และคุณค่าของตนเอง ทุกคนควรมีสิทธิที่จะคิดได้อย่างอิสระ สามารถดำเนินชีวิตตามความคิดของตนเอง โดยปราศจากอิทธิพลหรือการครอบงำจากบุคคลอื่น มนุษย์มีความสามารถในตนเองในการที่จะมุ่งให้เกิดการบรรลุศักยภาพของตน (Self-actualization) มนุษย์มีเหตุผลมีความสามารถในการแก้ปัญหาและสามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ สามารถทำหน้าที่ตนเองได้อย่างเต็มความสามารถ พร้อมดำเนินชีวิตและสร้างสรรค์สิ่งต่าง ๆ แต่หากเมื่อมนุษย์ปฏิบัติตนไม่เหมาะสมนั้น เป็นเพราะบุคคลมีปัญหาและจำเป็นต้องป้องกันตนเองเพื่อให้อยู่รอด และแนวคิดนี้ยังเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพของบุคคลไปในทางที่ดีนั้นจะไม่เกิดขึ้น เว้นแต่จะต้องมีสัมพันธภาพอันดีต่อกันเกิดขึ้นก่อน และแนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพจะช่วยให้การแก้ปัญหาเกิดขึ้น (วัชร ทรัพย์มี , 2556 ; ธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน , 2560; พงษ์พันธ์ พงษ์โสภาและวิไลลักษณ์ พงษ์โสภา, 2556; Rogers , 1967 as site in Corey, 2015)

หลักการสำคัญของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง คือการเน้นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้รับคำปรึกษาและผู้ให้คำปรึกษา นำไปสู่การเปิดเผยตนเองและและพร้อมเปลี่ยนแปลง ปรับปรุงตนเอง ภายใต้แนวคิดนี้มองว่าปัญหาของผู้รับบริการ

ปรึกษานี้เกิดขึ้นจากความไม่สอดคล้องกันระหว่างตัวตน ความอุดมคติและตัวตนที่เป็นจริง ทำให้ปรับตัวไม่ได้ ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับบริหารปรึกษา และปัจจัยสำคัญที่สามารถช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับการปรึกษา และความเชื่อในกระบวนการให้คำปรึกษาที่สำคัญ ดังนี้ (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา และวิไลลักษณ์ พงษ์โสภา , 2557 Rogers , 1967 as site in Corey, 2015)

1) ความสอดคล้องและความจริงใจ (Congruence of Genuineness) ความสอดคล้องและความจริงใจจะเกิดขึ้นในลักษณะค่อยตามกัน คือ ประสบการณ์ภายในของผู้ให้บริการปรึกษาและการแสดงออกภายนอกถึงประสบการณ์ของผู้ให้บริการจะตรงกัน ผู้ให้คำปรึกษาสามารถแสดงความรู้สึกและเจตคติอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมาในขณะที่สร้างความสัมพันธภาพกับผู้รับปรึกษา เป็นไปตามธรรมชาติเปิดเผย ไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกและเจตคติที่เป็นด้านบวกหรือด้านลบ คือ มีการใช้การสื่อสารอย่างสอดคล้องกับผู้รับบริการปรึกษา

2) การมองทางบวกอย่างไม่มีเงื่อนไขและการยอมรับ (Unconditional Positive Regard and Acceptance) แนวคิดนี้เชื่อว่ามนุษย์ต้องการการยอมรับ ความรักและความห่วงหาจากผู้ที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องและมีอิทธิพลต่อเขา (Significant Others) การให้ความช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาควรเริ่มจากการมองทางบวกอย่างไม่มีเงื่อนไขและการยอมรับ ซึ่งเป็นการแสดงความเอาใจใส่ผู้รับการปรึกษาที่มีความลึกซึ้งและมีความจริงใจในฐานะที่เขาเป็นบุคคลบุคคลหนึ่งที่มีศักดิ์ศรี

3) การเข้าใจอย่างถูกต้องในลักษณะเอาใจเขามาใส่ใจเรา (Accurate Empathic Understanding) เสมือนการมองโลกของเขาผ่านตัวเขา เป็นกระบวนการที่บุคคลหนึ่งพยายามเข้าถึงความเข้าใจที่แท้จริงในบุคคลอีกคนหนึ่ง พยายามเข้าใจเขาเหมือนเขาเข้าใจตนเอง ผลของการเอาใจเขามาใส่ใจเราก่อให้เกิดความเข้าใจในตัวผู้รับการปรึกษา แต่ผู้ให้คำปรึกษาต้องคงความเป็นตัวของตัวเองไว้ให้ได้ อาจเรียกว่า ความเห็นอกเห็นใจ (Empathy)

ข้อดีและข้อจำกัดของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ ดังนี้ (Rogers , 1967 as site in Corey, 2015 ; วัชรวิทย์ ทรัพย์มี , 2556 ; อธิพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน ; ดวงมณี จงรักษ์, 2548)

3.2.2 ข้อดีของการให้การปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

1. เน้นการสร้างสัมพันธภาพ นำไปประยุกต์ใช้เป็นพื้นฐานของการสร้างสัมพันธภาพไว้วางใจ ซึ่งนำไปประยุกต์ใช้กับการให้การปรึกษาแบบอื่น ๆ ได้

2. ใช้กับปัญหาหลายรูปแบบ เช่น การให้การปรึกษาคอบครัวและการสมรส การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพ่อ แม่ ลูก การบริหารและการจัดการ การสร้างมนุษยสัมพันธ์ การจัดการเรียนการสอน
3. เข้าใจง่าย สามารถได้ประโยชน์จากการนำวิธีการนี้ไปใช้ได้
4. เหมาะสมกับผู้รับบริการปรึกษาที่มีการต่อต้านสูง เนื่องจากให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการปรึกษาที่สามารถลดการต่อต้านของผู้รับบริการปรึกษาได้
5. สามารถนำไปใช้ในสังคมพหุวัฒนธรรม ใช้กับบุคคลที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมได้

3.2.3 ข้อจำกัดของการให้การปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

1. มีความเป็นพื้นฐาน ขาดความน่าเชื่อถือ
2. จำกัดอยู่ที่เทคนิคการใส่ใจและการสะท้อน
3. ปลดปล่อยให้ผู้รับการปรึกษาพูดวุ่นวาย ไม่มีทิศทาง
4. ความเชื่อว่า “บุคคลมีศักยภาพความเจริญงอกงามอยู่ภายใน” เป็นจริงกับผู้รับการปรึกษาทุกคนหรือไม่
5. บุคคลอาจไม่ได้มีความสามารถในการนำตนเองออกจากปัญหา และค้นพบคำตอบด้วยตนเองทุกคนเสมอไป

3.3 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง (Reality Counseling)

3.3.1 แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง

แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความเป็นจริงอธิบายธรรมชาติของมนุษย์ ดังนี้ (วัชรวิทย์ ทรัพย์มี , 2556 ; ชีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน , 2560; พงษ์พันธ์ พงษ์โสภาและวิไลลักษณ์ พงษ์โสภา, 2556 ; Glasser ,2001)

1. พฤติกรรมของมนุษย์มีเป้าหมาย คือ การสนองความต้องการและการควบคุมวิถีชีวิตของตนเอง กล่าวคือ ต้องการเป็นส่วนหนึ่ง มีอำนาจ มีอิสระและมีความสนุกสนาน อยู่รอดในการใช้ชีวิต โดยมีสมมติฐานที่เป็นระบบควบคุมเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการ เมื่อไม่ได้สิ่งที่ต้องการจะมีความรู้สึกเจ็บปวด เมื่อสนองความต้องการได้จะเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ รู้สึกดีกับตนเอง

2. การควบคุมพฤติกรรม เน้นการกระทำและความคิดในปัจจุบัน เชื่อว่าบุคคลสามารถปรับเปลี่ยนคุณภาพชีวิตของตนเองได้ ผ่านการประเมินตนเองตามความจริง ชื่นชมเรื่องราวดีดีของตนเอง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาตนเองให้ดีขึ้น

3. มนุษย์มีความสามารถในการเลือก แก้ไขปัญหาของตนเองได้ด้วยตนเองมากกว่าขึ้นกับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม และมีความตั้งใจที่จะประสบความสำเร็จ มีความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเอง และมีสัมพันธภาพอันดีต่อผู้อื่น และสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้

4. การได้รับความรักและมีโอกาสให้ความรักแก่ผู้อื่น เมื่อบุคคลได้รับความรักจะทำให้รู้สึกมีคุณค่า โดยแนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับกับกระทำที่แสดงออกถึงความรัก บุคคลเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวจากการสร้างสัมพันธภาพที่ไม่เพียงพอ ดังนั้นสามารถแก้ไขได้ด้วยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง

5. ปัญหาในการปรับตัวสามารถแก้ไขได้ด้วยความสามารถของบุคคล หากไม่สามารถแก้ไขได้จะเกิดความบิดเบือนจากความเป็นจริง อาจเกิดการตำหนิผู้อื่น และลืมนำตนเองสามารถแก้ไขปัญหานั้นได้

6. เหตุผลเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้พฤติกรรมของบุคคลมีประสิทธิภาพ และทำให้บุคคลประสบความสำเร็จ การปล่อยให้อารมณ์ครอบงำจะนำไปสู่ความล้มเหลว เนื่องจากอารมณ์ส่งผลถึงพฤติกรรม ดังนั้น การจะปรับปรุงพฤติกรรมจึงจำเป็นต้องหลีกเลี่ยงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม

แนวคิดนี้เชื่อว่า กลวิธีดังกล่าวสามารถช่วยให้ผู้รับบริการมีความรับผิดชอบเพิ่มขึ้น เป็นบุคคลที่กล้าเผชิญความจริงและสามารถประเมินพฤติกรรมของตนเองได้เหมาะสม พร้อมทั้งสามารถหาวิธีสนองความต้องการของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยไม่ละเมิดสิทธิของบุคคลอื่นซึ่งกลวิธีดังกล่าวอาจนำไปใช้ได้ทั้งในการให้การปรึกษาเป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม

Robert Wubbolding เป็นนักบำบัดแนวคิดเผชิญความจริงที่มีบทบาทสำคัญและได้นำแนวคิด ระบบ ดับเบิลยู ดี อี พี (W D E P System) ไปใช้ในการบำบัด (Wubbolding, 2013) โดยมีรายละเอียดขั้นตอนดังนี้

W คือ การที่ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาค้นพบความต้องการ (Wants)

D คือ การที่ผู้ให้การปรึกษาอธิบาย (Describe) วิธีชีวิตของตนเองในแต่ละวัน

E คือ การที่ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับบริการ ประเมินพฤติกรรมของตนเอง (Self-Evaluation) โดยการตั้งคำถามว่าการกระทำดังกล่าวบังเกิดผลอย่างไร

P คือ การที่ผู้ให้การศึกษาช่วยให้ผู้รับบริการวางแผน (Plan) เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน

ข้อดีและข้อจำกัดของการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ ดังนี้ (ธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน , 2560 ; Glasser ,2001 ; Corey,2015)

3.3.2 ข้อดีของการให้การศึกษาแบบเผชิญความจริง

การให้การศึกษาแบบเผชิญความจริงมีข้อดีดังต่อไปนี้

1. การให้การศึกษาแบบเผชิญความจริงไม่เน้นอดีตและความรู้สึกมากเกินไป ช่วยให้ผู้รับบริการไม่ใช่ข้ออ้างว่าเหตุการณ์ในอดีตเป็นสาเหตุของปัญหา และช่วยให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดำเนินเร็วขึ้น
2. ทฤษฎีการให้การศึกษาแบบเผชิญความจริงไม่เน้นว่าการเข้าใจสภาพการณ์ต่าง ๆ เพียงอย่างเดียวจะช่วยให้ผู้รับบริการเปลี่ยนพฤติกรรมได้ แต่เน้นการวางแผนและความมุ่งมั่นในการดำเนินโครงการเป็นปัจจัยสำคัญของการเปลี่ยนพฤติกรรม
3. แนวคิดนี้เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้ประเมินพฤติกรรมตนเอง และนำมาพูดคุยกับผู้ให้คำปรึกษา นั่นคือการใช้คำปรึกษาตระหนักและพิจารณาถึงพฤติกรรมของตนเอง
4. การให้การศึกษาแบบเผชิญความจริง เป็นการช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง โดยไม่เฉพาะการวางแผนเปลี่ยนพฤติกรรมเท่านั้น แต่เป็นการปฏิบัติจริงด้วย
5. ให้ความสำคัญกับความรับผิดชอบของตนเอง ในการตอบสนองความต้องการและไม่ทำให้อีกผู้อื่นเดือดร้อน ทำให้บุคคลได้ฝึกการรับผิดชอบตนเอง และรับผิดชอบต่อสังคม
6. การให้การศึกษาแบบเผชิญความจริงนอกจากจะเหมาะสำหรับการให้บริการปรึกษาบุคคลที่มี

ปัญหาในระดับจิตสำนึกเป็นการช่วยให้ผู้รับบริการกล้าเผชิญปัญหาหากกล้าเผชิญความจริง ฝึกการคิดวิเคราะห์ปัญหา และวางแผนการแก้ปัญหาของตน ตลอดจนฝึกความรับผิดชอบต่อตนเอง ฝึกการควบคุมตนเอง ช่วยให้ผู้รับบริการได้พัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง เกิดความภูมิใจ

3.3.3 ข้อจำกัดของการให้การศึกษาแบบเผชิญความจริง

การให้การศึกษาแบบเผชิญความจริงมีข้อจำกัดดังต่อไปนี้คือ

1. วิธีการให้การศึกษาแบบเผชิญความจริงใช้การสื่อความหมายด้วยภาษาและเหตุผล จึงเป็นข้อจำกัดสำหรับทักษะการคิด และภาษา
2. แนวคิดนี้ให้ความสำคัญเฉพาะแรงจูงใจในระดับจิตสำนึก (conscious)

3. ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเผชิญความจริงเป็นการแก้ปัญหาปัจจุบัน เป็นการตอบคำถามว่าจะทำให้วิถีชีวิตเป็นอย่างไร อะไรที่เป็นไปได้ อะไรที่เป็นไปได้ อะไรคือพฤติกรรมที่ถูกต้อง อะไรคือสิ่งผิดไม่ควรทำ จึงอาจจะเลยสิ่งที่ยังค้างคาใจของผู้รับคำปรึกษา

3.4 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy: REBT)

3.4.1 แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม

ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม อธิบายธรรมชาติของมนุษย์ ดังนี้ (วัชร ทรัพย์มี , 2556 ; คมเพชร ฉัตรศุภกุล , 2547 ; ธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน , 2560 ; Corey , 2015)

1) มนุษย์ต่างจากสัตว์ทั้งหลายเพราะมนุษย์มีค่านิยม ความคิด พัฒนาการรู้คิดของตนได้ สามารถปรับเปลี่ยนค่านิยมของตนเพื่อการมีพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมยิ่งขึ้นได้

2) มนุษย์เกิดมาพร้อมกับมีศักยภาพที่จะเป็นผู้ที่มีเหตุผล แต่การที่มนุษย์ไม่มีเหตุผลเกิดจากประสบการณ์ชีวิต ทำให้เกิดการดำเนินชีวิตผิดเพี้ยน เหตุผลและอารมณ์ของมนุษย์มีความเกี่ยวข้องกัน บุคคลที่ไร้เหตุผลจึงมักจะมีปัญหาทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมด้วย ส่วนบุคคลที่มีเหตุผลมักจะมีอารมณ์ที่เหมาะสม

3) การที่บุคคลมีอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม มักมีสาเหตุมาจากการมีความคิด ความเชื่อที่ไร้เหตุผล แต่ถ้าบุคคลเรียนรู้วิธีการคิดอย่างมีเหตุผลมากขึ้น จะนำไปสู่การเป็นผู้มีเหตุผล มีอารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสม

4) มนุษย์ต้องการสิ่งที่ดีงามสำหรับชีวิต เมื่อไม่ได้รับการตอบสนองของสิ่งที่ต้องการ จะสามารถปรับเปลี่ยนความคิดและค่านิยมที่ไร้เหตุผลของตนได้ ด้วยการช่วยเหลือให้รู้จักปรับเปลี่ยนวิธีการคิดที่ไร้เหตุผลไปสู่การคิดอย่างมีเหตุผล นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้น

5) ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของมนุษย์เป็นผลซึ่งกันและกัน มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด

แนวคิดพื้นฐานตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ได้ประยุกต์มาจากแนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยกระบวนการทางปัญญา เรียกว่า การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavior Therapy) อธิบายคือ การรับรู้ ความคิด ความเชื่อ ทัศนคติ เป็นสื่อกลางระหว่างสื่อเร้ากับพฤติกรรม โดยที่กระบวนการ

ทางปัญญาเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล แนวคิดนี้เชื่อว่าการที่บุคคลเกิดปัญญาทางอารมณ์ และพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไป มีสาเหตุมาจากความเชื่อ หรือความคิดที่ไม่มีเหตุผล ตามทฤษฎี ABC ของEllis (1979)

เมื่อมีสถานการณ์เกิดขึ้น (A : Activating Experience or Event) บุคคลจะมีความเชื่อ ความคิดเกี่ยวกับประสบการณ์หรือเหตุการณ์นั้น (B : Beliefs) ซึ่งความเชื่อหรือความคิดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นสาเหตุที่ทำให้บุคคลเกิดอารมณ์และพฤติกรรม (C : Consequences) แนวคิดในการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรมถือว่าเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น (A) ไม่ได้เป็นสาเหตุให้บุคคลเกิดอารมณ์และพฤติกรรม (C) โดยตรงแต่ความเชื่อหรือความคิดของบุคคลต่อเหตุการณ์นั้น (B) เป็นสาเหตุให้บุคคลเกิดอารมณ์และพฤติกรรมดังกล่าว ดังนั้นการช่วยให้บุคคลสามารถเปลี่ยนความคิดได้อย่างมีเหตุผลจะนำไปสู่อารมณ์และพฤติกรรมที่มีความเหมาะสม

หลังกระบวนการ A-B-C คือ D (Disputing) คือ การเสนอวิธีการคิดอย่างมีระบบให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นถึงความจริงที่ว่าความเชื่อที่ปราศจากเหตุผลของเขา ไม่ใช่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นตัวการที่ทำให้เขาเกิดอารมณ์และพฤติกรรม วิธีหลุดพ้นจากอารมณ์ก็คือการเปลี่ยนแปลงความคิดความเชื่อต่อเหตุการณ์นั้น ๆ ส่งผลให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงตาม

ข้อดีและข้อจำกัดของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ ดังนี้ (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภาและวิไลลักษณ์ พงษ์โสภา, 2556 ; วัชร ทรัพย์มี , 2556 ; Roger , 1976 as site in Corey,2015)

3.4.2 ข้อดีของการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม

- 1) สามารถใช้ได้หลากหลายบริบท และสถานที่ เหมาะทั้งการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและแบบรายบุคคล
- 2) มีเป้าหมายที่ชัดเจน และมีทฤษฎีรองรับ เป็นการให้คำปรึกษาแบบมีทิศทาง
- 3) มีการเปลี่ยนแปลงทั้งแนวคิด พฤติกรรมและความรู้สึก
- 4) ใช้เวลาไม่นาน เข้าใจง่าย สามารถฝึกฝนต่อเนื่องได้ด้วยตนเอง
- 5) มุ่งการป้องกันและการแก้ไขปัญหาเพื่อการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่พึงประสงค์
- 6) มีการตรวจสอบผลที่เกิดขึ้น เพิ่มความน่าเชื่อถือ

3.4.3 ข้อจำกัดของการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม

- 1) ต้องใช้กับบุคคลที่มีระดับสติปัญญา สามารถรับรู้ หรือคิดตามได้
- 2) ไม่เน้นการสร้างสัมพันธภาพ จึงอาจเป็นอุปสรรคได้
- 3) เป็นการให้ความช่วยเหลือแบบนำทาง บทบาทเสมือนเป็นครู จึงต้องเพิ่มความระมัดระวังที่จะไม่นำความคิดตัวเองไปให้ผู้รับคำปรึกษา
- 4) การให้การปรึกษาแบบ REBT ซึ่งเป็นแบบนำทาง อาจทำให้ผู้รับคำปรึกษาไม่เป็นตัวเอง

3.5 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Counseling)

หลักความคิดปรับความคิดและพฤติกรรม มีเป้าหมายเพื่อช่วยจัดการกับอารมณ์ ในทางลบของมนุษย์ เช่น เศร้า กังวล โกรธ ด้วยการปรับความคิด (Cognitive) และพฤติกรรม (behavior) แนวคิดนี้มีลักษณะเน้นปัจจุบัน เจาะจงปัญหา มีการกำหนดเป้าหมายที่เป็นรูปธรรม เน้นความร่วมมือของผู้รับคำปรึกษาและผู้ให้คำปรึกษา เพื่อนำไปสู่การฝึกฝนทักษะในการจัดการ กับปัญหาของตนเองให้ได้ดียิ่งขึ้น ตามความหมายของ Beck (1979) กล่าวว่า ลักษณะสำคัญของ แนวคิดนี้คือการปรับเชิงรุก มีทิศทาง (active and directive) มีระยะเวลาที่แน่นอน (time-limited) และมีโครงสร้างที่ชัดเจน (structure) โดยการปรับมีแนวคิดอยู่บนพื้นฐานของอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลขึ้นอยู่กับมุมมอง (ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียรและคณะ , 2550)

3.5.1 แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบปรับความคิดและพฤติกรรม

แนวคิดนี้มีความเชื่อว่าความรู้สึกและพฤติกรรมของบุคคลถูกกำหนดจากการ ประเมินรับรู้สถานการณ์ และความคิด ทศนคติ และความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองทาง อารมณ์และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อสถานการณ์ ทำให้เกิดผลกระทบต่ออารมณ์ของมนุษย์ สามารถประเมินความคิดให้ถูกต้องตามความเป็นจริง หรืออยู่ในโลกของความเป็นจริงได้ (realistic) มีวิธีการโดยการติดตามและบันทึกความคิดต่อสถานการณ์ต่าง ๆ อันนำไปสู่อารมณ์ที่ไม่ เหมาะสม เรียนรู้วิธีการคิดที่เกิดขึ้น สังเกตว่าความคิดนั้นเป็นเพียงความคิด ไม่ใช่ข้อเท็จจริง เมื่อ เรียนรู้แล้วจึงทำให้อารมณ์และพฤติกรรมดีขึ้น เช่น การลดภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล โดย การกำหนดความคิดที่ไม่เหมาะสม (Neil A. Rector, 2010; ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร, 2550)

ตามการอธิบายแนวคิดของ (Beck ,2011 และ ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียรและ คณะ , 2550) อธิบายไว้ว่า แนวคิด ABC เป็นโครงสร้างเพื่อทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรม อารมณ์ การรู้การคิด และปฏิกิริยาทางร่างกาย A ใช้แทน Activating Event หมายถึง

เหตุการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้น B ใช้แทน Beliefs แสดงถึงความเชื่อที่มีต่อเหตุการณ์ และ C ใช้แทน Consequences เป็นผลที่ได้รับ

ระดับความคิด ความคิดมี 4 ระดับ เริ่มจากความคิดที่เกิดขึ้นในขณะนั้นหรือความคิดอัตโนมัติ (Automatic Thoughts) ความเชื่อชั้นกลาง (Intermediate Belief) ความเชื่อที่เป็นแกน (Core Belief) และสกีมา (Schemas) การแก้ไขเริ่มต้นจากความคิดในขณะนั้น และชี้ค้นหา ประเมิน และปรับความเชื่อระดับกลาง ความเชื่อที่เป็นแกน และสกีมา

ความคิดอัตโนมัติ หมายถึง คลื่นของกระแสความคิดที่ไหลผ่านสมองอยู่เสมอ การเข้าใจความคิดอัตโนมัติเป็นประตูสำคัญที่จะช่วยเปลี่ยนอารมณ์ เพราะสิ่งที่ทำให้เกิดอารมณ์ คือการรับรู้หรือความหมายที่บุคคลให้กับสถานการณ์

ความเชื่อชั้นกลาง หมายถึง ความคิดที่เกิดขึ้นตามหลังความคิดอัตโนมัติ มีอิทธิพลต่อความคิดที่เกิดขึ้นระหว่างนั้น ความคิดที่เกิดขึ้นมักเป็นความเชื่อหรือกฎที่สุดโต่งจากความคิดอัตโนมัติ

ความคิดที่เป็นแกน หมายถึง ความคิดหลักเกี่ยวกับตนเอง คนอื่น และอนาคต ทั้งในแง่บวกและแง่ลบความคิดเหล่านี้มีรากฐานจากประสบการณ์ในวัยเด็ก

สกีมา หมายถึง โครงสร้างทางความคิดที่รวมเอาความคิดที่เป็นแกน การทำหน้าที่ควบคุมการประเมินข้อมูลในเรื่องต่าง ๆ เช่น สกีมาในเรื่องเพศ ศาสนา วัฒนธรรม อาชีพ

กระบวนการปรับความคิดและพฤติกรรม

Beck (2011 อ้างถึงใน Corey, 2015) อธิบายว่าเป้าหมายของการปรับความคิดและพฤติกรรม คือการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ไม่ถูกต้อง หรือความคิดที่บิดเบือนไม่เหมาะสม โดยสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์จะนำไปสู่ความคิดอัตโนมัติ พฤติกรรม การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ จึงเป็นเป้าหมายของแนวคิดนี้

สามารถแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ซึ่งอธิบายได้ดังนี้ (David A. Clark, 2011; อรพรรณ ลือบุญชัย, 2553)

1. ขั้นประเมินพฤติกรรมความคิด คือขั้นประเมินพฤติกรรม ความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่าง ๆ โดยการระบุพฤติกรรมที่เป็นปัญหา รวมถึงความรุนแรงและระยะเวลาของปัญหาที่เกิดขึ้น
2. ขั้นปฏิบัติการปรับความคิดและพฤติกรรม สำหรับในขั้นปฏิบัติการปรับความคิดและพฤติกรรม ประกอบไปด้วยเทคนิคที่สำคัญที่ช่วยลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ มีหลากหลายเทคนิค ดังนี้ (เกวลิน กลัญชัย , 2560)

- 1) เทคนิคการหยุดความคิด
- 2) เทคนิคการบำบัดการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม
- 3) เทคนิคการสร้างความคิดที่ถูกต้อง
- 4) การฝึกการตอบสนองตนเอง
- 5) การฝึกทักษะการแก้ปัญหา
- 6) การฝึกการผ่อนคลาย

ข้อดีและข้อจำกัดของการให้คำปรึกษาแบบปรับความคิดและพฤติกรรม สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ ดังนี้ (Hays .2009) ; ฌ็ทธร พิทยรัตน์เสถียรและคณะ , 2550; Corey , 2015)

3.5.2 ข้อดีของการให้คำปรึกษาแบบปรับความคิดและพฤติกรรม

1. มีทิศทาง มุ่งให้จัดการกับความคิดที่ไม่มีเหตุผลนำไปซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
2. สามารถใช้ได้กับผู้ที่มีปัญหาที่หลากหลาย
3. เน้นให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักถึงความคิดที่ไม่สมเหตุผลได้ด้วยตนเอง
4. รับรู้ถึงจุดแข็งตนเองและนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

3.5.3 ข้อจำกัดของการให้คำปรึกษาแบบปรับความคิดและพฤติกรรม

1. ประสิทธิภาพของการใช้ทฤษฎีนี้ขึ้นอยู่กับคุณลักษณะส่วนตัวของผู้รับคำปรึกษา เช่น ผู้รับคำปรึกษาต้องมีระดับสติปัญญาอยู่ในระดับปกติ คิดตามได้
2. การนำทฤษฎีนี้ไปใช้ค่อนข้างยาก เนื่องจากการดึงความคิดออกมาเป็นเรื่องยาก

3.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการให้คำปรึกษา

3.4.1 การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมและปัญหาสุขภาพจิต

การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม มีแนวคิดหลักในการอธิบายความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์และพฤติกรรม อธิบายได้ว่าความคิดที่ไร้เหตุผลเป็นผลให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรมที่ไร้เหตุผล จึงเห็นได้ว่าการวิจัยที่ผ่านมาแนวคิดนี้ได้มีผู้วิจัยจำนวนมากนำเสนอสร้างโปรแกรมให้คำปรึกษากับบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต กล่าวคือ บุคคลมีความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม กระทั่งต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งเห็นได้จากการศึกษาของพยาม การดี (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล

และอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นในสถานพินิจ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าจากแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของ Beck Depression Inventory ที่มีคะแนนอยู่ในระดับน้อยและปานกลาง เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา และผลการศึกษาพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มทดลองมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของธรรมศักดิ์ วรวงษ์ (2549) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์เพื่อลดความวิตกกังวลในการดำเนินชีวิตประจำวันของนักเรียนวัยรุ่น ได้สร้างแบบสอบถามความวิตกกังวลจากแนวคิดและทฤษฎีพร้อมทั้งนำไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือเพื่อนำมาเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกัน โดยคัดเลือกผู้ที่มีคะแนนจากการทำแบบสอบถามความวิตกกังวลที่อยู่ในระดับสูง ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษามีคะแนนความวิตกกังวลแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่ากลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลที่ลดลงหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม และการศึกษาของ Syah (2020) ศึกษาการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของวัยรุ่นที่เป็นเหยื่อในการกลั่นแกล้งในประเทศอินโดนีเซีย ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษามีประสิทธิภาพลดคะแนนความวิตกกังวลได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังให้ข้อมูลว่าเขาไม่รู้สึกลิดเดียว และมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

3.4.2 การให้คำปรึกษาแบบภวนิยมและปัญหาสุขภาพจิต

การให้คำปรึกษาแบบภวนิยม มีแนวคิดหลัก คือ การเป็นอิสระ มีเสรีภาพ มนุษย์สามารถเลือกสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างอิสระ ทั้งสิ่งที่ทำให้เป็นสุขและความทุกข์ มนุษย์เป็นผู้รับผิดชอบในการตัดสินใจของตนเอง จึงเห็นได้ว่าการวิจัยที่ผ่านมาแนวคิดนี้ได้มีผู้วิจัยจำนวนมากนำสร้างโปรแกรมให้คำปรึกษากับบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต กล่าวคือ เมื่อบุคคลได้ตัดสินใจกับเรื่องราวต่าง ๆ ด้วยตนเองแล้ว เขาย่อมเป็นผู้ที่จะรับผิดชอบต่อการกระทำนั้น ซึ่งเห็นได้จากการศึกษาของฉัตรฤดี กิจวิมลตระกูล (2545) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวภวนิยมร่วมกับการฝึกหัดหฐะโยคะต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในการประเมิน และคัดเลือกนักเรียนเข้าร่วมกลุ่ม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของอนุวัติ ศรีพร (2546) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบภวนิยมที่มีต่อความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี โดยสร้างแบบสอบถามความวิตกกังวลจากแนวคิดและทฤษฎีเพื่อคัดเลือก

ผู้ที่มีคะแนนจากการทำแบบสอบถามความวิตกกังวลตั้งแต่เปอเซนต์ไทล์ที่ 50 ขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษามีคะแนนความวิตกกังวลแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หมายความว่ากลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลที่ลดลงหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม

3.4.3 การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงและปัญหาสุขภาพจิต

การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง มีแนวคิด WDEP System คือ การที่บุคคลช่วยให้ผู้รับบริการค้นพบความต้องการ อธิบายสิ่งที่ทำในแต่ละวันได้ พร้อมทั้งประเมินพฤติกรรมตนเอง เพื่อวางแผนเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง ซึ่งเป็นแนวคิดที่สามารถใช้ปรับพฤติกรรม ความคิด และอารมณ์อันเป็นผลมาจากปัญหาสุขภาพจิตได้ ซึ่งเห็นได้จากการศึกษาของภัทธา เสี่ยมในเมื่อง (2547) ศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีการเผชิญความจริงต่อการลดความเครียดในการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา โดยใช้แบบสอบถามความเครียดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากบริบท แนวคิดและทฤษฎี โดยนำเครื่องไปทดสอบคุณภาพของเครื่องและคัดเลือกนักศึกษาเข้าร่วมกลุ่ม โดยเกณฑ์คะแนนความเครียดมากกว่า 51 คะแนน (ระดับสูง) ขึ้นไป หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความเครียดแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นั่นหมายถึงการเข้าร่วมการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงสามารถลดความเครียดของนักศึกษาพยาบาลได้ และการศึกษาของเซต บุญมี (2541) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษากลุ่มและรายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริงที่มีต่อความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โดยสร้างแบบสอบถามความวิตกกังวลจากแนวคิดและทฤษฎีเพื่อคัดเลือกผู้ที่มีคะแนนจากการทำแบบสอบถามความวิตกกังวลตั้งแต่เปอเซนต์ไทล์ที่ 50 ขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษามีคะแนนความวิตกกังวลแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่ากลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลที่ลดลงหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งการศึกษาของเอกภาพ คงสวัสดิ์ (2541) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเผชิญความจริงที่มีต่อความวิตกกังวลของนักศึกษาเช่นเดียวกัน แต่ใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกตั้งแต่เปอเซนต์ไทล์ที่ 75 ขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษามีคะแนนความวิตกกังวลแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ Woo (2004) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามความเป็นจริง

บำบัดเพื่อลดความเครียดทางวิชาการของนักเรียนในประเทศจีน พบว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงสามารถลดระดับความเครียดของนักเรียนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.4.4 การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางและปัญหาสุขภาพจิต

การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง มีแนวคิดในการเน้นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา เพื่อเอื้อให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายในการแสดงออก พุดถึงความรู้สึกของอารมณ์ เพื่อให้ผู้ให้คำปรึกษาเกิดความสบายใจ และผ่อนคลายจากความวิตกกังวล ซึ่งเห็นได้จากการศึกษาของสุทัศน์ ชัดสีใส (2549) ศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อความวิตกกังวลด้านการเรียน โดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลของซูพรอน วงศ์วุฒิ (2545) ตามแนวคิดทฤษฎีของSelye (1965) โดยนำแบบสอบถามไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือและคัดเลือกนักศึกษาเข้าร่วมกลุ่ม โดยเกณฑ์คะแนนความวิตกกังวล 90 คะแนนขึ้นไป (ระดับสูง) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความเครียดวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั้นหมายถึงการเข้าร่วมการให้คำปรึกษาลดความวิตกกังวลได้ และการศึกษาของสิรินาถ สนตุน (2544) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางและใช้จดหมายบำบัดที่มีต่อความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โดยสร้างแบบสอบถามความวิตกกังวลจากแนวคิดและทฤษฎีเพื่อคัดเลือกผู้ที่มีคะแนนจากการทำแบบสอบถามความเครียดที่มีคะแนนตั้งแต่ 60 คะแนนขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษามีคะแนนความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่ากลุ่มทดลองมีระดับความเครียดลดลงหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม และการศึกษาของSaad, Yusooif, Nen, and Subhi (2014) ศึกษาผลของการบำบัดรายบุคคลและการให้ความรู้ความเข้าใจในตนเองที่มีต่อการซึมเศร้า และความเข้มแข็งทางใจของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลงภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.4.5 การให้คำปรึกษาแบบปรับความคิดและพฤติกรรม และปัญหาสุขภาพจิต

การให้คำปรึกษาแบบปรับความคิดและพฤติกรรม มีความเชื่อว่าความรู้สึกและพฤติกรรมของบุคคลถูกกำหนดจากการประเมินการรับรู้สถานการณ์ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการรู้การคิดความคิดที่ส่งผลกับตนเอง ส่งผลต่ออารมณ์ในเชิงลบ และเกิดเป็นพฤติกรรมเชิงลบ หากบุคคลสามารถปรับความคิดเชิงลบที่ไม่สมเหตุสมผลของตนเองได้ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรม จึงมีการนำแนวคิดนี้เพื่อใช้ในการให้คำปรึกษาสำหรับปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งเห็นได้จากการศึกษาของไบเรียม เงามาม (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอารมณ์

ต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นที่มีปัญหาพฤติกรรม โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory : CDI) ฉบับภาษาไทย เพื่อคัดนักเรียนที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 16 – 21 คะแนน เข้าร่วมกลุ่ม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาพบว่าวัยรุ่นกลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั้นหมายถึงการเข้าร่วมการให้คำปรึกษาแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม ลดภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นได้ และการศึกษาของZadeh and Lateef (2012) ได้ศึกษาผลของการบำบัดปรับความคิดและพฤติกรรมต่อนักศึกษาหญิงที่มีภาวะเศร้าในประเทศปากีสถาน ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมสามารถลดระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

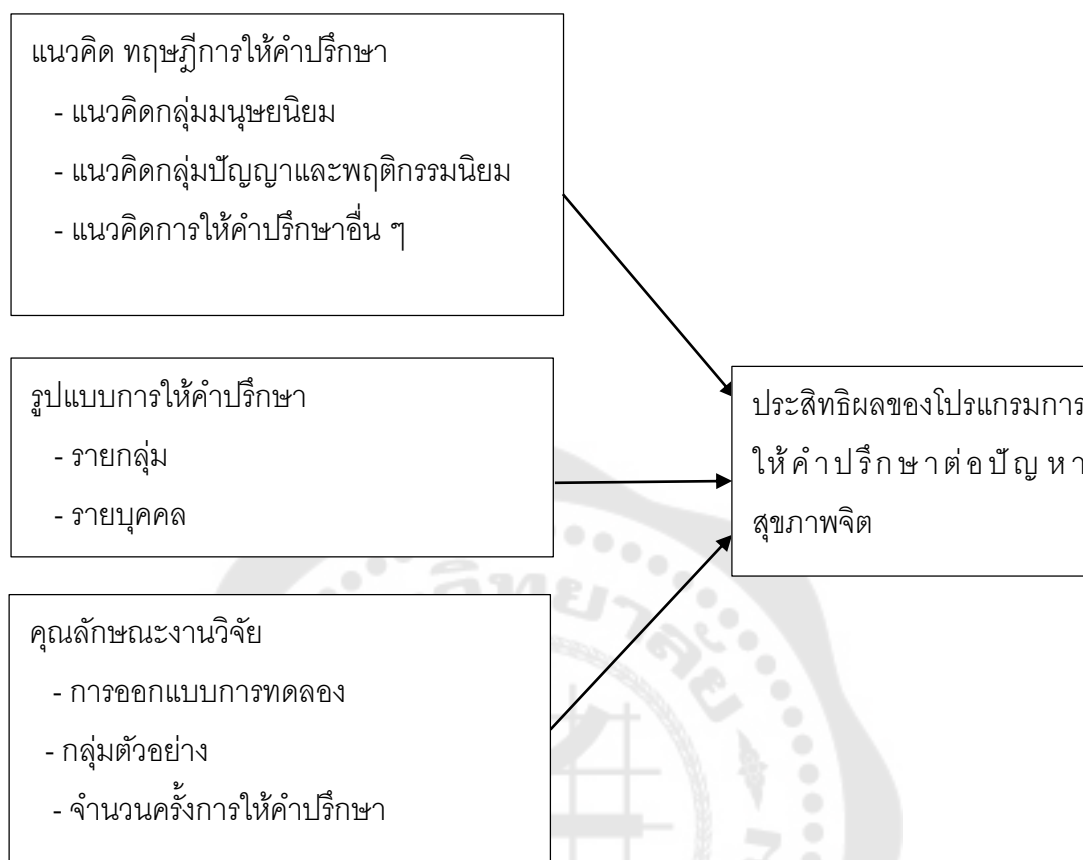
จากแนวคิดการให้คำปรึกษาแต่ละทฤษฎี สามารถอธิบายได้ว่า การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีแต่ละทฤษฎีมีลักษณะเด่นที่ต่างกัน แต่ทุกทฤษฎีมีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือบุคคลให้สามารถหลุดพ้นจากปัญหาที่กำลังเผชิญ สามารถอธิบายได้ คือ แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมและการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางมีเชื้อเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ที่คล้ายกัน คือมนุษย์เป็นผู้มีศักยภาพ มีอิสระในการตัดสินใจเลือกและรับผิดชอบพฤติกรรมของตนเอง จึงเน้นกระบวนการให้คำปรึกษาโดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี รับฟังและสะท้อนเสียงของบุคคลให้เขาสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางในการแก้ปัญหของตนเองได้ แต่แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง แบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรมและแบบปรับความคิดและพฤติกรรม มีความเชื่อว่าบุคคลมีความคิด อารมณ์ พฤติกรรม มีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นเมื่อต้องการจะปรับพฤติกรรมจึงต้องปรับความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล หาความต้องการที่แท้จริงของเขา เพื่อเปลี่ยนความคิด ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้น จะเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล เพื่อแก้ปัญหาที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่

การทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีต่าง ๆ ผู้วิจัยให้ข้อสังเกตเห็นว่างานวิจัยที่ผ่านมา มีการใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาที่แตกต่างกันแม้เป็นปัญหาสุขภาพจิตประเภทเดียวกัน อีกทั้งยังมีรูปแบบการให้คำปรึกษาทั้งแบบรายบุคคล (ธรรมศักดิ์ วรวงษ์ , 2549 ; สิรินาถ สนตุน , 2544) และแบบกลุ่ม (พยาม การดี, 2551 ; อนุวัติ ศรีพร, 2546) และกลุ่มตัวอย่างที่ต่างกัน ทั้งในนักเรียน (ฉัตรฤดี กิจวิมลตระกูล , 2545 ; สุทัศน์ ชัดสีใส, 2549) และนิสิตนักศึกษา (ภัทรา เสี่ยงมโนเมือง, 2547 ; เซต บุญมี, 2541) แต่ยังไม่มียานวิจัยใดที่ชี้ให้เห็นว่าแนวคิดใดมีประสิทธิภาพหรือเหมาะสมกับปัญหาแต่ละชนิดแตกต่างกันอย่างไร และหากบุคคลที่

ประสบปัญหาสุขภาพจิตไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที อาจทำให้บุคคลมีระดับของปัญหาสุขภาพจิตที่สูงขึ้น ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติและเกิดเป็นโรคทางจิตเวชในที่สุด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิดพบว่าปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในบุคคลสามารถลดระดับความรุนแรงได้จากการให้คำปรึกษา ซึ่งการให้คำปรึกษามีกระบวนการที่หลากหลาย ทั้งรูปแบบ แนวคิดทฤษฎีและการออกแบบการวิจัย และความแตกต่างที่กล่าวมานั้นล้วนส่งผลต่อขนาดของอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา และจากการศึกษาพบว่า มีงานวิจัยเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาที่ผ่านมามีจำนวนมาก ผู้วิจัยจึงได้เกิดแนวคิดในการนำโปรแกรมให้คำปรึกษาที่แตกต่างกันมาศึกษาวิเคราะห์ห่อภิมาณ เพื่อให้ได้แนวทางความแตกต่างว่าการให้คำปรึกษาที่มีรูปแบบที่แตกต่างกันของแนวคิด รูปแบบการให้คำปรึกษา คุณลักษณะของงานวิจัยส่งผลถึงขนาดอิทธิพลแตกต่างกันอย่างไร โดยการวิเคราะห์ห่อภิมาณงานวิจัยที่ศึกษาขนาดอิทธิพลของผลโปรแกรมการให้คำปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ภายใต้แนวคิดการให้คำปรึกษาและรูปแบบการวิจัย และคุณลักษณะของงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อจัดการปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียน นิสิตและนักศึกษา ที่เป็นงานวิจัยแบบการทดลอง (Experimental Design) ดังแสดงในภาพ



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

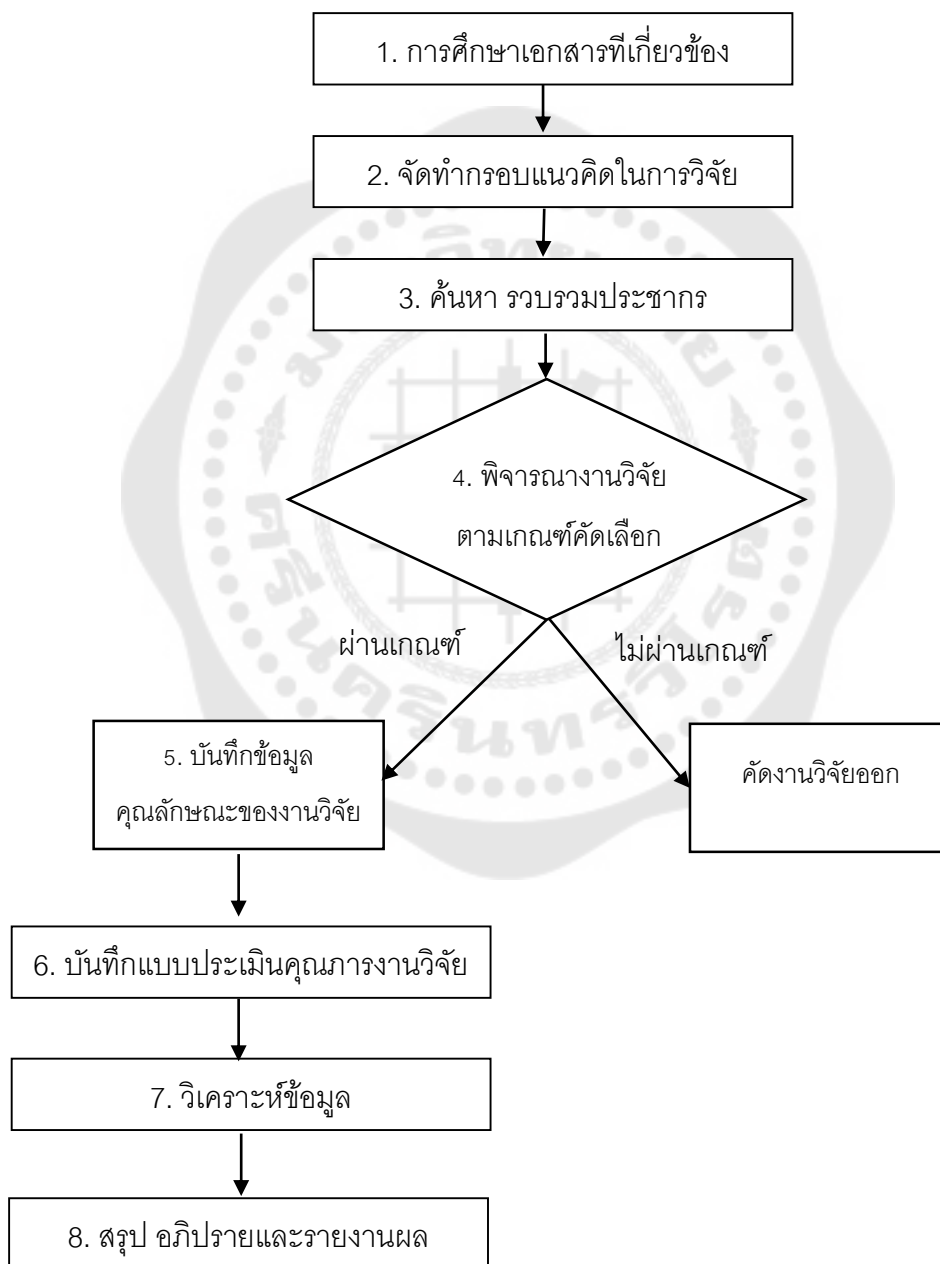
สมมติฐานการวิจัย

1. ขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิตจะมีระดับขนาดอิทธิพลแตกต่างกันไปตามแนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษา
2. ขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิตจะมีระดับขนาดอิทธิพลแตกต่างกันไปตามรูปแบบการให้คำปรึกษา
3. ขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิตจะมีระดับขนาดอิทธิพลแตกต่างกันไปตามคุณลักษณะของงานวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ เป็นการสังเคราะห์เกี่ยวกับโปรแกรมการให้คำปรึกษากับ
ปัญหาสุขภาพจิต โดยใช้การวิจัยด้วยวิธีวิเคราะห์ห่อภิณงานวิจัย (meta-analysis) มีกรอบ
แนวทางในการดำเนินงานและขั้นตอนดังภาพ



ภาพประกอบ 2 กรอบแนวทางในการดำเนินงานวิจัย

และสามารถอธิบายตามประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย
2. แหล่งข้อมูลและการสืบค้นข้อมูล
3. ตัวแปรและข้อมูลในการวิจัย
4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
5. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล
6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้
7. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ วิทยานิพนธ์ ปริญญานิพนธ์ และงานวิจัยซึ่งเกี่ยวข้องกับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต (ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า) ในนักเรียน นักศึกษาในประเทศไทย ที่ทำเสร็จเรียบร้อยปี พ.ศ. 2540 – พ.ศ. 2563 จำนวน 34 เล่ม

ตาราง 3 แหล่งที่มาของกลุ่มตัวอย่าง

แหล่งที่มา	จำนวน
มหาวิทยาลัยบูรพา	10
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	5
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	5
มหาวิทยาลัยสารคาม	4
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	3
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	3
มหาวิทยาลัยทักษิณ	2
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์	1
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช	1
รวม	34

1.1 การคัดเลือกงานวิจัย

คัดเลือกเอกสารงานวิจัยที่ผ่านการสืบค้นข้อมูลจากแหล่งที่กำหนด โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกเข้า เกณฑ์การคัดเลือกออกผ่านการวิจัยโดยผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกงานวิจัยตามแบบฟอร์มการคัดเลือกงานวิจัย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์คัดเลือกเข้า

1. เป็นรายงานการวิจัย วิทยานิพนธ์ที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต (ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า) ในนักเรียน นิสิตและนักศึกษา
2. เป็นวิจัยที่สามารถค้นหาได้ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และในห้องสมุด
3. เป็นงานวิจัยฉบับเต็มที่ได้รับการตีพิมพ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 – พ.ศ. 2563
4. เป็นงานวิจัยที่ใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษากับนักเรียน นักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า
5. เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ เชิงทดลอง

เกณฑ์การคัดออก

1. เป็นงานวิจัยที่มีเฉพาะบทคัดย่อ หรือเป็นบทความ
2. งานวิจัยที่ไม่มีค่าสถิติที่เพียงพอในการนำมาวิเคราะห์

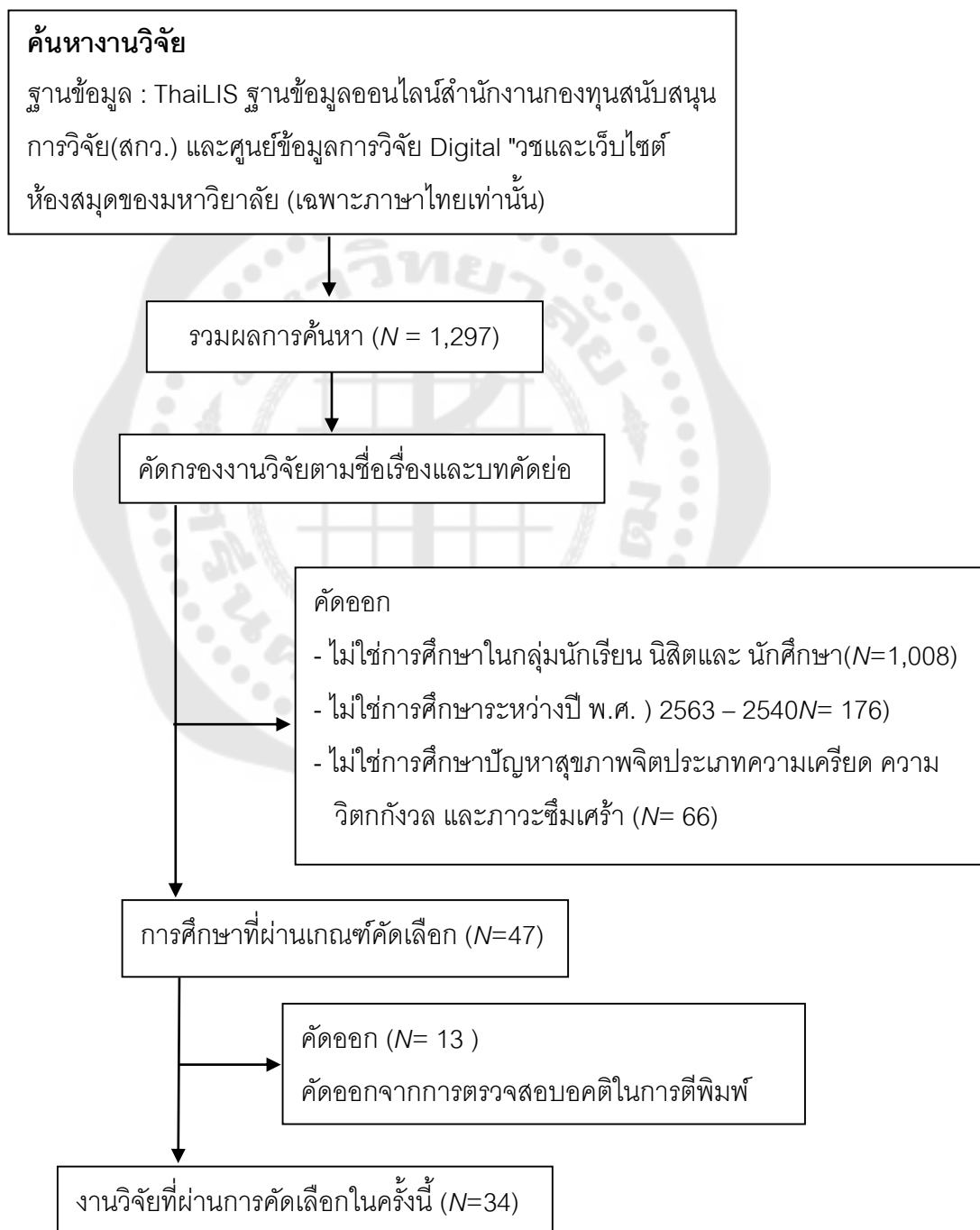
2. แหล่งข้อมูลและการสืบค้นข้อมูล

ค้นหางานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทยที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ พ.ศ. 2540 – พ.ศ. 2563 โดยใช้การสืบค้น ดังนี้

1. สืบค้นข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ออนไลน์ ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในประเทศไทย ได้แก่ ThaiLIS ฐานข้อมูลออนไลน์สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย(สกว.) และศูนย์ข้อมูลการวิจัย Digital "วชและเว็บไซต์ห้องสมุดของมหาวิทยาลัยต่าง ๆ เช่น มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา มหาวิทยาลัยขอนแก่น

2. คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น (Keyword) การสืบค้นลำดับแรกใช้คำค้น เช่น “ให้คำปรึกษา + นักเรียน/นิสิต/นักศึกษา” “ประสิทธิผล + นักเรียน/นิสิต/นักศึกษา” “การให้คำปรึกษา + ปัญหาสุขภาพจิต” “ภวนิยม + ความเครียด” “ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง + ความวิตกกังวล” “ปรับความคิด + ภาวะซึมเศร้า” “ภาวะซึมเศร้า” “ประสิทธิผลของโปรแกรม + ความเครียด” “แนวคิดยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง” “แนวคิดเผชิญความจริง” และ “แนวคิดภวนิยม” พบงานวิจัยที่เป็นโปรแกรมการให้คำปรึกษาทั้งสิ้นจำนวน 1,297 งาน และนำเข้าเกณฑ์การคัดเลือก โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็น

นักเรียน นิสิตและนักศึกษาจำนวน 289 งาน และที่ตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2540 – 2563 เหลืองานวิจัยจำนวน 113 งาน จากนั้นเมื่อกำหนดตัวแปรตามที่เป็นปัญหาสุขภาพจิต ตามกำหนดขอบเขตของปัญหาสุขภาพจิตได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เหลืองานวิจัยจำนวน 47 งาน และสุดท้ายคัดงานที่มีอคติในการตีพิมพ์ออก เหลืองานวิจัยจำนวน 34 งาน



ภาพประกอบ 3 แผนภาพการคัดเลือกการศึกษาตาม PRISMA

3. ตัวแปร (Coding)

งานวิจัยเรื่องนี้มีตัวแปรที่เกี่ยวข้อง 2 ตัวแปร คือ ตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ซึ่งตัวแปรต้นของงานวิจัยนี้คือ คุณลักษณะของงานวิจัย จำนวน 12 ตัว โดยผู้วิจัยแบ่งคุณลักษณะของงานวิจัยออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) แนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษา 2) รูปแบบการให้คำปรึกษา และ 3) คุณลักษณะของงานวิจัย และตัวแปรตามของงานวิจัยคือค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยที่ปรับแก้แล้วด้วยสูตรของ Hedges

เมื่อพิจารณารายละเอียดของตัวแปรคุณลักษณะของงานวิจัยทั้ง 3 ด้าน เกี่ยวกับตัวแปรองค์ประกอบแต่ละตัวแปรเชิงคุณลักษณะสามารถอธิบายได้ ดังนี้

ตาราง 4 ตัวตัวแปร

ตัวแปร	องค์ประกอบของแต่ละตัวแปร
1. แนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษา	1. แนวคิดกลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยม 2. แนวคิดกลุ่มมนุษยนิยม 3. แนวคิดกลุ่มจิตวิทยาอื่น ๆ
2. รูปแบบการให้คำปรึกษา	1. แบบรายบุคคล 2. แบบกลุ่ม
3. การออกแบบงานวิจัย	1. True control group pretest-posttest design 2. The one group pretest - posttest design
4. กลุ่มตัวอย่าง	1. นักเรียน 2. นิสิตหรือนักศึกษา
5. จำนวนครั้งการให้คำปรึกษา	1. น้อยกว่า 8 ครั้ง 2. ตั้งแต่ 8 -10 ครั้ง 3. มากกว่า 10 ครั้ง

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ชุด คือ แบบบันทึกคุณลักษณะของงานวิจัย และแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัย แบบบันทึกทั่วไปของคุณลักษณะงานวิจัย ได้แก่ ชื่อผู้วิจัย ชื่อเรื่อง ชื่อสังกัด ปีที่พิมพ์ และข้อมูลคุณลักษณะเชิงทดลอง และผลการวิจัย

2. แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียน นิสิตหรือนักศึกษา โดยผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของ สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา (สกศ.) ร่วมกับ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2551) โดยเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 คือ คุณภาพวิจัยต่ำ ถึง 4 คือ คุณภาพงานวิจัยสูง จำนวน 30 ข้อ และเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยโครงสร้างของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย แสดงในตาราง ดังนี้

ตาราง 5 โครงสร้างของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย

เนื้อหาสาระที่ประเมิน	จำนวนข้อ	ร้อยละ	ข้อที่
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาวิจัย	10	33.33	1-10
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	4	13.33	11-14
3. วิธีดำเนินการวิจัย			
3.1 ระเบียบวิธีวิจัย	2	6.67	15-16
3.2 เกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่าง	2	6.67	17-18
3.3 เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล	2	6.67	19-20
3.4 การออกแบบการวิเคราะห์ข้อมูล	1	3.33	21
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	2	6.67	22-23
5. การสรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	3	10.00	24-26
6. การนำเสนอรายงานวิจัย	3	10.00	27-29
7. คุณภาพงานวิจัยโดยรวม	1	3.33	30
รวม	30	100.00	

แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยมีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ โดยกำหนดการให้คะแนนแต่ละระดับดังนี้ (นงรักษ์ วิรัชชัย , 2551)

0 หมายถึง	คุณภาพงานวิจัยต่ำ
1 หมายถึง	คุณภาพงานวิจัยค่อนข้างต่ำ
2 หมายถึง	คุณภาพงานวิจัยปานกลาง
3 หมายถึง	คุณภาพงานวิจัยค่อนข้างสูง
4 หมายถึง	คุณภาพงานวิจัยสูง

เกณฑ์ในการแปลผลการประเมินคุณภาพงานวิจัย

คะแนนประเมินอยู่ระหว่าง	3.21– 4.00	หมายถึง	มีคุณภาพดีมาก
คะแนนประเมินอยู่ระหว่าง	2.41– 3.20	หมายถึง	มีคุณภาพดี
คะแนนประเมินอยู่ระหว่าง	1.61– 2.40	หมายถึง	มีคุณภาพปานกลาง
คะแนนประเมินอยู่ระหว่าง	0.81– 1.60	หมายถึง	มีคุณภาพค่อนข้างต่ำ
คะแนนประเมินต่ำกว่า	0.80	หมายถึง	มีคุณภาพต่ำ

จากนั้นนำให้อาจารย์ที่ปรึกษา ตรวจสอบความชัดเจนและความครอบคลุมของประเด็น ตรวจสอบความชัดเจนและความครอบคลุมของประเด็นที่จะประเมิน รวมทั้งเกณฑ์ที่กำหนด ก่อนนำมาปรับปรุงแก้ไข

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย มีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปร
 2. ผู้วิจัยร่างแบบบันทึกคุณลักษณะของงานวิจัย และเลือกแบบบันทึกคุณภาพของงานวิจัย
 3. ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัย แบบบันทึกทั่วไปของคุณลักษณะงานวิจัย และแบบบันทึกคุณภาพงานวิจัย พิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาทั้งสองเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความครบถ้วนของแบบบันทึก และแก้ไขตามคำแนะนำ
 4. หลังจากนั้นจึงทดลองบันทึกร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาทั้งสองท่าน โดยเป็นอิสระต่อกัน จำนวน 2 งานวิจัย จากนั้นนำผลการบันทึกตรวจสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ความสอดคล้องภายในสำหรับความน่าเชื่อถือของผู้ประเมิน (Intra-rater Reliability) โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ Koo & Li (2016) ระบุเกณฑ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในมีค่าอยู่ระหว่าง 0 – 1 สามารถแปลความหมายได้ดังนี้ ค่าอยู่ระหว่าง 0.00 – 0.50 ความน่าเชื่อถือของผู้ประเมินมีความสอดคล้องกันในระดับต่ำ ค่าอยู่ระหว่าง 0.50 – 0.74 ความน่าเชื่อถือของผู้ประเมินมีความสอดคล้องกันในระดับพอใช้ ค่าอยู่ระหว่าง 0.75 – 0.90 ความน่าเชื่อถือของผู้ประเมินมีความสอดคล้องกันในระดับดี และค่าอยู่ระหว่าง 0.90 – 1.00 ความน่าเชื่อถือของผู้ประเมินมีความสอดคล้องกันในระดับดีมาก
- ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างผู้ประเมินมีค่า 0.97 มีความสอดคล้องกันของผู้ประเมินอยู่ในระดับดีมาก

การตรวจสอบอคติในการตีพิมพ์ผู้วิจัยเลือกใช้การทดสอบ Egger (Egger's regression test) โดยอคติจากการตีพิมพ์เป็นค่าใช้เรียกกรณีงานวิจัยที่มีขนาดอิทธิพลที่มีนัยสำคัญ

(significant) มีแนวโน้มได้รับการตีพิมพ์มากกว่างานวิจัยอื่น ๆ ดังนั้นในการวิเคราะห์หอคิมาณอาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงในการตีพิมพ์ จึงต้องมีการตรวจสอบอคติในการตีพิมพ์ โดยวิธีการทดสอบ Egger เป็นวิธีการที่นิยมและสามารถบอกความไม่มีอคติในการตีพิมพ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ จึงสามารถมั่นใจในงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์หอคิมาณ (สุรศักดิ์ เสาแก้ว, 2559) และมีนักวิจัยจำนวนมากที่ใช้วิธีนี้ในการตรวจสอบอคติในการตรวจสอบอคติในการตีพิมพ์ (Muehlschlegel et al., 2020; Richards et al., 2018; พรพิมล ประดิษฐ์, สิริมา มงคลสัมฤทธิ์และเกษร ส าเภาทอง, 2558; สันทนา ทองผุย, วนิดา ไทรชมภู และราตรี สว่างจิตร์, 2561; อรุณขุ ประดิษฐ์ทรัพย์, มานพ พิทักษ์ภากร, นรินทร์ ศรีรัตนวิริยะกุล, ศิษฏาศ ทองสิมาและอนันต์ชัย อัสวเมสิน, 2552)

5. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลวิทยานิพนธ์ ปรินท์ฉบับที่เกี่ยวกับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต (ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า) ของนักเรียน นักศึกษา หรือนิสิต รายละเอียดขั้นตอน ดังนี้

1. สืบค้นรายชื่อวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต (ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า) ของนักเรียน นักศึกษาหรือนิสิตจากระบบสืบค้นฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ที่ทำเสร็จเรียบร้อยในปี พ.ศ. 2540–2563
2. ผู้วิจัยพิจารณาคุณลักษณะงานว่าตรงกับเกณฑ์การคัดเลือกที่ผู้วิจัยกำหนดไว้หรือไม่ หากตรงจึงคัดเลือกรายงานวิจัยเพื่อบันทึกข้อมูลลงแบบบันทึกงานวิจัย
3. ผู้วิจัยทำการประเมินคุณภาพงานวิจัย แล้วทำการบันทึกผลการประเมินลงในแบบการประเมินงานวิจัย
4. ผู้วิจัยอ่านรายงานที่คัดเลือกมาได้อย่างละเอียด แล้วทำการบันทึกข้อมูลผลการศึกษาลงในแบบบันทึกคุณลักษณะงานวิจัย

6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์อคติในการตีพิมพ์ด้วย Egger test และกราฟ funnel plot และเปรียบเทียบขนาดอิทธิพลโดยใช้สูตรคิดค่าขนาดอิทธิพลของ Hedges and Olkin (1985) และกราฟ forest plot โดยโปรแกรมที่ใช้ คือ Meta Essentials Version 1.5 เป็นเครื่องมือสำหรับการวิเคราะห์หอคิมาณ โดยสามารถรวมค่าขนาดอิทธิพลและการสังเคราะห์ขนาดผลกระทบจากการศึกษาต่าง ๆ ออกแบบมาให้ทำงานด้วย Microsoft Excel ซึ่งสร้างสถิติ ตาราง ตัวเลข รูปภาพ แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของงานวิจัยที่นำมา

สังเคราะห์ และตอนที่ 2 เสนอผลการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ มีรายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1) ตัวแปรคุณลักษณะของงานวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ และความถี่ 2) ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยที่เป็นตัวแปรเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบอคติจากการตีพิมพ์ ด้วยวิธี funnel plot

ตอนที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ สรุปผลการวิจัยวัดในรูปค่าขนาดอิทธิพลเพื่อนำเสนอสถิติเชิงบรรยาย และเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลตามคุณลักษณะต่าง ๆ โดยประมาณค่าขนาดอิทธิพล (d) ตามแนวคิดของ Hedges เนื่องจากการคำนวณค่าขนาดอิทธิพลโดยใช้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานร่วมภายในกลุ่ม แทนการใช้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม อีกทั้งทำการทดสอบ Q test เพื่อประเมินความต่างแบบกัน (heterogeneity) ระหว่างผลการศึกษาของแต่ละงานวิจัย ซึ่งมีค่า I^2 แทนระดับความของต่างแบบของแต่ละงานวิจัย จากนั้นจึงนำเสนอด้วยกราฟจุดฟอเรสต์ (Forest plot)

7. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยยื่นเรื่องต่อคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อขอรับการอนุมัติจากคณะกรรมการฯ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการฯ และอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ เมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2563 หมายเลขรับรอง : SWUEC-G-369/2563 โดยเป็นโครงการวิจัยที่เข้าข่ายยกเว้น (Research with Exemption from SWUEC)

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ในส่วนนี้ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอข้อมูลเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของประชากร ส่วนที่ 2 ข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัย ส่วนที่ 3 การสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์ห่อภิ

มาน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของประชากร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัย เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 คือ การสำรวจคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียน นิสิตและนักศึกษาในประเทศไทย

ส่วนที่ 3 การสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์ห่อภิ เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัยข้อที่ 2 คือ การวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของประสิทธิผลการให้คำปรึกษาที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียน นิสิตและนักศึกษาในประเทศไทย และวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 คือ เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยด้านแนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษา รูปแบบการให้คำปรึกษา คุณลักษณะของงานวิจัยที่มีต่อขนาดอิทธิพลของประสิทธิผลการให้คำปรึกษา โดยมีรายละเอียด ดังนี้

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยกำหนดสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการแปลความหมายของผลการศึกษา ดังนี้

$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ย
SD	แทน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
$Q - test$	แทน	สถิติทดสอบ Q
I^2	แทน	ค่าสถิติที่ได้จากการวิเคราะห์ Q - test
Hedges'g	แทน	ค่าขนาดอิทธิพล
Egger test	แทน	สถิติที่ใช้ทดสอบ Egger
t	แทน	ค่าสถิติที่วิเคราะห์ Egger test
p	แทน	ระดับนัยสำคัญทางสถิติ

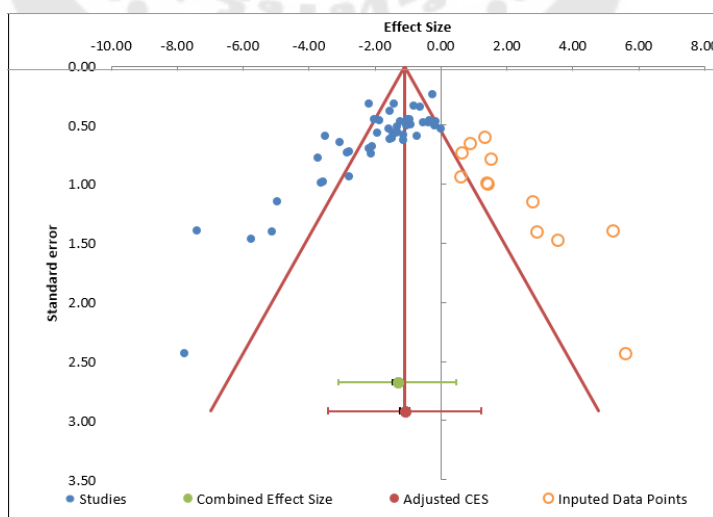
ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของประชากร

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คัดเลือกงานวิจัยทั้งหมด 1,297 เรื่อง จาก 6 แหล่งข้อมูลหลัก ได้แก่ แหล่งข้อมูลวิทยานิพนธ์ ThaiLIS Digital Collection แหล่งข้อมูลออนไลน์สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย(สกว.) และศูนย์ข้อมูลการวิจัย Digital วช. แหล่งข้อมูลห้องสมุดอิเล็กทรอนิกส์ของมหาวิทยาลัยต่างๆ เช่น มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาวิทยาลัยบูรพา และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก (เกณฑ์การเลือกอยู่ในบทที่ 3) จำนวน 47 เรื่อง

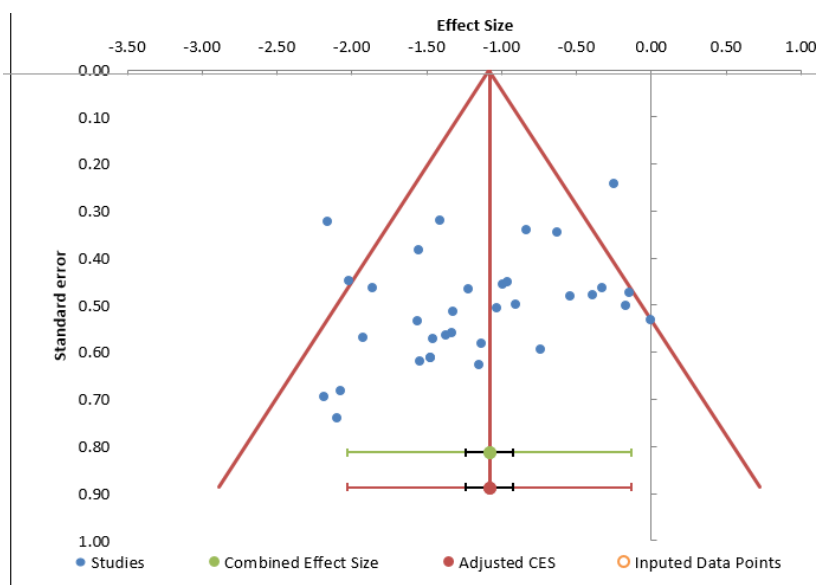
เมื่อนำงานวิจัยทั้งหมด 47 เรื่อง มาตรวจสอบอคติจากการตีพิมพ์ (Publication bias) เพื่อป้องกันปัญหาการลำเอียงจากการคัดเลือกงานวิจัยที่รายงานค่าขนาดอิทธิพลสูง ซึ่งมักมีโอกาสได้รับการตีพิมพ์สูงกว่างานวิจัยที่รายงานค่าขนาดอิทธิพลต่ำ มาใช้ในการวิเคราะห์ห่อภิมาณครั้งนี้ ผู้วิจัยทดสอบอคติจากการตีพิมพ์ โดยใช้วิธี Duval and Tweedie's Trim and Fill (Borenstein et al., 2009 ; Duval & Tweedie, 2000) วิธีนี้เป็นการนำโปรแกรมการให้คำปรึกษา (intervention) ที่มีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุดโต่ง (extreme effect sizes) ออกจากการวิเคราะห์ แล้วนำค่าขนาดอิทธิพลที่ปราศจากความลำเอียง นำมาวิเคราะห์ผลรวมของค่าขนาดอิทธิพลจากโปรแกรมการให้คำปรึกษาทั้งหมด ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิจารณาค่าขนาดอิทธิพลสุดโต่งจากการสร้างกราฟฟรอปกรวย (funnel plot) ซึ่งกราฟนี้จะแสดงความสัมพันธ์ระหว่างค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (standard error) กับขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่ใช้ในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ โดยหากโปรแกรมการให้คำปรึกษาใดมีขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยก็จะมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานสูง ซึ่งจะแสดงอยู่ในส่วนล่างของกราฟ แต่หากโปรแกรมการให้คำปรึกษาได้ทดลองกับกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ก็จะแสดงผลในส่วนบนของกราฟตามระดับของค่าขนาดอิทธิพล และหากโปรแกรมการให้คำปรึกษาใดมีค่าขนาดอิทธิพลสุดโต่งก็จะแสดงผลอยู่ด้านขวาของกราฟ ดังนั้นในการพิจารณาอคติจากการตีพิมพ์ ผู้วิจัยจะนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่มีขนาดอิทธิพลสุดโต่งที่แสดงอยู่ด้านขวาของกราฟฟรอปกรวยออก เพื่อให้ขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาในการวิเคราะห์ห่อภิมาณที่แสดงผลในกราฟฟรอปกรวยมีความสมมาตร (symmetric funnel plot) ซึ่งเป็นการชี้ให้เห็นว่าการวิเคราะห์ห่อภิมาณครั้งนี้ได้คัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการกระบวนการวิเคราะห์ได้อย่างเหมาะสมและน่าเชื่อถือ

จากการนำค่าขนาดอิทธิพลโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ จำนวน 47 เรื่อง มาสร้างกราฟฟรอปกรวย (funnel plot) ประกอบกับการทดสอบ Egger (Egger's regression test) เพื่อตรวจสอบอคติจากการตีพิมพ์ พบว่า ขนาดอิทธิพลมีความสัมพันธ์กับค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.44, df = 46, p < 0.05$) และค่า

ขนาดอิทธิพลที่แสดงในกราฟรูปกรวยไม่กระจายแบบสมมาตร ดังภาพที่ 4 แสดงว่างานวิจัยทั้ง 47 เรื่อง หากนำมาศึกษาในการวิเคราะห์ห่อหุ้มครั้งนี้ทั้งหมดจะเป็นการละเลยงานวิจัยที่มีค่าขนาดอิทธิพลที่มีนัยสำคัญต่อการสังเคราะห์ออกไป ดังนั้น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาเรื่องอคติจากการตีพิมพ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยการนำงานวิจัยที่รายงานค่าขนาดอิทธิพลสุดโต่งออกจำนวน 13 เรื่อง ได้แก่ โปรแกรมการให้คำปรึกษาในงานวิจัยของผุสดี หนังสือ , 2542 ; รัตนติกาล สุวรรณชัยโมฆิต , 2543 ; ดลดาว ปุณณานนท์ , 2543 ; สุภาพร สุนพะวงษ์ , 2542 ; ชัชฎาภรณ์ ผลเรือง , 2549 ; นฤมิตร รอดโสภา , 2552 ; ศุภรัตน์ จันลา , 2542 ; ประดับศรี ศิริกุล , 2548 ; สุภาพร เจียมพานิชกุล ; 2547 ; พัทยา อุดมสินคำ , 2541 และธรรมศักดิ์ วรวงศ์ , 2549 จากนั้นผู้วิจัยได้ค่าขนาดอิทธิพลในงานวิจัยที่เหลือ จำนวน 34 เรื่อง มาสร้างกราฟรูปกรวยและทดสอบ Egger test อีกครั้ง ผลการวิเคราะห์พบว่า ขนาดอิทธิพลมีความสัมพันธ์กับค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.79, df = 33, p = .083$) และการกระจายของค่าขนาดอิทธิพลในกราฟรูปกรวยมีลักษณะสมมาตร ดังภาพที่ 5 นั้นแสดงให้เห็นว่าไม่มีการขาดหายของงานวิจัยที่สำคัญในการวิเคราะห์ครั้งนี้ ดังนั้นจึงเป็นการยืนยันได้ว่าการนำค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัย 34 เรื่องมาวิเคราะห์จะไม่พบปัญหาอคติจากการตีพิมพ์ในการวิเคราะห์ห่อหุ้มครั้งนี้ นอกจากนี้ ผู้วิจัยสังเกตได้ว่างานวิจัยทั้ง 13 งานที่คัดออกนั้นเป็นงานวิจัยที่มีลักษณะการศึกษาเชิงทดลองแบบไม่มีกลุ่มควบคุม มีการสุ่มโดยไม่ใช้ความน่าจะเป็น และมีกลุ่มตัวอย่างน้อย จึงมีแนวโน้มที่ขนาดอิทธิพลมีความสัมพันธ์กับค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



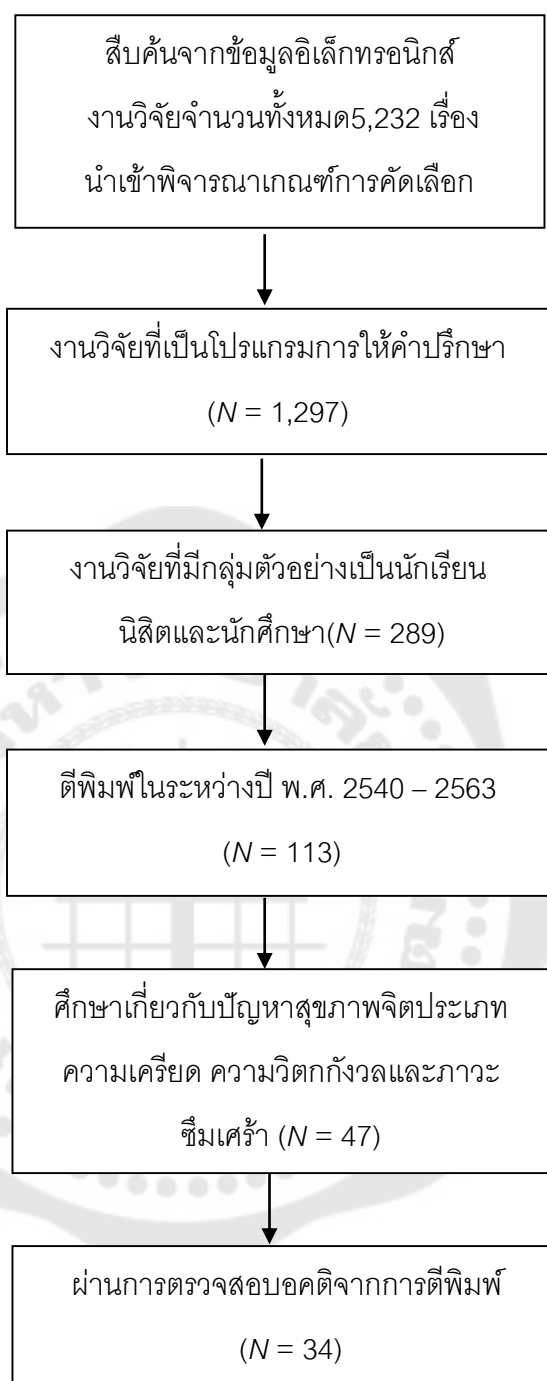
ภาพประกอบ 4 กราฟรูปกรวย (funnel plot) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างขนาดอิทธิพลกับค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ในงานวิจัย จำนวน 47 งาน



ภาพประกอบ 5 กราฟรูปกรวย (funnel plot) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างขนาดอิทธิพลกับ
ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ในงานวิจัย จำนวน 34 งาน

จากกระบวนการคัดเลือกงานวิจัยและตรวจสอบอคติจากการตีพิมพ์สามารถสรุปเป็น
กระบวนการคัดเลือกได้ตามภาพประกอบที่ 6

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นจากงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์และการตรวจสอบอคติจาก
การตีพิมพ์ จำนวน 34 เรื่อง พบว่า เป็นการศึกษาโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัญหา
สุขภาพจิตกับกลุ่มนักเรียนและกลุ่มนิสิตและนักศึกษา จำนวน 688 คน โดยเป็นงานวิจัยที่ศึกษาใน
กลุ่มนักเรียน จำนวน 18 งานวิจัย มีจำนวนตัวอย่างวิจัยรวมทั้งสิ้น 442 คน และเป็นงานวิจัยที่
ศึกษาในกลุ่มนิสิตและนักศึกษา จำนวน 16 งานวิจัย มีจำนวนตัวอย่างวิจัยรวมทั้งสิ้น 276 คน ส่วน
ใหญ่เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 41.18 ($n=$
14) รองลงมาคือความวิตกกังวลและความเครียดร้อยละ 29.14 ($n=10$) เท่ากัน



ภาพประกอบ 6 กระบวนการคัดเลือกงานวิจัย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัย

ในส่วนนี้จะนำเสนอข้อมูลของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ตามลักษณะคุณลักษณะต่าง ๆ โดยแบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ 1) ข้อมูลคุณลักษณะพื้นฐานของงานวิจัย และ 2) คุณภาพของงานวิจัย ดังนี้

2.1 ข้อมูลคุณลักษณะพื้นฐานของงานวิจัย

คุณลักษณะของงานวิจัยพิจารณาตามแนวคิดพื้นฐานทางจิตวิทยาที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษา สามารถแบ่งออกเป็น 3 แนวคิด โดยงานวิจัยใช้แนวคิดการให้คำปรึกษากลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยม ร้อยละ 38.24 ($n=13$) เท่ากับแนวคิดการให้คำปรึกษากลุ่มมนุษยนิยม ร้อยละ 38.24 ($n=13$) เท่ากับแนวคิดกลุ่มการให้คำปรึกษาอื่น ๆ (ประกอบด้วย การใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาร่วมกับวิธีการอื่น ๆ การให้คำปรึกษาตามแนวพุทธศาสตร์ การให้คำปรึกษาแบบบูรณาการ) ร้อยละ 23.52 ($n=8$) และเมื่อพิจารณาแยกตามประเภทของการให้คำปรึกษา พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้วิธีการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ร้อยละ 82.35 ($n=28$) และการให้คำปรึกษารายบุคคล ร้อยละ 17.65 ($n=6$) และกำหนดจำนวนครั้งที่ใช้สำหรับการให้คำปรึกษาส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 8 – 10 ครั้ง ร้อยละ 44.12 ($n=15$) ถัดมาคือมากกว่า 10 ครั้ง ร้อยละ 32.35 ($n=11$) และ ร้อยละ 23.53 ($n=8$) ใช้จำนวนครั้งในการให้คำปรึกษาน้อยกว่า 8 ครั้ง

ลักษณะประเภทของงานวิจัยที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ มีลักษณะเป็นงานวิจัยเชิงทดลอง ส่วนใหญ่ออกแบบการทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Pretest Posttest Control Group Design) ร้อยละ 82.35 ($n=28$) และมีการกลุ่มทดลองเพียงอย่างเดียว (One Group Pretest Posttest Design) โดยไม่มีกลุ่มควบคุม ร้อยละ 17.65 ($n=6$) งานวิจัยมีการสุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็น ร้อยละ 70.27 ($n=26$) และการคัดเลือกแบบเจาะจง ร้อยละ 27.03 ($n=10$) โดยมีรายละเอียดในตารางที่ 6

ตาราง 6 ความถี่และร้อยละของงานวิจัยโดยรวมและรายด้านของปัญหาสุขภาพจิต

	ความเครียด (n = 10)		ความวิตก กังวล (n = 10)		ภาวะ ซึมเศร้า (n = 14)		ปัญหา สุขภาพจิต (n = 34)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
กลุ่มตัวอย่าง								
นักเรียน	3	30.00	5	50.00	10	71.43	18	52.94
นิสิตและนักศึกษา	7	70.00	5	50.00	4	28.57	16	47.06
แนวคิดทฤษฎี								
กลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยม	6	60.00	3	30.00	5	35.72	13	38.24
กลุ่มมนุษยนิยม	3	30.00	6	60.00	3	21.43	13	38.24
กลุ่มการให้คำปรึกษาอื่น ๆ	1	10.00	1	10.00	6	42.85	8	23.52
รูปแบบการให้คำปรึกษา								
การให้คำปรึกษารายบุคคล	4	40.00	1	10.00	1	7.14	6	17.65
การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม	6	60.00	9	90.00	13	92.86	28	82.35
จำนวนครั้ง								
น้อยกว่า 8 ครั้ง	4	40.00	1	10.00	3	21.43	8	23.53
8 – 10 ครั้ง	5	50.00	5	50.00	5	35.71	15	44.12
มากกว่า 10 ครั้ง	1	10.00	4	40.00	6	42.86	11	32.35
การออกแบบการทดลอง								
การออกแบบการทดลองที่มีกลุ่มควบคุม	8	80.00	8	80.00	12	85.71	28	82.35
การออกแบบการทดลองที่ไม่มีกลุ่มควบคุม	2	20.00	2	20.00	2	14.29	6	17.65
การสุ่มตัวอย่าง								
การสุ่มโดยใช้ความน่าจะเป็น	8	80.00	7	70.00	10	71.43	25	73.53
การสุ่มแบบเจาะจง	2	20.00	3	30.00	4	28.57	9	26.47

2.2 คุณภาพงานวิจัยที่นำมาศึกษา

ผลการวิเคราะห์คุณภาพงานวิจัย พบว่างานวิจัยที่นำมาศึกษามีระดับคุณภาพงานวิจัยในภาพรวมเฉลี่ย 2.94 (S.D. = 0.18) แสดงว่าคุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับคุณภาพดี และเมื่อพิจารณาคุณภาพในรายด้านพบว่า คุณภาพด้านผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}$ = 3.46, S.D. = .42) อยู่ในระดับคุณภาพดีมาก รองลงมาคือด้านวิธีดำเนินการวิจัย ($\bar{X}$ = 3.23, S.D. = 0.30) อยู่ในระดับดีมาก และด้านการสรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.16, S.D. = .35) ขณะที่ด้านการนำเสนอมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}$ = 2.41, S.D. = .20) อยู่ในระดับดี (ตารางที่ 7)

อย่างไรก็ตาม เมื่อสังเกตคุณภาพงานวิจัยแยกตามปีที่ตีพิมพ์ พบว่า งานวิจัยที่ตีพิมพ์ย้อนหลัง 10 ปี (พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2563) มีค่าเฉลี่ยคุณภาพงานโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.04, S.D. = .19) สูงกว่างานวิจัยที่ตีพิมพ์ย้อนหลังเกิน 10 ปี (พ.ศ. 2540 – พ.ศ. 2552) (t = 2.65, $\bar{X}$ = 2.88, S.D. = .14) เล็กน้อย ซึ่งอยู่ในระดับดี และยังพบว่างานวิจัยที่มีการออกแบบการทดลองให้มีกลุ่มควบคุมจะมีระดับคุณภาพงานวิจัย ($\bar{X}$ = 2.98, S.D. = .16) สูงกว่างานวิจัยที่มีการออกแบบการทดลองที่ไม่มีกลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 2.76, S.D. = .13) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (t = 3.65, p < .01)

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพงานวิจัยรายด้าน

ด้าน	ปีที่ตีพิมพ์				การออกแบบการทดลอง				ปัญหา	
	ย้อนหลัง		ย้อนหลัง		ไม่มีกลุ่ม		มีกลุ่ม		สุขภาพจิต	
	เกิน 10 ปี		10 ปี		ควบคุม		ควบคุม		(N=34)	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
ที่มาและความสำคัญของปัญหาวิจัย .1	2.66	.19	2.94	.23	2.68	.12	2.78	.26	2.76	.24
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .2	2.76	.28	2.90	.35	2.67	.13	2.85	.33	2.82	.31
วิธีดำเนินการวิจัย .3	3.20	.28	3.29	.32	2.83	.40	3.32	.19	3.23	.30
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .4	3.36	.45	3.62	.30	3.33	.26	3.48	.44	3.46	.42
5. การสรุปอภิปรายผลและ ข้อเสนอแนะ	3.10	.35	3.26	.34	3.06	.39	3.18	.35	3.16	.35
การนำเสนอรายงานวิจัย .6	2.46	.17	2.33	.24	2.22	.17	2.45	.19	2.41	.20
คุณภาพงานรวม	2.88	.14	3.04	.19	2.76	.13	2.98	.16	2.94	.18

ส่วนที่ 3 การสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์อภิมาน

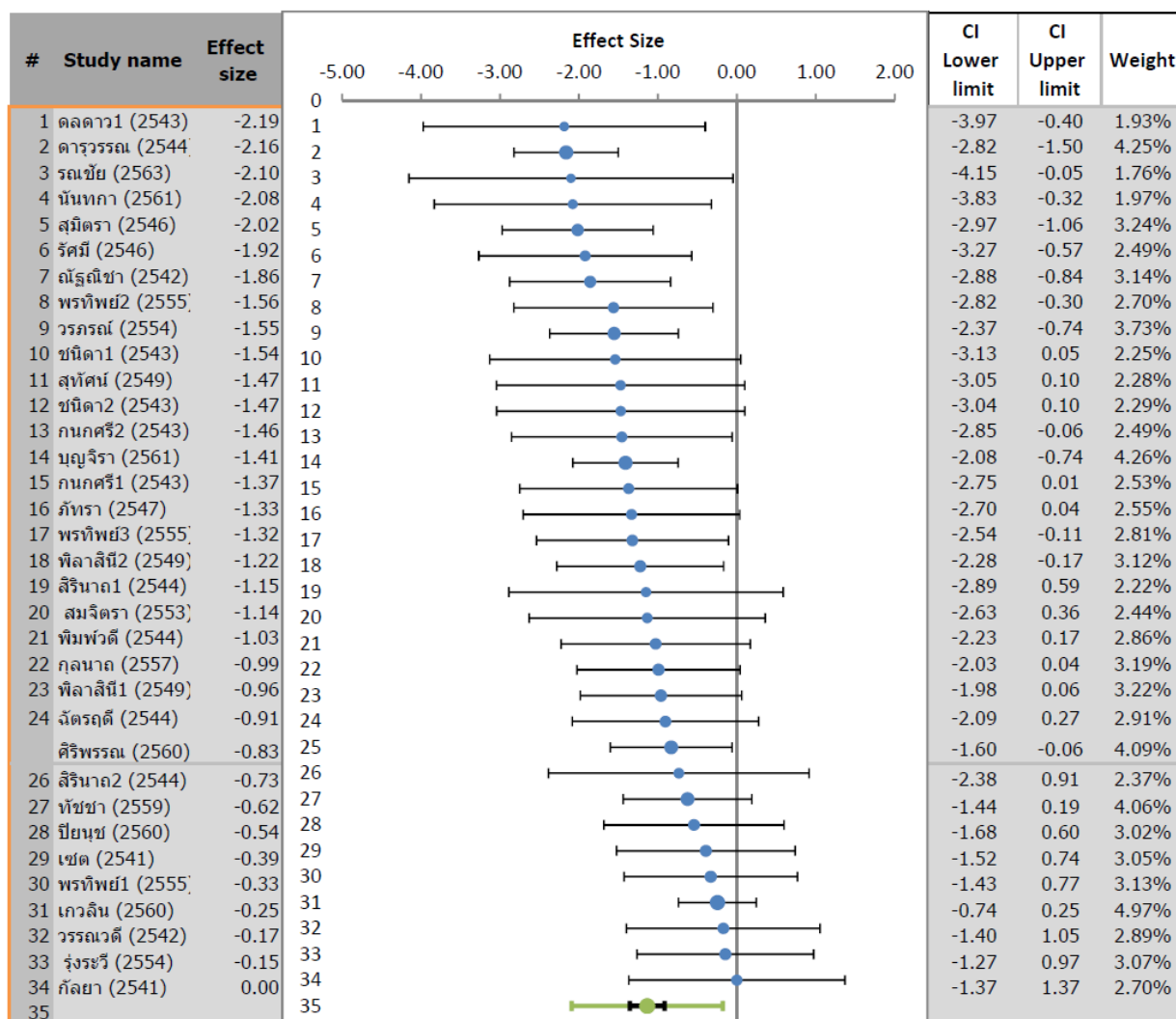
ในส่วนนี้ได้นำเสนอข้อมูลการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์อภิมาน เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 และ 3 โดยการรายงานค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ในภาพรวม และเปรียบเทียบตามคุณลักษณะต่าง ๆ ของงานวิจัย ได้แก่ แนวคิดการให้คำปรึกษา รูปแบบการให้คำปรึกษา การออกแบบการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง และจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษา โดยแบ่งหัวข้อการนำเสนอออกเป็น 4 ส่วน เริ่มจากภาพรวมปัญหาสุขภาพจิต แล้วจึงแยกตามปัญหาสุขภาพจิตแต่ละประเภท ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ดังนี้ 3.1 ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับปัญหาสุขภาพจิต 3.2 ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับความเครียด 3.3 ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับความวิตกกังวล 3.4 ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับภาวะซึมเศร้า

3.1 ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับปัญหาสุขภาพจิต

ผลการวิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิต พบว่า ขนาดอิทธิพลโดยรวมของโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับปัญหาสุขภาพจิต (overall mean effect size) เท่ากับ -1.14 ($S.D. = 0.11$) ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ โดยมีค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาอยู่ระหว่าง 0.00 และ -2.19 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับปัญหาสุขภาพจิตที่ถูกพัฒนาขึ้นสามารถช่วยลดปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มนักเรียนและนิสิตและนักศึกษาได้อย่างมาก รายละเอียดขนาดอิทธิพลของแต่ละงานวิจัย ดังนี้

จากค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับปัญหาสุขภาพจิตที่นำเสนอไปข้างต้น สังเกตได้ว่า แต่ละโปรแกรมการให้คำปรึกษามีค่าขนาดอิทธิพลแตกต่างกัน และเมื่อทำการทดสอบ Q test เพื่อประเมินความต่างแบบกัน (heterogeneity) ระหว่างผลการศึกษาของแต่ละงานวิจัย พบว่า ขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่นำมาศึกษามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.01$ และมีค่า I^2 ร้อยละ 49.30 นั้นหมายความว่าผลการศึกษาที่ได้จากแต่ละงานวิจัยมีความต่างแบบกันโดยไม่ได้เกิดจากความบังเอิญตามธรรมชาติทางสถิติ เช่น การที่ขนาดตัวอย่างวิจัยไม่เท่ากันที่มีผลทำให้ขนาดอิทธิพลต่างกัน แต่ความต่างกันเหล่านี้อาจเกิดจากลักษณะของการออกแบบโปรแกรมให้คำปรึกษาที่ต่างกัน ในด้านแนวคิด ทฤษฎีของโปรแกรมการให้คำปรึกษา หรือลักษณะการออกแบบการวิจัย

เมื่อพิจารณาค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแยกตามแนวคิดทฤษฎี
ของโปรแกรมการให้คำปรึกษาและลักษณะการออกแบบการวิจัย พบว่า



ภาพประกอบ 7 ค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับปัญหาสุขภาพจิต

1) ลักษณะแนวคิดทฤษฎีของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวคิดกลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยมมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย -1.25 ใกล้เคียงกับแนวคิดกลุ่มมนุษยนิยมมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย -1.06

2) รูปแบบการให้คำปรึกษา ทั้งการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและการให้คำปรึกษารายบุคคลมีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง โดยการให้คำปรึกษารายบุคคลมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยเท่ากับ -1.23 และการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยเท่ากับ -1.12

3) การออกแบบการทดลอง ทั้งการออกแบบการทดลองให้ไม่มีกลุ่มควบคุมมีค่าขนาดอิทธิพลและการออกแบบที่มีกลุ่มควบคุมมีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง โดยการออกแบบการทดลองที่ไม่มีกลุ่มมีค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลเฉลี่ยเท่ากับ -1.51 และการออกแบบที่มีกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลเท่ากับ -1.18

4) กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนมีค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลเท่ากับ -1.18 อยู่ในระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิตและนักศึกษามีค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลเท่ากับ -1.08

5) จำนวนครั้งของการให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษาที่มีจำนวนครั้งอยู่ระหว่าง 8 – 10 ครั้ง มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ -1.28 รายละเอียดดังตาราง

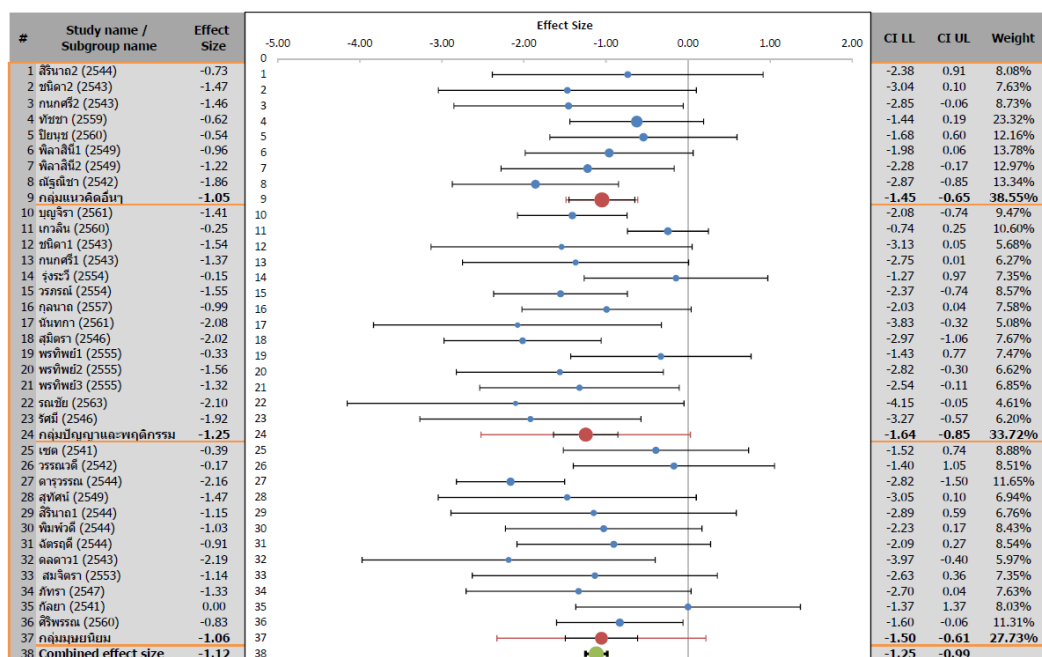
ตาราง 8 ลักษณะตัวแปรสำหรับปัญหาสุขภาพจิต

ตัวแปร	จำนวนงานวิจัย	ค่าขนาดอิทธิพล
แนวคิดการให้คำปรึกษา		
แนวคิดกลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยม	14	-1.25
แนวคิดกลุ่มมนุษยนิยม	12	-1.06
แนวคิดกลุ่มการให้คำปรึกษาอื่น ๆ	8	-1.05
รูปแบบการให้คำปรึกษา		
การให้คำปรึกษารายบุคคล	6	-1.23
การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม	28	-1.12
การออกแบบการทดลอง		
มีกลุ่มควบคุม	28	-1.06
ไม่มีกลุ่มควบคุม	6	-1.51
กลุ่มตัวอย่าง		
นักเรียน	18	-1.18
นิสิตและนักศึกษา	16	-1.08
จำนวนครั้ง		
น้อยกว่า 8 ครั้ง	8	-1.18
8 – 10 ครั้ง	15	-1.28
มากกว่า 10 ครั้ง	11	-0.91

เมื่อพิจารณารายละเอียดของค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแยกตามแนวคิดทฤษฎีของโปรแกรมการให้คำปรึกษาและลักษณะการออกแบบการวิจัย ได้แก่ 1) แนวคิดการให้คำปรึกษา 2) รูปแบบการให้คำปรึกษา 3) การออกแบบการทดลอง 4) กลุ่มตัวอย่าง และ 5) จำนวนครั้งของการให้คำปรึกษา พบรายละเอียดดังนี้

1) แนวคิดการให้คำปรึกษา

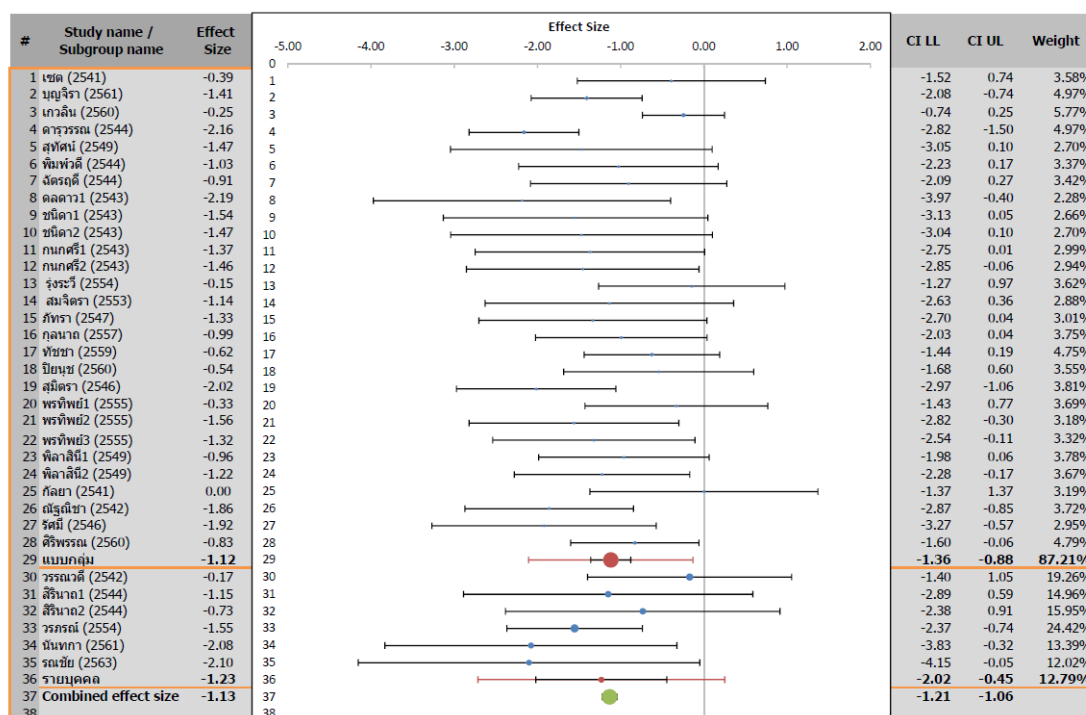
จากการนำค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษามาแสดงผลในรูปแบบของกราฟจุดฟอเรสต์ (forest plot) โดยจำแนกกลุ่มตามแนวคิดในการให้คำปรึกษา ดังภาพที่ 8 พบว่า มีงานวิจัยจำนวน 14 งาน ที่ใช้แนวคิดกลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยม (การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม และแนวคิดการให้คำปรึกษาแบบปรับความคิดและพฤติกรรม) (-1.25, 95% CI : -1.64, - 0.85) โดยมีงานวิจัยจำนวน 10 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม ส่วนโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่พัฒนาตามกลุ่มแนวคิดมนุษยนิยม (การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง การให้คำปรึกษาแบบยึดผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลางและการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม) (-1.06, 95% CI : -1.50, - 0.61) มีงานวิจัย จำนวน 12 งาน โดยมีงานวิจัยจำนวน 6 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม ซึ่งค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่พัฒนาตามกลุ่มแนวคิดมนุษยนิยมมีขนาดใกล้เคียงกับกลุ่มแนวคิดการให้คำปรึกษาอื่น ๆ (การให้คำปรึกษาแบบบูรณาการ การให้คำปรึกษาแบบกลม และการให้คำปรึกษาร่วมกับวิธีการอื่น ๆ) (-1.05, 95% CI : -1.45, -0.65) โดยแนวคิดกลุ่มแนวคิดการให้คำปรึกษาอื่นมีงานวิจัยจำนวน 8 งาน และมีงานวิจัยจำนวน 4 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม จากผลการวิเคราะห์สามารถสรุปได้ว่าค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทั้งสามกลุ่มแนวคิดมีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง



ภาพประกอบ 8 Forest Plot ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับปัญหาสุขภาพจิต
จำแนกตามแนวคิดพื้นฐานของโปรแกรมการให้คำปรึกษา

2) รูปแบบการให้คำปรึกษา

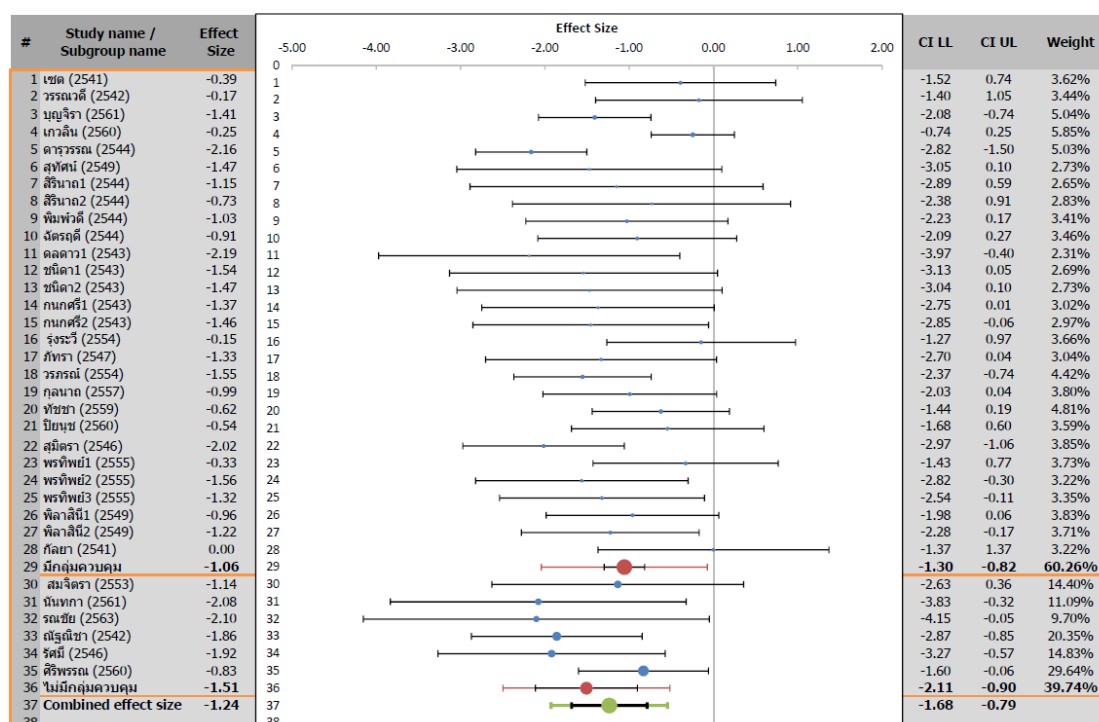
จากการนำค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษามาแสดงผลในรูปแบบของกราฟจุดฟอเรสต์ (forest plot) โดยจำแนกกลุ่มตามรูปแบบการให้คำปรึกษา ดังภาพที่ 9 พบว่า มีการวิจัยจำนวน 6 งาน ที่เป็นการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล (-1.23, 95% CI : -2.02, -0.45) มีงานวิจัยจำนวน 3 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม และมีค่าขนาดอิทธิพลใกล้เคียงกับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (-1.12, 95% CI : -1.36, -0.88) ซึ่งมีงานวิจัยจำนวน 28 งาน และมีงานวิจัยจำนวน 16 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม จากผลการวิเคราะห์สามารถสรุปได้ว่าค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทั้งสองกลุ่มรูปแบบมีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง



ภาพประกอบ 9 Forest Plot การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา
สำหรับปัญหาสุขภาพจิตจำแนกตามรูปแบบการให้คำปรึกษา

3) การออกแบบการทดลอง

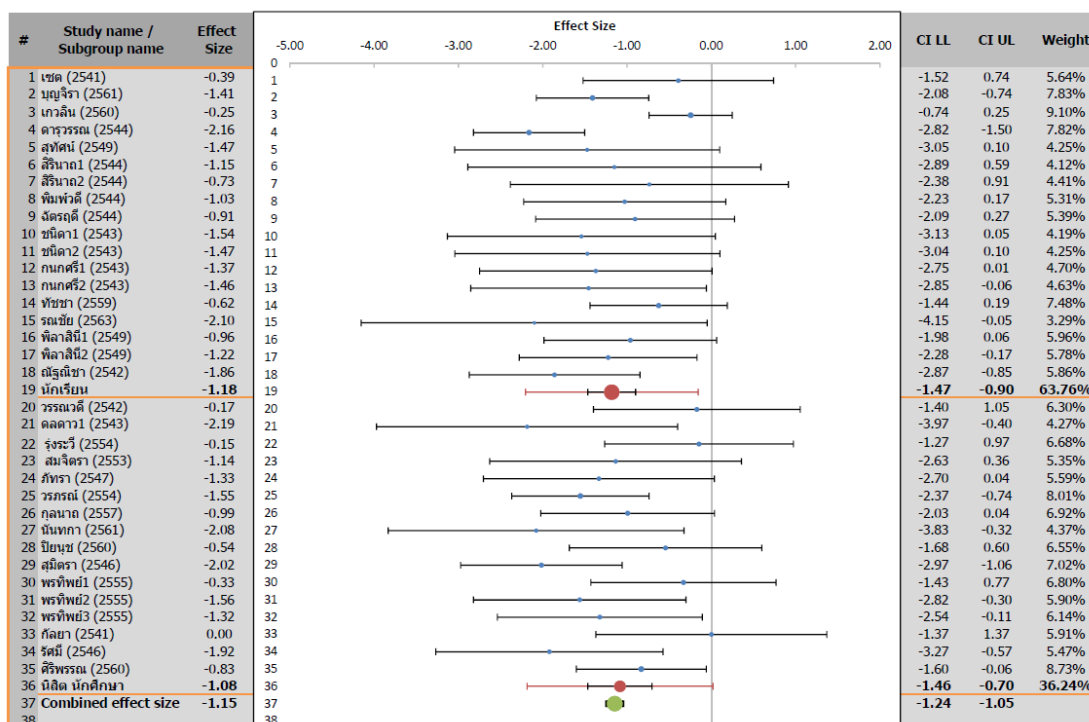
จากการนำค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษามาแสดงผลในรูปแบบของกราฟจุดฟอเรสต์ (forest plot) โดยจำแนกกลุ่มตามการออกแบบการทดลอง ดังภาพที่ 10 พบว่า มีงานวิจัยจำนวน 6 งาน ที่มีการออกแบบโปรแกรมการให้คำปรึกษาด้วยรูปแบบการทดลองแบบไม่มีกลุ่มควบคุม (-1.51 , 95% CI : -2.11, -0.90) โดยมีงานวิจัยจำนวน 5 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม และมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงกว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่ออกแบบการทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม (-1.06, 95% CI : -1.30, -0.82) ซึ่งม้งานวิจัยจำนวน 28 งานและม้งานวิจัยจำนวน 16 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม จากผลการวิเคราะห์สามารถสรุปได้ว่าค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทั้งสองกลุ่มการออกแบบมีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง



ภาพประกอบ 10 Forest Plot การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา
สำหรับปัญหาสุขภาพจิตจำแนกตามการออกแบบการทดลอง

4) กลุ่มตัวอย่าง

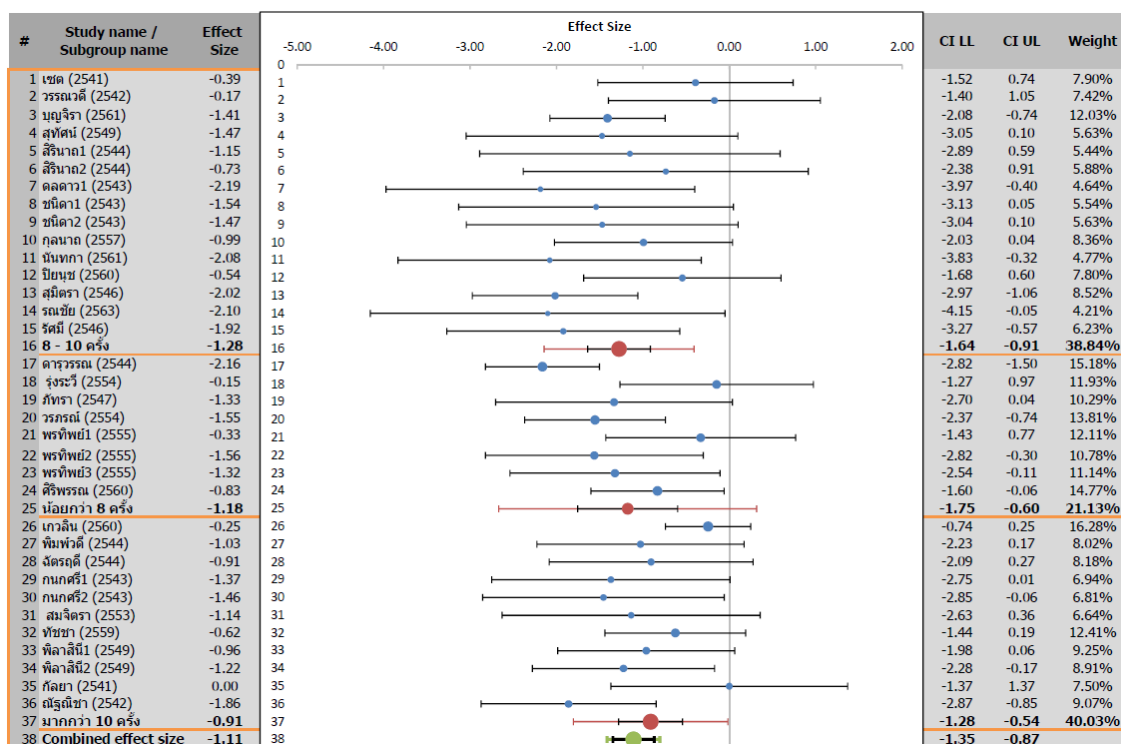
จากการนำค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษามาแสดงผลในรูปแบบของกราฟจุดเฟอเรสต์ (forest plot) โดยจำแนกกลุ่มตามกลุ่มตัวอย่าง ดังภาพที่ 11 พบว่า มีงานวิจัยจำนวน 18 งาน ที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียน (-1.18, 95% CI : -1.47, -0.90) และมีงานวิจัยจำนวน 10 งาน ที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม โดยมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยใกล้เคียงกับงานวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตและนักศึกษา (-1.08, 95% CI : -1.46, -0.70) ซึ่งมีจำนวนงานวิจัยจำนวน 16 งาน และมีงานวิจัยจำนวน 9 งาน ที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม จากผลการวิเคราะห์สามารถสรุปได้ว่าค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทั้งสองกลุ่มตัวอย่่างมีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง



ภาพประกอบ 11 Forest Plot การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา
สำหรับปัญหาสุขภาพจิตจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง

5) จำนวนครั้งในการให้คำปรึกษา

จากการนำค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษามาแสดงผลในรูปแบบของกราฟจุดฟอเรสต์ (forest plot) โดยจำแนกกลุ่มตามจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษา ดังภาพที่ 12 พบว่า มีงานวิจัยจำนวน 15 งาน ที่มีการออกแบบจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษาระหว่าง 8 – 10 ครั้ง มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย (-1.28, 95% CI : -1.64, -0.91) โดยมีงานวิจัยจำนวน 9 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม และมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยใกล้เคียงกับงานวิจัยที่มีการออกแบบจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษาน้อยกว่า 8 ครั้ง (-1.18, 95% CI : -1.75, -0.60) ซึ่งมีงานวิจัยจำนวน 8 งานและมีงานวิจัยจำนวน 5 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม แต่พบว่าทั้งสองมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงกว่างานวิจัยที่มีการออกแบบจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษามากกว่า 10 ครั้ง (-0.91, 95% CI : -1.28, -0.54) ซึ่งมีจำนวน 11 งานและมีงานวิจัยจำนวน 7 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม แต่พบว่าทั้งสองมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงกว่า จากผลการวิเคราะห์สามารถสรุปได้ว่าค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทั้งสองกลุ่มจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษามีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง



ภาพประกอบ 12 Forest Plot การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา
สำหรับปัญหาสุขภาพจิตจำแนกตามจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษา

3.2 ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับ ความเครียด

ผลการวิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับความเครียดมีค่าขนาดอิทธิพลโดยรวม (overall mean effect size) เท่ากับ -1.08 ($S.D. = 0.19$) และมีงานวิจัยจำนวน 11 งาน พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิตและนักศึกษา จำนวน 8 งาน และศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนจำนวน 3 งาน โดยพบค่าขนาดอิทธิพลอยู่ระหว่าง -0.15 และ -2.78 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ เมื่อพิจารณาค่าขนาดอิทธิพลของลักษณะตัวแปรที่แตกต่างกัน สามารถสรุปข้อค้นพบได้ดังนี้

- 1) ลักษณะแนวคิดทฤษฎีพื้นฐานของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวคิดกลุ่มมนุษยนิยมมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ -1.16
- 2) รูปแบบการให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลมีค่าขนาดอิทธิพลสูงกว่า โดยมีค่าเท่ากับ -1.40

3) การออกแบบการทดลอง การออกแบบการทดลองให้ไม่มีกลุ่มควบคุมมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ -1.99

4) กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิต และนักศึกษามีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ -1.13

5) จำนวนครั้งของการให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษาที่มีจำนวนครั้งอยู่ระหว่าง 8 – 10 ครั้ง มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ -1.31 ดังนี้

ตาราง 9 ลักษณะตัวแปรสำหรับความเครียด

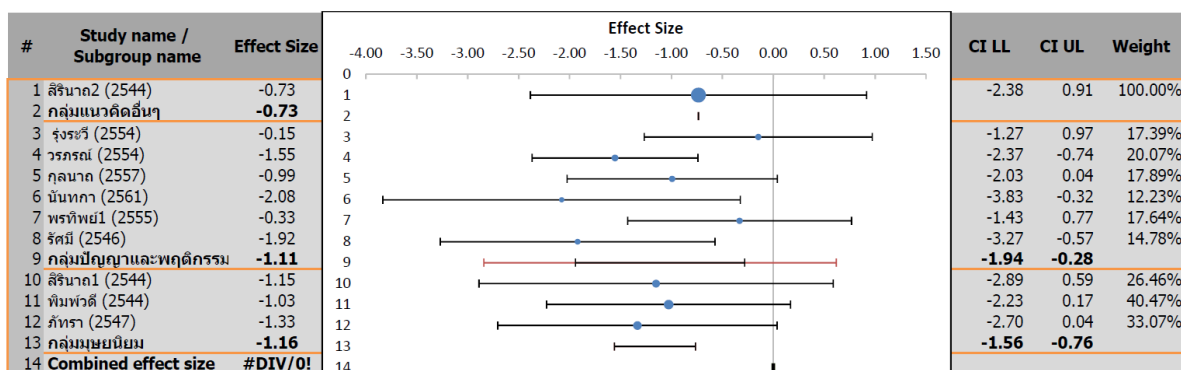
ตัวแปร	จำนวนงานวิจัย	ค่าขนาดอิทธิพล
แนวคิดการให้คำปรึกษา		
แนวคิดกลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยม	6	-1.11
แนวคิดกลุ่มมนุษยนิยม	3	-1.16
แนวคิดกลุ่มการให้คำปรึกษาอื่น ๆ	1	-0.73
รูปแบบการให้คำปรึกษา		
การให้คำปรึกษารายบุคคล	4	-1.40
การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม	6	-0.91
การออกแบบการทดลอง		
มีกลุ่มควบคุม	10	-1.08
ไม่มีกลุ่มควบคุม	8	-0.92
ไม่มีกลุ่มควบคุม	2	-1.99
กลุ่มตัวอย่าง		
นักเรียน	3	-0.97
นิสิตและนักศึกษา	7	-1.13
จำนวนครั้ง		
น้อยกว่า 8 ครั้ง	4	-0.85
8 – 10 ครั้ง	5	-31.1
มากกว่า 10 ครั้ง	1	-1.03

เมื่อพิจารณาค่าขนาดอิทธิพลของลักษณะตัวแปรที่แตกต่างกัน ตามการออกแบบแนวคิดทฤษฎีของโปรแกรมการให้คำปรึกษา และการออกแบบการทดลองที่แตกต่างกันเพื่อเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลตามลักษณะที่แตกต่างกัน จะนำเสนอค่าขนาดอิทธิพลได้แยกตาม

ลักษณะต่าง ๆ ได้แก่ 1) แนวคิดการให้คำปรึกษา 2) รูปแบบการให้คำปรึกษา 3) การออกแบบการทดลอง 4) กลุ่มตัวอย่าง และ 5) จำนวนครั้ง มีรายละเอียดดังนี้

1) แนวคิดการให้คำปรึกษาสำหรับความเครียด

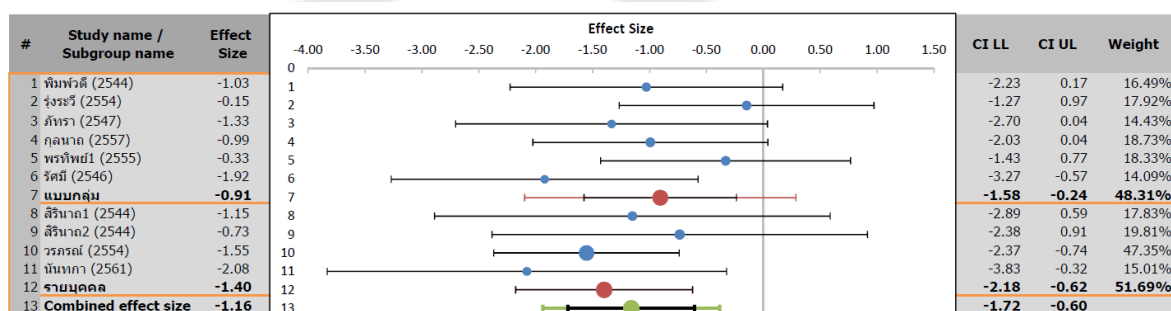
จากการนำค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษามาแสดงผลในรูปแบบของกราฟจุดฟอเรสต์ (forest plot) โดยจำแนกกลุ่มตามแนวคิดในการให้คำปรึกษา ดังภาพที่ 13 พบว่า มีงานวิจัยจำนวน 3 งาน ที่ใช้แนวคิดกลุ่มแนวคิดมนุษยนิยม (การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง การให้คำปรึกษาแบบยืดหยุ่น รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง และการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม) มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด (-1.16, 95% CI : -1.56, -0.76) โดยมีงานวิจัยจำนวน 2 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม ถัดมาคือ กลุ่มแนวคิดปัญญาและพฤติกรรมนิยม (การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม และแนวคิดการให้คำปรึกษาแบบปรับความคิดและพฤติกรรม) (-1.11, 95% CI : -1.94, -0.28) ซึ่งมีงานวิจัยจำนวน 6 งานที่ใช้แนวคิดนี้และมีงานวิจัยจำนวน 3 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม และกลุ่มแนวคิดการให้คำปรึกษาอื่น ๆ (การให้คำปรึกษาแบบบูรณาการ การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม และการให้คำปรึกษาร่วมกับวิธีการอื่น ๆ) (-0.73, 95% CI : -2.38, 0.91) มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยน้อยที่สุด จากผลการวิเคราะห์สามารถสรุปได้ว่าค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทั้งกลุ่มแนวคิดปัญญาและพฤติกรรมนิยมและกลุ่มมนุษยนิยมมีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง



ภาพประกอบ 13 Forest Plot ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับความเครียด
จำแนกตามแนวคิดพื้นฐานของโปรแกรมการให้คำปรึกษา

2) รูปแบบการให้คำปรึกษา

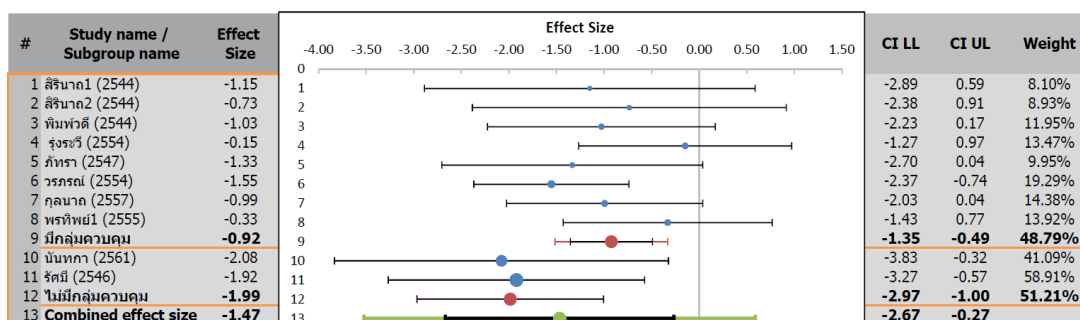
จากการนำค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษามาแสดงผลในรูปแบบของกราฟจุดฟอเรสต์ (forest plot) โดยจำแนกกลุ่มตามรูปแบบการให้คำปรึกษา ดังภาพที่ 14 พบว่า มีงานวิจัยจำนวน 4 งาน ที่มีการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล (-1.40 , 95% CI : -2.18 , -0.62) โดยมีงานวิจัยจำนวน 2 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม และมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงกว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (-0.91 , 95% CI : -1.58 , 0.24) ซึ่งมีงานวิจัยจำนวน 6 งาน และมีงานวิจัยจำนวน 3 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม จากผลการวิเคราะห์สามารถสรุปได้ว่าค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทั้งสองกลุ่มรูปแบบมีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง



ภาพประกอบ 14 Forest Plot การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา
สำหรับความเครียดจำแนกตามรูปแบบการให้คำปรึกษา

3) การออกแบบการทดลอง

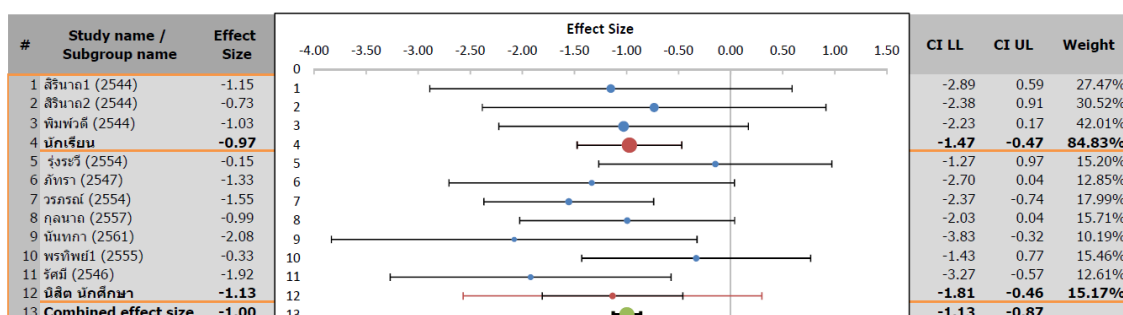
จากการนำค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษามาแสดงผลในรูปแบบของกราฟจุดฟอเรสต์ (forest plot) โดยจำแนกกลุ่มตามการออกแบบการทดลอง ดังภาพที่ 15 พบว่า มีงานวิจัยจำนวน 2 งาน ที่มีโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่ออกแบบการทดลองแบบไม่มีกลุ่มควบคุม (-1.99 , 95% CI : -2.97 , -1.00) โดยมีงานวิจัยจำนวน 1 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม และมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงกว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่ออกแบบการทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม (-0.92 , 95% CI : -1.35 , -0.49) ซึ่งมีงานวิจัยจำนวน 8 งาน และมีงานวิจัยจำนวน 5 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม จากผลการวิเคราะห์สามารถสรุปได้ว่าค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทั้งสองกลุ่มการออกแบบมีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง



ภาพประกอบ 15 Forest Plot การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา
สำหรับความเครียดจำแนกตามการออกแบบการทดลอง

4) กลุ่มตัวอย่าง

จากการนำค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษามาแสดงผลในรูปแบบของกราฟจุดฟอเรสต์ (forest plot) โดยจำแนกกลุ่มตามกลุ่มตัวอย่าง ดังภาพที่ 16 พบว่า มีงานวิจัยจำนวน 7 งาน ที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตและนักศึกษา (-1.13, 95% CI : -1.81, -0.46) มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงกว่างานวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียน (-0.97, 95% CI : -1.47, -0.47) ซึ่งม้งานวิจัยจำนวน 3 เรื่อง และม้งานวิจัยจำนวน 2 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม จากผลการวิเคราะห์สามารถสรุปได้ว่าค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทั้งสองกลุ่มตัวอย่ำนมีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง

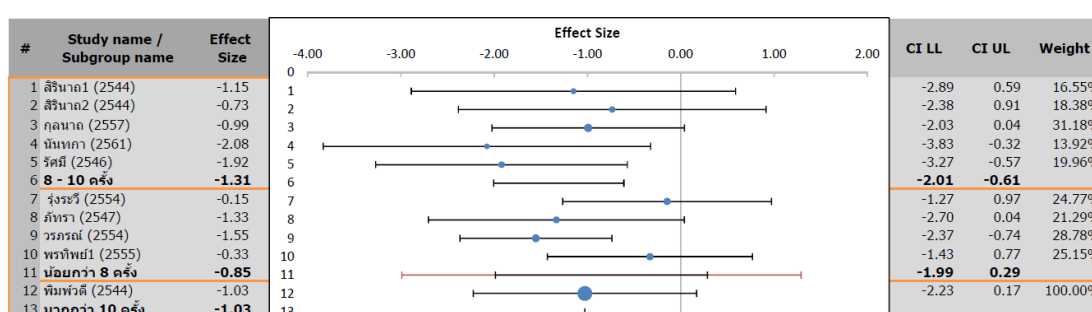


ภาพประกอบ 16 Forest Plot การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา
สำหรับความเครียดจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง

5) จำนวนครั้งในการให้คำปรึกษา

จากการนำค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษามาแสดงผลในรูปแบบของกราฟจุดฟอเรสต์ (forest plot) โดยจำแนกกลุ่มตามจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษา ดังภาพที่ 17

พบว่า มีงานวิจัยจำนวน 5 เรื่อง ที่มีการออกแบบจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษาระหว่าง 8 – 10 ครั้ง ($-1.31, 95\% \text{ CI} : -2.01, -0.61$) โดยมีงานวิจัยจำนวน 2 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม และมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ งานวิจัยที่มีการออกแบบจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษาน้อยกว่า 8 ครั้ง ($-0.85, 95\% \text{ CI} : -1.99, 0.29$) ซึ่งม้งานวิจัยจำนวน 4 เรื่อง และมีงานวิจัยจำนวน 2 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม จากผลการวิเคราะห์สามารถสรุปได้ว่าค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทั้งสองกลุ่มจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษามีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง



ภาพประกอบ 17 Forest Plot การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา
สำหรับความเครียดจำแนกตามจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษา

3.3 ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับความวิตกกังวล

ผลการวิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับความวิตกกังวลมีค่าขนาดอิทธิพลโดยรวม (overall mean effect size) เท่ากับ -1.08 ($S.D. = 0.26$) และมีงานวิจัยจำนวน 11 งาน พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนจำนวน 6 งาน และศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิตและนักศึกษาจำนวน 5 งาน โดยพบค่าค่าขนาดอิทธิพลอยู่ระหว่าง -0.00 และ -2.78 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ เมื่อพิจารณาค่าขนาดอิทธิพลของลักษณะตัวแปรที่แตกต่างกัน สามารถสรุปข้อค้นพบได้ดังนี้

- 1) ลักษณะแนวคิดทฤษฎีพื้นฐานของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวคิดกลุ่มแนวคิดปัญญาและพฤติกรรมนิยมมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ -1.01
- 2) รูปแบบการให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ -1.08
- 3) การออกแบบการทดลอง การออกแบบการทดลองให้ไม่มีกลุ่มควบคุมมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ -1.58

4) กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ -1.03

5) จำนวนครั้งของการให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษาที่มีจำนวนครั้งระหว่าง 8 – 10 ครั้ง มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ -1.07 ดังมีรายละเอียดในตารางที่ 10

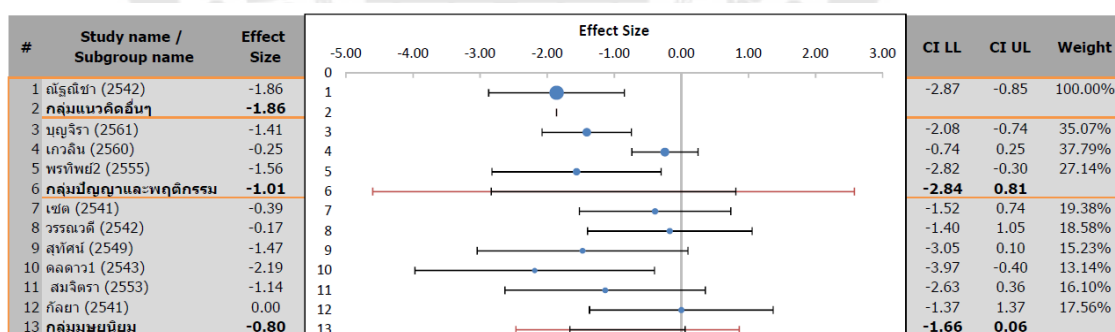
ตาราง 10 ลักษณะตัวแปรสำหรับความวิตกกังวล

ตัวแปร	จำนวนงานวิจัย	ค่าขนาดอิทธิพล
แนวคิดการให้คำปรึกษา		
แนวคิดกลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยม	3	-1.01
แนวคิดกลุ่มมนุษยนิยม	6	-0.80
แนวคิดกลุ่มการให้คำปรึกษาอื่น ๆ	1	-1.86
รูปแบบการให้คำปรึกษา		
การให้คำปรึกษารายบุคคล	1	-0.17
การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม	9	-08.1
การออกแบบการทดลอง		
มีกลุ่มควบคุม	8	-0.86
ไม่มีกลุ่มควบคุม	2	-1.58
กลุ่มตัวอย่าง		
นักเรียน	5	-03.1
นิสิตและนักศึกษา	5	-0.95
จำนวนครั้ง		
น้อยกว่า 8 ครั้ง	1	-1.56
8 – 10 ครั้ง	5	-07.1
มากกว่า 10 ครั้ง	4	-0.78

เมื่อพิจารณาค่าขนาดอิทธิพลของลักษณะตัวแปรที่แตกต่างกัน ตามการออกแบบแนวคิดทฤษฎีของโปรแกรมการให้คำปรึกษา และการออกแบบการทดลองที่แตกต่างกันเพื่อเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลตามลักษณะที่แตกต่างกัน จะนำเสนอค่าขนาดอิทธิพลได้แยกตามลักษณะต่าง ๆ ได้แก่ 1) แนวคิดการให้คำปรึกษา 2) รูปแบบการให้คำปรึกษา 3) การออกแบบการทดลอง 4) กลุ่มตัวอย่าง และ 5) จำนวนครั้งในการให้คำปรึกษา มีรายละเอียดดังนี้

1) แนวคิดการให้คำปรึกษา

จากการนำค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษามาแสดงผลในรูปแบบของกราฟจุดฟอเรสต์ (forest plot) โดยจำแนกกลุ่มตามแนวคิดในการให้คำปรึกษา ดังภาพที่ 18 พบว่า มีงานวิจัยจำนวน 3 งาน ที่ใช้แนวคิดกลุ่มแนวคิดปัญญาและพฤติกรรมนิยม (การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม และแนวคิดการให้คำปรึกษาแบบปรับความคิดและพฤติกรรม) (-1.01, 95% CI : -2.84, 0.81) โดยมีงานวิจัยจำนวน 2 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม และมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มแนวคิดมนุษยนิยม (การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง การให้คำปรึกษาแบบยึดผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลางและการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม) (-0.80, 95% CI : -1.66, -0.06) ซึ่งม้งงานวิจัยจำนวน 6 งาน แลมีงานวิจัยจำนวน 3 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม ส่วนกลุ่มแนวคิดการให้คำปรึกษาอื่น ๆ (การให้คำปรึกษาแบบบูรณาการ การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม และการให้คำปรึกษาร่วมกับวิธีการอื่น ๆ) (-1.28, 95% CI : -2.81, -0.25) มีเพียงงานวิจัย 1 เรื่องจึงไม่นับมาคำนวณความแตกต่างของกลุ่มแนวคิดในครั้งนี้ จากผลการวิเคราะห์สามารถสรุปได้ว่าค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทั้งกลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยมและกลุ่มมนุษยนิยมมีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง

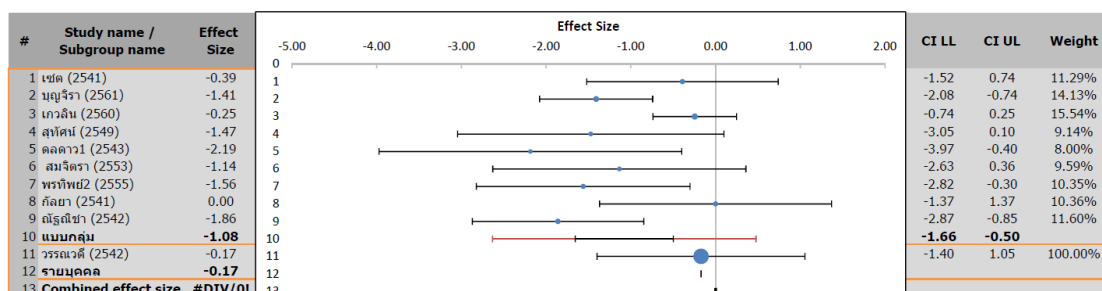


ภาพประกอบ 18 Forest Plot ประสิทธิภาพผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับความวิตกกังวล จำแนกตามแนวคิดพื้นฐานของโปรแกรมการให้คำปรึกษา

2) รูปแบบการให้คำปรึกษา

จากการนำค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษามาแสดงผลในรูปแบบของกราฟจุดฟอเรสต์ (forest plot) โดยจำแนกกลุ่มตามรูปแบบการให้คำปรึกษา ดังภาพที่ 19 พบว่า มีงานวิจัยจำนวน 9 เรื่อง ที่ใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (-1.08, 95% CI : -1.66, -0.50) โดยมีงานวิจัยจำนวน 6 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม และมีค่าขนาด

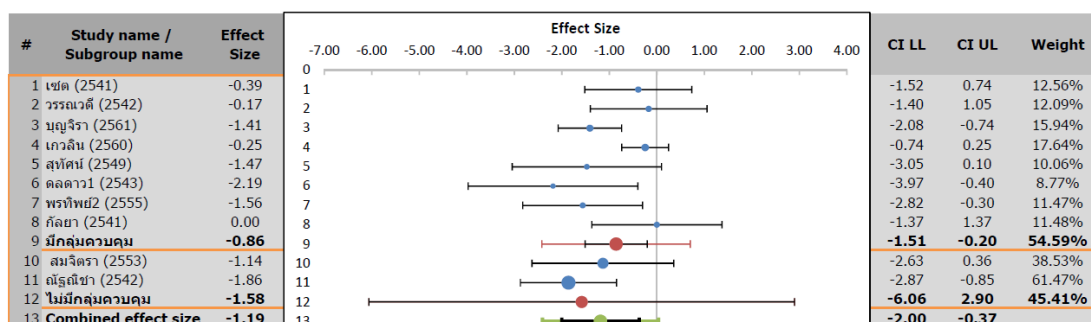
อิทธิพลเฉลี่ยสูงกว่าการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล (-0.17, 95% CI : -1.40, -0.58) ซึ่งมีงานวิจัยเพียง 1 เรื่อง จากผลการวิเคราะห์สามารถสรุปได้ว่าค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง



ภาพประกอบ 19 Forest Plot การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา
สำหรับความวิตกกังวลจำแนกตามรูปแบบการให้คำปรึกษา

3) การออกแบบการทดลอง

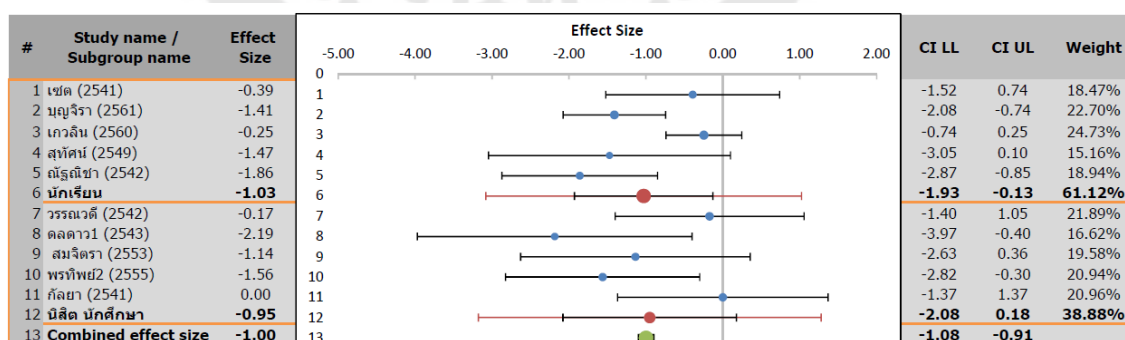
จากการนำค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษามาแสดงผลในรูปแบบของกราฟจุดฟอเรสต์ (forest plot) โดยจำแนกกลุ่มตามการออกแบบการทดลอง ดังภาพที่ 20 พบว่า มีงานวิจัยจำนวน 2 งาน ที่ใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาที่ออกแบบการทดลองแบบไม่มีกลุ่มควบคุม (-1.58, 95% CI : -6.06, -2.90) โดยมีงานวิจัยจำนวน 1 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม มีค่าขนาดอิทธิพลสูงกว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่ออกแบบการทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม (-0.86, 95% CI : -1.51, -0.20) มากกว่าเกือบ 2 เท่า โดยงานวิจัยที่มีการออกแบบการทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมมีจำนวน 8 งาน และมีงานวิจัยจำนวน 4 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม จากผลการวิเคราะห์สามารถสรุปได้ว่าค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทั้งสองการออกแบบมีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง



ภาพประกอบ 20 Forest Plot การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา
สำหรับความวิตกกังวลจำแนกตามการออกแบบการทดลอง

4) กลุ่มตัวอย่าง

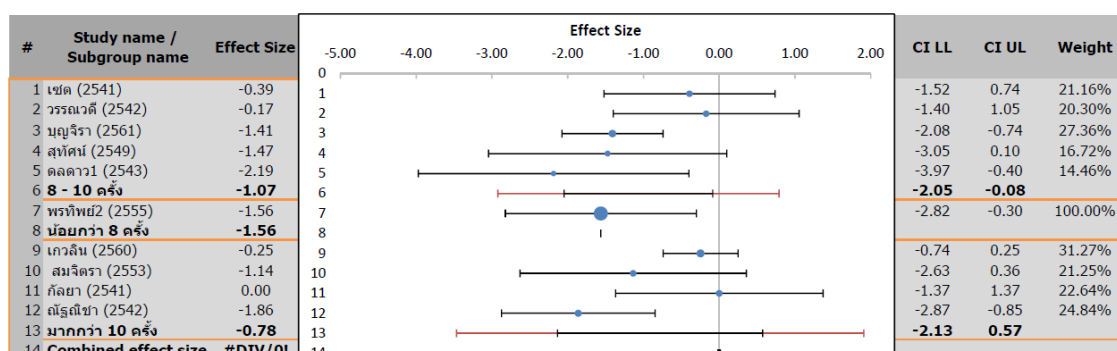
จากการนำค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษามาแสดงผลในรูปแบบของกราฟจุดฟอเรสต์ (forest plot) โดยจำแนกกลุ่มตามกลุ่มตัวอย่าง ดังภาพที่ 21 พบว่า มีงานวิจัยจำนวน 5 งาน ที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียน (-1.03, 95% CI : -1.93, -0.13) โดยมีงานวิจัยจำนวน 3 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม และมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยใกล้เคียงกับงานวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตและนักศึกษา (-0.95, 95% CI : -2.08, 0.18) ซึ่งมีจำนวน 5 งาน และมีงานวิจัยจำนวน 3 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม จากผลการวิเคราะห์สามารถสรุปได้ว่าค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทั้งสองกลุ่มตัวอย่างมีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง



ภาพประกอบ 21 Forest Plot การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา
สำหรับความวิตกกังวลจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง

5) จำนวนครั้งในการให้คำปรึกษา

จากการนำค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษามาแสดงผลในรูปแบบของกราฟจุดฟอเรสต์ (forest plot) โดยจำแนกกลุ่มตามจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษา ดังภาพที่ 22 พบว่า มีงานวิจัยจำนวน 5 งาน ที่มีการออกแบบจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษาระหว่าง 8 – 10 ครั้ง (-1.07, 95% CI : -2.05, -0.08) โดยม้งานวิจัยจำนวน 3 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม รองลงมา คือ งานวิจัยที่มีการออกแบบจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษามากกว่า 10 ครั้ง (-0.78, 95% CI : -2.13, 0.57) ซึ่งมีงานวิจัยจำนวน 4 งาน และม้งานวิจัยจำนวน 2 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม ส่วนงานที่มีการให้คำปรึกษาน้อยกว่า 8 ครั้ง (-1.56, 95% CI : -2.82, -0.30) มีเพียง 1 งาน จึงไม่นำมารวมในการเปรียบเทียบความแตกต่างครั้งนี้ จากผลการวิเคราะห์สามารถสรุปได้ว่าค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่มีจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษาระหว่าง 8 – 10 ครั้ง มีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง และโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่มีจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษามากกว่า 10 ครั้ง มีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับปานกลาง



ภาพประกอบ 22 Forest Plot การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา

สำหรับความวิตกกังวลจำแนกตามจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษา

3.4 ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับภาวะ

ซึมเศร้า

ผลการวิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับภาวะซึมเศร้ามีค่าขนาดอิทธิพลโดยรวม (overall mean effect size) เท่ากับ -1.28 (S.D. = 0.15) ซึ่ง และมีงานวิจัยจำนวน 14 งาน พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนจำนวน 10 งาน และศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิตและนักศึกษาจำนวน 4 งาน และผลการวิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าพบค่า

ขนาดอิทธิพลอยู่ระหว่าง -0.54 และ -2.16 เป็นขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ เมื่อพิจารณาค่าขนาดอิทธิพลของลักษณะตัวแปรที่แตกต่างกัน สามารถสรุปข้อค้นพบได้ดังนี้

- 1) ลักษณะแนวคิดทฤษฎีพื้นฐานของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวคิดกลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยมมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ -1.66
- 2) รูปแบบการให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมากที่สุด โดยมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยเท่ากับ -1.25
- 3) การออกแบบการทดลอง การออกแบบการทดลองให้ไม่มีกลุ่มควบคุมมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยเท่ากับการออกแบบการทดลองที่มีกลุ่มควบคุม โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ -1.30
- 4) กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิตและนักศึกษา มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยเท่ากับ -1.34 และ -1.16 ตามลำดับ
- 5) จำนวนครั้งของการให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษาที่มีจำนวนครั้งอยู่ระหว่าง 8 – 10 ครั้งกับงานวิจัยที่มีการออกแบบการให้คำปรึกษาที่มีจำนวนครั้งน้อยกว่า 8 ครั้งมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ -1.49 และ -1.45 ตามลำดับ ดังมีรายละเอียดในตารางที่ 11

ตาราง 11 ลักษณะตัวแปรสำหรับภาวะซึมเศร้า

ตัวแปร	จำนวนงานวิจัย	ค่าขนาดอิทธิพล
แนวคิดการให้คำปรึกษา		
แนวคิดกลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยม	5	-1.66
แนวคิดกลุ่มมนุษยนิยม	3	-1.33
แนวคิดกลุ่มการให้คำปรึกษาอื่น ๆ	6	-0.94
รูปแบบการให้คำปรึกษา		
การให้คำปรึกษารายบุคคล	1	-2.10
การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม	13	-1.25
การออกแบบการทดลอง		
มีกลุ่มควบคุม	14	-16.1
ไม่มีกลุ่มควบคุม	2	-1.30

ตาราง 11 (ต่อ)

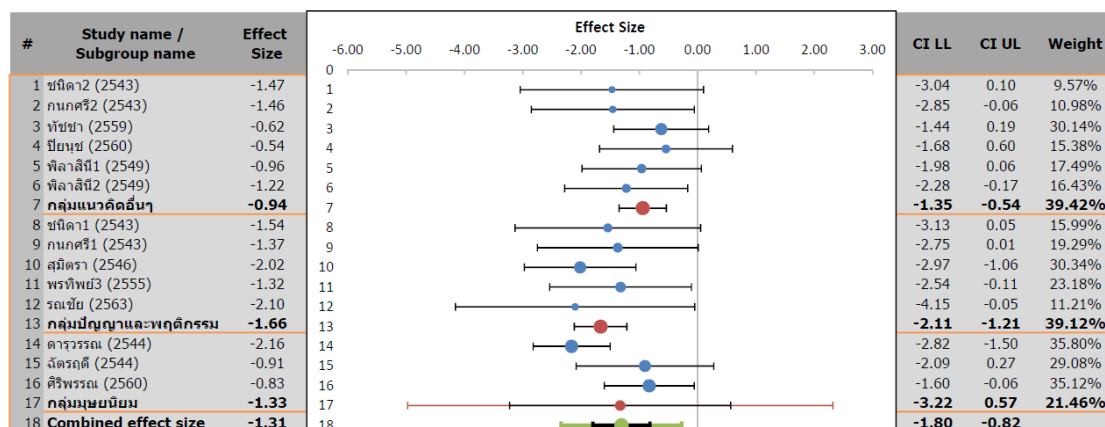
ตัวแปร	จำนวนงานวิจัย	ค่าขนาดอิทธิพล
กลุ่มตัวอย่าง		
นักเรียน	10	-1.34
นิสิตและนักศึกษา	4	-1.16
จำนวนครั้ง		
น้อยกว่า 8 ครั้ง	3	-1.45
8 – 10 ครั้ง	5	-1.49
มากกว่า 10 ครั้ง	6	-1.00

เมื่อพิจารณาค่าขนาดอิทธิพลของลักษณะตัวแปรที่แตกต่างกัน ตามการออกแบบแนวคิดทฤษฎีของโปรแกรมการให้คำปรึกษา และการออกแบบการทดลองที่แตกต่างกันเพื่อเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลตามลักษณะที่แตกต่างกัน จะนำเสนอค่าขนาดอิทธิพลได้แยกตามลักษณะต่าง ๆ ได้แก่ 1) แนวคิดการให้คำปรึกษา 2) รูปแบบการให้คำปรึกษา 3) การออกแบบการทดลอง 4) กลุ่มตัวอย่าง และ 5) จำนวนครั้งในการให้คำปรึกษา มีรายละเอียดดังนี้

1) แนวคิดการให้คำปรึกษา

จากการนำค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษามาแสดงผลในรูปแบบของกราฟจุดพล็อต (forest plot) โดยจำแนกกลุ่มตามแนวคิดในการให้คำปรึกษา ดังภาพที่ 23 พบว่า มีงานวิจัยจำนวน 5 งาน ที่ใช้แนวคิดกลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยม (การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม และแนวคิดการให้คำปรึกษาแบบปรับความคิดและพฤติกรรม) (-1.66, 95% CI : -2.11, -1.21) โดยมีงานวิจัยจำนวน 2 งาน ที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม และมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด ถัดมาคือกลุ่มแนวคิดมนุษยนิยม (การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง การให้คำปรึกษาแบบยืดหยุ่นรับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลางและการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม) (-1.33, 95% CI : -3.22, 0.57) ซึ่งมีงานวิจัยจำนวน 3 งาน และมีงานวิจัยจำนวน 1 งาน ที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่มและกลุ่มแนวคิดการให้คำปรึกษาอื่น ๆ (การให้คำปรึกษาแบบบูรณาการ การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม และการให้คำปรึกษาร่วมกับวิธีการอื่น ๆ) (-0.94, 95% CI : -1.35, -0.54) มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มปัญญาและพฤติกรรมเกือบ 2 เท่า ซึ่งแนวคิดนี้มีงานวิจัยจำนวน 6 งาน และมีงานวิจัย

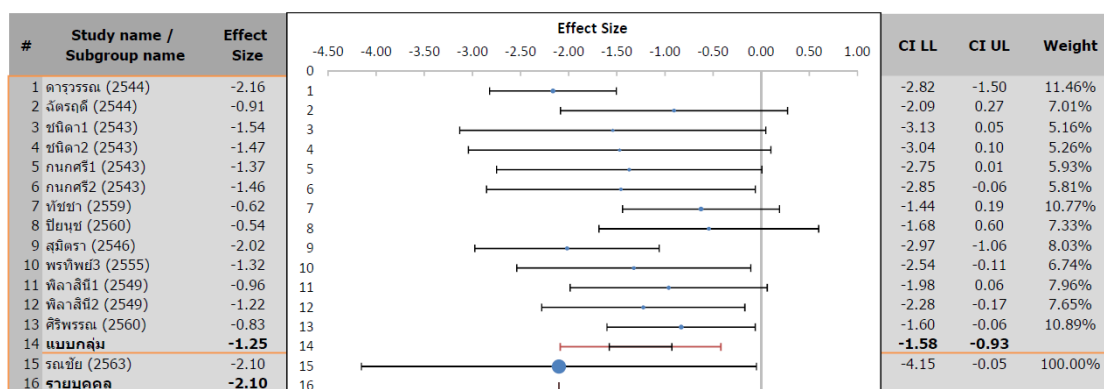
จำนวน 4 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม จากผลการวิเคราะห์สามารถสรุปได้ว่าค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทั้งสามกลุ่มแนวคิดมีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง



ภาพประกอบ 23 Forest Plot ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับภาวะซึมเศร้า
จำแนกตามแนวคิดพื้นฐานของโปรแกรมการให้คำปรึกษา

2) รูปแบบการให้คำปรึกษา

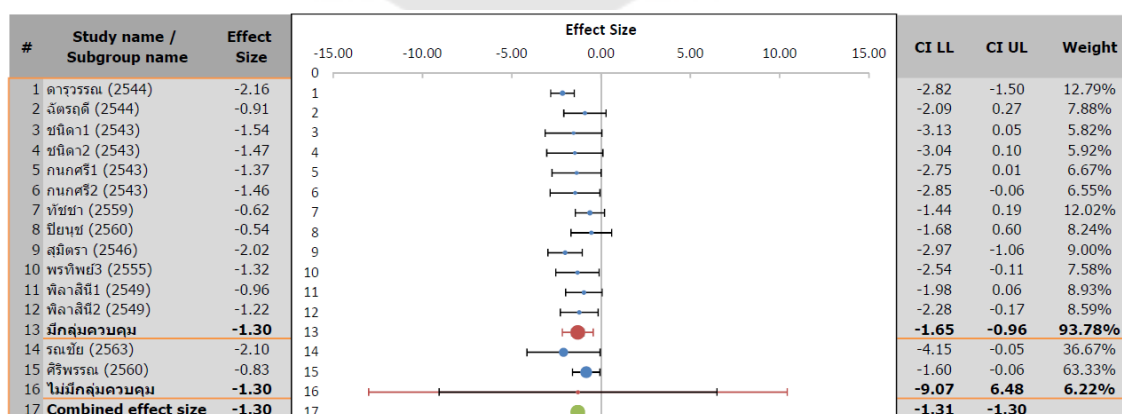
จากการนำค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษามาแสดงผลในรูปแบบของกราฟจุดฟอเรสต์ (forest plot) โดยจำแนกกลุ่มตามรูปแบบการให้คำปรึกษา ดังภาพที่ 24 พบว่า มีงานวิจัย 13 งาน ที่มีการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (-1.25, 95% CI : -1.58, -0.93) โดยมีงานวิจัยจำนวน 7 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม และมีงานวิจัยเพียง 1 งานที่เป็นการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล (-2.10, 95% CI : -4.15, -0.05) จึงไม่ได้นำมาเปรียบเทียบในการวิเคราะห์ จากผลการวิเคราะห์สามารถสรุปได้ว่าค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง



ภาพประกอบ 24 Forest Plot การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา
สำหรับภาวะซึมเศร้าจำแนกตามรูปแบบการให้คำปรึกษา

3) การออกแบบการทดลอง

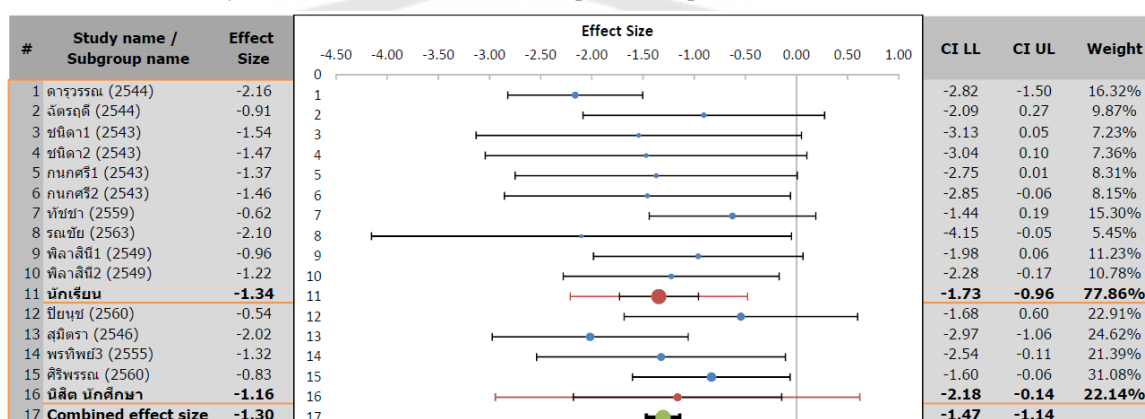
จากการนำค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษามาแสดงผลในรูปแบบของกราฟจุดฟอเรสต์ (forest plot) โดยจำแนกกลุ่มตามการออกแบบการทดลอง ดังภาพที่ 25 พบว่า มีงานวิจัยจำนวน 12 งาน ที่มีการออกแบบการทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม (-1.30, 95% CI : -1.65, -0.96) โดยมีงานวิจัยจำนวน 7 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม และมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยเท่ากับงานวิจัยที่มีการออกแบบโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่ออกแบบการทดลองแบบไม่มีกลุ่มควบคุม (-1.30, 95% CI : -9.07, 6.48) ซึ่งมีงานวิจัยจำนวน 2 งาน โดยมีงานวิจัยจำนวน 1 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม จากผลการวิเคราะห์สามารถสรุปได้ว่าค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทั้งสองกลุ่มการออกแบบมีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง



ภาพประกอบ 25 Forest Plot การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา
สำหรับภาวะซึมเศร้าจำแนกตามการออกแบบการทดลอง

4) กลุ่มตัวอย่าง

จากการนำค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษามาแสดงผลในรูปแบบของกราฟจุดเฟอเรสต์ (forest plot) โดยจำแนกกลุ่มตามกลุ่มตัวอย่าง ดังภาพที่ 26 พบว่า มีงานวิจัยจำนวน 10 งาน ที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียน (-1.34, 95% CI : -1.73, -0.96) โดยมีงานวิจัยจำนวน 6 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม และกลุ่มนี้มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยใกล้เคียงกับงานวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตและนักศึกษา (-1.16, 95% CI : -2.18, -0.14) ซึ่งมีงานวิจัยจำนวน 4 งานและมีงานวิจัยจำนวน 2 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่มจากผลการวิเคราะห์สามารถสรุปได้ว่าค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทั้งสองกลุ่มตัวอย่างมีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง

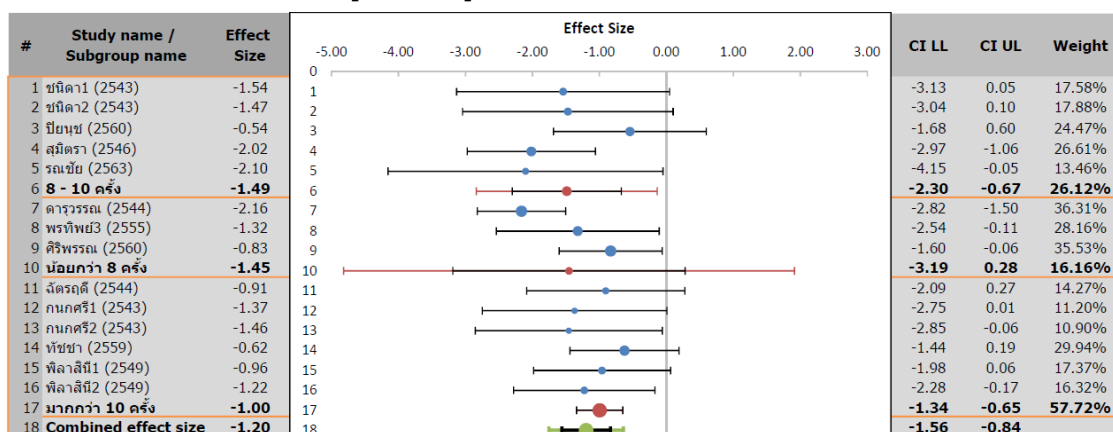


ภาพประกอบ 26 Forest Plot การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา
สำหรับภาวะซึมเศร้าจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง

5) จำนวนครั้งในการให้คำปรึกษา

จากการนำค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษามาแสดงผลในรูปแบบของกราฟจุดเฟอเรสต์ (forest plot) โดยจำแนกกลุ่มตามจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษา ดังภาพที่ 27 พบว่า มีงานวิจัยจำนวน 5 งาน ที่มีการออกแบบจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษาระหว่าง 8 – 10 ครั้ง (-1.49, 95% CI : -2.30, -0.67) โดยมีงานวิจัยจำนวน 3 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม และมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยใกล้เคียงกับงานวิจัยที่มีการออกแบบจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษาน้อยกว่า 8 ครั้ง (-1.45, 95% CI : -3.19, 0.28) ซึ่งมีงานวิจัยจำนวน 3 งานและมีงานวิจัยจำนวน 1 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม และพบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงกว่างานวิจัยที่มีการออกแบบจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษามากกว่า 10 ครั้ง (-1.00, 95% CI : -1.34, -0.65) โดยมีงานวิจัยจำนวน 6 งาน และมีงานวิจัย

จำนวน 3 งานที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของกลุ่ม จากผลการวิเคราะห์สามารถสรุปได้ว่าค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทั้งสามกลุ่มจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษามีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง



ภาพประกอบ 27 Forest Plot การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา
สำหรับภาวะซึมเศร้าจำแนกตามจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษา

จากผลการวิเคราะห์จำแนกตามคุณลักษณะต่าง ๆ ของสุขภาพจิตโดยรวมและประเภทของปัญหาสุขภาพจิต พบว่า

ด้านแนวความคิดการให้คำปรึกษา พบว่า ขนาดอิทธิพลของปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมโดยแบ่งตามกลุ่มแนวความคิดการให้คำปรึกษาที่แตกต่างกันได้แก่ แนวคิดกลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยม แนวคิดกลุ่มมนุษยนิยมและแนวคิดกลุ่มการให้คำปรึกษาอื่น ๆ ทั้งสามแนวคิดมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับขนาดใหญ่ โดยแนวคิดกลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยมกับแนวคิดกลุ่มมนุษยนิยมมีขนาดใกล้เคียงกัน และสูงกว่ากลุ่มการให้คำปรึกษาอื่น ๆ เล็กน้อย พิจารณาตามประเภทของปัญหาสุขภาพจิตพบว่าความเครียด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า แนวคิดทั้งสามกลุ่มแนวคิดทุกแนวคิดมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับขนาดใหญ่ แต่ความเครียดกลุ่มแนวคิดมนุษยนิยมมีขนาดอิทธิพลสูงสุด ความวิตกกังวลกลุ่มแนวความคิดการให้คำปรึกษาอื่น ๆ มีขนาดอิทธิพลสูงสุด และภาวะซึมเศร้าแนวคิดกลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยมมีขนาดอิทธิพลสูงสุด

ด้านรูปแบบการให้คำปรึกษา พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตโดยรวม ความเครียด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีค่าระดับขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับขนาดใหญ่ ทั้งรูปแบบแนวความคิดการให้คำปรึกษารายบุคคลและการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เมื่อพิจารณาตามปัญหาสุขภาพจิต พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมมีค่าขนาดอิทธิพลของการให้คำปรึกษารายบุคคลและการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มใกล้เคียงกัน เช่นเดียวกับความเครียด สำหรับภาวะซึมเศร้าการให้คำปรึกษาแบบ

รายบุคคลมีค่าขนาดอิทธิพลสูงกว่าการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมากกว่าเกือบ 2 เท่า และความวิตกกังวลแม้ว่าค่าขนาดอิทธิพลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มสูงกว่านั้น แต่มีข้อจำกัดคืองานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ให้มีการให้คำปรึกษารายบุคคลเพียงเรื่องเดียว

การออกแบบการทดลอง พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมและปัญหาสุขภาพจิตทั้ง 3 ประเภท มีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับขนาดใหญ่ ทั้งงานวิจัยที่มีการออกแบบการทดลองที่มีกลุ่มควบคุมและงานวิจัยที่มีการออกแบบการทดลองที่ไม่มีกลุ่มควบคุม เมื่อพิจารณาตามประเภทพบว่า ปัญหาสุขภาพจิตโดยรวม ความเครียด และความวิตกกังวล พบว่า งานวิจัยที่มีการออกแบบการทดลองที่ไม่มีกลุ่มควบคุมมีค่าขนาดอิทธิพลสูงกว่างานวิจัยที่มีการออกแบบการทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมค่อนข้างสูง แต่ภาวะซึมเศร้ามีค่าขนาดอิทธิพลของการออกแบบทั้งสองใกล้เคียงกัน

กลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมและปัญหาสุขภาพจิตทั้ง 3 ประเภท มีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับขนาดใหญ่ ทั้งกลุ่มตัวที่เป็นนักเรียนและกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิตและนักศึกษา และเมื่อพิจารณาค่าขนาดอิทธิพลตามปัญหาสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตโดยรวม ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ค่าขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกันของกลุ่มตัวอย่างทั้งสอง แต่ความเครียดมีค่าขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงเช่นกัน แต่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิตและนักศึกษาจะมีค่าสูงกว่าเล็กน้อย ยที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตและนักศึกษา

จำนวนครั้งของการให้คำปรึกษา พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมและปัญหาสุขภาพจิตทั้ง 3 ประเภท มีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับขนาดใหญ่ แต่เมื่อพิจารณาตามปัญหาสุขภาพจิตพบว่า ปัญหาสุขภาพจิตโดยรวม และภาวะซึมเศร้า งานวิจัยที่มีจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษาระหว่าง 8 – 10 ครั้งมีค่าขนาดอิทธิพลใกล้เคียงกับงานวิจัยที่มีจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษาน้อยกว่า 8 ครั้ง แต่ความเครียด งานวิจัยที่มีจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษาระหว่าง 8 – 10 ครั้ง มีค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุด และความวิตกกังวล พบว่างานวิจัยที่มีจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษาน้อยกว่า 8 ครั้ง มีค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุด และยังพบว่าทั้งปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมและปัญหาสุขภาพจิตทั้ง 3 ประเภท งานวิจัยที่มีจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษามากกว่า 10 ครั้งจะมีค่าขนาดอิทธิพลน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่น ๆ โดยมีรายละเอียดต่าง ๆ ตามตารางที่ 12

ตาราง 12 ความถี่และค่าขนาดอิทธิพลของปัญหาสุขภาพจิตจำแนกตามคุณลักษณะ

ตัวแปร	ความเครียด		ความวิตกกังวล		ภาวะซึมเศร้า		ปัญหาสุขภาพจิต	
	<i>n</i>	ค่าขนาดอิทธิพล	<i>n</i>	ค่าขนาดอิทธิพล	<i>n</i>	ค่าขนาดอิทธิพล	<i>n</i>	ค่าขนาดอิทธิพล
แนวคิดการให้คำปรึกษา								
แนวคิดกลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยม	6	-1.11	3	-1.01	5	-1.66	14	-1.25
แนวคิดกลุ่มมนุษยนิยม	3	-1.16	6	-0.80	3	-1.33	12	-1.06
แนวคิดกลุ่มการให้คำปรึกษาอื่นๆ	1	-0.73	1	-1.86	6	-0.94	8	-1.05
รูปแบบการให้คำปรึกษา								
การให้คำปรึกษารายบุคคล	4	-1.40	1	-0.17	1	-2.10	6	-1.23
การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม	6	-0.91	9	-0.81	13	-1.25	28	-1.12
การออกแบบการทดลอง								
มีกลุ่มควบคุม	8	-0.92	8	-0.86	14	-1.61	28	-1.06
ไม่มีกลุ่มควบคุม	2	-1.99	2	-1.58	2	-1.30	6	-1.51
กลุ่มตัวอย่าง								
นักเรียน	3	-0.97	5	-0.31	10	-1.34	18	-1.18
นิสิตและนักศึกษา	7	-1.13	5	-0.95	4	-1.16	16	-1.08
จำนวนครั้ง								
น้อยกว่า 8 ครั้ง	4	-0.85	1	-1.56	3	-1.45	8	-1.18
8 – 10 ครั้ง	5	-1.11	5	-0.71	5	-1.49	15	-1.28
มากกว่า 10 ครั้ง	1	-1.03	4	-0.78	6	-1.00	11	-0.91

หมายเหตุ ตัวเลขที่เป็นตัวหนา คือ ตัวแปรที่มีค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุดในกลุ่มย่อย

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการวิเคราะห์ห่อภิมานโปรแกรมการให้คำปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียน นิสิตและนักศึกษา ซึ่งมีวัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อสำรวจคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียน นิสิตและนักศึกษาในประเทศไทย วิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของประสิทธิผลการให้คำปรึกษา และเปรียบเทียบปัจจัยด้านแนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษา รูปแบบการให้คำปรึกษา คุณลักษณะของงานวิจัยที่มีต่อขนาดอิทธิพลของประสิทธิผลการให้คำปรึกษา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสำรวจคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียน นิสิตและนักศึกษาในประเทศไทย
2. เพื่อวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของประสิทธิผลการให้คำปรึกษาที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียน นิสิตและนักศึกษาในประเทศไทย
3. เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยด้านแนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษา รูปแบบการให้คำปรึกษา คุณลักษณะของงานวิจัยที่มีต่อขนาดอิทธิพลของประสิทธิผลการให้คำปรึกษา

สมมติฐานในการวิจัย

1. ขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิตจะมีระดับขนาดอิทธิพลแตกต่างกันไปตามแนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษา
2. ขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิตจะมีระดับขนาดอิทธิพลแตกต่างกันไปตามรูปแบบการให้คำปรึกษา
3. ขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิตจะมีระดับขนาดอิทธิพลแตกต่างกันไปตามคุณลักษณะของงานวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาโปรแกรมการให้คำปรึกษากับปัญหาสุขภาพจิต โดยใช้การวิจัยด้วยวิธีวิเคราะห์ห่อภิมานงานวิจัย (meta-analysis) โดยการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในประเทศไทยตามเกณฑ์การคัดเลือกและนำมาวิเคราะห์ โดยมีขั้นตอนในการวิจัยดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อค้นหาประเด็น และขอบเขตในการค้นหาการศึกษาการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตในนักเรียน นิสิตและนักศึกษา

2. สํารวจรายชื่องานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต (ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า) ของนักเรียน นักศึกษาหรือนิสิต จากระบบสืบค้นฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ที่ทำเสร็จเรียบร้อยในปี พ.ศ. 2540–2563 และพิจารณาคุณลักษณะงานที่สอดคล้องกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้

3. ผู้วิจัยทำการประเมินคุณภาพงานวิจัย แล้วทำการบันทึกผลการประเมินลงในแบบการประเมินงานวิจัย เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตรวจสอบอคติในการตีพิมพ์และนำข้อมูลไปวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพล

4. นำเสนอข้อมูลด้วยการพรรณนาข้อมูลงานวิจัย และเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยที่มีคุณลักษณะที่แตกต่างกัน พร้อมสรุปและอภิปรายผลการวิจัย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Meta-Essentials และวิเคราะห์อคติในการตีพิมพ์ด้วย Egger test และกราฟ funnel plot ประเมินความต่างแบบของงานวิจัยด้วยการทดสอบ Q-test และเปรียบเทียบขนาดอิทธิพลโดยใช้สูตรคิดค่าขนาดอิทธิพลของ Hedges และกราฟ forest plot

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของประชากร

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คัดเลือกงานวิจัยทั้งหมด 246 เรื่อง จาก 6 ฐานข้อมูลหลัก ได้แก่ ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ ThaiLIS Digital Collection ฐานข้อมูลออนไลน์สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย(สกว.) และศูนย์ข้อมูลการวิจัย Digital วท. ฐานข้อมูลห้องสมุดอิเล็กทรอนิกส์ของมหาวิทยาลัย มีงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก (เกณฑ์การเลือกอยู่ในบทที่ 3) จำนวน 47 เรื่อง จากนั้นนำงานวิจัยทั้งหมด 47 เรื่อง ตรวจสอบอคติจากการตีพิมพ์ (Publication bias) โดยใช้วิธี Duval and Tweedie's Trim and Fill (Borenstein et al., 2009 ; Duval & Tweedie, 2000) ผลการตรวจสอบอคติจากการตีพิมพ์โดยใช้การทดสอบ Egger (Egger's regression test) ผู้วิจัยคัดเลือกงานที่มีความเสี่ยงเกิดอคติในการตีพิมพ์ออกจำนวน 13 เรื่อง ซึ่งมีลักษณะการศึกษาเชิงทดลองแบบไม่มีกลุ่มควบคุม มีการสุ่มโดยไม่ใช้ความน่าจะเป็น และมีกลุ่มตัวอย่างน้อย จึงมีแนวโน้มที่ขนาดอิทธิพลมีความสัมพันธ์กับค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เหลืองานวิจัยในการวิเคราะห์จำนวน 34 งาน และงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด พบว่า เป็นการศึกษาโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตกับกลุ่มตัวอย่าง 2 ประเภท ได้แก่ กลุ่มนักเรียนและกลุ่มนิสิตและนักศึกษา จำนวน 688 คน โดยเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่ม

นักเรียน จำนวน 18 งานวิจัย มีจำนวนตัวอย่างวิจัยรวมทั้งสิ้น 442 คน และเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มนิสิตและนักศึกษา จำนวน 16 งานวิจัย มีจำนวนตัวอย่างวิจัยรวมทั้งสิ้น 276 คน งานวิจัยที่ศึกษาแบ่งออกตามประเภทของปัญหาสุขภาพจิตได้ 3 ประเภท พบว่า ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 41.18 ($n=14$) ถัดมาคืองานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเรื่องความวิตกกังวลและความเครียดเท่ากัน ร้อยละ 29.14 ($n=10$)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัย

นำเสนอข้อมูลของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ตามลักษณะคุณลักษณะต่าง ๆ โดยแบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ ข้อมูลความถี่และร้อยละของงานวิจัยโดยแบ่งตามคุณลักษณะของงานวิจัย และคุณภาพของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ ดังนี้

2.1 พรรณนาข้อมูลคุณลักษณะของงานวิจัย

คุณลักษณะของงานวิจัยพิจารณาตามแนวคิดพื้นฐานของโปรแกรมการให้คำปรึกษาสามารถแบ่งออกเป็น 3 แนวคิด โดยงานวิจัยที่ศึกษาส่วนใหญ่ใช้แนวคิดการให้คำปรึกษากลุ่ม ปัญญาและพฤติกรรมนิยม ร้อยละ 38.24 ($n=13$) เท่ากับแนวคิดการให้คำปรึกษากลุ่มมนุษยนิยม ร้อยละ 38.24 ($n=13$) และแนวคิดกลุ่มการให้คำปรึกษาอื่น ๆ (เช่น การใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาร่วมกับวิธีการอื่น ๆ การให้คำปรึกษาตามแนวพุทธศาสตร์ การให้คำปรึกษาแบบบูรณาการ) ร้อยละ 23.52 ($n=8$) และเมื่อพิจารณาแยกตามประเภทของการให้คำปรึกษา พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้วิธีการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ร้อยละ 82.35 ($n=28$) และการให้คำปรึกษารายบุคคล ร้อยละ 17.65 ($n=6$) และกำหนดจำนวนครั้งที่ใช้สำหรับการให้คำปรึกษาส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 8 – 10 ครั้ง ร้อยละ 44.12 ($n = 15$) ถัดมาก็คือมากกว่า 10 ครั้ง ร้อยละ 32.35 ($n= 11$) และ ร้อยละ 23.53 ($n = 8$) ใช้จำนวนครั้งในการให้คำปรึกษาน้อยกว่า 8 ครั้ง

ลักษณะประเภทของงานวิจัยที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ มีลักษณะเป็นงานวิจัยเชิงทดลอง ส่วนใหญ่ออกแบบการทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Pretest Posttest Control Group Design) ร้อยละ 82.35 ($n=28$) และมีการกลุ่มทดลองเพียงอย่างเดียว (One Group Pretest Posttest Design) โดยไม่มีกลุ่มควบคุม ร้อยละ 17.65 ($n=6$) งานวิจัยมีการสุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็น ร้อยละ 70.27 ($n=26$) และการสุ่มแบบเจาะจง ร้อยละ 27.03 ($n=10$)

2.2 คุณภาพงานวิจัยที่นำมาศึกษา

คุณภาพงานวิจัยโดยรวมมีค่าเฉลี่ย 2.94 คุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับคุณภาพดี และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.46$, $S.D. =$

.42) อยู่ในระดับคุณภาพดีมาก ถัดมาคือด้านวิธีดำเนินการวิจัย ($\bar{X} = 3.23$, $S.D. = 0.30$) อยู่ในระดับดีมาก และการสรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.16$, $S.D. = .35$) และด้านการนำเสนอมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 2.41$, $S.D. = .20$) อยู่ในระดับดี อย่างไรก็ตามเมื่อสังเกตคุณภาพงานวิจัยแยกตามปีที่ตีพิมพ์ พบว่า งานวิจัยที่ตีพิมพ์ย้อนหลัง 10 ปี (พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2563) มีค่าเฉลี่ยคุณภาพงานโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.04$, $S.D. = .19$) สูงกว่างานวิจัยที่ตีพิมพ์ย้อนหลังเกิน 10 ปี (พ.ศ. 2540 – พ.ศ. 2552) ($\bar{X} = 2.88$, $S.D. = .14$) เล็กน้อย ซึ่งอยู่ในระดับดี อีกทั้งยังพบว่าการออกการทดลองให้มีกลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 2.98$, $S.D. = .16$) ซึ่งอยู่ในระดับดี ส่งผลต่อคุณภาพงานวิจัยสูงกว่าการออกแบบที่ไม่มีกลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 2.76$, $S.D. = .13$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพงานวิจัยสูงกว่าเล็กน้อย

ส่วนที่ 3 การสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์อภิธาน

ในส่วนนี้ได้นำเสนอข้อมูลการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์อภิธาน รายงานค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์โดยรวม และแบ่งเปรียบเทียบตามคุณลักษณะต่าง ๆ ของงานวิจัย ได้แก่ แนวคิดการให้คำปรึกษา รูปแบบการให้คำปรึกษา การออกแบบการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง และจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษา โดยนำเสนอเป็นภาพรวมปัญหาสุขภาพจิต และแยกตามปัญหาสุขภาพจิตแต่ละประเภท ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า แบ่งการนำเสนอออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 3.1 ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับปัญหาสุขภาพจิต 3.2 ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับความเครียด 3.3 ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับความวิตกกังวล 3.4 ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับภาวะซึมเศร้า

จากผลการวิเคราะห์จำแนกตามคุณลักษณะต่าง ๆ ตามประเภทของปัญหาสุขภาพจิต และโดยรวม พบว่า

ด้านแนวคิดการให้คำปรึกษา พบว่า ในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ส่วนใหญ่จะพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาตามแนวคิดกลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยม ค่าขนาดอิทธิพลของทั้งสามแนวคิดมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับขนาดใหญ่ โดยแนวคิดกลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยมกับแนวคิดกลุ่มมนุษยนิยมมีขนาดใกล้เคียงกัน และสูงกว่ากลุ่มการให้คำปรึกษาอื่น ๆ เล็กน้อย และเมื่อพิจารณาตามประเภทของปัญหาสุขภาพจิตพบว่าความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า แนวคิดทั้งสามกลุ่มแนวคิดทุกแนวคิดมีค่าขนาดอิทธิพลโดยรวมอยู่ในระดับขนาดใหญ่ แต่ความเครียด พบว่าการออกแบบโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้กลุ่มแนวคิดมนุษยนิยมจะพบค่าขนาดอิทธิพลสูงมากกว่าการใช้กลุ่มแนวคิดอื่น ความวิตกกังวล พบว่าการออกแบบ

โปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้กลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยม มีขนาดอิทธิพลสูงกว่ากลุ่มแนวคิดอื่น และภาวะซึมเศร้า พบว่าการออกแบบโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้กลุ่มแนวคิดปัญญาและพฤติกรรมนิยมมีขนาดอิทธิพลสูงมากกว่ากลุ่มแนวคิดอื่น

ด้านรูปแบบการให้คำปรึกษา พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตโดยรวม ความเครียด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีค่าระดับขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับขนาดใหญ่ ทั้งรูปแบบแนวคิดการให้คำปรึกษารายบุคคลและการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เมื่อพิจารณาตามปัญหาสุขภาพจิต พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมมีค่าขนาดอิทธิพลของการให้คำปรึกษารายบุคคลและการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มใกล้เคียงกัน เช่นเดียวกับความเครียดที่พบว่าการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล มีค่าขนาดอิทธิพลสูงกว่า ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล มีข้อจำกัดของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ให้มีการให้คำปรึกษารายบุคคลเพียงเรื่องเดียว จึงทำให้ผลการศึกษพบว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีค่าขนาดอิทธิพลที่สูงกว่าแบบรายบุคคล

การออกแบบการทดลอง พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมและปัญหาสุขภาพจิตทั้ง 3 ประเภท มีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับขนาดใหญ่ ทั้งงานวิจัยที่มีการออกแบบการทดลองที่มีกลุ่มควบคุมและงานวิจัยที่มีการออกแบบการทดลองที่ไม่มีกลุ่มควบคุม เมื่อพิจารณาตามประเภท พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตโดยรวม ความเครียด และความวิตกกังวล พบว่า งานวิจัยที่มีการออกแบบการทดลองที่ไม่มีกลุ่มควบคุมมีค่าขนาดอิทธิพลสูงกว่างานวิจัยที่มีการออกแบบการทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมค่อนข้างสูง แต่ภาวะซึมเศร้ามีค่าขนาดอิทธิพลของการออกแบบทั้งสองใกล้เคียงกัน

ประเภทกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมและปัญหาสุขภาพจิตทั้ง 3 ประเภท มีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับขนาดใหญ่ ทั้งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนและกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิตและนักศึกษา และเมื่อพิจารณาค่าขนาดอิทธิพลตามปัญหาสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตโดยรวม ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ค่าขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกันของกลุ่มตัวอย่างทั้งสอง แต่ความเครียดมีค่าขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงเช่นกัน แต่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิตและนักศึกษาจะมีค่าสูงกว่าเล็กน้อยที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตและนักศึกษา

จำนวนครั้งของการให้คำปรึกษา พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมและปัญหาสุขภาพจิตทั้ง 3 ประเภท มีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับขนาดใหญ่ แต่เมื่อพิจารณาตามปัญหาสุขภาพจิตพบว่า ปัญหาสุขภาพจิตโดยรวม และภาวะซึมเศร้า งานวิจัยที่มีจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษาระหว่าง 8 – 10 ครั้งมีค่าขนาดอิทธิพลใกล้เคียงกับงานวิจัยที่มีจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษาน้อยกว่า 8 ครั้ง แต่ความเครียด งานวิจัยที่มีจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษาระหว่าง 8 –

10 ครั้ง มีค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุด และความวิตกกังวล พบว่างานวิจัยที่มีจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษาน้อยกว่า 8 ครั้ง มีค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุด และยังพบว่าทั้งปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมและปัญหาสุขภาพจิตทั้ง 3 ประเภท งานวิจัยที่มีจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษามากกว่า 10 ครั้งจะมีค่าขนาดอิทธิพลน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่น ๆ

อภิปรายผล

การให้คำปรึกษาและการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตสำหรับนักเรียน นิสิต และนักศึกษาของประเทศไทย และคุณภาพงานวิจัย

ปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว สังคมและประเทศอย่างต่อเนื่อง ปัญหาสุขภาพจิตจึงได้รับความสนใจจากสังคม โดยช่วงวัยที่เกิดปัญหาสุขภาพจิตค่อนข้างสูง คือ ช่วงวัยเรียนหรือวัยรุ่น โดยปัญหาสุขภาพจิตมีหลายระดับ หากปัญหาอยู่ในระดับเบื้องต้นสามารถดูแลได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ รวมถึงการให้คำปรึกษา จึงมีนักวิจัยและนักศึกษาจำนวนมากทำการศึกษาการให้คำปรึกษากับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตต่าง ๆ และจากการรวบรวมข้อมูลงานวิจัยการให้คำปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียน นิสิตและนักศึกษา ที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 – 2563 โดยผู้วิจัยแบ่งแนวคิดการให้คำปรึกษาออกเป็น 3 กลุ่ม ตามพื้นฐานของแนวคิดในการให้คำปรึกษา ได้แก่ แนวคิดกลุ่มมนุษยนิยมที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพ และให้ความสำคัญกับความเป็นมนุษย์เป็นผู้มีความสามารถ สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง แนวคิดปัญญาและพฤติกรรมนิยม เน้นการมีความตระหนักรู้ในปัญหา อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเอง มีสติในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ และแนวคิดการให้คำปรึกษาอื่น ๆ เช่น การให้คำปรึกษาตามแนวพุทธศาสตร์ และการให้คำปรึกษาร่วมกับวิธีการอื่น ๆ และจากการศึกษาพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้แนวคิดการให้คำปรึกษากลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยม ร้อยละ 38.24 เท่ากับแนวคิดการให้คำปรึกษากลุ่มมนุษยนิยม และส่วนใหญ่ใช้วิธีการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ร้อยละ 82.35 และการให้คำปรึกษารายบุคคล ร้อยละ 17.65 โดยเป็นแนวคิดการให้คำปรึกษาที่ครอบคลุมเช่นเดียวกับต่างประเทศ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของนางลักษณ วัชรชัย (2542) ซึ่งได้รับการยอมรับและถูกนำไปเป็นเครื่องมือในงานวิจัยต่าง ๆ อย่างแพร่หลาย (พิชญะ ฌิวทอง, สมพงษ์ ปันนุณ , สุวีพร อนุศาสนนันท์ และไพรัตน์ วงษ์นาม, 2561; ภัทรีน สันทนะสุวรรณ, 2558; ศิริพร ขำขันมะลี และ สาคร อัมจักร, 2560; อังศิณันท์ อินทรกำแหง, นิพิฐพนธ์ แสงด้วงและปิยะบุชา, 2557) เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศมีแบบประเมินงานคุณภาพงานวิจัยคล้ายคลึงกัน เช่น Quality Assessment for Final Evaluation Reports ของ John Burke (2019) โดยแบบ

ประเมินคุณภาพงานวิจัยที่ใช้ในครั้งนี้แบ่งออกเป็น 7 ด้าน สามารถทำให้เห็นระดับของคุณภาพงานวิจัยที่แตกต่างกันได้ละเอียดมากขึ้น และจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าคุณภาพงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์โดยรวมมีค่าเฉลี่ย 2.94 คุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับคุณภาพดี ด้านผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X} = 3.46$, $S.D. = .42$) อยู่ในระดับคุณภาพดีมาก และด้านการนำเสนอมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 2.41$, $S.D. = .20$) อยู่ในระดับดี อย่างไรก็ตามเมื่อสังเกตคุณภาพงานวิจัยแยกตามปีที่ตีพิมพ์ พบว่า งานวิจัยที่ตีพิมพ์ย้อนหลัง 10 ปี (พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2563) มีค่าเฉลี่ยคุณภาพงานโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.04$, $S.D. = .19$) สูงกว่างานวิจัยที่ตีพิมพ์ย้อนหลังเกิน 10 ปี (พ.ศ. 2540 – พ.ศ. 2552) ($\bar{X} = 2.88$, $S.D. = .14$) เล็กน้อย โดยสังเกตว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงกว่า คือ ด้านที่มาและความสำคัญของปัญหาวิจัย อาจเป็นเพราะมีความเข้าใจและเกิดผลกระทบจากปัญหามากขึ้น จึงทำให้ระบุสาเหตุ ที่มาและขอบเขตได้ชัดเจนมากขึ้น ประกอบแนวความคิดของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) โดยการเน้นการวิจัยสู่การปฏิบัติ หรือ “จากห้องสู่ห้าง” มากขึ้น จึงอาจทำให้การเขียนที่มาต้องมีความชัดเจน ทำให้เห็นช่องว่างของปัญหามากขึ้น อีกทั้งยังพบว่าการออกการทดลองให้มียุ่มควบคุม ($\bar{X} = 2.98$, $S.D. = .16$) ซึ่งอยู่ในระดับดี ส่งผลต่อคุณภาพงานวิจัยสูงกว่าการออกแบบที่ไม่มีมียุ่มควบคุม ($\bar{X} = 2.76$, $S.D. = .13$) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น คือ ด้านวิธีดำเนินการวิจัยและการนำเสนอรายงานวิจัย อาจเพราะการมียุ่มควบคุมทำให้มีการทดลองที่เป็นการทดลองที่แท้จริง มีการสุ่มตัวอย่าง และสถิติที่ใช้เหมาะสมกับการออกแบบมากขึ้น ส่วนการนำเสนอพบว่างานวิจัยมีการนำเสนอด้วยรูปแบบที่หลากหลายมากขึ้น เช่น ตาราง รูปภาพ แผนภูมิ พร้อมทั้งมีการแปลความหมายของการวิเคราะห์เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจง่ายขึ้นในทุกส่วน ทำให้มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น ทั้งนี้จะเป็นเพราะการนำเสนอสื่อด้วยรูปภาพ และเทคนิคอื่น ๆ ช่วยให้ทำให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น และสามารถเล่าเรื่องราวได้ดีง่ายต่อการเผยแพร่ให้นำมาใช้มากขึ้น (ชูชัย สมิทธิไกร , 2556)

ขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิตตามแนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่ต่างกัน

ผลการศึกษาพบว่าปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมพบว่า งานวิจัยที่ใช้แนวคิดการให้คำปรึกษากลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยมมีค่าขนาดอิทธิพลมากที่สุด แสดงถึงโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่ใช้แนวคิดกลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยม (การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม และแนวคิดการให้คำปรึกษาแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม) มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพจิตดีขึ้นมากที่สุด และพบว่างานวิจัยที่ใช้แนวคิดการให้คำปรึกษา

กลุ่มมนุษยนิยมมีค่าขนาดอิทธิพลใกล้เคียงกับกลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยม อาจเป็นเพราะแนวคิดกลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยมมีเป้าหมายหลักในการให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักถึงความคิดที่ไม่เหมาะสมของตนเอง อันส่งผลถึงอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมตามมา ซึ่งเป็นไปตามการศึกษาของCorey (2015 ; Beck , 1979) ที่อธิบายว่าแนวคิดการให้คำปรึกษากลุ่มพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม จะเน้นการชี้แนะ โน้มน้าว และให้ผู้รับคำปรึกษาเผชิญหน้าโดยจำลองการคิดเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการได้โต้แย้งความคิดที่ไม่มีเหตุผล และการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมใช้คำถามปลายเปิดเพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจความคิดที่ไร้เหตุผลของตนเอง ซึ่งความสับสน และความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลมักเป็นอาการที่เกิดขึ้นในผู้ที่ประสบกับปัญหาสุขภาพจิตต่าง ๆ อีกทั้งผลการศึกษาของ White and Freeman (2000) ศึกษาการนำแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมไปใช้กับประชากรและกลุ่มเฉพาะ สามารถยืนยันได้ว่าแนวคิดกลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยมมีประโยชน์สำหรับปัญหาสุขภาพจิตต่าง ๆ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความตื่นตระหนก และอธิบายแนวคิดการให้คำปรึกษากลุ่มมนุษยนิยม (แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและแนวคิดการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม) โดยนักจิตวิทยา (Corey, 2015; Glasser, 2001) อธิบายธรรมชาติในการมองมนุษย์ในกลุ่มแนวคิดนี้มีความเชื่อว่ามนุษย์มีความสามารถ มีความน่าเชื่อถือ มีไหวพริบ สามารถเข้าใจและชี้นำตนเอง สามารถเปลี่ยนแปลงในทางสร้างสรรค์ มีความอยู่รอด และดำเนินชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีความสอดคล้องกับธรรมชาติของผู้ที่กำลังเผชิญกับภาวะหนึ่งของปัญหาสุขภาพจิต หากได้รับการสื่อสารและผู้รับคำปรึกษาสัมผัสถึงความจริงใจ การสนับสนุน ความห่วงใย และความเข้าใจที่ปราศจากอคติของผู้ให้คำปรึกษานั้น จะเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของผู้รับคำปรึกษา และผลการศึกษายังพบว่าการใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาร่วมกับวิธีการอื่น ๆ มีผลทำให้ขนาดอิทธิพลของการให้คำปรึกษามีค่าต่ำกว่าสองแนวคิดข้างต้น จึงสรุปได้ว่าการให้คำปรึกษากลุ่มแนวคิดปัญญาและพฤติกรรมนิยม และแนวคิดมนุษยนิยมสามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อกลุ่มนักเรียน นิสิตและนักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิต

เมื่อพิจารณาการใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาสำหรับปัญหาสุขภาพจิตโดยรวม โดยแบ่งเป็นประเภทย่อยได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า อธิบายผลการศึกษาดังนี้

ผลการศึกษาของความเครียดพบว่า งานวิจัยที่ใช้แนวคิดการให้คำปรึกษากลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยมกับกลุ่มมนุษยนิยมมีค่าขนาดอิทธิพลใกล้เคียงกัน แสดงถึงโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่ใช้แนวคิดกลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยมกับแนวคิดกลุ่มมนุษยนิยมมีผลให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพจิตดีขึ้นใกล้เคียงกัน ทั้งนี้อาจเพราะผู้ที่มีความเครียดมีความรู้สึกไม่ปลอดภัย ถูกคุกคามจากเรื่องราวต่าง โดยแนวคิดของวัชรีย์ ทรัพย์มี (2556) อธิบายการให้คำปรึกษากลุ่มมนุษยนิยมว่ามีแนวคิดในการช่วยเหลือความจริงใจ การยอมรับโดยไม่มีเงื่อนไข และความเข้าใจผู้รับคำปรึกษา เชื่อว่ามีศักยภาพและพัฒนาเอกลักษณ์ของตนเองได้ ด้วยแนวคิดนี้จะทำให้ผู้รับคำปรึกษารู้สึกปลอดภัย เปิดใจยอมรับและเปิดกว้างให้ผู้ให้คำปรึกษาได้เข้าไปฟังเรื่องราวของผู้รับคำปรึกษา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสิรินาถ สนตุน (2544) โดยศึกษาผลของการปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีการให้คำปรึกษายึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางต่อความเครียดของนักศึกษา ผลการศึกษาพบว่าแนวคิดการให้คำปรึกษาแบบยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเป็นแนวคิดในกลุ่มมนุษยนิยมสามารถลดความเครียดของนิสิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแนวคิดกลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยมจะมีเทคนิคการให้คำปรึกษาที่มีความเป็นรูปธรรม ตัวอย่างวิธีการ และแนวคิดกลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยมจะมีเทคนิคการให้คำปรึกษาที่มีความเป็นรูปธรรม ตัวอย่างวิธีการของณัฏฐร พิชัยรัตน์เสถียร (2558) เช่น การให้การบ้าน การลำดับความสำคัญ การชั่งน้ำหนัก การใช้คำถามเพื่อช่วยให้ผู้ได้ตระหนักถึงความคิดของตนเอง ด้วยเทคนิคเหล่านี้สามารถช่วยให้เกิดประสิทธิผลต่อผู้ที่มีความเครียดได้ เนื่องจากผู้ที่มีความเครียดมีความคิดที่สับสน และขาดแนวทางในการจัดการกับปัญหาของตนเอง เทคนิคจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดการจัดลำดับความสำคัญ และมองเห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เป็นรูปธรรม มีการวางแผนในการจัดการกับปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของ Jo, Lee, Kim, and Huh (2019) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรมต่อความเครียดในการหางานของนักศึกษา พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมนักศึกษามีระดับความเครียดลดลงแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปได้ว่าแนวคิดการให้คำปรึกษากลุ่มมนุษยนิยม และแนวคิดกลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยม มีประสิทธิภาพในการให้คำปรึกษาสำหรับนักเรียน นิสิตและนักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้ใกล้เคียงกัน

ผลของการศึกษาของความวิตกกังวล พบว่า งานวิจัยที่ใช้แนวคิดการให้คำปรึกษากลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยมมีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับขนาดใหญ่สูงกว่ากลุ่มมนุษยนิยมที่อยู่ในระดับที่คาบเส้นระหว่างขนาดกลางและขนาดใหญ่ แต่ยังคงมีค่าขนาดอิทธิพลใกล้เคียงกัน แสดงถึงโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่ใช้แนวคิดกลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยมมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพจิตดีสูงกว่าแนวคิดกลุ่มมนุษยนิยมเล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของHuang, Nigatu, Smail-Crevier, Zhang, and Wang (2018) โดยศึกษาโปรแกรมการช่วยเหลือสำหรับปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยโดยการทบทวนอย่างเป็นระบบ

และการวิเคราะห์ห่อหุ้มของการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่าสำหรับความวิตกกังวลแนวคิดกลุ่มปัญหาและพฤติกรรมนิยมมีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับกลาง โดยเหตุผลที่ทำให้ขนาดอิทธิพลแตกต่างกันอาจเป็นเพราะความแตกต่างทางวัฒนธรรมของไทยและต่างประเทศ กล่าวคือคนไทยมีความยืดหยุ่น สามารถปรับตัว และเปิดรับแนวทางต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมัณฐรี โชติรสฐิติ (2556) ศึกษาการปรับตัวของนักเรียนไทยในต่างประเทศศึกษาการปรับตัวของนักเรียนไทยในต่างประเทศ พบว่านักเรียนไทยมีทัศนคติเชิงบวกพยายามทำความเข้าใจประสบการณ์ใหม่ๆ เพื่อการปรับตัว อีกทั้งยังแสดงให้เห็นว่างานวิจัยสำหรับความวิตกกังวลส่วนใหญ่ใช้แนวคิดกลุ่มนี้ในการศึกษาอีกด้วย รวมถึงการศึกษาของ (Ingram, Miranda, & Segal, 2006; Leahy, 2002) ระบุว่าแนวคิดกลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยมสามารถบำบัดรักษาความวิตกกังวลด้วยวิธีนี้

ผลการศึกษาสำหรับภาวะซึมเศร้า พบว่า งานวิจัยที่ใช้แนวคิดการให้คำปรึกษากลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยมมีค่าขนาดอิทธิพลสูงกว่ากลุ่มมนุษยนิยมและกลุ่มแนวคิดการให้คำปรึกษาอื่น ๆ แสดงถึงโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่ใช้แนวคิดกลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยมมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพจิตดีขึ้นมากที่สุด ได้รับการยืนยันว่าแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) แนวคิดกลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยม เป็นหนึ่งในวิธีการรักษาภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพและได้รับการทดสอบว่าดีที่สุด (AT, 1967; Beck, 1976; Brujiniks, DeRubeis, Hollon, & Huibers, 2019; Cuijpers et al., 2013) สอดคล้องกับผลการศึกษาด้วยวิธีการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อหุ้มของ Oud et al. (2019) ระบุว่าผลของการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) ในเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีคุณภาพในการลดอาการซึมเศร้า และเป็นผลดีสำหรับการลดภาวะซึมเศร้าในระยะยาว และตามการศึกษาของฉัตร พิชัยรัตน์เสถียร (2558) ได้กล่าวว่าแนวคิดกลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยมจะได้ผลดีกับบุคคลที่มีระดับการรู้คิดดี และไม่มีอาการทางจิต ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้คือนักเรียน นิสิตและนักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิต และมีระดับการรู้คิดดี จึงทำให้ผลการศึกษาที่มีค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับแนวคิดอื่น ๆ

ขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิตตามรูปแบบการให้คำปรึกษาที่ต่างกัน

ผลการศึกษา พบว่าสำหรับปัญหาสุขภาพจิตโดยรวม และความเครียด งานวิจัยที่มีการใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลแม้จะมีค่าขนาดอิทธิพลสูงกว่าการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม แต่นับได้ว่าค่าขนาดอิทธิพลมีความใกล้เคียงกันมาก สำหรับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า มีข้อจำกัดเรื่องจำนวนงานที่นำมาวิเคราะห์มีจำนวนน้อย จึงไม่สามารถเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มได้ หากพิจารณาจากข้อมูลงานที่นำมาวิเคราะห์ พบว่าขนาดอิทธิพลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอยู่ในระดับขนาดใหญ่ จึงอาจสรุปได้ว่าการให้คำปรึกษารายบุคคลและแบบกลุ่มสำหรับปัญหาสุขภาพจิตสามารถเลือกรูปแบบที่มีความเหมาะสม สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และข้อจำกัดของผู้วิจัยได้ โดยจุดเด่นแต่ละรูปแบบที่แตกต่างกันของการให้คำปรึกษารายบุคคลและแบบกลุ่มอธิบายได้ คือ การให้คำปรึกษารายบุคคลตามที่เจียร์นีย์ ทรงชัยกุล และโกศล มีคุณ (2554) และ American Addiction Centers (2021) อธิบายจุดเด่นของการให้คำปรึกษารายบุคคล คือ ผู้รับคำปรึกษาได้รับความช่วยเหลือ แก้ไขเรื่องราวของตนเองโดยตรง ละเอียด ครอบคลุม และเพียงพอ หมายถึงผู้รับคำปรึกษาจะได้รับประโยชน์จากการให้คำปรึกษาอย่างเต็มที่ และช่วยส่งเสริมการเปิดเผยเรื่องราวของตนเอง สามารถเล่าเรื่องราว โดยปราศจากความกังวลต่อความคิดเห็น หรือความรู้สึกของผู้อื่น ถลดปัญหาความพร้อมในการสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร การปฏิสัมพันธ์กับสมาชิก และประเด็นที่น่าสนใจสำหรับการให้คำปรึกษารายบุคคล คือ การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเหมาะสมกับผู้ที่มีระดับปัญหาที่รุนแรง โดยที่การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม มีจุดเด่นที่อธิบายโดย(American Addiction Centers, 2021; Corey, 2015; ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์, 2554) ได้ คือ สมาชิกจะมีโอกาสได้เห็นผู้อื่นที่มีปัญหาล้ายคลึงกับตนเอง เกิดการสร้างสัมพันธภาพที่ ก ข ะ ก า ร สื่ อ ส า ร ร ะ ห ว่ า ง ส ม า ชิ ก ท า ใ ห้ ก ิ ด การยอมรับตนเอง นับถือตนเอง และรู้สึกว่ามีคุณค่า โดยการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจะมีการโต้ตอบกันของสมาชิกจึงเสมือนการเปิดโอกาสในการสนับสนุนซึ่งกันและกัน ซึ่งมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษา ทั้งนี้ยังช่วยให้เกิดการเติบโต การเรียนรู้ และมุมมองใหม่ๆ อีกทั้งเกิดการเรียนรู้วิธีการแสดงความคิดเห็นหรือยอมรับความคิดเห็นผู้อื่น และได้จำลองสถานการณ์ หรือเรียนรู้วิธีการของสมาชิกที่ประสบความสำเร็จเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาของตนเองอีกด้วย และจากการวิเคราะห์ยังพบว่างานวิจัยสำหรับปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่ มักมีรูปแบบการให้คำปรึกษาด้วยรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (กุลนาล คงเหล, 2557; เกวลิน กลัญชัย, 2560a; ทัชชา สุริโย, 2559; บุญจิรา ชลธารนที, 2561; ปิยนุช ชมภูภาศ, 2560; ศิริพรรณ พักศาลา, 2560)

อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ในครั้งนี้ คือ กลุ่มนักเรียน นิสิตและนักศึกษา อยู่ในช่วงวัยรุ่นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ทั้งร่างกาย ด้านสังคมและด้านจิตใจ วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่ให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนเป็นอย่างมาก และมักรวมกลุ่มกันเพื่อทำกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อนที่มีความชอบคล้ายคลึงกัน จากการศึกษาของ(พรรณปพร ลีวิโรจน์ และอรรวรรณ คุณสนอง, 2559) ที่ระบุว่าวัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ในการปรับตัวหลายอย่าง และเป็นวัยที่มีความสนิทสนมกับเพื่อน เช่นเดียวกับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เป็นกระบวนการทำงานร่วมกันของสมาชิกที่มีความต้องการใกล้เคียงกัน เพื่อแสดงความรู้สึกและความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อกัน เพราะฉะนั้นจึงสรุปได้ว่ารูปแบบการให้คำปรึกษาสำหรับปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียน นิสิตและนักศึกษา สามารถเลือกได้ตามความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ กลุ่มตัวอย่าง และเงื่อนไขอื่น ๆ ของสมาชิกและผู้ให้คำปรึกษา

ขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิตตามคุณลักษณะของงานวิจัยที่ต่างกัน

1) การออกแบบการทดลอง พบว่าสำหรับปัญหาสุขภาพจิตโดยรวม งานวิจัยที่มีการออกแบบการทดลองแบบไม่มีกลุ่มควบคุมมีค่าขนาดอิทธิพลสูงกว่างานวิจัยที่มีการออกแบบการทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม แสดงถึงงานวิจัยที่มีการออกแบบการทดลองแบบไม่มีกลุ่มควบคุมมีผลให้ปัญหาสุขภาพจิตดีขึ้นกว่างานวิจัยที่มีการออกให้กลุ่มควบคุม อาจเพราะการวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบให้กลุ่มทดลองเพียงกลุ่มเดียวเท่านั้น ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบมีความเสี่ยงทำให้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลมีค่าสูง และมีความเสี่ยงของการเกิดตัวแปรแทรกซ้อนร่วมกับตัวแปรต้น ทำให้ค่าขนาดอิทธิพลมีค่าสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุพัฒน์ สุขมุลสันต์ (2553) ที่กล่าวว่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็นปัจจัยที่มีผลต่อค่าขนาดอิทธิพล เช่นเดียวกับบุญชม ศรีสะอาด (2560) ได้อธิบายว่าการมีกลุ่มควบคุมเป็นหนึ่งในวิธีควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ซึ่งการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนจะทำให้เกิดความเที่ยงตรงภายใน และไม่เกิดการแทรกแซงจากตัวแปรที่อาจมีขนาดอิทธิพลต่อผลการทดลอง จึงสรุปได้ว่างานวิจัยที่ไม่มีกลุ่มควบคุมอาจทำให้เกิดตัวแปรแทรกซ้อนร่วมกับตัวแปรต้น และมีเกิดข้อสงสัยต่อความเที่ยงตรงภายในของงานวิจัยได้

2) กลุ่มตัวอย่าง พบว่าสำหรับปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมและความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า งานวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียน มีค่าขนาดอิทธิพลสูงกว่างานวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตและนักศึกษาเล็กน้อย แสดงถึงโปรแกรมการให้คำปรึกษามีผลทำให้ปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มนักเรียนดีขึ้นกว่ากลุ่มนิสิตและนักศึกษา อาจเพราะนักเรียนเป็นช่วงเริ่มต้นของปัญหา

สุขภาพจิตที่ยังมีระดับไม่รุนแรงเท่ากับในกลุ่มนิสิตและนักศึกษาที่อยู่ในวัยรุ่นตอนปลาย และช่วงเปลี่ยนช่วงชั้นการศึกษา มีการเปลี่ยนแปลงสถานที่เรียน การใช้ชีวิต และการปรับตัวต่อสถานการณ์ใหม่ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุริยัน อ้นทองทิม, ภูมิภักดิ์ จีระกุล, ศศิวิมล พจนพานิชพงศ์ และชลิตตาภรณ์ ดวงดี (2560) โดยศึกษาการปรับตัวของนิสิตชั้นปีที่ 1 พบว่า นิสิตมีความยากลำบากในการปรับตัวในด้านต่าง ๆ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกวิธีจะมีผลต่อช่วงชีวิตในเวลาถัดมา จนถึงเกิดความเครียด ความวิตกกังวลและส่งผลต่อโรคทางจิตต่าง ๆ และผลการศึกษาของสิริทรัพย์ สีหะวงษ์ และคณะ (2561) ยังชี้ให้เห็นว่าปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อความเครียดของนักศึกษา คือ ปัจจัยด้านการเรียน ด้านสัมพันธภาพ ด้านเศรษฐกิจ ด้านกิจกรรมและด้านความคาดหวัง จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาพบว่าสำหรับความเครียดขนาดอิทธิพลของกลุ่มนิสิตและนักศึกษาสูงกว่ากลุ่มนักเรียน อาจเป็นเพราะกลุ่มนิสิตและนักศึกษามีอายุที่มากกว่าจึงอาจเคยประสบสถานการณ์ต่าง ๆ และเกิดความปรับตัวได้ดีมากขึ้น เป็นไปตามผลการศึกษาของสิริกัญญา ศิริสม, เจียมจิต แสงสุวรรณ และจิตภินันท์ ศรีจักรโคตร. (2556) สรุปผลการศึกษาว่าอายุมีความสำคัญในการทำนายการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้นิสิตและนักศึกษาเป็นช่วงวัยที่ผ่านประสบการณ์ในชีวิต ผ่านการเผชิญความเครียดมากกว่าจึงมีความสามารถในการปรับตัวต่อความเครียดได้ดีกว่ากลุ่มนักเรียน แต่ทั้งนี้แม้ว่าค่าขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนจะสูงกว่า แต่ค่าขนาดอิทธิพลของทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกัน จึงสามารถสรุปได้ว่าการให้คำปรึกษาสำหรับแต่ละปัญหาสุขภาพจิตสามารถนำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพต่อทั้งกลุ่มนักเรียน นิสิตและนักศึกษาเช่นกัน แต่หากพิจารณาความเหมาะสมของการใช้แนวคิดในกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มนักเรียนสามารถใช้แนวคิดต่าง ๆ ได้ไม่แตกต่างกัน แต่ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิตและนักศึกษา พบว่าแนวคิดกลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยมมีค่าขนาดอิทธิพลที่สูงกว่ากลุ่มอื่นค่อนข้างมาก อาจเพราะแนวคิดกลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยมมีความเหมาะสมกับผู้ที่มีการรู้คิดค่อนข้างดี มีวุฒิภาวะจึงทำให้แนวคิดกลุ่มนี้มีค่าขนาดอิทธิพลสูงกว่ากลุ่มอื่น จึงสรุปเพิ่มเติมได้ว่าในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิตและนักศึกษาจึงสามารถใช้แนวคิดกลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยมจะได้รับผลที่ดีกว่า

3) จำนวนครั้งการให้คำปรึกษา สำหรับปัญหาสุขภาพจิตโดยรวม ความเครียด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า พบว่า งานวิจัยที่มีการการออกแบบการให้คำปรึกษามีจำนวนครั้งระหว่าง 8 – 10 ครั้ง มีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับขนาดใหญ่ทุกปัญหาสุขภาพจิตรวมถึงปัญหาสุขภาพโดยรวม และมีค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบการจำนวนครั้งอื่น ๆ เป็นไปแนวคิดของนักจิตวิทยาหลายท่าน (Corey, 2015; Jacobs et al., 2015; Yalom & Leszcz, 2020) ที่อธิบาย

คล้ายกันว่าจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษาควรอยู่ระหว่าง 8 ครั้งและไม่ควรเกิน 12 ครั้ง และไม่เกิน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ Trotzer (2013) โดยอธิบายว่าจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษาไม่ควรต่ำกว่า 8 ครั้ง และเพิ่มเติมว่าช่วงเวลาในการจัดกลุ่มแต่ละครั้งมีระยะเวลาที่เหมาะสมคือ 1 ชั่วโมง – 1.30 ชั่วโมง อีกทั้งผู้วิจัยสังเกตเห็นได้ว่าในปัญหาสุขภาพจิตโดยรวม และภาวะซึมเศร้าค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยที่มีการออกแบบการให้คำปรึกษาระหว่าง 8 – 10 ครั้งและงานที่มีการออกแบบให้คำปรึกษาน้อยกว่า 8 ครั้ง มีค่าขนาดอิทธิพลใกล้เคียงกัน และจากการวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้พบว่า งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์โปรแกรมการให้คำปรึกษาส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งการให้คำปรึกษาอยู่ระหว่าง 8 – 10 ครั้งมากถึงร้อยละ 44.12 จึงสรุปได้ว่าจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมสำหรับปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มนักเรียน นิสิตและนักศึกษาควรมีจำนวนครั้งระหว่าง 8 -10 ครั้ง หากมีข้อจำกัดต่าง ๆ สามารถปรับให้มีจำนวนครั้งน้อยกว่า 8 ครั้งได้ แต่ไม่เกินต่ำกว่า 6 ครั้ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเป้าหมาย วัตถุประสงค์และลักษณะของกลุ่มด้วยเช่นกัน

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ครูแนะแนว นักจิตวิทยาให้คำปรึกษาในโรงเรียน หรือมหาวิทยาลัย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถเลือกใช้แนวคิดกลุ่มปัญญานิยมและพฤติกรรมหรือกลุ่มมนุษยนิยมในการให้คำปรึกษาได้ตามความถนัด และการใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาสามารถเลือกได้ทั้งแบบกลุ่มและแบบรายบุคคล แต่ไม่ควรยึดติดกับแบบใดแบบหนึ่ง อาจมีการปรับเพื่อเปรียบเทียบกับผู้รับคำปรึกษาว่ามีความเหมาะสมกับแบบใด

2. นักวิจัย นักศึกษาปริญญาโทหรือปริญญาเอกนำผลการศึกษาออกแบบโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยเลือกแนวคิดที่ประสิทธิผลต่อปัญหาสุขภาพจิตที่ศึกษา เช่น ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ควรเลือกใช้แนวคิดกลุ่มปัญญานิยมและพฤติกรรมนิยมเนื่องจากมีค่าขนาดอิทธิพลที่สูงกว่าแนวคิดกลุ่มอื่น การออกแบบจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษา (Session) ควรมีจำนวนระหว่าง 8 – 10 ครั้ง เนื่องจากเป็นช่วงที่ทำให้ค่าขนาดอิทธิพลของผลการให้คำปรึกษามีค่าสูงที่สุด

3. นักวิจัย ควรนำผลการศึกษาคุนภาพวิจัย เป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยในครั้งต่อไปให้มีคุณภาพมากขึ้น โดยเฉพาะด้านการนำเสนอผลงานซึ่งเป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยคุณภาพงานวิจัยน้อยที่สุด

4. นักวิจัย ออกแบบการการวิจัยเชิงทดลอง ควรออกแบบให้มีกลุ่มควบคุม เพื่อให้ทราบความแตกต่าง และประสิทธิภาพที่แท้จริงของโปรแกรมการให้คำปรึกษา รวมถึงการกำหนดขนาดตัวอย่างเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ อีกทั้งยังทำให้สามารถใช้สถิติแบบพารามิเตอร์

5. หน่วยงาน หรือองค์กรควรส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานด้านการให้คำปรึกษาในโรงเรียน หรือมหาวิทยาลัยได้มีโอกาสในการศึกษาอบรมเพิ่มพูนความชำนาญในแนวคิดกลุ่มปัญหาและพฤติกรรมนิยม และแนวคิดมนุษยนิยม รวมทั้งรูปแบบการให้คำปรึกษาทั้งแบบกลุ่มและแบบรายบุคคล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการช่วยเหลือนักเรียน นิสิตและนักศึกษา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มเติมฐานข้อมูลงานวิจัยเพื่อให้เกิดความหลากหลายของงานวิจัยเพิ่มมากขึ้น หรือเพิ่มฐานข้อมูลต่างประเทศเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของงานวิจัยในไทยและต่างประเทศ เช่น ProQuest, PubMed

2. ในปัจจุบันพบว่าทั้งกลุ่มคนทำงาน กลุ่มผู้ป่วย กลุ่มผู้สูงอายุ รวมถึงกลุ่มบัณฑิตศึกษาล้วนมีความเสี่ยงและมีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน จึงควรศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มต่าง ๆ เพื่อให้เห็นแนวโน้มของกลุ่มนั้น ๆ และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มได้

3. ควรมีการวิเคราะห์หรือมิถานในปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ ที่มีความสำคัญ เช่น ปัญหาการใช้สารเสพติด การติดเกมส์ ปัญหาบุคลิกภาพที่ผิดปกติอื่น ๆ และปัญหาความเหนื่อยในการเรียนหรือการทำงาน รวมถึงให้มีการขยายขอบเขตการศึกษา ด้วยโปรแกรมอื่น ๆ นอกเหนือจากโปรแกรมการให้คำปรึกษา

4. ใช้รูปแบบอื่น ๆ ของการวิเคราะห์หรือมิถานในการวิเคราะห์เพื่อให้เกิดมิติอื่น ๆ ของการวิเคราะห์มิถาน ตัวอย่าง เช่น การวิเคราะห์หรือมิถานร่วมกับการใช้สมการเชิงโครงสร้าง (Meta – Analysis Structural Equation Modeling: MASEM) หรือ Meta-analysis of single-case designs (scds)

ข้อจำกัด

เมื่อแบ่งงานวิจัยตามคุณลักษณะของงานวิจัย บางกลุ่มย่อยมีงานวิจัยเพียง 1 เรื่อง จึงไม่สามารถเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลได้ ผู้วิจัยจึงไม่นำงานวิจัยนั้นมาเปรียบเทียบได้

บรรณานุกรม

- American Addiction Centers. (2021). Psychotherapy Guide: Group Therapy vs. Individual Therapy. Retrieved from <https://americanaddictioncenters.org/therapy-treatment/group-individual>
- AT, B. (1967). *Depression : Clinical, experimental and theoretical aspect*. New York: Happer Row.
- Beck, A. T. (1976). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber Medical Devision.
- Blanco C et al. (2008). Mental health of college students and their no college-attending peers: Results from the National Epidemiologic Study on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*, 65(12).
- Bruijniks, S. J., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., & Huibers, M. J. (2019). The potential role of learning capacity in cognitive behavior therapy for depression: a systematic review of the evidence and future directions for improving therapeutic learning. *Clinical Psychological Science*, 7(4), 668-692.
- Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*: Academic press.
- Corey, G. (2015). Theory and practice of group counseling: Cengage Learning. *California: Brooks Cole*.
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 376-385.
- David A. Clark, A. T. B. (2011). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice*. New York: : Guilford Press.
- Eisenberg D, H. J., Speer N,. (2013). Mental health in American colleges and universities: Variation across student subgroups and across campuses. *J Nerv Ment Dis*, 20(1).
- Eisenberg D, H. J., Speer N,. (2013). Mental health in American colleges and universities: Variation across student subgroups and across campuses. . 20(1).

- Ellis, A. a. W., J.M., (1979). *The Theoretical and Empirical Foundation of Rational-Emotive Therapy*. USA: Brook/Cole Publishing Co.
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231.
- George, R. L. (1990). *Counseling: theory and practice*. United States: Prentice Hall.
- Glasser, W. (2001). *Counseling with choice theory: The new reality therapy*: Harper Collins.
- Hedges, L., & Olkin, I. (1985). P. 369 in Statistical methods for meta-analysis. In: New York Academic Press, New York, USA.
- Huang, J., Nigatu, Y. T., Smail-Crevier, R., Zhang, X., & Wang, J. (2018). Interventions for common mental health problems among university and college students: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of psychiatric research*, 107, 1-10.
- Ingram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z. (2006). Cognitive vulnerability to depression. In *Cognitive vulnerability to emotional disorders* (pp. 73-102): Routledge.
- Jacobs, E. E., Schimmel, C. J., Masson, R. L., & Harvill, R. L. (2015). *Group counseling: Strategies and skills*: Cengage learning.
- Jo, H.-S., Lee, Y.-B., Kim, Y.-H., & Huh, M.-R. (2019). Effects of REBT Applied Horticultural Activity Program on Irrational Beliefs, Job-Seeking Stress, and Career Maturity of University Students. *Journal of People, Plants, and Environment*, 22(6), 601-609.
- John Burke. (2019). CHECKLIST – Quality Assessment for (Draft) Final Evaluation Reports. Retrieved from https://ec.europa.eu/transport/sites/default/files/2018-quality-assessment-psc-final-evaluation_study.pdf
- Kessler RC et al. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*, 20(4).
- Leahy, R. L. (2002). Cognitive Therapy: Current. *Clinical advances in cognitive psychotherapy: Theory and application*, 418.
- Muehlschlegel, C., Kyriacou, H., Al-Mohammad, A., Foster-Davies, L. A., Simmons-Jones, F., & Oliver-Williams, C. (2020). The risk of cardiovascular disease in women after

- miscarriage, stillbirth, and therapeutic abortion: a protocol for a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 9(1), 1-8.
- Neil A. Rector. (2010). *Cognitive behavioural therapy An information guide*. . Canada: Centre for Addiction and Mental Health.
- Oud, M., De Winter, L., Vermeulen-Smit, E., Bodden, D., Nauta, M., Stone, L., . . . Kendall, T. (2019). Effectiveness of CBT for children and adolescents with depression: A systematic review and meta-regression analysis. *European psychiatry*, 57, 33-45.
- Paola Pedrelli, c. a. M. N., Albert Yeung, Courtney Zulauf, and Timothy Wilens. (2015). College Students: Mental Health Problems and Treatment Considerations. *Acad Psychiatry*, 39(5), 503-511.
- Richards, S. H., Anderson, L., Jenkinson, C. E., Whalley, B., Rees, K., Davies, P., . . . Thompson, D. R. (2018). Psychological interventions for coronary heart disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *European journal of preventive cardiology*, 25(3), 247-259.
- Russell, J. M. (2007). Existential psychotherapy. *Applying counseling theories*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Sa'ad, F. M., Yusoooff, F., Nen, S., & Subhi, N. (2014). The effectiveness of person-centered therapy and cognitive psychology ad-din group counseling on self-concept, depression and resilience of pregnant out-of-wedlock teenagers. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 114, 927-932.
- Schneider, K. J. (2011). *Existential-integrative psychotherapy: Guideposts to the core of practice*: Routledge.
- Selye, H. (1965). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Syah, M. E. (2020). Rational Emotional Behavior Therapy (REBT) to Reduce Anxiety Bullying Victims in Adolescents. *Journal of Family Sciences*, 5(1), 36-46.
- The American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: American Psychiatric Association.
- Trotzer, J. P. (2013). *The counselor and the group: Integrating theory, training, and practice*: Routledge.

- Vaingankar JA, e. a. (2012). *Age of onset of life-time mental disorders and treatment contact*. Retrieved from
- White, J. R., & Freeman, A. S. (2000). *Cognitive-behavioral group therapy: For specific problems and populations*: American Psychological Association.
- Woo, H.-J. (2004). The Development and the Effects of Group Counseling Program Based on Reality Therapy for the Decrease of Elementary School Students' Academic stress. *한국초등상담교육학회: 학술대회논문집*, 137-168.
- Wubbolding, R. E. (2013). *Reality therapy for the 21st century*: Routledge.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy*: Hachette UK.
- Zadeh, Z. F., & Lateef, M. (2012). Effect of cognitive behavioural therapy (CBT) on depressed female university students in Karachi. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 69, 798-806.
- Zisook S et al. (2007). Effect of age at onset on the course of major depressive disorder. *Am J Psychiatry*, 16(10).
- กรมสุขภาพจิต. (2563). รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช ประจำปี 2559 – 2562. Retrieved from <https://www.dmh.go.th/report/datacenter/hdc/>
- กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, ก. (2546). มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเล่มที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กุลนาถ คงเหลือ. (2557). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามทฤษฎีการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมที่มีต่อความเครียดของนักศึกษาสภาพรอพินิจระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยหาดใหญ่. (ปริญญานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยทักษิณ, สงขลา.
- เกวลิน กลัญชัย. (2560). ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความวิตกกังวลในการสอบของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- แก้วตา ผู้พัฒนางาน. (2561). เอกสารประกอบการสอนวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา . กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

- โกศล วงศ์สวรรค์ และ เลิศลักษณ์ วงศ์สวรรค์. (2551). สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: บริษัทรวมสาส์น จำกัด.
- จงลักษณ์ ทวีแก้ว, วิจิตรา จิตร์รักษ์, ชนุกร แก้วมณีและปภาดา น้อยวงศ์. (2562). การศึกษาภาวะสุขภาพจิตและระดับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล : กรณีศึกษาวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งนาคาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา, 20(2).
- จิรวรรณ จบสุบิน. (2551). ความชุกภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- เจียรนัย ทรงชัยกุล และโกศล มีคุณ. (2554). ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม. ใน ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (บรรณาธิการ), ประมวลสาระชุดวิชาแนวคิดทางการแนะแนวและทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา. นนทบุรี: โรงพิมพ์สุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ฉัตรฤดี กิจวิมลตระกูล. (2545). ศึกษาการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีการปรึกษาร่วมกับการฝึกหัดหฐะโยคะต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ฉัตรสุดา ส่องแสงเจริญ. (2550). ความเครียดของพนักงานที่ย้ายฐานปฏิบัติการจากท่าอากาศยานนานาชาติดอนเมืองไปยังท่าอากาศยานนานาชาติสุวรรณภูมิ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ชูพรรณ วงศ์วุฒิ. (2545). เปรียบเทียบผลการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติกับการฝึกผ่อนคลายด้วยตนเองที่มีต่อความวิตกกังวลด้านการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จังหวัดชลบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- เชต บุญมี. (2541). เปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษากลุ่มและรายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริงที่มีต่อความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- ณัฐดนัย เตียมวัฒนเสรี, พวงสร้อย วรกุล และชุติมา หุ่มเรือวงศ์. (2560). สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องนิสิตระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1. วารสารเวชศาสตร์ร่วมสมัย, 61(6), 783-798.
- ณัฐภา ราชบุตรและคณะ. (2561). ผลของโปรแกรมออกกำลังกายเชิงประยุกต์ต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร.
- ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร. (2558). *Cognitive Bbehavior Therapy*. กรุงเทพฯ: เอกสารประกอบการ

สอน. .

ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร. (2550). คู่มือการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าแบบ CBT. นนทบุรี: สำนัก
สุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ดรัลพร เทพรักษ์. (2562). การใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพกับภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรสำนักงาน
เลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ.

ทัชชา สุริโย. (2559). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มที่มีต่อการเสริมสร้างความฉลาดทาง
สังคมในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า. (ปริญญานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต).
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

ทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล และสุวรรณี พุทธิศรี. (2558). สุขภาพจิตและระบบบริการสุขภาพจิตใน
ประเทศไทย. ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (บรรณาธิการ), จิตเวชศาสตร์
รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล
รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

ธรรมศักดิ์ วรพงษ์. (2549). กษาผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์
เพื่อลดความวิตกกังวลในการดำเนินชีวิตประจำวันของนักเรียนวัยรุ่น. (ปริญญานิพนธ์
ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.

นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2542). การวิเคราะห์ห่อภิมาน กรุงเทพฯ: นิชนแอตเวอร์ไทซิงกรุ๊ป.

นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตต์. (2557). ภาวะซึมเศร้า : ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญใน
ผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(3), 24-31.

บุญจิรา ชลธารนที. (2561). ผลของกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมต่อความ
วิตกกังวลในวัยรุ่นตอนต้น. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
กรุงเทพฯ.

บุญชม ศรีสะอาด. (2560). การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

ไบเรียม เงามาม. (2555). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นที่มี
ปัญหาพฤติกรรม. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

ปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). แนวคิดการเกิดโรคทางจิตเวช. ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุค
นิชย์ (บรรณาธิการ), จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวช
ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปิยนุช ชมภูภาค. (2560). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม
ร่วมกับการพัฒนาสติต่อความทุกข์ตนเองในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า. (ปริญญานิพนธ์

- ปริญญาamahบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- ปurna, ด. (2543). เปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงกับการเสนอตัวแบบต่อความวิตกกังวลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ของนักศึกษาพยาบาล. (วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. (2554). การเปรียบเทียบทฤษฎีการให้การศึกษาและการพัฒนาแนวปฏิบัติในการให้การศึกษา. นนทบุรี: สาขาวิชาศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา และวิไลลักษณ์ พงษ์โสภา. (2556). ทฤษฎีและเทคนิคการให้บริการปรึกษา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พงษ์พันธ์ พงษ์โสภาและวิไลลักษณ์ พงษ์โสภา. (2556). ทฤษฎีและเทคนิคการให้บริการปรึกษา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พยาม การดี. (2551). ผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พรพิมล ประดิษฐ์, สิริมา มงคลสัมฤทธิ์, และเกษร สำเนาทอง. (2558). การวิเคราะห์ห่อภิมานปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 10(2), 92-104.
- พรรณพร ลิ่วโรจน์ และอรรณพ คุณสนอง. (2559). สำนักงานปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และผลการพัฒนาโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม เพื่อลดการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นนอกระบบการศึกษา. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), กรุงเทพฯ.
- พฤษภา ผาติวรกร. (2558). ภาวะสุขภาพจิตของนิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- พิณทอง ลิมพวงศธร. (2543). ความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- พิษณุ ผิวทอง, สมพงษ์ บัณฑิต, สุวีพร อนุศาสนนันท์, และไพรัตน์ วงษ์นาม. (2561). การสังเคราะห์งานวิจัยปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพ นักเรียนอาชีวศึกษา : การวิเคราะห์ห่อภิมาน. วารสารศึกษาศาสตร์, 6(2), 635-648.
- เพ็ญพรรณ ชิตวร. (2545). ผลของพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าใน

- วัยรุ่น. (ปริญญานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ภัทรา เสงี่ยมในเมือง. (2547). ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีการเผชิญความจริงต่อการลดความเครียดในการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. (ปริญญานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- ภัทริน สันทศนะสุวรรณ. (2558). การวิเคราะห์ห้วงนิมิตงานวิทยานิพนธ์ของหลักสูตรนิเทศศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยกรุงเทพ. (ปริญญานิพนธ์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยกรุงเทพ, กรุงเทพฯ.
- มนูญ คันธประภา. (2556). สุขภาพจิตของอาจารย์คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรมมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร. (ปริญญานิพนธ์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร,
- มัญชรี โชติรสสุติ. (2556). การปรับตัวข้ามวัฒนธรรมของนักเรียนไทยในต่างประเทศ. (หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสื่อสารประยุกต์ คณะภาษาและการสื่อสาร). สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- รัตน์ติกา สุวรรณชัยโสมจิต. (2543). การเปรียบเทียบระหว่างผลของการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์กับการฝึกเทคนิคการหยุดความคิด เพื่อลดความวิตกกังวลในการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครจังหวัดพะเยา. (วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- รุ่งระวี ธนอมทรัพย์. (2554). การเปรียบเทียบผลการให้การปรึกษากลุ่มต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 2 ในการฝึกปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยระหว่างทฤษฎีพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม และทฤษฎีผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง. (วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม., มหาสารคาม.
- วัชร ทรัพย์มี. (2556). ทฤษฎีให้บริการปรึกษา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัลลภา ทรงพระคุณ,และเนตรดาว ธงชีว. (2562). บรรณำบัตสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ, 25(1), 63-70.
- วาณี เมฆรังสิมันต์. (2555). ความเครียด บุคลิกภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพและความเครียด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพนักงานขับรถโดยสารประจำทางพิเศษขององค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,

กรุงเทพฯ.

วารุณี มีมุ่งบุญ. (2562). การศึกษาความเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ประจำปีการศึกษา

2561 ภาคเรียนที่ 2 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. Retrieved from ปทุมธานี:

ศิริพร ขำขันมะลิ และ สาคร อัมจักร. (2560). การสังเคราะห์งานวิจัยการจัดการเรียนการสอนวิชาเคมี ที่ส่งผลต่อการพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 36(6), 1-13.

ศิริพรรณ พักศาลา. (2560). ผลของการปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลางเพื่อลดความเครียดของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาลโรงเรียนผู้ช่วยพยาบาลคณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.

สมภาพ เรื่องตระกูล. (2543). โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว.

สันทนา ทองผุย, วนิดา ไทรชมพู และราตรี สว่างจิต. (2561). ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการใช้ยา mecobalamin ในการรักษาภาวะปวดปลายประสาทจากการติดเชื้อไวรัสฮิสตาด : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณของการทดลองแบบสุ่ม. วารสารเภสัชกรรมไทย, 11(1), 285-304.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2559). การสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) คนไทย. Retrieved from กรุงเทพฯ:

สิริกัญญา ศิริสม, เจียมจิต แสงสุวรรณ, และจิตภินันท์ ศรีจักรโครต. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหาในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. สมาคมประสาทวิทยาศาสตร์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(2), 70 – 81.

สิริทรัพย์ สีหะวงษ์, นิชกานต์ ผ่องดี, ณัฐธิดา ยานะรมย์, ณัฐนรี น้อยนาง, ณัฐมล อาไนย์, ตฤณภรณ์ บุญเชิญ และธัญญาเรศ พ่อยันต์. (2561). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. วารสารมจร.วิชาการ, 21(42), 93-106.

สุณัฐฐา สุนทรวิภาต. (2560). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการคิดตามหลักโยนิโสมนสิการที่มีต่อความวิตกกังวลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4. (ปริญญาโทครุศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

สุทัศน์ ชัดสีใส. (2549). ผลการให้คำปรึกษากลุ่มแบบยืดบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อความวิตกกังวลด้านการเรียน. (ปริญญาโทครุศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

- สุพัฒน์ สุขมลสันต์. (2553). ขนาดของผล: ความมีนัยสำคัญทางปฏิบัติในการวิจัย. วารสารภาษา
ปริทัศน์(25), 26-38.
- สุรศักดิ์ เสาแก้ว. (2559). การอ่านและการแปลผลงานวิจัยการวิเคราะห์อภิมาน. เชียงรายเวชสาร,
8(2), 139-151.
- สุริยัน อ้นทองทิม, ภูกิจ เล้าจิรัตน์กุล, ศศิวิมล พจน์พาณิชพงศ์ และชลิตตาภรณ์ ดวงดีป. (2560). การ
ปรับตัวของนักศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 สถาบันอุดมศึกษาภายในเขตอำเภอเมือง
จังหวัดเชียงราย. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์
สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 23(1), 18-25.
- อนุวัติ ศรีพร. (2546). ศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบกวนิยมที่มีต่อความวิตกกังวลของผู้
ติดเชื้อเอดส์ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต).
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- อรนุช ประดิษฐ์ทรัพย์, มานพ พิทักษ์ภากร, นรินทร์ ศรีรัตนวิริยะกุล, ศิษฏา ทองสีมา และอนันต์ชัย
อัสวเมสิน. (2552). การวิเคราะห์อภิมานสำหรับงานวิจัยทางระบาดวิทยาพันธุศาสตร์. *Thai
Journal of Genetics* 2(2), 103-119.
- อรพรรณ ประทุมพันธ์. (2554). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะต่อความรุนแรง
ของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทหญิง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- อรพรรณ ลือบุญชัย. (2553). การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า. กรุงเทพฯ บริษัทนา
เพรส.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง, นิพัทธ์พงษ์ แสงด้วง และปิยะ บุษบา. (2557). การวิเคราะห์สังเคราะห์งานวิจัย
ทางวิทยาศาสตร์ มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์: กรณีศึกษามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและอภิมาน. วารสารพฤติกรรมศาสตร์, 20(1), 19 – 34.
- อัจฉราภรณ์ อยู่ยังเกิด. (2554). ผลของโปรแกรมฮิวแมนนิจูดต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับ
การรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- อัมพร โอตระกูล. (2538). สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: บริษัทวิทยพัฒน์





ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ลำดับ.....

วันเดือนปี.....

แบบบันทึกข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัย แบบบันทึกทั่วไปของคุณลักษณะงานวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัย

1. ชื่องานวิจัย

.....

.....

.....

2. ชื่อผู้ทำวิจัย

3. ประเภทงานวิจัย

☐ ปรินิพนินพนธ์ระดับปริญญาโท☐ ปรินิพนินพนธ์ระดับปริญญาเอก☐ งานวิจัยอื่นๆ

4. สถาบันที่ผลิต

☐ 1. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ☐ 2. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย☐ 3. มหาวิทยาลัยหัวเฉียว☐ 4. มหาวิทยาลัยบูรพา☐ 5. มหาวิทยาลัยสารคาม☐ 6. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่☐ 7. มหาวิทยาลัยทักษิณ☐ 8. อื่นๆ

5. ปีที่พิมพ์เผยแพร่ ...พ.ศ.....25.....

6. ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

7. หลักสูตรที่ศึกษา.....

แบบบันทึกข้อมูลคุณลักษณะเชิงทดลอง และผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะเชิงทดลอง

1. รูปแบบการให้คำปรึกษา

- ☐ 1. การให้คำปรึกษารายบุคคล ☐ 2. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

2. แนวคิดทางจิตวิทยาที่ใช้

- ☐ 1. แนวคิดและทฤษฎีพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม
- ☐ 2. แนวคิดภวนิยม
- ☐ 3. แนวคิดเผชิญความจริง
- ☐ 4. แนวคิดยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง
- ☐ 5. แนวคิดปรับความคิดและพฤติกรรม
- ☐ 6. แนวคิดจิตวิทยาอื่น ๆ
- ☐ 7. แนวคิดอื่น ๆ

3. ปัญหาสุขภาพจิตที่ศึกษา

- ☐ 1. ความเครียด ☐ 2. ความวิตกกังวล
- ☐ 3. ภาวะซึมเศร้า

4. ประชากร

5. กลุ่มตัวอย่าง

5.1 ประเภท

- ☐ 1. นักเรียน ระบุ(มัธยมต้น /มัธยมปลาย/ ปวส./ปวช)
- ☐ 2. นิสิต/นักศึกษา

5.2 ชั้นปี

6. อายุของกลุ่มตัวอย่าง ปี

7. พื้นที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง.....

8. จำนวนประชากร.....คน

9. จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย.....กลุ่ม รวม.....คน

กลุ่มทดลอง.....กลุ่ม จำนวน.....คน

กลุ่มควบคุม.....กลุ่ม จำนวน.....คน

10. การออกแบบงานวิจัย

- ☐ .1True control group posttest-only design

- ☐ .2 True control group pretest-posttest design
- ☐ .3 True control group pretest - posttest time series
- ☐ .4 Pretest - posttest non randomized design
- ☐ .5 The one group pretest - posttest design
- ☐ .6 Time series
- ☐ .7 Posttest only group design

11. การสุ่มตัวอย่าง

- ☐ 1. การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)
- ☐ 2. การสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic Sampling)
- ☐ 3. การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Sampling)
- ☐ 4. การสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Sampling)
- ☐ 5. การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi Stage Sampling)
- ☐ 6. ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง
- ☐ 7. Random selection
- ☐ 8. Random assignment
- ☐ 9. Random treatment
- ☐ 10. การสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง

12. เครื่องมือที่ใช้

12. 1 เครื่องมือที่ใช้สำหรับโปรแกรมการให้คำปรึกษา

- ☐ 1. แบบวัด ☐ 2. แบบสัมภาษณ์
- ☐ 3. แบบสอบถาม ☐ 4. โปรแกรมการให้คำปรึกษา ระบุ
- ☐ 6. อื่น ๆ ระบุ

12.2 เครื่องมือที่ใช้สำหรับตัวแปรตาม

- ☐ 1. แบบวัด ☐ 2. แบบสัมภาษณ์
- ☐ 3. แบบสอบถาม ☐ 4. โปรแกรมการให้คำปรึกษา
- ☐ 5. อื่น ๆ ระบุ

ระบุชื่อเครื่องมือ

.....

.....

12. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

12.1 โปรแกรม

- ☐ 1. ความตรง (Validity)
 ☐ 2. ความเที่ยง (Reliability)
- ☐ 3. อำนาจจำแนก (Discrimination)
 ☐ 4. ไม่ระบุ
- ☐ 5. ไม่มี

12.2 การทดลองใช้โปรแกรม

- ☐ 1. มี
 ☐ 2. ไม่มี

12.3 ตัวแปรตาม

- ☐ 1. ความตรง (Validity)
 ☐ 2. ความเที่ยง (Reliability)
- ☐ 3. อำนาจจำแนก (Discrimination)
 ☐ 4. ไม่ระบุ
- ☐ 5. ไม่มี

13. จำนวนชั่วโมงในการให้คำปรึกษา

จำนวนครั้ง ครั้ง

ครั้งละ นาที

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัย

ตัวแปรตาม	ค่าสถิติพื้นฐาน		ค่าขนาด อิทธิพล
	$\bar{x}$	S.D.	
กลุ่มควบคุม			
ก่อนการทดลอง			
หลังการทดลอง			
ติดตามผล			
กลุ่มทดลอง			
ก่อนการทดลอง			
หลังการทดลอง			
ติดตามผล			

รหัสงานวิจัย □□□

แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพการศึกษา

ชื่อผู้วิจัยปีที่พิมพ์

ชื่องานวิจัย

สถาบันที่ผลิตงานวิจัย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับลักษณะงานวิจัยที่ประเมิน

ข้อ	ลักษณะงานวิจัยที่ประเมิน	ผลการประเมิน				
		0	1	2	3	4
1	ชื่อเรื่องมีความชัดเจน น่าสนใจ					
2	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา ชัดเจน สอดคล้องกับเรื่องที่ทำวิจัย					
3	ปัญหาวิจัย / วัตถุประสงค์มีความสอดคล้องกับชื่อเรื่อง ถูกต้องตามหลักการวิจัย					
4	เหตุผลและความจำเป็นในการทำวิจัยมีความสมเหตุสมผล					
5	สมมติฐานถูกต้อง ชัดเจน ตามหลักการวิจัย					
6	กำหนดขอบเขตของการวิจัยได้อย่างเหมาะสม และมีเหตุผลรองรับ					
7	ข้อตกลงเบื้องต้นของงานวิจัยเหมาะสมและมีเหตุผลรองรับ					
8	การเขียนข้อจำกัดของงานวิจัยถูกต้องชัดเจนตามหลักการวิจัย					
9	การนิยามศัพท์เฉพาะมีความชัดเจน					
10	กรอบแนวคิดในการวิจัยมีความถูกต้องเหมาะสมชัดเจนตามหลักการวิจัย					
11	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีปริมาณมากพอ					
12	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสอดคล้องกับปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของการวิจัย					
13	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีความทันสมัยและเชื่อมโยงกับงานวิจัยในอดีต					
14	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทยและต่างประเทศมีสัดส่วนเหมาะสม					
15	การออกแบบการวิจัยสอดคล้องกับปัญหาการวิจัย					
16	ขั้นตอนการวิจัยมีความชัดเจน					
17	กำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่างได้อย่างเหมาะสมกับการวิจัย					
18	การสุ่มกลุ่มตัวอย่างและเกณฑ์ในการคัดเลือกมีความถูกต้องเหมาะสม					
19	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีความเหมาะสม และมีคุณภาพ					
20	กระบวนการในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีความชัดเจนและเหมาะสม					
21	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีความถูกต้องเหมาะสมกับลักษณะของข้อมูล					
22	ลักษณะการนำเสนอการแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล					
23	การแปลความหมายและสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีความถูกต้องชัดเจน					
24	ผลสรุปที่ได้มีความครอบคลุมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และปัญหาวิจัย					
25	การอภิปรายผลสอดคล้องกับผลการวิจัยและครอบคลุมประเด็นปัญหาวิจัย					
26	ข้อเสนอแนะมีความชัดเจน และเป็นประโยชน์					
27	เป็นงานวิจัยที่นำไปใช้ประโยชน์ได้ในทางปฏิบัติ					
28	เป็นงานวิจัยที่นำไปใช้ประโยชน์ได้ในทางวิชาการ					
29	รูปแบบรายงานถูกต้องตามหลักวิชา					
30	คุณภาพรายงานวิจัยในภาพรวม					

เกณฑ์ประเมินคุณภาพสำหรับแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย

1. ชื่อเรื่องมีความชัดเจน น่าสนใจ
 - 0 หมายถึง ไม่ระบุถึงปัญหาวิจัย
 - 1 หมายถึง ระบุถึงปัญหาวิจัย
 - 2 หมายถึง ระบุถึงปัญหาวิจัย ระบุตัวแปรสำคัญที่ศึกษาได้แก่ ตัวแปรต้นหรือตัวแปรตามอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น
 - 3 หมายถึง ระบุถึงปัญหาวิจัย ระบุตัวแปรสำคัญที่ศึกษาได้แก่ ตัวแปรต้นและตัวแปรตามครบถ้วน
 - 4 หมายถึง ระบุถึงปัญหาวิจัย ระบุตัวแปรสำคัญที่ศึกษาได้แก่ ตัวแปรต้นและตัวแปรตาม และระบุกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
2. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา ชัดเจน สอดคล้องกับเรื่องที่ทำวิจัย
 - 0 หมายถึง ไม่ระบุความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
 - 1 หมายถึง ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ทำวิจัย ไม่ได้ระบุให้เห็นประเด็นของปัญหาและความสำคัญในการทำวิจัย
 - 2 หมายถึง ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาแสดงให้เห็นถึงประเด็นปัญหาและความสำคัญในการทำวิจัย แต่ยังไม่ครอบคลุมประเด็นที่ศึกษา เนื้อความไม่ต่อเนื่องสอดคล้อง
 - 3 หมายถึง ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาแสดงให้เห็นถึงประเด็นปัญหาและความสำคัญในการทำวิจัย ครอบคลุมประเด็นที่ศึกษาโดยมีเหตุผลสนับสนุน เนื้อความไม่ต่อเนื่องสอดคล้อง
 - 4 หมายถึง ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาแสดงให้เห็นถึงประเด็นปัญหาและความสำคัญในการทำวิจัย ครอบคลุมประเด็นที่ศึกษาโดยมีเหตุผลสนับสนุน ข้อความมีความกระชับ ตรงประเด็น
3. ปัญหาวิจัย / วัตถุประสงค์มีความสอดคล้องกับชื่อเรื่อง ถูกต้องตามหลักการวิจัย
 - 0 หมายถึง ปัญหาวิจัย / วัตถุประสงค์ไม่มีความสอดคล้องกับชื่อเรื่อง
 - 1 หมายถึง ปัญหาวิจัย / วัตถุประสงค์มีความสอดคล้องกับชื่อเรื่อง
 - 2 หมายถึง ปัญหาวิจัย / วัตถุประสงค์มีความสอดคล้องกับชื่อเรื่อง ระบุตัวแปรสำคัญที่ศึกษา
 - 3 หมายถึง ปัญหาวิจัย / วัตถุประสงค์มีความสอดคล้องกับชื่อเรื่อง ระบุตัวแปรสำคัญที่ศึกษา ระบุวิธีที่ศึกษา
 - 4 หมายถึง ปัญหาวิจัย / วัตถุประสงค์มีความสอดคล้องกับชื่อเรื่อง ระบุกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ระบุตัวแปรสำคัญที่ศึกษา ระบุวิธีที่ศึกษา
4. เหตุผลและความจำเป็นในการทำวิจัยมีความสมเหตุสมผล
 - 0 หมายถึง เป็นเรื่องที่ไม่มีความจำเป็นในการทำวิจัย
 - 1 หมายถึง เป็นเรื่องที่น่าสนใจเพียงอย่างเดียว
 - 2 หมายถึง เป็นเรื่องที่ต้องรู้ใหม่ และไม่มีผู้ใดเคยทำมาก่อน
 - 3 หมายถึง เป็นเรื่องที่น่าสนใจ ต้องรู้ใหม่ และไม่มีผู้ใดเคยทำมาก่อน
 - 4 หมายถึง เป็นเรื่องที่น่าสนใจ ต้องรู้ใหม่ ไม่มีผู้ใดเคยทำมาก่อน และเป็นปัญหาเร่งด่วน

เกณฑ์ประเมินคุณภาพสำหรับแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย (ต่อ)

5. สมมติฐานถูกต้อง ชัดเจน ตามหลักการวิจัย

- 0 หมายถึง ไม่มีการระบุสมมติฐาน
- 1 หมายถึง มีการระบุสมมติฐาน แต่ไม่สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายการวิจัย ขอบเขตกว้างเกินไป ไม่มีประเด็นเฉพาะเพื่อคาดว่าจะเป็นการตอบที่ได้จากการวิจัย
- 2 หมายถึง มีการระบุสมมติฐานที่สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายการวิจัย แต่ขอบเขตกว้างเกินไป ไม่มีประเด็นเฉพาะเพื่อคาดว่าจะเป็นการตอบที่ได้จากการวิจัย หรือไม่สมเหตุผล ไม่ระบุที่มาของสมมติฐานนั้น
- 3 หมายถึง สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายการวิจัย ขอบเขตพอเหมาะ สมเหตุสมผล มีที่มาของสมมติฐาน แต่ใช้ภาษาไม่กะทัดรัด อ่านเข้าใจยาก สมมติฐานบางข้ออ่านแล้วไม่สามารถระบุได้ว่าประเด็นที่คาดว่าจะเป็นการตอบที่ได้จากการวิจัยคืออะไร
- 4 หมายถึง สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายการวิจัย สมเหตุสมผล มีคำถามเพียง 1 ประเด็นในแต่ละข้อ และคาดว่าจะเป็นการตอบที่ได้จากการวิจัย ใช้ภาษากะทัดรัด อ่านเข้าใจง่าย

6. กำหนดขอบเขตของการวิจัยได้อย่างเหมาะสม และมีเหตุผลรองรับ

- 0 หมายถึง ไม่ระบุขอบเขตของการวิจัย
- 1 หมายถึง ระบุขอบเขตของการวิจัยเพียง 1 ส่วน คือ กรอบความคิดตามทฤษฎี
- 2 หมายถึง ระบุขอบเขตของการวิจัยครบ 2 ส่วน คือ กรอบความคิด ตามทฤษฎี ระบุว่าตัวแปรในการวิจัย ไม่ครบตามกรอบความคิด
- 3 หมายถึง ระบุขอบเขตของการวิจัยครบ 3 ส่วน คือ กรอบความคิดตามทฤษฎี ระบุว่าตัวแปรในการวิจัย ไม่ครบตามกรอบความคิด และอธิบายเหตุผลตัวแปรที่ไม่ครบตามกรอบความคิด
- 4 หมายถึง ระบุขอบเขตของการวิจัยครบ 4 ส่วน คือ กรอบความคิดตามทฤษฎี ระบุว่าตัวแปรในการวิจัย ไม่ครบตามกรอบความคิด อธิบายเหตุผลตัวแปรที่ไม่ครบตามกรอบความคิด และระบุว่าผลการวิจัยสามารถ generalize ได้ตามกรอบทฤษฎี

7. ข้อตกลงเบื้องต้นของงานวิจัยเหมาะสมและมีเหตุผลรองรับ

- 0 หมายถึง กำหนดข้อตกลงเบื้องต้นไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
- 1 หมายถึง ไม่มีการกำหนดข้อตกลงเบื้องต้น
- 2 หมายถึง กำหนดข้อตกลงเบื้องต้นของงานวิจัยไม่เหมาะสมแต่มีเหตุผลรองรับ
- 3 หมายถึง กำหนดข้อตกลงเบื้องต้นของงานวิจัยเหมาะสมแต่ไม่มีเหตุผลรองรับ
- 4 หมายถึง กำหนดข้อตกลงเบื้องต้นของงานวิจัยเหมาะสมและมีเหตุผลรองรับ

8. การเขียนข้อจำกัดของงานวิจัยถูกต้องชัดเจนตามหลักการวิจัย

- 0 หมายถึง เขียนข้อจำกัดไม่ถูกต้องตามหลักวิจัย
- 1 หมายถึง ไม่มีข้อจำกัดของงานวิจัย หรือไม่จำเป็นต้องมี
- 2 หมายถึง ระบุข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นในกระบวนการวิจัย
- 3 หมายถึง ระบุข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นในกระบวนการวิจัย และอธิบายถึงผลที่เกิด
- 4 หมายถึง ระบุข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นในกระบวนการวิจัย อธิบายผลที่เกิด และให้ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

เกณฑ์ประเมินคุณภาพสำหรับแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย (ต่อ)

9. การนิยามศัพท์เฉพาะมีความชัดเจน

- 0 หมายถึง ไม่มีการนิยามศัพท์เฉพาะ
- 1 หมายถึง มีการนิยามเชิงทฤษฎี เฉพาะตัวแปรสำคัญที่ศึกษา แต่ไม่ครบถ้วน
- 2 หมายถึง มีการนิยามเชิงทฤษฎี เฉพาะตัวแปรสำคัญที่ศึกษาอย่างครบถ้วน
- 3 หมายถึง มีการนิยามเชิงทฤษฎี นิยามเชิงปฏิบัติการ เฉพาะตัวแปรสำคัญที่ศึกษา แต่ไม่ครบถ้วน
- 4 หมายถึง มีการนิยามเชิงทฤษฎี นิยามเชิงปฏิบัติการ เฉพาะตัวแปรสำคัญที่ศึกษาอย่างครบถ้วน

10. กรอบแนวคิดในการวิจัยมีความถูกต้องเหมาะสมชัดเจนตามหลักการวิจัย

- 0 หมายถึง ไม่ระบุกรอบแนวคิด ไม่แสดงทฤษฎีหรือหลักฐานที่มาของกรอบแนวคิด
- 1 หมายถึง แสดงทฤษฎีหรือหลักฐานที่มาของกรอบแนวคิดบางส่วน ไม่มีการสังเคราะห์สร้างกรอบแนวคิดให้เห็น
- 2 หมายถึง ระบุกรอบแนวคิดโดยแสดงทฤษฎีหรือหลักฐานที่มาของกรอบแนวคิดนั้น แต่ไม่มีการสังเคราะห์สร้างกรอบแนวคิดให้เห็น
- 3 หมายถึง ระบุกรอบแนวคิดโดยแสดงทฤษฎีหรือหลักฐานที่มาของกรอบแนวคิดนั้น มีการสังเคราะห์สรุปกรอบแนวคิด แต่ไม่มีแผนภาพแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหรือแสดง แผนภาพแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ไม่ถูกต้อง
- 4 หมายถึง ระบุกรอบแนวคิดโดยแสดงทฤษฎีหรือหลักฐานที่มาของกรอบแนวคิดนั้น มีการสังเคราะห์สรุปกรอบแนวคิด แสดงแผนภาพแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอย่างถูกต้อง

11. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีปริมาณมากพอ

- 0 หมายถึง เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีจำนวนไม่ถึง 5 เล่ม
- 1 หมายถึง เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีจำนวน 5 – 10 เล่ม
- 2 หมายถึง เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีจำนวน 10 – 15 เล่ม
- 3 หมายถึง เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีจำนวน 15 – 20 เล่ม
- 4 หมายถึง เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีจำนวนมากกว่า 20 เล่ม

12. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสอดคล้องกับปัญหาวิจัย

- 0 หมายถึง เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไม่สอดคล้องกับเรื่องที่ทำวิจัย ใช้ประโยชน์ไม่ได้
- 1 หมายถึง เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสอดคล้องกับเรื่องที่ทำวิจัย แต่ให้รายละเอียดไม่ชัดเจน ไม่มีการสังเคราะห์สรุปเนื้อหา
- 2 หมายถึง เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสอดคล้องกับเรื่องที่ทำวิจัย ให้รายละเอียดชัดเจน มีการสังเคราะห์สรุปเนื้อหาในบางส่วน
- 3 หมายถึง เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสอดคล้องกับเรื่องที่ทำวิจัย ให้รายละเอียดชัดเจน มีการสังเคราะห์สรุปเนื้อหาทุกหัวข้อ แต่ข้อความไม่กระชับ เยิ่นเย้อ อ่านเข้าใจยาก
- 4 หมายถึง เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสอดคล้องกับเรื่องที่ทำวิจัย ให้รายละเอียดชัดเจน มีการสังเคราะห์สรุปเนื้อหาทุกหัวข้อ ข้อความกระชับ อ่านเข้าใจง่าย

เกณฑ์ประเมินคุณภาพสำหรับแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย (ต่อ)

13. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีความทันสมัย
 - 0 หมายถึง ไม่มีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่มีอายุระหว่าง 1 – 5 ปีเลย
 - 1 หมายถึง เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่มีอายุระหว่าง 1 – 5 ปี มีปริมาณไม่ถึง 30%
 - 2 หมายถึง เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่มีอายุระหว่าง 1 – 5 ปี มีปริมาณมากกว่า 30% แต่ไม่ถึง 50%
 - 3 หมายถึง เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่มีอายุระหว่าง 1 – 5 ปี มีปริมาณมากกว่า 50% แต่ไม่ถึง 70%
 - 4 หมายถึง เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่มีอายุระหว่าง 1 – 5 ปี มีปริมาณ 70%
14. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทยและต่างประเทศมีสัดส่วนเหมาะสม
 - 0 หมายถึง ไม่มีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทยและต่างประเทศ
 - 1 หมายถึง เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีเพียงภาษาไทยเท่านั้น
 - 2 หมายถึง เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีสัดส่วนเป็น ภาษาไทย 80% และภาษาต่างประเทศ 20%
 - 3 หมายถึง เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีสัดส่วนเป็น ภาษาไทย 50% และภาษาต่างประเทศ 50%
 - 4 หมายถึง เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีสัดส่วนเป็น ภาษาไทย 30% และภาษาต่างประเทศ 70%
15. การออกแบบการวิจัยสอดคล้องกับปัญหาการวิจัย
 - 0 หมายถึง การออกแบบวิจัยไม่สอดคล้องกับปัญหาวิจัย
 - 1 หมายถึง การออกแบบวิจัยทำให้ได้แนวทางการวิจัยที่จะได้คำตอบตรงประเด็นกับปัญหาวิจัย
 - 2 หมายถึง การออกแบบวิจัยทำให้ผลของการวิจัยมีความตรงภายในหรือความตรงภายนอกอย่างใดอย่างหนึ่ง
 - 3 หมายถึง การออกแบบวิจัยทำให้ผลของการวิจัยมีความตรงภายใน และความตรงภายนอก
 - 4 หมายถึง การออกแบบวิจัยทำให้ได้แนวทางการวิจัยที่จะได้คำตอบตรงประเด็นกับปัญหาวิจัย และทำให้ผลของการวิจัยมีความตรงภายใน และความตรงภายนอก
16. ขั้นตอนการวิจัยมีความชัดเจน
 - 0 หมายถึง ไม่มีการอธิบายขั้นตอนการวิจัย
 - 1 หมายถึง อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยไม่ครบถ้วน
 - 2 หมายถึง อธิบายวิธีดำเนินการวิจัยเป็นขั้นตอนแต่ไม่ชัดเจนทุกขั้นตอน
 - 3 หมายถึง อธิบายวิธีดำเนินการวิจัยเป็นขั้นตอนอย่างเหมาะสมและชัดเจนทุกขั้นตอน
 - 4 หมายถึง อธิบายวิธีดำเนินการวิจัยเป็นขั้นตอนอย่างเหมาะสมและชัดเจนทุกขั้นตอนรวมทั้งมีแผนภูมิแสดงขั้นตอนการดำเนินงาน
17. กำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่างได้อย่างเหมาะสมกับการวิจัย
 - 0 หมายถึง ไม่ระบุกลุ่มประชากร และไม่ระบุกลุ่มตัวอย่าง
 - 1 หมายถึง ไม่ระบุกลุ่มประชากร แต่ระบุกลุ่มตัวอย่าง
 - 2 หมายถึง ระบุกลุ่มประชากร ระบุกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง
 - 3 หมายถึง ระบุกลุ่มประชากร กลุ่มตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง แต่ให้รายละเอียดในการสุ่มตัวอย่างไม่ชัดเจน
 - 4 หมายถึง ระบุกลุ่มประชากร กลุ่มตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง ให้รายละเอียดในการสุ่มตัวอย่าง ชัดเจน อ่านเข้าใจง่าย

เกณฑ์ประเมินคุณภาพสำหรับแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย (ต่อ)

18. การสุ่มกลุ่มตัวอย่างและเกณฑ์ในการคัดเลือกมีความถูกต้องเหมาะสม

- 0 หมายถึง ไม่มีการระบุนำมาของกลุ่มตัวอย่าง
- 1 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเลือกอย่างเจาะจง
- 2 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มโดยไม่อาศัยความน่าจะเป็น
- 3 หมายถึง เลือกวิธีการสุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร ซึ่งได้มาจากการสุ่มโดยอาศัยความน่าจะเป็น
- 4 หมายถึง เลือกวิธีการสุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร ซึ่งได้มาจากการสุ่มโดยอาศัยความน่าจะเป็นและมีที่มาของการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

19. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีคุณภาพ

- 0 หมายถึง ไม่ระบุที่มาของเครื่องมือวิจัย
- 1 หมายถึง ระบุที่มา/วิธีสร้างเครื่องมือ แต่ไม่บอกคุณภาพ หรือวิธีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
- 2 หมายถึง ระบุที่มา/วิธีสร้างเครื่องมืออย่างชัดเจนเป็นขั้นตอน บอกวิธีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือบางส่วน แต่ไม่มีการทดลองนำไปใช้งาน
- 3 หมายถึง ระบุที่มา/วิธีสร้างเครื่องมืออย่างชัดเจนเป็นขั้นตอน บอกวิธีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือบางส่วน มีการทดลองนำไปใช้งาน แต่ไม่บอกการปรับปรุงเครื่องมือ
- 4 หมายถึง ระบุที่มา/วิธีสร้างเครื่องมืออย่างชัดเจนเป็นขั้นตอน บอกวิธีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือบางส่วน มีการทดลองนำไปใช้งาน และมีการปรับปรุงเครื่องมือ

20. กระบวนการในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีความชัดเจนและเหมาะสม

- 0 หมายถึง ไม่มีการระบุถึงกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 1 หมายถึง ระบุถึงกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลบางส่วน ไม่ระบุเป็นขั้นตอน อ่านแล้วสับสน
- 2 หมายถึง ระบุถึงกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอน แต่วิธีการให้รายละเอียดไม่ชัดเจน
- 3 หมายถึง ระบุถึงกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอน วิธีการเก็บข้อมูลเหมาะสม ข้อความไม่กระชับ เยิ่นเย้อ อ่านเข้าใจยาก
- 4 หมายถึง ระบุถึงกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอน วิธีการเก็บข้อมูลเหมาะสม ใช้ข้อความกระชับ อ่านเข้าใจง่าย

21. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีความถูกต้องเหมาะสมกับลักษณะของข้อมูล

- 0 หมายถึง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์/ปัญหาวิจัย
- 1 หมายถึง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลสอดคล้องกับวัตถุประสงค์/ปัญหาวิจัยบางส่วน
- 2 หมายถึง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลสอดคล้องกับวัตถุประสงค์/ปัญหาวิจัย และระดับข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์
- 3 หมายถึง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลสอดคล้องกับวัตถุประสงค์/ปัญหาวิจัย และระดับข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์ มีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นที่ใช้

เกณฑ์ประเมินคุณภาพสำหรับแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย (ต่อ)

- 4 หมายถึง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลสอดคล้องกับวัตถุประสงค์/ปัญหาวิจัย และระดับข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์ มีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นที่ใช้ และปรับแก้ข้อมูลให้สามารถนำมาใช้ในการทดสอบสมมติฐานได้
22. ลักษณะการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
 - 0 หมายถึง ไม่มีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
 - 1 หมายถึง มีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ควรจะนำเสนอ แต่ไม่ครบถ้วน
 - 2 หมายถึง มีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ควรจะนำเสนออย่างครบถ้วน แต่วิธีนำเสนอไม่เหมาะสม เช่น แสดงเป็นข้อความ อ่านเข้าใจยาก
 - 3 หมายถึง มีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ควรจะนำเสนออย่างครบถ้วน วิธีนำเสนอเหมาะสม เช่น นำเสนอในรูปตาราง แต่ไม่มีการอธิบายผลการวิเคราะห์
 - 4 หมายถึง มีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ควรจะนำเสนออย่างครบถ้วน วิธีนำเสนอเหมาะสม เช่น นำเสนอในรูปตาราง มีการอธิบายผลการวิเคราะห์
23. การแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีความถูกต้องชัดเจน
 - 0 หมายถึง ไม่มีการแปลความหมายหรือสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล
 - 1 หมายถึง มีการแปลความหมายหรือสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นบางส่วนเท่านั้น และไม่ถูกต้องตามผลวิเคราะห์ที่ได้
 - 2 หมายถึง มีการแปลความหมายหรือสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นบางส่วนเท่านั้น และถูกต้องสอดคล้องกับผลวิเคราะห์ที่ได้
 - 3 หมายถึง มีการแปลความหมายหรือสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลครบทุกส่วน แต่บางส่วนไม่ถูกต้องไม่สอดคล้องกับผลวิเคราะห์ที่ได้
 - 4 หมายถึง มีการแปลความหมายหรือสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลครบทุกส่วน และถูกต้องสอดคล้องกับผลวิเคราะห์ที่ได้
24. สรุปผลการวิจัยอย่างถูกต้อง
 - 0 หมายถึง ไม่มีการสรุปผลการวิจัย
 - 1 หมายถึง สรุปผลวิจัยไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย หรือข้อมูลที่ได้จากการค้นพบ
 - 2 หมายถึง สรุปผลวิจัยสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยบางส่วน ไม่ครอบคลุมทุกหัวข้อ
 - 3 หมายถึง สรุปผลวิจัยสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ตอบปัญหาวิจัยครอบคลุมทุกหัวข้อ แต่ข้อความไม่กระชับ อ่านเข้าใจยาก ไม่เข้าใจถึงประเด็นที่ชัดเจนที่ต้องการสรุปในหัวข้อนั้นๆ
 - 4 หมายถึง สรุปผลวิจัยสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ตอบปัญหาวิจัยครอบคลุมทุกหัวข้อ ใช้ข้อความกระชับ อ่านเข้าใจง่าย อ่านแล้วเข้าใจถึงประเด็นที่ต้องการสรุปในหัวข้อนั้นๆ อย่างชัดเจน

เกณฑ์ประเมินคุณภาพสำหรับแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย (ต่อ)

25. มีการอภิปรายผลการวิจัยที่ได้กับผลงานวิจัยในอดีต
 - 0 หมายถึง ไม่มีการอภิปรายผลการวิจัยที่ได้กับผลงานวิจัยในอดีต
 - 1 หมายถึง มีการอภิปรายผลการวิจัยแต่เป็นข้อคิดเห็นส่วนตัวของผู้วิจัย ไม่ครอบคลุมทุกประเด็นปัญหาวิจัย
 - 2 หมายถึง มีการอภิปรายผลการวิจัยที่ได้กับผลงานวิจัยในอดีตอย่างไม่สมเหตุผล ไม่ครอบคลุมทุกประเด็นปัญหาวิจัย
 - 3 หมายถึง มีการอภิปรายผลการวิจัยที่ได้กับผลงานวิจัยในอดีตอย่างสมเหตุผล แต่ไม่ครอบคลุมทุกประเด็นปัญหาวิจัย
 - 4 หมายถึง มีการอภิปรายผลการวิจัยที่ได้กับผลงานวิจัยในอดีตอย่างสมเหตุผล และครอบคลุมทุกประเด็นปัญหาวิจัย
26. ข้อเสนอแนะมีความชัดเจน และเป็นประโยชน์
 - 0 หมายถึง ไม่มีการเขียนข้อเสนอแนะ
 - 1 หมายถึง มีข้อเสนอแนะแต่ไม่เกี่ยวกับเรื่องที่ทำวิจัย
 - 2 หมายถึง มีข้อเสนอแนะถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ ไม่สมเหตุผล เป็นข้อคิดเห็นส่วนตัวของผู้วิจัย ไม่ได้มาจากการวิจัย
 - 3 หมายถึง มีข้อเสนอแนะถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ มาจากผลการวิจัย มีเหตุผลรองรับเพียงพอ
 - 4 หมายถึง มีข้อเสนอแนะถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ มาจากผลการวิจัย มีเหตุผลรองรับเพียงพอ สามารถมองเห็นแนวทางนำไปใช้ประโยชน์
27. เป็นงานวิจัยที่นำไปใช้ประโยชน์ได้ในทางปฏิบัติ
 - 0 หมายถึง ผลการวิจัยไม่สร้างองค์ความรู้ใหม่
 - 1 หมายถึง ผลการวิจัยสร้างองค์ความรู้ใหม่ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้เฉพาะในระดับกลุ่มบุคคล
 - 2 หมายถึง ผลการวิจัยสร้างองค์ความรู้ใหม่ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้เฉพาะในระดับหน่วยงาน
 - 3 หมายถึง ผลการวิจัยสร้างองค์ความรู้ใหม่ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้เฉพาะในระดับจังหวัด
 - 4 หมายถึง ผลการวิจัยสร้างองค์ความรู้ใหม่ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้เฉพาะในระดับประเทศ
28. เป็นงานวิจัยที่นำไปใช้ประโยชน์ได้ในทางวิชาการ
 - 0 หมายถึง มีประโยชน์ในด้านวิชาการเฉพาะตัววิจัย
 - 1 หมายถึง มีประโยชน์ในด้านวิชาการระดับการประยุกต์ทฤษฎีเพื่อนำไปใช้
 - 2 หมายถึง มีประโยชน์ในด้านวิชาการระดับที่ต้องรู้ใหม่
 - 3 หมายถึง มีประโยชน์ในด้านวิชาการระดับที่ต้องรู้ใหม่ ปรับปรุงทฤษฎีและแนวคิด
 - 4 หมายถึง มีประโยชน์ในด้านวิชาการระดับที่ต้องรู้ใหม่ ปรับปรุงทฤษฎีและแนวคิดรวมถึงการประยุกต์ทฤษฎีเพื่อนำไปใช้

เกณฑ์ประเมินคุณภาพสำหรับแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย (ต่อ)

29. รูปแบบรายงานถูกต้องตามหลักวิชา

- 0 หมายถึง รูปแบบรายงานถูกต้องเพียง 1 ส่วน คือ บทนำ
- 1 หมายถึง รูปแบบรายงานถูกต้อง 2 ส่วน คือ บทนำ และรายงานเอกสารที่เกี่ยวข้อง
- 2 หมายถึง รูปแบบรายงานถูกต้อง 3 ส่วน คือ บทนำ รายงานเอกสารที่เกี่ยวข้อง และวิธีการวิจัย
- 3 หมายถึง รูปแบบรายงานถูกต้อง 3 ส่วน คือ บทนำ รายงานเอกสารที่เกี่ยวข้อง วิธีการวิจัย และผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4 หมายถึง รูปแบบรายงานถูกต้อง 3 ส่วน คือ บทนำ รายงานเอกสารที่เกี่ยวข้อง วิธีการวิจัย ผลการวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปและอภิปรายผล

30. คุณภาพรายงานวิจัยในภาพรวม

- 0 หมายถึง คุณภาพรายงานวิจัยในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ
- 1 หมายถึง คุณภาพรายงานวิจัยในภาพรวมอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ
- 2 หมายถึง คุณภาพรายงานวิจัยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง
- 3 หมายถึง คุณภาพรายงานวิจัยในภาพรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง
- 4 หมายถึง คุณภาพรายงานวิจัยในภาพรวมอยู่ในระดับสูง

ภาคผนวก ข
หนังสือยินยอมยกเว้นจริยธรรมสำหรับการวิจัยที่ทำในมนุษย์





**หนังสือยืนยันการยกเว้นการรับรอง
คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ**

(เอกสารนี้เพื่อแสดงว่าคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ ได้พิจารณาโครงการวิจัยนี้)

ชื่อโครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียน นิสิตและนักศึกษาใน
ประเทศไทย : การวิเคราะห์ห่อภิมาณ
ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาว ศิริรัตน์ เอี่ยมประไพ
หน่วยงานต้นสังกัด : บัณฑิตวิทยาลัย
รหัสโครงการวิจัย : SWUEC-G-369/2563X

โครงการวิจัยนี้เป็นโครงการวิจัยที่เข้าข่ายยกเว้น (Research with Exemption from SWUEC)

วันที่ยืนยัน : 21 ธันวาคม 2563
ยืนยันโดย : คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ดำเนินการ
รับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the
Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical
Practice (ICH-GCP)

ออกให้ ณ วันที่ 21 ธันวาคม 2563

(ลงชื่อ).....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทันตแพทย์หญิงณปภา เอี่ยมจิตรกุล)
กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรม
สำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

(ลงชื่อ).....
(แพทย์หญิงสุรีพร ภัทรสุวรรณ)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรม
สำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

หมายเลขรับรอง : SWUEC/X/G-369/2563

ภาคผนวก ค
เอกสารอ้างอิงงานวิจัยที่ใช้ในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ



เอกสารอ้างอิงงานวิจัยที่ใช้ในการวิเคราะห์อภิमान

- กนกศรี จาดเงิน. (2543). เปรียบเทียบผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติกับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 .โรงเรียนอนุบาลชลบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- กัลยา งามวงษ์วาน. (2541). การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและการฝึกผ่อนคลายด้วยตนเองที่มีต่อความวิตกกังวลของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- กุลนาถ คงเหล. (2557ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามทฤษฎีการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมที่มีต่อความเครียดของนักศึกษาสหภาพพะรินทร์ระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยหาดใหญ่. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยทักษิณ, สงขลา.
- เกวลิน กลัญชัย. (2560ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความวิตกกังวลในการสอบของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ฉัตรฤดี กิจวิมลตระกูล. (2545ศึกษาการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีร่วมกับการฝึกหัดสติโยคะต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ .2 (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ชนิดา อิงคสุวรรณ. (2543). การเปรียบเทียบระหว่างผลการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ กับการเสนอตัวแบบที่มีต่อการลดภาวะซึมเศร้าด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ .5 (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- เชต บุญมี. (2541). การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริงที่มีต่อความวิตกกังวลในการเรียนภาษาอังกฤษของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนวัดม่วงคัน อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง. (ปริญญาโทมหาบัณฑิต) . มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- ณัฐธิดา สัมพล. (2542). การใช้การปรึกษากลุ่มแบบพุทธจิตวิทยาเพื่อลดความวิตกกังวลในการสอบเข้าศึกษาต่อระดับอุดมศึกษาและเพื่อพัฒนาวิธีคิดตามแนวโยนิโสมนสิการ สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ .6 (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต) . มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

- ดลดาว ปุณณานนท์ (.(2543เปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงกับการเสนอตัวแบบต่อความวิตกกังวลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ของนักศึกษาพยาบาล. (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- दारुวรรณ โรจนสุพจน์. (2544). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มต่อภาวะวิตกกังวล-ซึมเศร้า ของนักศึกษาสถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตอุเทนถวาย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ทัชชา สุริโย. (2559). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มที่มีต่อการเสริมสร้างความฉลาดทางสังคมในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า. (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต) . มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- ธรรมศักดิ์ วรวงศ์. (2549). ผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ เพื่อลดความวิตกกังวลในการดำเนินชีวิตประจำวันของนักเรียนวัยรุ่นโรงเรียนทรายมูลวิทยา อำเภทรายมูล จังหวัดยโสธร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- นันทกา พุสีกุล. (2561). ผลการให้คำปรึกษาออนไลน์ต่อการลดภาวะความเครียดในนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่.
- บุญจิรา ชลธารนที. (2561). ผลของกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมต่อความวิตกกังวลในวัยรุ่นตอนต้น. (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ปิยนุช ชมภูากาศ. (2560). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความกรุณาต่อตนเองในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า. (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต) . มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- พรทิพย์ แม่นทรง. (2555). ผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างทักษะในการจัดการความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาทันตแพทย์.(วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- พิมพ์ดี จันทรโกศล. (2544). ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีเผชิญความจริงที่มีต่อความภาคภูมิใจในตนเองและความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มาจากครอบครัวอย่างร้าย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

- พิลาสินี วงษ์นุช. (2549). ผลของการผสมผสานศิลปะกับการศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำและภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่.
- ภัทรา เสงี่ยมในเมือง. (2547). ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีการเผชิญความจริงต่อการลดความเครียดในการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- รณชัย ไชยกุล. (2563). ผลการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพิจารณาเหตุผล อารมณ์ พฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยทักษิณ, สงขลา.
- รัศมี เพ็ชรศรี. (2546). ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีเหตุผล และอารมณ์ที่มีต่อการพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเองและลดความเครียดของนักศึกษา แผนกธุรกิจ สถานพยาบาลโรงเรียนเทคโนโลยีชนะพลชนัน นครราชสีมา ปีการศึกษา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- รุ่งระวี ธนอมทรัพย์. (2554). การเปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษากลุ่มต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ในการฝึกปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยระหว่างทฤษฎี 2 พิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม และทฤษฎีผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- วรรณทิพย์ ทินวงษ์. (2554). ผลของกลุ่มบำบัดแบบปรับความคิดพฤติกรรมต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาล. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่.
- วรรณวิดี พรหมสุรินทร์. (2541). การเปรียบเทียบผลของการฝึกการลดความอ่อนไหวอย่างเป็นระบบเป็นรายบุคคลและ การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลางเพื่อลดความวิตกกังวลในการคบเพื่อนต่างเพศของนิสิตชั้นปีที่ 2 คณะศึกษาศาสตร์ 2. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- ศิริพรรณ พักศาลา. (2560). ผลของการปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลางเพื่อลดความเครียดของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาลโรงเรียนผู้ช่วยพยาบาลคณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.

- สมจิตรา นาวา. (2553). ผลของการลดความวิตกกังวลในการสอบปลายภาคโดยเทคนิคการลดความรู้สึกลอยอย่างเป็นระบบกับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีเผชิญความจริงของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ของมหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี 2 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- สิรินาถ สนตุน. (2544). เปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลางและการใช้จดหมายบำบัดที่มีต่อความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนวิสุทธิวงศ์ จังหวัดกาญจนบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สุทัศน์ ชัดสีใส. (2549). ผลการให้คำปรึกษากลุ่มแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลางต่อความวิตกกังวลด้านการเรียน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สุภาพร เจียมพานิชกุล. (2547). ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ร่วมกับสวดมนต์บำบัด ต่อระดับความเครียดของนักศึกษา มหาวิทยาลัยรามคำแหง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.
- สุมิตรา เดชพิทักษ์. (2546). ผลของโปรแกรมพัฒนาการมองในแง่ดีต่อความซึมเศร้าและการเห็นคุณค่าในตัวเองของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	ศิริรัตน์ เอี่ยมประไพ
วัน เดือน ปี เกิด	31 ตุลาคม 2535
สถานที่เกิด	นครนายก
วุฒิการศึกษา	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

