

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าโครงการรับยาด้านไวรัสเอดส์ ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเอดส์และผลกระทบที่เกิด
2. ภาวะซึมเศร้า
 - 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - 2.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า
 - 2.3 ระดับของภาวะซึมเศร้า อาการและอาการแสดง
 - 2.4 การประเมินภาวะซึมเศร้า
 - 2.5 การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้า
 - 2.5 การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า
3. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์
 - 3.1 สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์
 - 3.2 การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า
 - 3.3 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์
 - 3.4 สมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์
4. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
 - 4.1 ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
 - 4.2 ขั้นตอนของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
 - 4.3 เทคนิคที่ใช้ในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
 - 4.4 ประโยชน์ของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
 - 4.5 การปฏิบัติการพยาบาลในบทบาทผู้นำกลุ่ม
5. แนวคิดที่สำคัญของการให้คำปรึกษาที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม
 - 5.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ ABC
 - 5.2 เทคนิคการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์
 - 5.3 กระบวนการและวิธีการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม
6. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมในผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

8. กรอบแนวคิดในการศึกษา

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเอดส์และผลกระทบที่เกิด

โรคเอดส์ (AIDS) มาจากคำว่า Acquired Immune Deficiency Syndrome เป็นกลุ่มอาการของโรค ที่เกิดจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เนื่องมาจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งอยู่ในกลุ่ม Retrovirus ชื่อ Human Immunodeficiency Virus (HIV) (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2537) สามารถติดต่อได้ทางเพศสัมพันธ์ การได้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือดที่ติดเชื้อ เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายจะเกิดพยาธิสภาพต่อระบบภูมิคุ้มกันชนิดต่างๆ โดยเฉพาะ Helper T-lymphocytes เมื่อจำนวน CD4 และ T-lymphocytes ลดลง มีผลทำให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายเสื่อมลง เกิดความอ่อนแอ เจ็บป่วยบ่อย เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส รักษาไม่หาย(กรองกาญจน์ สังคสและคณะ, 2537)หรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่าย(เกียรติ รักรุ่งธรรม, 2540) ซึ่งผลกระทบของการป่วยเป็นโรคเอดส์ มีดังนี้

1.1 ผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจ โรคเอดส์ทำให้ชีวิตของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ต้องเปลี่ยนแปลงไปในทันทีทันใด ไม่สามารถจะกลับคืนได้ ส่งผลให้อารมณ์และความหวัง ถูกคุกคาม เกิดความกลัว เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง และภาวะจิตใจของผู้ป่วยเอดส์นั้น ขึ้นอยู่กับระยะของโรค (จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และคณะ, 2541)

1.2 ผลกระทบด้านสังคม ในระยะแรกที่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ไม่ชัดเจนไม่ถูกต้องทำให้ประชาชนเกิดความตื่นตระหนก มีการแสดงความรังเกียจต่อต้านดูถูกเหยียดหยามและประณามผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างเด่นชัด บางรายต้องถูกออกจากงาน อาจก่อให้เกิดปัญหาสังคมอื่นๆตามมา เช่นครอบครัวแตกแยก อาชญากรรม ปัญหาสุขภาพจิต

1.3 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างเป็นผู้มีรายได้น้อย(งานควบคุมโรคสาธารณสุข จังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2549) ถึงแม้ว่าโครงการประกันสุขภาพจะครอบคลุมการรักษาแต่ผลกระทบเกิดจากการขาดรายได้และค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

2.ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้ทั้งในบุคคลทั่วไป ผู้ป่วยด้วยโรคทางกายและผู้ป่วยจิตเวช เกิดขึ้นได้ในชีวิตของคนเราตั้งแต่ระดับปกติ อาการจะมีตั้งแต่เล็กน้อยๆ โดยเริ่มจากรู้สึกเศร้า เสียใจ ห่อเหี่ยว แต่ยังสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามปกติ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือแก้ไขจะมีภาวะรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ โดยจะมีความรู้สึกหมดหวัง ไร้ค่า มีความคิดแต่ในด้านลบ มีพฤติกรรมถ้อยหนัก มีความพยายามฆ่าตัวตาย (ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลदार, 2546)

2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ได้มีผู้ศึกษาและให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้มากมายทั้งในประเทศและต่างประเทศ พอสรุปได้ดังนี้

Beck (1973) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลด้านจิตใจ ต่อภาวะวิกฤติหรือสถานการณ์ที่มีความเครียดแสดงออกในรูปของความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ได้แก่ โศกเศร้า หดหู่ ไม่มีอารมณ์สนใจในสิ่งต่างๆ ร้องไห้ เบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ ได้แก่ มีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต ตัดสินใจไม่ได้ บิดเบือนภาพลักษณ์ของตนเองจากความเป็นจริง ขาดแรงจูงใจ หลีกหนี มีพฤติกรรมถอยหนี มีความคิดฆ่าตัวตาย เพิ่มความคิดฟุ้งฟุ้งผู้อื่น ความคิดซ้ำ มีความพึงพอใจที่ผิดปกติ สูญเสียแรงขับทางเพศ ความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมถอยหนี เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ

Jasmin, & Trygstad (1979). กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นการสะสมความคิด ความรู้สึก และปฏิกิริยาที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่า เสียใจ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หมดหวัง มีการเปลี่ยนแปลงของหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายและแยกตัวเอง ไม่ปรารถนาที่จะเข้าสังคม

American Psychiatric Association (1986 อ้างถึงใน กนกศรี จาดเงิน, 2543) ได้กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึง ภาวะจิตใจที่ผิดปกติอย่างหนึ่งซึ่งแสดงออกทางอารมณ์ เช่น รู้สึกเศร้า อยากร้องไห้ เบื่อหน่ายท้อแท้ ไม่สนุกสนาน ในรูปของความคิดเช่น คิดว่าตนเองไม่มีค่า หรือเป็นคนไม่ดี และทางพฤติกรรม เช่น แยกตัวหรือมีอาการก้าวร้าว

Beeber (1996) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ มีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มองอนาคตว่าไม่มีความหวัง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

ดวงใจ กสานติกุล (2542) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะอารมณ์ที่เศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ หมดอารมณ์สนุกสนานเพลิดเพลิน หมดอาลัยตายอยากอยู่ในช่วง 2 สัปดาห์ขึ้นไป จนมีผลกระทบต่ออาชีพ การงาน การเรียนหรือการดำเนินชีวิต โดยมีอาการร่วมในด้านพฤติกรรม คำพูด อาการทางกายและความคิดกังวล

ณรงค์ สุภัทรพันธุ์ (2543) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่พบในคนเมื่อสูญเสียสิ่งสำคัญ เช่น ความสูญเสียที่เกิดจากการตายหรือการจากไปของคนที่รัก จะมีความผิดปกติของอารมณ์เกิดขึ้นและคงอยู่นานเป็นเดือนหรือเป็นปี อารมณ์เศร้าจะมีผลทำให้เกิดความผิดปกติทั้งความรู้สึก ความคิด พฤติกรรมและสุขภาพร่างกายไปพร้อมๆกัน

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2545) กล่าวว่า เป็นปฏิกิริยาจากการสูญเสียเกิดความผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัด มีอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ รู้สึกหม่นม่น เบื่อหน่าย จิตใจหดหู่ หมดหวังสิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า ในที่สุดอาจเกิดความรู้สึกไม่อาจมีชีวิตอยู่และอยากตาย

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2546) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่มีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ หมดอารมณ์สนุกสนานเพลิดเพลิน หมดอากัฏยตายอยาก โดยมีระดับความรุนแรง ระยะเวลาต่อเนื่องยาวนาน จนเกิดผลกระทบต่อความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และร่างกาย รวมถึงชีวิตประจำวัน หน้าที่การงานและสังคมของผู้ป่วย

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าดังกล่าว จะเห็นได้ว่ามีความคล้ายคลึงและแตกต่างกันไป พอจะสรุปความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของจิตใจ ซึ่งแสดงออกทางอาการเบี่ยงเบนด้านอารมณ์ ความคิด การรับรู้และพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติ ดังนี้

- 1) อาการเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์โศกเศร้า หดหู่ ท้อแท้ ร้องไห้ ไม่มีอารมณ์สนใจสิ่งต่างๆ
- 2) อาการเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ ได้แก่ คิดว่าตนเองไม่มีค่า บิดเบือนภพลักษณะของตนจากความเป็นจริง ขาดแรงจูงใจ มีความคิดฆ่าตัวตาย เพิ่มความคิดฟุ้งฟิงผู้อื่น ความคิดล้ำซา มีความฟุ้งพอใจที่ผิดปกติ สูญเสียแรงขับทางเพศ
- 3) อาการเบี่ยงเบนทางด้านพฤติกรรม ได้แก่ การหลีกเลี่ยง พฤติกรรมถดถอย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเปลี่ยนไปจากเดิมในทางเชิงซ้าลง

2.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า มีผู้อธิบายไว้หลายประการ ขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานหรือทฤษฎีที่เป็นรากฐานให้พิจารณาสาเหตุของภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน (มาโนช หล่อตระกูล, 2542 ; อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2545) ทั้งปัจจัยด้านชีววิทยา จิตวิทยา และสังคมวิทยา ดังนี้

2.2.1 ปัจจัยด้านร่างกาย

2.2.1.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม (Genetic transmission) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะควมบกพร่องทางพันธุกรรมที่ถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปอีกรุ่นหนึ่ง จากการศึกษาในคู่แฝดไข่ใบเดียวกันที่มีคนหนึ่งมีความผิดปกติทางอารมณ์ พบว่าคู่แฝดอีกคนหนึ่งมีโอกาสที่จะมีความผิดปกติทางอารมณ์ร้อยละ 65 ขณะที่คู่แฝดไข่คนละใบพบเพียงร้อยละ 14 แม้ว่าจะยังไม่สามารถหารูปแบบของการถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ (วิจารณ์ วิชัชยะ, 2536) และมีการศึกษาพบว่าครอบครัวที่บิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งมีภาวะซึมเศร้า ลูกมีโอกาสติดภาวะซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 10-15 แต่ถ้าทั้งบิดาและมารดาป่วยเป็นโรคซึมเศร้าลูกมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 50

2.2.1.2 ทฤษฎีทางชีวเคมี (Biochemical theory of depression) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับการลดระดับของสารจำพวก Catecholamine โดยเฉพาะ Norepinephrine, Serotonin และ Dopamine ที่มี Receptor site ในสมองสารเหล่านี้จะลดลงเมื่ออายุมากขึ้นและระดับความเข้มข้นของ Serotonin จะลดต่ำลงในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับโรคสมองเสื่อม จากพันธุกรรม จากองค์ประกอบของสิ่งแวดล้อมหรือจากระบบการภายในร่างกายที่มีสภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Sano, 1989 อ้างถึงใน ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร, 2545) นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์ของอารมณ์

ซึมเศร้าจะสูงขึ้นในภาวะที่มีความผิดปกติของฮอร์โมน เช่น ภาวะของต่อมไทรอยด์ (Hypothyroidism) Cushing,s Syndrome

2.2.2 ปัจจัยด้านจิตใจ

2.2.2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าการสูญเสียเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียในความเป็นจริงหรือในจินตนาการที่ผู้ป่วยเข้าใจไปเอง (Kaplan & Sadock, 1989) ซึ่งมักจะเป็นการสูญเสียสิ่งที่เป็นที่รัก การสูญเสียอวัยวะต่างๆที่ทำให้ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเอง (Self image) เสีย นอกจากนี้การสูญเสียยังทำให้มีอารมณ์โกรธและความไม่เป็นมิตรอยู่ภายใต้จิตใจ แต่ไม่กล้าแสดงออกเพราะกลัวการถูกรังเกียจ เกิดความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายในเวลาเดียวกัน เกิดความลังเล ต่ำถึกผิดใจ ความรู้สึกที่ไม่ดีผ่นเข้าหาตนเอง (introjection)ก่อให้เกิดความรู้สึกผิด โกรธและเกลียดตนเอง ความรู้สึกเช่นนี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเศร้ามาก รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองต่ำ (loss of self-esteem) ไม่มีจุดหมาย ไม่มีความหวัง และเชื่อว่าตนเองเป็นคนไม่ดี

2.2.2.2 ทฤษฎีพัฒนาการและประสบการณ์การเรียนรู้ การรับรู้เกี่ยวกับความล้มเหลวของตนเอง การถูกทอดทิ้งโดยเฉพาะจากบุคคลที่มีความสำคัญใน 6 เดือนแรกของชีวิต ทำให้มีความรู้สึกเศร้า มีความคิดและความหวังต่อตนเองในทางลบ ไม่สามารถปรับตัว

2.2.3 ปัจจัยด้านสังคม

สามารถอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะจิตใจของบุคคลกับปัจจัยด้านสังคม โดยมองว่าสภาพแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรมและจารีตประเพณี เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยมากกว่าการกระทำของบุคคลนั้นๆ การเกิดภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาที่บุคคลแสดงออกมาในการเผชิญกับความกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอกเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลมาจากจารีตประเพณีและวัฒนธรรมที่เสื่อมลง ทำให้บุคคลยอมรับสภาพดังกล่าวไม่ได้ เกิดทัศนคติทางลบ และแยกตัวจากสังคมอีกประการหนึ่งคือ การขาดการสนับสนุนจากสังคม โดยเฉพาะการประสบกับการสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเองจากการเจ็บป่วย การแยกกันอยู่ การเสียชีวิต

2.2.4 ปัจจัยด้านการรู้คิด

2.2.4.1 ทฤษฎีด้านปัญญา (Cognitive theory) พบว่าความเศร้า เกิดจากการที่บุคคลมีความคิดต่อตนเองในทางลบ คิดโทษตนเอง ทาร์ยตนเอง Beck (1967) ได้ระบุถึงความคิดที่ก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าไว้ 3 ประการคือการมีความคิดอัตโนมัติที่ลบต่อตนเอง ต่ออนาคตและสิ่งแวดล้อม

2.2.4.2 รูปแบบการมีความคิดด้านลบต่อตนเอง (Negative view of self) เป็นผลจากกระบวนการการคิดในแง่ลบต่อตนเอง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองว่ามีข้อบกพร่อง ไม่มีคุณค่าไม่เป็นที่น่าปรารถนาเนื่องมาจากข้อบกพร่องที่ตนคิดขึ้นเองซึ่งมีแนวโน้มที่จะไม่ยอมรับ

ตนเองเมื่อมีเหตุการณ์ต่างๆเกิดขึ้น จะโทษว่าเหตุการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของตนเอง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดต่ำลง และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2.2.4.3 รูปแบบการมีความคิดในทางลบต่อสิ่งแวดล้อม (Negative view of world) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จะแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในเชิงความสูญเสีย มองชีวิตในขณะนั้น เต็มไปด้วยอุปสรรค คิดว่าโลกนี้ไม่น่าอยู่ มองโลกในแง่ร้าย มองสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม ไม่สามารถทนต่อไปได้อีกแล้วหรือมีสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ใดก็จะแปลสถานการณ์นั้นไปในทางลบ จึงส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2.2.4.4 รูปแบบการมีความคิดในด้านลบต่ออนาคต (Negative view of future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำนายความทุกข์ยากในปัจจุบันว่าจะดำเนินต่อไปอย่างไม่สิ้นสุด มองไปข้างหน้า ชีวิตมีแต่ความยากลำบาก ที่ไม่มีวันลดน้อยลง จะมีแต่ความคับข้องใจและความสูญเสีย เมื่อพบกับสถานการณ์ในปัจจุบันก็จะมองล่วงหน้าไปว่าอนาคตจะเป็นสิ่งที่มีปัญหาต่อไป ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต สูญเสียความหวังในอนาคต มีสภาพหมดหวังคิดว่าไม่มีใครสามารถช่วยเหลือได้ หมดอนาคตและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

ความคิดด้านลบทั้ง 3 รูปแบบนี้ เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นอัตโนมัติควบคุมไม่ได้ ประกอบด้วยลักษณะเนื้อหาของความคิดและการแปลความที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ได้แก่ลักษณะเนื้อหาดังต่อไปนี้ (เอ็อมเค็อน เนตรแหม, 2541)

- 1) การสรุปเอาเอง (arbitrary inference) เป็นการสรุปความคิดด้วยข้อมูลเพียงเล็กน้อย หรือไม่มีข้อมูลมาสนับสนุนเลย
- 2) การเลือกรับข้อมูล (selective abstraction) มุ่งประเด็นไปในรายละเอียดที่ไม่สำคัญของเหตุการณ์ และเพิกเฉยต่อสิ่งที่เป็นสาระสำคัญ
- 3) การคิดเกินความเป็นจริง (overgeneralization) มีการสรุปเหตุการณ์บนพื้นฐานของความเป็นจริงเพียงเล็กน้อยหรือสรุปจากประสบการณ์เพียงอย่างเดียว
- 4) การขยายและการทำให้ลดลง (magnification and minimization) ประเมินความผิดพลาดจากสิ่งเล็กน้อยที่ไม่พึงพอใจ ว่าเป็นความผิดที่ใหญ่โต และประเมินสิ่งสำคัญหรือเหตุการณ์ที่พึงพอใจให้ลดน้อยลง เมื่อมีเหตุการณ์มากระทบเพียงเล็กน้อย อาจมองว่าเหตุการณ์นั้นเป็นเรื่องรุนแรง ซึ่งเป็นผลมาจากความคิดที่บิดเบือน
- 5) การคิดว่าตนเป็นเหตุ (personalization) คิดว่าตนเองต้องรับผิดชอบในเหตุการณ์นั้นๆ ความคิดนี้จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและรู้สึกไม่มีคุณค่า
- 6) ความคิดเฉพาะในด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลทั้งหมด (dichotomous reasoning)

ภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดทฤษฎีทางปัญญา สามารถให้การช่วยเหลือและป้องกันได้ โดยการวินิจฉัยให้พบตั้งแต่เริ่มแรก แยกแยะ ทำความกระจ่าง ช่วยให้บุคคลเกิดความคิดในทางบวก จะเป็นผลทำให้วงจรของภาวะซึมเศร้าถูกตัดออกไป ทำให้ไม่เกิดภาวะซึมเศร้าหรืออย่างน้อยที่สุดก็ช่วยไม่ให้อยู่ในระดับที่เป็นอันตราย (Beck, Rush, Shaw and Emery, 1979 ; อ้างถึงใน ทมาภรณ์ บุรณสมภพ, 2547)

สรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งปัจจัยด้านพันธุกรรมร่างกาย จิตใจ สภาพสังคม วัฒนธรรมและจารีตประเพณี ปัจจัยแต่ละด้านมีอิทธิพลมากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ส่วนใหญ่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความคิดอัตโนมัติด้านลบ 3 ลักษณะ คือความคิดด้านลบต่อตนเอง ต่อสภาพแวดล้อมและต่อสถานการณ์ในอนาคต ความคิดในแง่ลบดังกล่าวก่อให้เกิดรูปแบบการคิดในด้านลบของบุคคล เมื่อใดก็ตามที่บุคคลเผชิญปัญหาหรือประสบกับเหตุการณ์ที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้ รูปแบบการคิดในแง่ลบจะกระตุ้นให้เกิดความคิดในแง่ลบและมีผลให้ระบบความคิดบิดเบือน คิดแต่ในแง่ลบไม่สามารถใช้เหตุผลในการคิด จนเกิดภาวะซึมเศร้าและผลกระทบต่างๆตามมา

2.3 ระดับของภาวะซึมเศร้า อาการและอาการแสดง

ภาวะซึมเศร้าแบ่งออกได้เป็นระดับต่างๆ ตามความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับ (Beck, 1967) แต่ละระดับจะแสดงอาการและลักษณะแตกต่างกัน ดังนี้

2.3.1 ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่นแจ่มใส (blue mood) อารมณ์เศร้าหงอยชั่วครู่ ซึ่งบุคคลทั่วไปรู้สึกได้เป็นบางครั้ง บางครั้งก็มีสาเหตุเพียงพอบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ ความตั้งใจในการทำงานต่างๆ ลดลง การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

2.3.2 ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) ภาวะซึมเศร้าในระดับนี้ มักจะเป็นปฏิกิริยาตอบโต้ต่อภาวะสูญเสียและเหตุการณ์คับขัน มีอาการหลายอย่างเช่นเดียวกับอาการซึมเศร้าในระดับต่ำแต่จะรุนแรงกว่า มีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน ชีวิตครอบครัว แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ ถึงแม้ว่าจะไม่สมบูรณ์นักอาการและอาการแสดงมีดังนี้

2.3.2.1 ด้านร่างกาย เมื่ออาหารนั้นหนักลดหรือรับประทานอาหารมากขึ้น นอนไม่หลับ โดยเฉพาะตอนเริ่มเข้านอน (early night insomnia) หรือนอนมากเกินไปความสนใจทางเพศลดลง ประจักษ์ชัดคือ อ่อนเพลียรู้สึกเหนื่อยหน่าย อารมณ์สดชื่นช่วงเช้า แต่พอช่วงบ่ายๆ จะรู้สึกเหนื่อยล้ามาก อาจมีอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง เจ็บหน้าอก หายใจไม่ออก อาหารไม่ย่อยและไม่มีแรง

2.3.2.2 ด้านพฤติกรรม มีการเคลื่อนไหวช้า พูดช้าหรือพูดน้อยลง สีหน้าท่าทางหดหู่หม่นหมอง ไม่สนใจสภาพแวดล้อม ไม่สนใจดูแลร่างกายของตนเอง อาจใช้สารกระตุ้นประสาท สารเสพติด เช่น ยาเสพติดหรือสุรา

2.3.2.3 ด้านความคิด ความสนใจในสิ่งต่างๆลดลง ไม่มีสมาธิ ความคิดซ้ำ คิดเรื่องเดิมหรือคิดซ้ำๆ (obsession) มองโลกในแง่ร้าย คิดถึงตัวเองในทางไม่ดี รู้สึกตนเองไม่ดี ไม่มีความหมายและอาจคิดทำร้ายตนเอง

2.3.2.4 ด้านอารมณ์ มีความรู้สึกหงา หมดหวังหมดหนทง สิ่งต่างๆรอบตัว มีดมนไม่แจ่มใส ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ วิตกกังวล โกรธง่าย ก้าวร้าว

2.3.3 ภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง (Severe depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในระดับลึกและเป็นอยู่นาน รู้สึกเศร้าอยู่ตลอดเวลา เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และพฤติกรรมอย่างชัดเจนเช่นรู้สึกไม่มีความหวัง ไร้คุณค่า ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลาทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ มักถอนตัวออกจากโลกความเป็นจริง ไม่เข้าสังคม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม อาจมีความคิดฆ่าตัวตายเนื่องจากหลงผิดหรือ

2.4 การประเมินภาวะซึมเศร้า มีทั้งประเมินจากการสังเกต สัมภาษณ์หรือตอบแบบสอบถามโดยวิธีการประเมินตนเอง ซึ่งนิยมใช้อย่างแพร่หลายในการพัฒนางานวิชาการและบริการ เนื่องจากเป็นการประหยัดเวลาในการเก็บข้อมูลและสามารถเก็บข้อมูลซ้ำได้ ตัวอย่างแบบประเมินภาวะซึมเศร้า มีดังนี้

1) Hamiton Ration Scale for Depression สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1960 โดยศาสตราจารย์แฮมมิลตัน จิตแพทย์ชาวอังกฤษ แบบประเมินนี้สร้างขึ้นมาเพื่อวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระยะแรกๆ แบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 17 ข้อ เน้นการประเมินด้านอารมณ์ ความวิตกกังวล ความหงุดหงิดกระวนกระวายและอาการทางกาย ผู้ที่ใช้แบบประเมินนี้ต้องมีความชำนาญในการสังเกตและตัดสินอารมณ์ซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และต้องได้รับการฝึกมาก่อนจึงจะประเมินได้อย่างเหมาะสมโดยประเมินผู้ป่วยย้อนหลัง 1 สัปดาห์ แบบประเมินนี้ไม่สามารถประเมินซ้ำได้บ่อยๆ ในการประเมินภาวะซึมเศร้าพบว่าไม่สามารถประเมินภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการรับรู้ การคิดและจิตวิญญาณ

2) Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) สร้างขึ้นโดยRadloff ในปี ค.ศ. 1977 เพื่อวัดอาการซึมเศร้าของกลุ่มประชากรในชุมชน เป็นแบบทดสอบที่สถาบันสุขภาพจิตแห่งสหรัฐอเมริกาปรับปรุงและรวบรวมมาจากแบบทดสอบภาวะซึมเศร้าที่ใช้กันแพร่หลายของ Beck, Raskin, Zung, และ Minnesota เป็นแบบประเมินอาการด้วยตนเอง ใช้คัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อเฝ้าให้การดูแลเบื้องต้นมี 20 ข้อ ถามถึงความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม และอาการทางร่างกายที่เกิดขึ้นเป็นจำนวนวันหรือสัปดาห์ คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่น 0.90 และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธี Split-half ได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.77 - 0.92

3) Zung Self-Rating Depression Scale (Zung SDS) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1965 โดยซุง แบบประเมินนี้พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า รวมทั้งอาการของการเจ็บป่วยทั้งหมด ข้อความในแบบประเมินถูกเลือกมาประเมินด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด

พฤติกรรมและอาการทางร่างกายที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และครอบคลุมอาการของภาวะซึมเศร้าที่กำหนดไว้ใน DSM-IV มากที่สุด แต่ไม่มีข้อความที่ครอบคลุมอาการทางร่างกายอย่างชัดเจน แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 1 – 4 โดยแบ่งข้อความด้านบวกและด้านลบอย่างละเท่าๆกัน ได้หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธี Split – half ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73

4) Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES – D) สร้างขึ้นโดย Radloff ในปี ค.ศ. 1977 เพื่อวัดอาการซึมเศร้าของกลุ่มประชากรในชุมชน เป็นแบบทดสอบที่สถาบันสุขภาพจิตแห่งสหรัฐอเมริกาปรับปรุงและรวบรวมมาจากแบบทดสอบภาวะซึมเศร้ามาตรฐานที่ใช้กันแพร่หลายของ Beck, Raskin, Zung, และ Minnesota แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินอาการด้วยตนเอง ใช้คัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อให้การดูแลเบื้องต้น แบบประเมินมี 20 ข้อ ถามถึงความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม และอาการทางร่างกายที่เกิดขึ้นเป็นจำนวนวันหรือสัปดาห์ แบบประเมินนี้คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.90 และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธี Split – half ได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.77- 0.92

5) Montgomery – Asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้างขึ้นในปี ค.ศ.1979 โดย Montgomery & Asberg (1979) เพื่อวัดอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและเพื่อเป็นเครื่องมือของจิตแพทย์และผู้เชี่ยวชาญ โดยไม่ต้องผ่านการอบรมเฉพาะทางจิตเวช แบบประเมินนี้มีประโยชน์คือ สามารถค้นหาระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลง ในอาการแสดงที่รุนแรงที่เกิดขึ้นพร้อมกับการบำบัดรักษา เพราะอาจมีการวินิจฉัยผิดในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการรักษาด้วยยา ข้อความในการประเมินสั้นและไม่เบื้อที่จะใช้เวลาในการประเมิน มีทั้งหมด 10 ข้อ การให้คะแนนประกอบด้วยการสัมภาษณ์และการสังเกตสภาพทางจิตของผู้ป่วย จากการศึกษาหลายครั้ง ได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.76- 0.95

6) Raskin Scale or Three – Area Severity of Depression Scale สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1988 โดย Raskin เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรที่คัดกรองให้เข้าร่วมในการศึกษา กลุ่มใหญ่ ศึกษาในศูนย์บำบัดด้วยยา ขณะเดียวกันก็ประเมินความวิตกกังวลไปด้วยแบบประเมินแบ่งประเมินสภาพกลุ่มประชากรเป็น 3 ด้าน คือประเมินด้านประสบการณ์ ประเมินพฤติกรรมที่แสดงถึงภาวะซึมเศร้าในด้านปฐมภูมิและประเมินอาการแสดงภาวะซึมเศร้าในด้านทุติยภูมิ มีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 – 5 คะแนน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 แบบประเมินนี้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้คาดคะเนอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่จะเป็นประโยชน์ต่อการรักษา จึงเหมาะที่จะใช้ประเมินกับกลุ่มประชากรที่ได้รับกรวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้า และยังใช้วัดอาการที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากการ

บำบัดรักษา การใช้แบบประเมินนี้ ต้องมีข้อมูลการสอบและวัดการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพของทางจิตก่อน จึงจะใช้แบบประเมินนี้ได้

7) Beck Depressive Inventory สร้างขึ้นโดย Beck ในปี ค.ศ. 1961 สร้างขึ้นเพื่อวัดอาการแสดงออกทางพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงออกในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า ได้ออกแบบเป็นมาตรฐานเพื่อประเมินสภาพความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ในการจัดลำดับหรืออธิบายถึงความเจ็บป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระหว่างทำจิตบำบัด ข้อคำถามด้านเจตคติและอาการแสดงจากผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะมีการอธิบายเป็นข้อความและจัดลำดับแต่ละข้อความมีข้อคำถาม 21 ข้อ ใช้โดยการสัมภาษณ์แล้วให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบโดยให้กรอกคำตอบลงในกระดาษคำตอบของ มีเกณฑ์ให้คะแนนตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน หากค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยใช้ Spearman - Brown Correlation ในผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 409 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 แบบประเมินนี้มีความเชื่อมั่นภายในสูงอย่างสม่ำเสมอ สามารถใช้วัดซ้ำได้เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัดรักษาและมีความเที่ยงตรงสูงอย่างสม่ำเสมอทั้งในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือในกลุ่มคนปกติ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองที่พัฒนามาจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck ที่เรียกว่า Beck Depression Inventory (BDI) และได้ปรับปรุงเป็นฉบับภาษาไทยเพื่อใช้ในกลุ่มประชากรไทย โดยแพทย์หญิง ดวงใจ กสานติกุล และคณะ (2545) มีคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบด้วยคำถามด้านอารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรม และด้านสรีระวิทยา เมื่อได้ศึกษาและพบว่าเหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ซึ่งเป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดี่ยว วัดก่อนและหลังทดลอง ซึ่งแบบประเมินนี้สามารถวัดซ้ำได้เพื่อตรวจสอบผลการบำบัดรักษาและมีความเที่ยงตรงสูงอย่างสม่ำเสมอ และมีค่าความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับ

2.4 การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้า มี 3 ด้านคือ (อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2534)

2.4.1 ด้านร่างกาย

2.4.1.1 การรักษาด้วยยา โรคซึมเศร้ารักษาหายด้วยยาต้านเศร้า (Anti depressant) ยา กลุ่มนี้มีคุณสมบัติ 3 ประการคือ ลดอาการเศร้า ลดการวิตกกังวล และทำให้วังงซึม การรักษายาจะเริ่มด้วยขนาดน้อยๆก่อนเพื่อให้ผู้ป่วยชินกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา แล้วค่อยๆเพิ่มขนาดยาขึ้น เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจะค่อยๆลดขนาดยาจนกระทั่งหยุดยาได้จะไม่หยุดยาเร็วเกินไปหรือหยุดยาทันทีเมื่ออาการดีขึ้นเพราะจะทำให้มีอาการกลับขึ้นมาใหม่โดยทั่วไปใช้ยานาน 16 - 20 เดือนเพื่อป้องกันการกลับมามีอาการซ้ำ ยานในกลุ่มรักษาอารมณ์เศร้าส่วนมากออกฤทธิ์ช้า การรับประทานยาในช่วงแรกอาจยังไม่ทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น

2.4.1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า จะช่วยลดอาการซึมเศร้าได้เร็วกว่าการใช้ยา ทำให้ลดความรุนแรงลงอย่างรวดเร็ว มักใช้ในกรณีดังนี้ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแล้วไม่ได้ผล และผู้ป่วยที่มีโรคจิตร่วมด้วยและอาการรุนแรง เช่น อาการหวาดระแวง และประสาทหลอน

2.4.2 การรักษาด้วยจิตบำบัด เป็นการใช้หลักการของสัมพันธภาพทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม โดยผู้บำบัดใช้การพูดคุยกับผู้ป่วย วิเคราะห์สภาพปัญหาเพื่อนำไปสู่การยอมรับปัญหา หาสาเหตุและมุ่งหาแนวทางแก้ไข รวมทั้งการส่งเสริมการปรับตัวในทางที่ถูกต้องเหมาะสม

2.4.3 การจัดสิ่งแวดล้อม กรณีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การกระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆจะช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจทางสังคม ในการที่ได้พบและสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นมากขึ้น ถ้าผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ครอบครัว เพื่อนและผู้ร่วมงานมีบทบาทในการช่วยเหลือได้มากในการจัดการสภาพความเป็นอยู่ และปรับเปลี่ยนแนวทางในการดำเนินชีวิตประจำวันให้สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วย

2.4.4 การรักษาตามแนวจิตสังคม (ไพร์ตัน พฤกษ์ชาติคุณากร, 2534) ได้กล่าวไว้ดังต่อไปนี้

2.4.4.1 การรักษาแนวจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis and psychoanalytic approaches) เพื่อเปลี่ยนโครงสร้างทางบุคลิกภาพของผู้ป่วย เรียนรู้การใช้กลไกป้องกันทางจิตที่เหมาะสมมีความสามารถที่จะจัดการอารมณ์ต่างๆ เพื่อลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

2.4.4.2 การใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อการบำบัด (Interpersonal therapy: IPT) วิธีนี้เน้นการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ชีวิตในปัจจุบัน (current life situations) และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อลดความรู้สึกรบกวนใจ (distress) เป้าหมายเพื่อลดอาการซึมเศร้าและช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแนวทางและวิธีการที่มีประสิทธิภาพ

2.4.4.3 การรักษาตามแนวพฤติกรรมบำบัด (Behavior approaches) เพื่อปรับปรุงความสามารถทางสังคมเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นวิธีที่ได้ผลที่สุดที่จะเปลี่ยนความรู้สึกรบกวนใจและความซึมเศร้า

2.4.4.4 การเรียนรู้พฤติกรรมบำบัด (Cognitive behavioral therapy: CBT) เป็นการรักษามีพื้นฐานมาจากแนวคิดที่ว่า การแก้กระบวนการคิดอย่างเป็นระบบจะช่วยให้ผู้ป่วยหายซึมเศร้าได้ ผู้รักษายจะช่วยกันโยงความสัมพันธ์ของกระบวนการคิดในเหตุการณ์ต่างๆกับการซึมเศร้า หลังจากนั้นจึงใช้เหตุผลต่างๆ มาแก้ไขกระบวนการคิดดังกล่าว เมื่อผู้ป่วยมีกระบวนการคิดที่เหมาะสมอาการซึมเศร้าก็จะลดลง และยังป้องกันการเกิดซ้ำ โดยการช่วยให้ผู้ป่วยได้เห็นทดสอบความรู้และความเข้าใจของเขาในแง่ลบ สร้างทางเลือกและแบบแผนที่ยืดหยุ่นกว่าเดิม ชักซ้อมความรู้ ความเข้าใจและปรับพฤติกรรมใหม่

2.4.4.5 การบำบัดด้วยวิธีการเชิงเหตุผล (Rational Emotive Therapy: RET) มีแนวคิดที่ว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากความคิด ความเชื่อที่ไร้เหตุผล การช่วยให้ผู้ป่วยให้มีภ

ปรับเปลี่ยนการคิดและการเรียนรู้ การแทนที่ความคิดเก่าที่ไม่มีเหตุผลด้วยความคิดที่มีเหตุผลจะช่วยให้มีการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม จะช่วยลดอาการซึมเศร้าได้

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาเลือกใช้แนวทางในการลดภาวะซึมเศร้าตามแนวทางการบำบัดด้วยการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ (Rational Emotive Therapy:RET) เนื่องจากพิจารณาตามแนวคิดแล้วพบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเอดส์เกิดจากความคิด ความเชื่อที่ไร้เหตุผล การปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดและเรียนรู้ เพื่อผู้ป่วยเอดส์มีความรู้ที่ถูกต้อง และมีความคิดที่สมเหตุสมผล จะช่วยให้มีการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดอาการซึมเศร้าได้

2.5 การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (ฉวีวรรณ สัตยธรรม,2541 : กรมสุขภาพจิต,2542 : อ่ำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) มีดังนี้

2.5.1 การวิเคราะห์ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วย คือ การฆ่าตัวตาย พยาบาลจะต้องสังเกตพฤติกรรมที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย โดยสังเกตการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและอารมณ์ ซึ่งทำได้ง่ายกว่าการสังเกตพฤติกรรมแยกตัวเอง เนื่องจากผู้ป่วยจะบอกปัญหา และแสดงพฤติกรรมให้เห็นเด่นชัด

2.5.2 ลดภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ให้ความช่วยเหลือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยแสดงอาการซึมเศร้ารุนแรง ไม่พูดคุยพยายามทำร้ายตนเองหรือเมื่อแสดงอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วเพื่อให้การดูแลได้ถูกต้องและทันทั่วทั้งที่

2.5.3 ดูแลสุขภาพอนามัย แนะนำญาติและผู้ดูแลในการช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรด้วยตนเองและให้ได้รับการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล รวมทั้งการแต่งกาย การขับถ่าย การนอนและการรับประทานอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความสนใจต่อตนเองในเรื่องเหล่านี้ การช่วยให้ร่างกายสะอาด แต่งกายเรียบร้อยสวยงาม ทำให้สดชื่นและมั่นใจขึ้น

2.5.4 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิต ทำได้ด้วยการให้ออกาสผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึกท้อแท้ เสียใจ สิ้นหวังและท้อมนัส ยอมรับความคิดเห็นและพฤติกรรมของผู้ป่วยในการค้นหาวิธีการเผชิญปัญหาในทางที่สร้างสรรค์ สร้างความหวังใหม่ให้แก่ผู้ป่วย เสริมความมีคุณค่าโดยการให้ผู้ป่วยมองหาข้อดีของตนเอง ไม่แนะนำให้ผู้ป่วยหนีความเศร้าด้วยการพูดคุยถึงเรื่องอื่นที่สนุกสนาน ควรหลีกเลี่ยงการให้คำปลอบใจที่ไม่เหมาะสม การเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วย(Empathy)จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและเกิดกำลังใจดีขึ้น

2.5.5 สังเกตผลการรักษาเช่น ยา การบำบัดด้วยกระแสไฟฟ้า ทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมถึงการบันทึกน้ำหนักตัว เพื่อการติดตามต่อไป

2.5.6 การจัดกิจกรรมและสิ่งแวดล้อม กิจกรรมที่เหมาะสมคือ การออกกำลังกาย เพราะจะช่วยลดความตึงเครียด ทำให้ร่างกายแข็งแรงและจิตใจสดชื่น การให้ทำงานบ้านประเภทล้างจาน ถูบ้าน จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณกลางโทษและจะทำให้ ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจ

2.5.7 ลดความรู้สึกผิดและเสริมความรู้สึกว่าตนมีคุณค่าและมีประโยชน์ โดยการได้ดูแลตนเองและมีงานอดิเรกทำ จะช่วยให้เกิดความหวังและความรู้สึกมีคุณค่าและยังกิจกรรมที่ทำนั้นแสดงผลสำเร็จ ก็จะทำให้มีกำลังใจที่จะสู้ต่อไป

2.5.8 การเตรียมผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น จะต้องช่วยให้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นพิจารณาตัดสินใจด้วยตนเองมีการพบปะพูดคุยกับครอบครัวเพื่อวางแผนร่วมกัน

3. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์เกิดจากหลายปัจจัย มีปัจจัยบางประการที่คล้ายกับประชาชนทั่วไปและมีบางปัจจัยที่แตกต่างออกไป แต่สามารถส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ความเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์เป็นภาวะวิกฤติของชีวิต เห็นได้จากการที่ไม่สามารถจัดการหรือทนอยู่กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ อาจแสดงปฏิกิริยาออกมาด้วยการร้องไห้อย่างหนัก เอะอะโวยวาย สับสน ทำอะไรไม่ได้คิดอะไรไม่ออก (กนกรัตน์ สุชะตุงคะ, 2540) เกิดความรู้สึกสูญเสีย เกิดความกลัว ทำให้ไม่สามารถจัดการหรือทนอยู่กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ และเมื่อเข้าสู่ระยะปรากฏอาการ ผู้ป่วยเอดส์จะรู้สึกเกิดความกดดันจากการไม่ได้รับความช่วยเหลืออย่างเพียงพอจากบุคคลที่สามารถพึ่งพิงได้ในระยะเจ็บป่วย (พวงเพ็ญ ชุณหปราณ, สุริพร ธนศิลป์ และสังจา ทาโค, 2541) ได้รับผลกระทบจากการรักษาและอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอดส์ คิดถึงชีวิตที่ต้องทนอยู่กับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ เกิดภาวะเครียดและเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะส่งผลให้ร่างกายยิ่งทรุดโทรมมากขึ้น เป็นวงจรที่มีผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ปัญหาเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเอดส์หมดกำลังใจที่จะดูแลสุขภาพตนเอง (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539) ผลกระทบที่เชื่อมโยงกันทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ส่งผลต่อสภาพจิตใจ ความคิดและความรู้สึกมีความคิดด้านลบเกิดขึ้นตลอดเวลา (พชรชัย เรือนสิทธิ์, 2545 ; Komiti and Other, 2001)

3.1 สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์

สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ เกิดจากผลกระทบด้านต่างๆที่เกิดจากการป่วยด้วยโรคเอดส์และปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเอดส์ พอสรุปได้ดังนี้

3.1.1 ผลกระทบด้านร่างกาย ผู้ป่วยเอดส์จะมีอาการป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนทางร่างกาย เนื่องมาจากภูมิคุ้มกันของร่างกายที่อ่อนแอลง สามารถพบอาการต่างๆ เช่น คอมน้ำเหลืองโตทั่วร่างกาย ไม่สุขสบาย อ่อนเพลีย น้ำหนักลด มีไข้บ่อย เกิดการติดเชื้อในระบบต่างๆของร่างกาย เช่น ทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ ระบบประสาท (ปรีศ กิตติธีระศักดิ์, 2547) ก่อให้เกิดการสูญเสียสภาพลักษณะ ขาดความเชื่อมั่นในการดำเนินชีวิต ตกอยู่ในภาวะซึมเศร้าตลอดเวลา

3.1.2 ผลกระทบด้านจิตใจ ผู้ป่วยเอดส์มีความรู้สึกสูญเสียสิ่งต่างๆมากมาย สูญเสียทั้งอนาคตและอดีตที่สร้างมา สูญเสียสัมพันธภาพและอัตมโนทัศน์เชิงบวก ไม่ว่าจะการสูญเสียจะเป็นความเป็นหรืออินจินตนาการที่ผู้ป่วยเข้าใจไปเองก็เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะ

ซึมเศร้า (Kaplan & Sadock, 1989) นอกจากนี้การสูญเสียยังทำให้มีอารมณ์โกรธและความไม่เป็นมิตรอยู่ภายใต้จิตใจ แต่ไม่กล้าแสดงออกเพราะกลัวการถูกรังเกียจ เกิดความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายในเวลาเดียวกัน เกิดความลังเล ต่ำถึกผิด ความรู้สึกที่ไม่ดีผ่นเข้าหาตนเอง (introjection) ทำให้รู้สึกเศร้ามาก รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองต่ำ ชีวิตไม่มีความหมาย ไม่มีความหวัง หมดหนทางแก้ไข ไม่สามารถช่วยตนเองได้รู้สึกตนเองไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะควบคุมหรือแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

3.1.3 ผลกระทบด้านสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพจิตใจของผู้ป่วยเอดส์กับผลกระทบด้านสังคม ได้แก่ การขาดรายได้ สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพ ขาดการสนับสนุนจากสังคม มีปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งล้วนเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ ภาวะซึมเศร้าเป็นการแสดงถึงการไม่สามารถยอมรับสภาพดังกล่าว เป็นปฏิกิริยาที่ผู้ป่วยเอดส์แสดงออกมาเมื่อไม่สามารถเผชิญกับความกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เกิดทัศนคติทางลบและแยกตัวจากสังคม

3.1.4 ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ การป่วยด้วยโรคเอดส์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต ต้องสูญเสียบทบาทหน้าที่ ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และการที่ต้องมีการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำนายหรือคาดการณ์ชีวิตในอนาคตของตนได้อย่างเต็มที่ ก่อให้เกิดความเครียด หวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิด กลัวตายและกลัวสูญเสียความรักจากบุคคลใกล้ชิด หรือคนใกล้ชิดทำตัวห่างเหิน ทำให้รู้สึกสิ้นหวังและมีภาวะซึมเศร้าอยู่บ่อยๆ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเอดส์ มีดังต่อไปนี้ (อังคณา สรียากรณ์ และคณะ, 2541)

1) ปัจจัยเกี่ยวกับโรค ได้แก่ ระยะของโรค อาการของโรค การสูญเสียภาพลักษณ์และสมรรถภาพ ความช่วยเหลือและท่าทีของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับร่างกาย การรับรู้เกี่ยวกับการเป็นบุคคลของผู้ป่วยเอดส์ การรับรู้เหล่านี้มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล การไม่สามารถยอมรับสภาพเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทั้งของตัวเองและผู้ป่วยเองและบุคคลที่เกี่ยวข้อง จะทำให้ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเผชิญกับความกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เกิดทัศนคติและความคิดด้านลบ แยกตัวจากสังคม เก็บตัว เกิดภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า

2) ปัจจัยเกี่ยวกับลักษณะเฉพาะตัวของผู้ป่วย ได้แก่

บุคลิกภาพและความสามารถในการปรับตัวและการแก้ปัญหา ลักษณะการปรับตัวต่อวิกฤติการณ์ต่างๆ ในชีวิตของผู้ป่วยที่ผ่านมาในอดีตเป็นสิ่งที่บอกถึงแนวโน้มในการปรับตัวของผู้ป่วยต่อปัญหาในปัจจุบัน เช่น ผู้ป่วยที่มีลักษณะข้อแท้ก็จะมีปฏิกิริยาต่อการเจ็บป่วยหรือการติดเชื้อเอดส์ในลักษณะเดียวกันคือ รู้สึกข้อแท้ ผิดหวัง ไม่มีทางออก

สภาพจิตใจของผู้ป่วยในขณะนั้น ผู้ที่มีปัญหาด้านจิตใจอยู่ก่อนแล้ว เช่น มีความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า หรือมีความผิดปกติทางจิตอื่นๆ หรือกำลังมีปัญหาในชีวิตขณะนั้น มากอยู่แล้ว อาจยอมรับปัญหาได้ไม่ดีเท่าคนปกติ

วัยของผู้ป่วยและความรับผิดชอบต่อตนเองและครอบครัว เมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคเอดส์ขณะยังเริ่มสร้างฐานะครอบครัวและต้องรับผิดชอบครอบครัวจะทำให้เกิดความเครียด และภาวะซึมเศร้าได้ง่าย

3) ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เช่น

ความเข้าใจและการยอมรับ รวมทั้งความพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือและดูแลจากคนใกล้ชิด

การช่วยเหลือจากสังคมและบริการทางการแพทย์ที่มีการช่วยเหลือเพียงพอ หรือไม่ ถ้าผู้ให้ความช่วยเหลือมีความสัมพันธ์อันดี ให้ความช่วยเหลืออย่างจริงใจ ก็จะทำให้ผู้ป่วยเอดส์มีความมั่นใจ ลดความกลัวเกี่ยวกับความไม่แน่นอนของชีวิต ก็จะสามารถลดภาวะซึมเศร้าลงได้

ทัศนคติในชุมชนหรือในสังคมนั้นๆ การยอมรับผู้ป่วยเอดส์มีมากน้อยเพียงใด ถ้าสังคมนั้นไม่รังเกียจก็จะทำให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดี

ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสถานภาพทางการเงิน เช่น ต้องถูกออกจากงานไม่มีเงิน จะก่อให้เกิดความคับข้องใจมากขึ้น มีผลต่อภาวะซึมเศร้า

สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเอดส์อาจเกิดจากผลกระทบและปัจจัยหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งทั้งผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมถึงปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีอิทธิพลมากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล มีผลทำให้เกิดความคิดด้านลบและภาวะซึมเศร้าตามมา และความคิดด้านลบในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นความคิดด้านลบที่เกิดแบบไม่รู้ตัวหรือเรียกว่าความคิดอัตโนมัติด้านลบ ซึ่งมี 3 ลักษณะ คือความคิดด้านลบต่อตนเอง ต่อสภาพแวดล้อมและต่อสถานการณ์ในอนาคต ความคิดในแง่ลบดังกล่าวก่อให้เกิดรูปแบบการคิดในด้านลบของบุคคล เมื่อใดก็ตามที่บุคคลเผชิญปัญหาหรือประสบกับเหตุการณ์ที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้ รูปแบบการคิดในแง่ลบจะกระตุ้นให้เกิดความคิดในแง่ลบและมีผลให้ระบบความคิดบิดเบือนคิดแต่ในด้านลบไม่สามารถใช้เหตุผลในการคิด จนเกิดภาวะซึมเศร้าและผลกระทบต่างๆตามมา

3.2 การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า

การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยการพยาบาลแบบองค์รวม(Holistic nursing care) การช่วยเหลือด้านจิตใจสำหรับผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า (เพ็ญพักตร์ อุทิศ และคณะ, 2546) สิ่งที่พยาบาลควรทำ คือ แสดงความห่วงใย แม้ว่าผู้ป่วยอาจยังไม่อยากพูดคุยด้วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก รับฟังและสามารถพูดคุยถึงความคิดทำร้ายตนเองของผู้ป่วยได้ โดยไม่ต้องกลัวหรือกังวลว่าจะเป็นการชี้แจงให้เกิดกรรมหัตถายขึ้น ให้กำลังใจในเหตุการณ์ที่ผู้ป่วย

เคยผ่านอุปสรรคมาได้ รับฟังปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยด้วยท่าทีสนใจและยอมรับในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด และหาสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

ดังนั้นพยาบาลที่ให้การพยาบาลบุคคลกลุ่มนี้จะต้องมีความรู้และทักษะในการดูแล มีเจตคติที่ดี และลดความรุนแรงของปัญหาหรือผลกระทบที่เกิดจากโรคเอดส์ได้ ผู้ป่วยควรได้รับการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ก่อนเลือดและหลังตรวจเลือด (สุพร เกิดสว่าง, 2542) พยาบาลจึงต้องมีความรู้และทักษะ สามารถลดความรุนแรงของปัญหาและผลกระทบที่เกิด ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลือกแนวทางในการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม การช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถทำได้ดังนี้

1) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต วิเคราะห์ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วย คือการฆ่าตัวตาย พยาบาลจะต้องสังเกตพฤติกรรมที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย โดยสังเกตการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและอารมณ์ ซึ่งทำได้ง่ายกว่าการสังเกตพฤติกรรมแยกตัวเอง เนื่องจากผู้ป่วยจะบอกปัญหาและแสดงพฤติกรรมให้เห็นเด่นชัด

2) แสดงการยอมรับ ด้วยการเปิดโอกาสให้ร่วมแสดงความคิดเห็นและยอมรับความคิดเห็นที่เหมาะสม ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองด้วยการมองหาข้อดีของตนเองในทางที่สร้างสรรค์ หางานอดิเรกและกิจกรรมนันทนาการเพื่อช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและจิตใจสดชื่น

3) ลดภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ไว้ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยแสดงอาการซึมเศร้ารุนแรง ไม่พูดคุย พยายามทำร้ายตนเองหรือเมื่อแสดงอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วเพื่อให้การดูแลได้ถูกต้องและทันท่วงที

4) ดูแลสุขภาพอนามัย ช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์มีการดูแลตนเอง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองและให้ได้รับการดูแลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล มีความสนใจในการดูแลตนเองอย่างมั่นใจมากขึ้น

5) ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่ายังมีค่าและมีความหวัง เสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ให้กำลังใจ หาวิธีเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ สร้างความหวังบนพื้นฐานของความเป็นจริง

6) ลดความรู้สึกผิดและเสริมความรู้สึกว่าตนมีคุณค่าและมีประโยชน์ โดยการได้ดูแลตนเองและมีงานอดิเรกทำ จะช่วยให้เกิดความหวังและความรู้สึกมีคุณค่าและยังกิจกรรมที่ทำนั้น แสดงผลสำเร็จ ก็จะทำให้มีกำลังใจที่จะสู้ต่อไป

7) การเตรียมผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น จะต้องช่วยให้มีโอกาสดูแลความคิดเห็นพิจารณาตัดสินใจด้วยตนเองมีการพบปะพูดคุยกับครอบครัวเพื่อวางแผนร่วมกัน

3.3 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์

ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ พยาบาลจะต้องให้การดูแลที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้พยาบาลจะต้องให้การยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่งที่ต้องการความเท่าเทียมกัน พยาบาลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการดูแลด้านจิตสังคม

เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ บทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ มีดังนี้ (สมหมาย หิรัญนุช, 2546)

3.3.1 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้เฝ้าอำนาจทรัพยากรสำหรับผู้ป่วยเพื่อจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพ ซึ่งได้แก่ ความรู้ ข้อมูล ทักษะและทรัพยากร ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการจัดการกับความเจ็บป่วยที่มีผลต่อการดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ความรู้ ความเข้าใจที่ไม่เพียงพอต่อการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ และการรักษาที่ได้รับ ส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย เกิดความรู้สึกที่ไม่สามารถจะคาดเดาได้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับตน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว ท้อแท้ เครียด รู้สึกว่าตนเป็นภาระของผู้อื่น นอกเหนือจากข้อมูลความรู้ ทักษะในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยแล้ว ยังมีทักษะอื่นๆที่มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่

3.3.1.1 ทักษะการสื่อสาร บทบาทของพยาบาลคือ การช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาความต้องการและข้อสงสัย ในบางโอกาสจะต้องเป็นตัวกลางในการช่วยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสได้ซักถามข้อข้องใจกับทีมสุขภาพ หรือพยาบาลจะต้องมีข้อมูลในการแสวงหาข้อมูลให้กับผู้ป่วย

3.3.1.2 ทักษะในการแสวงหาข้อมูล นอกจากจะเตรียมแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ให้กับผู้ป่วยแล้ว ยังต้องช่วยให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับมาว่ามีประโยชน์ต่อผู้ป่วยหรือไม่ เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจของผู้ป่วย

3.3.1.3 ทักษะในการตัดสินใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจได้เหมาะสมสอดคล้องกับค่านิยมของตน

3.3.1.4 ทักษะในการจัดการกับปัญหา เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยให้มีทักษะในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น อันเป็นผลกระทบเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์

3.3.1.5 ทักษะการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม ต้องทำความเข้าใจว่าการที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือนั้นไม่ใช่เป็นการพึ่งพา เพราะความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของผู้อื่นนำไปสู่ความรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง

3.3.2 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลง ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นความแตกต่างระหว่างการแสวงหาแหล่งทรัพยากรในการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองกับความรู้สึกที่ต้องพึ่งพิงหรือเป็นภาระของผู้อื่น ผู้ป่วยอาจต้องปรับบทบาทบางอย่างทั้งบทบาททางสังคมและครอบครัว และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ของตนได้อย่างอิสระ

3.3.3 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ในการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วยและตนเอง ซึ่งถือว่ามีมีความสำคัญอย่างยิ่ง เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์มีการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติจากเดิมที่เห็นว่าตนเองไร้ค่า รู้สึกผิด ต้องพึ่งพาผู้อื่นจนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ไปสู่ความเข้มแข็งและมีคุณค่า มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่และเชื่อว่าชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ยังมีความหมาย

3.3.4 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิ Lubkin (1986 อ้างถึงในสมหมาย หิรัญนุช, 2546) ได้จำแนกบทบาทหลักของพยาบาลในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิ ประกอบด้วย

3.3.4.1 ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความต้องการ ความปรารถนา ความไม่ฝืนหรือความกลัวต่อความสามารถในการกระทำกิจกรรมต่างๆในชีวิต

3.3.4.2 สะท้อนให้ผู้ป่วยถึงอิทธิพลของความต้องการ ความปรารถนา ความไม่ฝืนหรือความกลัวต่อความสามารถในการกระทำและความสามารถในการติดต่อ มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.3.4.3 ช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถบอกถึงความต้องการ ความปรารถนา ความไม่ฝืนหรือความกลัวในรูปของปัญหาที่ตนเองอาจแก้ไขได้

3.3.4.4 ช่วยเหลือผู้ป่วยในการค้นหาต้นเหตุของปัญหา โดยการศึกษา ข้อมูล สัมภาษณ์หรือพูดคุยกับผู้ที่เกี่ยวข้องที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย

3.3.4.5 พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันวางแผนแก้ปัญหา โดยตั้งอยู่บนหลักของความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

3.3.4.6 ให้ข้อมูลที่จำเป็นและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการแก้ปัญหา

3.3.4.7 ยอมรับและให้การสนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยตัดสินใจ เมื่อเห็นว่าผู้ป่วยมีข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นในการตัดสินใจ

3.3.4.8 สนับสนุนและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ เพื่อให้การแก้ปัญหาเป็นไปอย่างเรียบร้อยและก่อให้เกิดความพึงพอใจ

3.4 สมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์

3.4.1 ด้านความรู้ ข้อมูลและความรู้เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์บรรเทาความวิตกกังวลและความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย พยาบาลจำเป็นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษา ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งไม่เพียงแต่เฉพาะด้านพยาธิสภาพ การรักษา การป้องกัน การฟื้นฟูสภาพเท่านั้น แต่ยังรวมถึงด้านจิตสังคมด้วย

3.4.2 ด้านทัศนคติ พยาบาลจะต้องเชื่อว่า ความสามารถของผู้ป่วยพัฒนาได้ ถ้าได้รับการเอื้ออำนวยและการสนับสนุนข้อมูล ความรู้และทักษะอย่างเหมาะสม

3.4.3 ด้านทักษะ ประกอบด้วย

3.4.3.1 ทักษะด้านการสื่อสารเพราะเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย การสื่อสารที่ดีส่งผลต่อความมั่นคงทางจิตใจ ความเชื่อมั่นในตนเอง

3.4.3.2 ทักษะด้านการให้ข้อมูล ความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย

3.4.3.3 ทักษะการสร้างแรงจูงใจ แรงจูงใจเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ พบว่าการรับรู้ถึงความรับผิดชอบและการมีเป้าหมายในชีวิต ความเชื่อถือในศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็น

แรงจูงใจที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย การที่พยาบาลมีความสามารถในการจูงใจผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะเผชิญกับความยากลำบากที่เกิดขึ้น

3.4.3.4 ทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น นอกจากทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นแล้ว ยังต้องทำงานร่วมกับครอบครัวและชุมชน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

4. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมีความต้องการตรงกันที่จะปรับปรุงหรือพัฒนาตนเองในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งมาปรึกษาหารือกันโดยมีผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้อำนวยความสะดวก(facilitator) ในกลุ่ม ใช้หลักการและเทคนิคของการให้คำปรึกษาและกระบวนการกลุ่มมาใช้โดยเน้นหลักการ คือ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) การพัฒนาสัมพันธภาพภายในกลุ่ม สร้างบรรยากาศในกลุ่มให้เกิดความอบอุ่น ยอมรับ เข้าใจ ไว้วางใจซึ่งกันและกันและใช้พลังสมาชิกในกลุ่มให้เกิดประโยชน์

4.1 ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม มีผู้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไว้หลายท่าน เช่น

วัชร ทรัพย์มี (2533) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเป็นกระบวนการของกลุ่มซึ่งสมาชิกมีความคิดที่จะปรับปรุงตนเองในเรื่องใดเรื่องหนึ่งมาปรึกษาหารือกันโดยมีผู้ให้คำปรึกษาร่วมอยู่ด้วย สมาชิกในกลุ่มจะมีโอกาสได้แสดงออก เกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็นของแต่ละคน เป็นการระบายความรู้สึกขัดแย้งในใจ ได้สำรวจตนเอง ได้ฝึกการยอมรับตนเอง กล้าที่จะเผชิญปัญหาและได้ใช้ความคิดในการแก้ปัญหาหรือปรับปรุงตนเอง รวมทั้งได้ฟังความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้อื่น ได้ตระหนักว่าคนอื่นก็มีความขัดแย้งหรือมีความคิดเห็นเช่นเดียวกับคน ไม่ใช่มีเพียงตนเองเท่านั้นที่มีปัญหา นอกจากนี้การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มยังมุ่งเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคนเกี่ยวกับความรู้สึก เจตคติ อารมณ์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของสมาชิก โดยมีการจัดสภาพแวดล้อมภายในกลุ่มให้เกิดบรรยากาศที่อบอุ่นเพื่อให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึก เจตคติของตนออกมาด้วยความสมัครใจ ซึ่งจะทำให้เกิดความภาคภูมิใจว่าตนเองสามารถให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่ม

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2549) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม หมายถึงกระบวนการให้ความช่วยเหลือสมาชิกเป็นกลุ่ม โดยสมาชิกมีความต้องการที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันมาเข้าร่วมกลุ่มเพื่อพบปะพูดคุยในปัญหาใดปัญหาหนึ่ง มีการสร้างความไว้วางใจ ความเคารพ การยอมรับซึ่งกันและกัน โดยมีผู้ให้คำปรึกษาที่มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาร่วมกลุ่มด้วย ในกระบวนการกลุ่มนี้ สมาชิกได้มีโอกาสเรียนรู้การสร้างความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม การให้ความร่วมมือในกิจกรรมกลุ่ม การไว้วางใจผู้อื่น การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เรียนรู้ในการเผชิญปัญหาของตนเอง จาก

การที่สมาชิกในกลุ่มร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาและเผชิญปัญหาร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมและสามารถกลับไปอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

Trotzer (1977) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม หมายถึง กระบวนการในการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่มีลักษณะของความไว้วางใจ ความอบอุ่น การยอมรับ การเคารพนับถือ การสื่อสารต่อกัน การร่วมรู้สึกเข้าใจกัน โดยผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาหลายคน มีความสัมพันธ์กัน เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเผชิญหน้ากับปัญหาหรือความไม่พึงพอใจในชีวิต ทำความเข้าใจปัญหาอย่างชัดเจน ค้นหาแนวทางแก้ไขหรือคลี่คลายปัญหาและสามารถแปรแนวทางเหล่านั้นไปปฏิบัติในชีวิตของตนเอง

Ohlsen (1988) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม หมายถึง รูปแบบของการให้ความช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาครั้งละหลายคน เป็นการให้โอกาสแก่ผู้รับคำปรึกษาในการกำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง การพัฒนาทักษะต่างๆ เพื่อไปสู่เป้าหมาย มีการฝึกฝนทักษะในบรรยากาศที่มีรูปแบบอย่างปลอดภัย โดยธรรมชาติพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงท่ามกลางบริบททางสังคม ขณะเดียวกันบุคคลเกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงตนเองในบริบทของกลุ่ม การปรึกษาแบบกลุ่มจึงเป็นรูปแบบที่ปลอดภัย เพราะการพัฒนาบุคลิกภาพของบุคคลเกิดจากการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงตนเองในบริบทของกลุ่ม ดังนั้นการปรึกษาแบบกลุ่มจึงเป็นรูปแบบที่มีความสอดคล้องกับความเป็นธรรมชาติของการพัฒนาบุคคล

Mahler (1969) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม หมายถึง กระบวนการกลุ่ม ที่ช่วยให้บุคคลได้เข้าใจตนเองและเกิดการยอมรับนับถือตนเองมากขึ้น การที่บุคคลได้เข้าร่วม กิจกรรมกลุ่ม กระบวนการต่างๆที่เกิดขึ้นในกลุ่มจะช่วยทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเคารพ ยอมรับ ซึ่งกันและกัน รับรู้ถึงความรู้สึกของกันและกัน กระบวนการเหล่านี้จะช่วยบรรเทาความรู้สึก เป็นทุกข์หรือความไม่สบายใจของสมาชิกกลุ่มลง สมาชิกสามารถสำรวจพฤติกรรมของตนเองได้ว่าสิ่งใดที่เป็นปัญหาและมีแนวทางในการปรับแก้พฤติกรรมนั้นๆได้ด้วยตนเอง ลักษณะกลุ่มจะเน้นถึงแนวทางการแก้ไข ปัญหาของสมาชิกที่มีลักษณะคล้ายกัน

สรุปได้ว่าการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือสมาชิก เป็นกลุ่ม โดยสมาชิกมีความต้องการที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันมาเข้าร่วมกลุ่ม เพื่อพบปะพูดคุยในปัญหาใด ปัญหาหนึ่ง มีการสร้างความไว้วางใจ ความเคารพ การยอมรับซึ่งกันและกัน โดยมีผู้ให้คำปรึกษาที่มีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาร่วมกลุ่มด้วย ในกระบวนการกลุ่มนี้สมาชิกได้มีโอกาสเรียนรู้ในการเผชิญปัญหาของตนเองจากการที่สมาชิกในกลุ่มร่วมกันหาแนวทางในการแก้ปัญหามเผชิญปัญหาร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมและสามารถกลับไปอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

4.2 ขั้นตอนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

Mahler (1969) ได้สรุปขั้นตอนของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไว้ 4 ขั้นตอนคือ

4.2.1 ขั้นก่อตั้งกลุ่ม (The involvement) ในขั้นนี้สมาชิกกลุ่มจะยังไม่กล้าเปิดเผยตนเองไม่แน่ใจในการสร้างความคุ้นเคยหรือความไว้วางใจ ขั้นตอนนี้ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องชี้แจงวัตถุประสงค์และสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นในกลุ่ม อาจต้องใช้เวลามากพอสมควรสำหรับการดำเนินการ ถ้าสมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจ เปิดเผย ใจจริง ใจใส่ในวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่มจะทำให้ขั้นตอนนี้ใช้เวลาอันน้อยลง ผู้ให้คำปรึกษาไม่ควรใช้วิธีบังคับหรือเร่งเวลา ควรให้กลุ่มได้มีการพัฒนาเอง

4.2.2 ขั้นการเปลี่ยนแปลงลักษณะของกลุ่ม (The transition stage) เป็นขั้นที่ต่อเนื่องจากขั้นแรก กลุ่มจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาขึ้นบ้าง สมาชิกกลุ่มจะเข้าใจจุดมุ่งหมายในการรวมกลุ่มดีขึ้น สมาชิกกลุ่มมีความรู้สึกไว้วางใจซึ่งกันและกัน ต้องการที่จะช่วยเหลือและปรึกษาหรือกัน แต่อาจมีความวิตกกังวลและมีความตึงเครียดเกิดขึ้นได้ ในขั้นนี้ผู้ให้คำปรึกษาต้องชี้แจงให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจลักษณะของกลุ่มว่าต่างจากกลุ่มสังคมทั่วไป สมาชิกกลุ่มแต่ละคนจะต้องอภิปรายปัญหาส่วนตัวของตนอย่างเปิดเผย ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกทุกคนในกลุ่ม

4.2.3 ขั้นการดำเนินงาน (The working stage) ในขั้นนี้สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกลุ่มทุกคนได้พัฒนาขึ้นมากจะมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน พร้อมทั้งจะเปิดเผยตนเอง อภิปรายถึงปัญหาของตนเองตามความเป็นจริง ปรึกษาแก้ไขปัญหาต่างๆร่วมกัน ในขั้นนี้สมาชิกกลุ่มจะมีโอกาสสำรวจตนเองและได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เข้าใจปัญหาของตนเองอย่างแจ่มแจ้ง รู้ถึงวิธีการในการเผชิญปัญหาด้วยตนเองและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

4.2.4 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา (The ending stage) การยุติการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจะขึ้นอยู่กับสมาชิกกลุ่มถ้าสมาชิกกลุ่มแต่ละคนเกิดความเข้าใจ กระจ่างแจ้งในปัญหาด้วยตนเองเป็นอย่างดีแล้ว จะรู้ถึงวิธีที่จะแก้ปัญหาและพร้อมที่จะนำไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น เมื่อสมาชิกกลุ่มแต่ละคนเกิดความพอใจ ไม่ติดค้างในสิ่งใดก็สามารถยุติการให้คำปรึกษาได้ แต่ถ้าสมาชิกคนใดคนหนึ่งยังติดค้างไม่กระจ่าง กลุ่มก็จำเป็นต้องทำให้เกิดความกระจ่างให้ได้ จึงจะยุติการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มได้ แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มจะต้องมีการสิ้นสุดในเวลาใดเวลาหนึ่งและสมาชิกกลุ่มควรจะเป็นตัวของตัวเองพอที่จะแยกออกจากกลุ่มได้

4.3 เทคนิคที่ใช้ในกระบวนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549)

หลักของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม จะพยายามสนับสนุนให้สมาชิกแสดงออกและใช้พลังความคิดเห็นของกลุ่ม และการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองและสภาพปัญหาต่างๆ โดยสมาชิกกลุ่มเป็นผู้เสนอแนวคิดและแนวทางในการแก้ปัญหาจากความรู้และประสบการณ์ของสมาชิกเอง เทคนิคโดยทั่วไปเน้น การยอมรับ การมีสัมพันธภาพที่ดีในกลุ่ม สมาชิกไว้วางใจกันและกัน กล้าแสดงออก และกล้าเปิดเผยความรู้สึกซึ่งกันและกัน มีความมุ่งมั่นไปด้วยกัน เทคนิคที่ใช้และใช้บ่อยมี ดังนี้

- 1) การยอมรับ 2) การสร้างความรู้สึกอบอุ่น 3) การแสดงความเห็นใจ 4) การทำความกระจ่างชัด
- 5) การปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน 6) การอภิปรายอย่างอิสระในกลุ่ม 7) การใช้เทคนิคสะท้อนกลับ
- 8) การระดมความคิดในกลุ่ม

4.4 ประโยชน์ของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ประถม เป็นสุวรรณ (2545) กล่าวถึงไว้ดังนี้

4.4.1 บรรยากาศสัมพันธภาพที่อบอุ่น เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน รับฟัง แลกเปลี่ยน เสนอแนะความคิดเห็น นำไปสู่การสำรวจตนเอง ทำให้กล้าที่จะเผชิญกับปัญหา เกิดการเรียนรู้ทั้ง การให้และการรับการช่วยเหลือซึ่งกันและกันจะนำไปสู่ทักษะการแก้ปัญหาได้หลากหลายวิธี

4.4.2 เกิดความไว้วางใจ ยอมรับซึ่งกันและกัน สามารถบอกความรู้สึก เล่าเรื่องที่ เป็นปัญหาตลอดจนรับฟังปัญหาของสมาชิกได้ ซึ่งเป็นการเปิดเผยปัญหา ถ่าทอดความรู้สึกแก่กันและกัน

4.4.3 สมาชิกในกลุ่มมีโอกาช่วยเหลือ สนับสนุนซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดทักษะ ในการแก้ปัญหา เรียนรู้จากการแก้ปัญหาของสมาชิกคนอื่น นำไปสู่แนวทางการแก้ปัญหา

4.4.4 ผู้นำกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกได้ทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การรับฟังการให้ ข้อมูลย้อนกลับ การแสดงความคิดเห็นอย่างจริงใจจะนำไปสู่การพัฒนาทักษะในการปรับตัวให้มี พฤติกรรมที่พึงประสงค์ นับเป็นการเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา

4.4.5 สมาชิกในกลุ่มเข้าใจตนเองได้อย่างชัดเจน ทำให้เข้าใจค่านิยมของตนเอง นำไปสู่การเปลี่ยนเจตคติ ปรับพฤติกรรมของตนได้เหมาะสม เป็นการพัฒนาตนเอง นั่นคือ สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นสุขในสังคม

4.4.6 สมาชิกในกลุ่มเกิดความรู้สึกปลอดภัย ได้รับความไว้วางใจจากกลุ่ม เป็น อีกสังคมหนึ่งที่สมาชิกในกลุ่มได้ทดลองเรียนรู้ ยอมรับความช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่น ๆ ตลอดจน เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ทดลองปรับพฤติกรรมใหม่ เพื่อแสวงหาแนวทางปรับปรุงตนเองใน ชีวิตประจำวันที่ดีขึ้น

4.4.7 การให้คำปรึกษากลุ่มนำไปสู่การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลหลังจากได้รับการ ให้คำปรึกษากลุ่มมาแล้ว เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา เจาะลึกแต่ละบุคคลในโอกาสต่อไป

4.5 การปฏิบัติการพยาบาลในบทบาทการเป็นผู้นำกลุ่ม (ศูนย์สุขภาพจิตเขต 1, 2545)

4.5.1 บทบาทการเป็นผู้กำกับหรือผู้ชี้นำ (Director) ใช้ในช่วงที่สมาชิกกลุ่มเริ่มมี ปฏิสัมพันธ์กันหรือเมื่อจำเป็นต้องใช้กับสมาชิกบางคน จะช่วยให้สมาชิกผ่อนคลายแต่ถ้าใช้มาก เกินไปจะทำให้สมาชิกขาดความเข้มแข็งและกลุ่มจะไม่มีที่ยึดหยุ่น

4.5.2 บทบาทการเป็นผู้สนับสนุน (Facilitator) เป็นการช่วยให้สมาชิกไปสู่ จุดมุ่งหมายของตน สมาชิกมีการสื่อสารกันอย่างจริงใจและรับผิชอบในบทบาทของตนเองมากขึ้น สนับสนุนให้สมาชิกเปิดเผยความคาดหวังและความกลัวที่เกิดขึ้น การกระตุ้นหรือรื้อฟื้นของผู้นำกลุ่มทำ ให้สมาชิกเกิดความรู้สึกปลอดภัยและยอมรับ ซึ่งจะมีผลทำให้สมาชิกรู้สึกไว้วางใจ

4.5.3 บทบาทการเป็นผู้มีส่วนร่วม (Participator) ผู้นำกลุ่มต้องตัดสินใจว่าจะต้องมีส่วนร่วมกันสมาชิกเมื่อไรและอย่างไร ขณะที่สมาชิกอยู่ในภาวะวิกฤตเป็นต้น ซึ่งอาจเป็นการแบ่งปันประสบการณ์หรือความรู้สึก บทบาทนี้เป็นทางเลือกที่ดีสำหรับผู้นำกลุ่มที่ไม่ต้องการตอบโต้และไม่ต้องการที่จะครอบงำกลุ่ม

4.5.4 บทบาทเป็นผู้สังเกตการณ์ (Observer) การสังเกตเป็นบทบาทที่มีความยืดหยุ่นมากที่สุด เพราะสามารถที่จะเชื่อมเข้ากับบทบาทการมีส่วนร่วมหรือการชี้นำ เมื่อกลุ่มดำเนินไปบางครั้งอาจทำให้สมาชิกรู้สึกเจ็บใจเพราะรู้สึกว่าถูกขังมองและถูกวิจารณ์ ผู้นำกลุ่มสามารถเพิ่มข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์เพื่อป้องกันและลดปฏิกิริยาตอบสนองในเชิงลบ

4.5.5 บทบาทการเป็นผู้เชี่ยวชาญ (Expert) ในบทบาทนี้อาจอาจเป็นประโยชน์หรือขัดขวางกลุ่มก็ได้ หากผู้นำกลุ่มรีบร้อนให้คำแนะนำเกินไป โดยที่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิก โดยผู้นำกลุ่มรีบร้อนให้คำตอบ วิธีแก้ปัญหหรือรีบให้คำแนะนำ เพราะแทนที่จะช่วยให้สมาชิกค้นหาคำตอบและเลือกวิธีแก้ปัญหาซึ่งอาจทำให้เกิดผลเสียแก่สมาชิกได้

5. แนวคิดที่สำคัญของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม

การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy) ได้ผสมผสานแนวคิดเชิงปรัชญา แนวคิดแบบมนุษยนิยมและแนวพฤติกรรมนิยมเข้าด้วยกัน (อาภา จันทรสกุล, 2535) ซึ่งมีแนวคิดที่ว่า ถ้าบุคคลเปลี่ยนแปลงแนวคิดใหม่ จะทำให้ความรู้สึกและการกระทำเปลี่ยนแปลงได้ (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา, 2543) และการรับรู้ต่อสภาพการต่างๆ เป็นตัวก่อให้เกิดความรู้สึก ซึ่งจะส่งผลต่อการกระทำของบุคคล ทฤษฎีนี้เน้นความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของมนุษย์ไว้ดังนี้ (วัชร ทรัพย์มี, 2547)

1) มนุษย์เป็นผู้ที่มีเหตุผลและไร้เหตุผล เมื่อมนุษย์ใช้ความคิดอย่างมีเหตุผลจะนำไปสู่การกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ

2) ในกระบวนการพัฒนาการมนุษย์ได้รับการสั่งสอนหรือได้รับประสบการณ์ให้เกิดความคิดเกี่ยวกับตนเองและบุคคลอื่นในแง่มุมต่างๆกัน ซึ่งก่อให้เกิดอารมณ์แบบต่างๆ เช่น รัก รื่นเริง โกรธ เศร้า เป็นทุกข์

3) อารมณ์ขุ่นมัวของมนุษย์ มีรากฐานมาจากการที่มนุษย์มีความคิดอันไร้เหตุผล ซึ่งได้มาจากการรับรู้และทัศนคติของเขาที่มีต่อเหตุการณ์นั้นๆ แต่ตัวเหตุการณ์เองไม่ได้ก่อให้เกิดอารมณ์อันไม่เป็นสุข

4) มนุษย์มีความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดและค่านิยมอันไร้เหตุผลของตนได้ ซึ่งจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการกระทำ ดังนั้นจึงควรเปลี่ยนแปลงระบบการคิดและการรับรู้ เพื่อไปสู่ความคิดที่มีเหตุผล

5) มนุษย์ยังมีข้อจำกัดและความผิดพลาด ไม่ได้รอบรู้ไปหมด เขาอาจจะเอาชนะอุปสรรคหรือความผิดพลาดได้บ้าง แต่ไม่ใช่ทั้งหมดหรือสมบูรณ์แบบ

ทฤษฎี REBT ยังมุ่งเน้นที่ความคิด โดยวิเคราะห์ถึงความคิดที่ไม่มีเหตุผลของบุคคลที่ก่อให้เกิดปัญหาอารมณ์เป็นอันดับแรก และได้แบ่งกระบวนการคิดเป็น 3 ระดับ (Wessler & Wessler, 1980 cited in Huber & Baruth, 1989)

ระดับที่ 1 ระดับของการอธิบาย หรือการบรรยาย เป็นการอธิบายธรรมชาติของสิ่งแล้ว โดยปราศจากการเติมแต่ง

ระดับที่ 2 ระดับของการอนุมาน นั่นคือ บุคคลจะตีความ หรือลงความเห็นเกี่ยวกับสิ่งที่ได้ อธิบายไป จากระดับที่ 1

ระดับที่ 3 ระดับของการให้คุณค่า การตัดสินใจหรือการประเมินเกี่ยวกับการแปล ความหมายของเหตุการณ์นั้นๆ

Ellis (1994) เสนอความเห็นว่าคุณคนจะนำความเชื่อทั้งที่มีเหตุผลและไม่มีเหตุผล มามีส่วนในการพิจารณาตีความหมายและให้คุณค่าแก่เหตุการณ์ที่เผชิญอยู่ และความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลนี้เองที่ทำให้มนุษย์มีอารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติไป

5.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ ABC พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา (2543) กล่าวว่า ทฤษฎีการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม ยอมรับว่ามนุษย์สามารถกำหนดพฤติกรรมและอารมณ์ของตนเองได้ สามารถอธิบายโดยใช้ทฤษฎีบุคลิกภาพ ABC

A (activating event) หมายถึง สภาวะที่เกิดขึ้นตามสภาพการที่เป็นจริง

B (belief system) หมายถึง ระบบความเชื่อของบุคคลหรือสิ่งที่เกิดขึ้น โดยเป็นไปตามความคิดที่แต่ละคนจะคิด แล้วบอกกับตนเองว่าเหตุการณ์นั้นเป็นเช่นไร ประกอบด้วย

1) rational belief หมายถึง ความเชื่อที่มีเหตุผล มักพบได้จากพฤติกรรมที่แสดงถึงความปรารถนา ความอยากและความชอบ

2) irrational belief หมายถึง ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล มักพบได้จากพฤติกรรมที่แสดงถึงการเรียกร้องอย่างรุนแรง การออกคำสั่งและการดื้อท้าว

C (consequences) หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงโต้ตอบออกมาในแต่ละบุคคล ไม่ว่าจะโดยลักษณะทางอารมณ์ หรือโดยท่าทางที่แสดงออกมาโดยขาดความสงบสุข ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกมานี้มองคุณคล้ายกับว่าเป็นผลที่เกิดจาก A แต่สำหรับ REBT เชื่อว่าพฤติกรรมที่คนเราแสดงตอบโต้ออกมาเป็นผลจาก B นั่นเอง พฤติกรรมของคนจะแสดงออกไปตามระบบความเชื่อของแต่ละบุคคลที่มีความคิดต่อเหตุการณ์นั้น

ทฤษฎีบุคลิกภาพ ABC เป็นวิธีคิดอย่างมีเหตุผล ซึ่งผู้ให้บริการปรึกษาช่วยอธิบายให้ผู้รับบริการปรึกษาได้เข้าใจถึงสาเหตุของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมของเขา ว่าเกิดจากความคิด หรือสาเหตุใด

เมื่อมีเหตุการณ์หรือประสบการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น (A) บุคคลจะมีความเชื่อหรือความคิดเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือประสบการณ์ (B) ซึ่งความเชื่อหรือความคิดของบุคคลคือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นสาเหตุทำให้บุคคลเกิดอารมณ์และพฤติกรรม (C) การช่วยให้บุคคลสามารถเปลี่ยนความคิดได้อย่างมีเหตุผลนำไปสู่อารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมยิ่งขึ้น (Ellis and Whitey, 1979)

ลักษณะความคิดที่ไม่มีเหตุผล Ellis และ Whiteley (1979) ได้เสนอความคิดที่ไม่มีเหตุผลไว้ 3 ลักษณะ

แนวคิดที่ 1 ฉันต้องเป็นคนที่มีความสามารถสูง เป็นผู้มีความเหมาะสมและประสบความสำเร็จ ต้องได้รับการยอมรับจากทุกคน ถ้าฉันทำสิ่งใดไม่สำเร็จ นั่นคือสิ่งที่เลวร้ายมากสำหรับฉัน ฉันทนต่อความล้มเหลวที่เกิดขึ้นไม่ได้เพราะมันหมายถึง ฉันไม่สามารถทำตนให้คนอื่นยอมรับได้ ฉันจึงเป็นคนที่ไม่ได้ความบุคคลที่คิดเช่นนี้มีแนวโน้มที่จะรู้สึกว่าคุณมองไร้ความสามารถ ไม่มีคุณค่า วิตกกังวล รู้สึกกลัวต่อเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นและอาจทำให้เกิดโรคประสาทย้ำคิดย้ำทำ

แนวคิดที่ 2 คนอื่นจะต้องทำดีต่อฉัน ให้ความยุติธรรมและแสดงออกต่อฉันอย่างดีจนฉันพึงพอใจ เป็นสิ่งเลวร้ายมากถ้าเขาไม่สามารถทำในสิ่งที่ฉันต้องการได้ ฉันทนไม่ได้ที่เขารังเกียจฉันถ้าเขาทำในสิ่งที่ฉันต้องการไม่ได้ เขาควรถูกตำหนิและถือว่าเป็นคนไร้คุณค่า บุคคลที่มีความคิดที่ไม่มีเหตุผลตามแนวคิดนี้ มีแนวโน้มที่จะเป็นที่จะเป็นคนที่โกรธง่าย ชอบตำหนิหรือประณามผู้อื่น คือร้อน มีความรุนแรง ทิฐิสูง อาฆาตพยาบาท คิดแก้แค้นและอาจกลายเป็นฆาตกรได้

แนวคิดที่ 3 ฉันต้องได้รับทุกอย่างที่ฉันต้องการ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะต้องดีเป็นไปในทางบวก และเป็นไปในทิศทางที่ฉันต้องการให้เป็น โดยปราศจากอุปสรรคและความยากลำบากใดๆ ฉันทนความคับข้องใจ หรือสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่คิดไม่ได้ บุคคลที่มีความคิดที่ไม่มีเหตุผลเช่นนี้ จะเป็นคนที่โกรธง่าย สงสารตนเอง ซึมเศร้ามีความอดทนต่ำมาก มีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงหนี ปลดปล่อยเวลาโดยเปล่าประโยชน์ ขาดความมีวินัย

ในการที่จะพิจารณาว่าความคิดใดหรือพฤติกรรมใดมีเหตุผลหรือไม่ Ellis ได้เสนอเกณฑ์ในการพิจารณาไว้ 5 ประการ ดังนี้ (ประเทือง ภูมิภัทราคม, 2540)

- 1) ความคิดหรือพฤติกรรมนั้นตั้งอยู่บนพื้นฐานความจริงที่เป็นปรนัย
- 2) การตัดสินใจหรือการกระทำนั้นเป็นการช่วยเหลือและป้องกันชีวิตตนเอง
- 3) ความคิดหรือการกระทำนั้น ช่วยให้บริการอุปสรรคทั้งระยะใกล้และระยะไกลได้อย่างรวดเร็วหรือช่วยให้ได้สิ่งที่ต้องการ
- 4) ความคิดหรือการกระทำนั้น ช่วยป้องกันหรือกำจัดความขัดแย้งภายในตนเอง
- 5) ความคิดหรือการกระทำนั้น ช่วยป้องกันหรือกำจัดความขัดแย้งกับผู้อื่น

จากเกณฑ์ 5 ประการนี้ Knipping และคณะ (1976) ได้เสนอว่าความคิดใดหรือพฤติกรรมใดที่มีลักษณะ 3 ใน 5 ประการดังกล่าวก็ถือว่าเป็นความคิดหรือพฤติกรรมที่มีเหตุผล

จุดมุ่งหมายของการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม

จุดมุ่งหมายหลักของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมคือการให้ผู้รับบริการเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ฝึกคิดวิเคราะห์ความคิด ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลและเป็นความเชื่อที่ผิดซึ่งเป็นความคิดด้านลบ ให้มีวิธีคิดอย่างถูกต้อง พยายามกำจัดความรู้สึกและหันมาเผชิญปัญหาที่แท้จริง โดยช่วยให้รับรู้ถึงทัศนคติเกี่ยวกับชีวิตที่ สมเหตุสมผลมากขึ้น (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549) ด้วยการสอนให้สามารถสืบค้นและเอาชนะ ความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล ซึ่งจะส่งผลเกิดความคิดด้านบวกขึ้น ความคิดด้านลบลดลง และ ภาวะซึมเศร้าลดลง ผู้รับบริการมีอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม สามารถเผชิญ ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสุข

บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา

อาภา จันทรสกุล (2535) กล่าวว่าผู้ให้คำปรึกษา ต้องช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษาเปลี่ยนแปลง ความคิด ให้ความหมายต่อสถานการณ์ที่ทำให้เขาเกิดอารมณ์รุนแรงทางลบ ใช้สติปัญญาหาเหตุผล รับรู้สถานการณ์ในแนวความคิดใหม่ ทำทนายให้สำรวจปรัชญา ความเชื่อและแนวทางในการดำเนิน ชีวิตของผู้รับบริการปรึกษา สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์เป็น เสมือนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ การให้ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของอารมณ์ บทบาทของ ผู้ให้คำปรึกษาจึงเปรียบเสมือนครูที่คอยชี้แนะ สอน ชักจูงและทำทนายให้ลองคิด เพื่อให้ใช้ทักษะ การคิดอย่างเป็นระบบในการแก้ปัญหา จึงสรุปบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาได้ดังนี้

- 1) ชี้แจงให้ผู้รับบริการปรึกษา เข้าใจถึงสาเหตุที่ก่อให้เกิดอารมณ์ทางลบ ด้วยทฤษฎี บุคลิกภาพ ABC
- 2) ช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษาเกิดการรับรู้ และตระหนักถึงความคิดที่ไม่มีเหตุผลที่เขา มีอยู่ ซึ่งเป็นผลให้เกิดอารมณ์ด้านลบรุนแรง ทำให้เขาแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ และเป็นสาเหตุที่ ทำให้ตนเองไม่มีความสุข
- 3) สอนวิธีการคิดที่มีเหตุผล ทักษะการคิดที่เป็นระบบตามหลักวิทยาศาสตร์ เพื่อให้ผู้รับ บริการปรึกษาจัดความคิดที่ไม่มีเหตุผลที่เป็นการลงโทษตนเองออกไป และช่วยให้ผู้รับบริการ ปรึกษาได้สำรวจปรัชญาในการดำเนินชีวิตของตนเองเสียใหม่อย่างมีเหตุผล เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ตนเอง สามารถใช้ชีวิตอย่างมีเหตุผลไปแก้ปัญหาต่างๆในชีวิต

ทฤษฎีนี้เน้นความสำคัญของการคิด ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เรียนรู้ถึง ปัญหาของตนและฝึกแก้ไขความคิดอย่างเต็มที่ เพื่อจะได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549) การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม ไม่ใช่

กระบวนการที่ใช้วิธีเดียวอย่างยึดมั่น แต่เป็นการใช้กลวิธีหลายๆอย่างตามความเหมาะสม (Ellis and Harper, 1961) โดยยึดหลักการต่อไปนี้

- 1) การคิดและอารมณ์ของบุคคลคาบเกี่ยวกัน คือ การคิดจะก่อให้เกิดอารมณ์และเราสามารถเปลี่ยนอารมณ์เหล่านี้ได้ โดยการพิจารณาและคิดทบทวน ซึ่งจะช่วยให้เปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมนั้นได้
- 2) กลวิธีให้คำปรึกษาจะมุ่งที่ความเชื่อ (Belief = B) ของผู้รับคำปรึกษามากกว่าเหตุ (Activative Experience or Event = A) หรือผลที่ตามมา (Consequence = C) โดยมุ่งอภิปรายกันถึงความเชื่อที่มีไม่เหตุผล มุ่งเปลี่ยนหรือให้ผู้รับคำปรึกษาเลิกล้มความคิดเหลวไหลนั้นเสีย
- 3) กลวิธีให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนความคาดหวัง ซึ่งห่างไกลจากความ เป็นจริง ซึ่งจะมีผลให้เปลี่ยนอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมของเขาได้
- 4) การที่ผู้ให้คำปรึกษายอมรับและ ให้ความอบอุ่นแก่ผู้รับคำปรึกษาและช่วยรับรู้ความรู้สึก ของผู้รับคำปรึกษา ยังไม่เป็นการเพียงพอ ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อตัวเองด้วย
- 5) ผู้รับคำปรึกษาจะใช้กลวิธีช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา เปลี่ยนระบบความคิดเสียใหม่ โดยวิเคราะห์ความคิดที่ไม่มีเหตุผลของตน
- 6) ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเลิกล้มข้อเรียกร้องที่มากมาย หรือการคร่ำครวญในเรื่องต่างๆ

วิธีขจัดความคิดที่ไม่มีเหตุผล (Ellis and Whiteley, 1979) กล่าวถึงวิธีการขจัดความคิดที่ไม่มีเหตุผล อาจจะทำได้โดยการถาม (Questioning) ท้าทาย (Challenging) การอภิปราย (Debating) ด้วยวิธีที่เป็นเหตุเป็นผลตามหลักวิทยาศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วย 3 กระบวนการดังนี้

1) การอภิปราย เป็นการซักถามเพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจหรือบอกได้ชัดเจนว่าเหตุการณ์ใดเกิดขึ้น และมีความคิดอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้น และความคิดต่อเหตุการณ์นั้นทำให้เกิดอารมณ์หรือการแสดงออกอย่างไร ในกระบวนการอภิปรายจึงเป็นกระบวนการค้นหาความคิดที่ไม่มีเหตุผล (Detecting process) จะใช้ลักษณะคำถามดังนี้

“ มีเหตุการณ์ใดบ้างที่สนับสนุนให้คิดเช่นนั้น ” เป็นคำถามเชิงชี้แนะ ให้ผู้รับบริการปรึกษาได้คิดค้นหาความสัมพันธ์ที่เป็นเหตุเป็นผลกันระหว่างเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับความคิดที่มีต่อเหตุการณ์นั้นว่าเป็นเหตุเป็นผลกันหรือไม่ เช่น “ ที่คุณคิดว่าคุณเป็นคนไร้ค่า มี เหตุการณ์ใดบ้างที่ทำให้คุณคิดเช่นนั้น ”

“ ความคิดนั้นเป็นความจริงหรือไม่ ” เป็นการชักชวนให้ผู้รับบริการปรึกษา

พิจารณาดูให้ถ่วงถ่วงว่า ความคิดของเขาเป็นความจริงหรือไม่ อย่างไรเช่น “ คุณคิดว่าคุณเป็นคน ไร้ค่า คุณเป็นคนไร้ค่าจริงหรือ ” “ คุณเคยพบความสำเร็จในงานที่คุณทำบ้างไหม ”

“ อะไรทำให้เกิดผลอย่างนั้น ” เป็นการถามให้ผู้รับบริการพิจารณาถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดผลทางอารมณ์หรือพฤติกรรม เช่น “ คุณพอจะมองเห็นหรือยังว่า อะไรที่ทำให้คุณไม่สบายใจและไม่ทำงานตามที่ครูมอบหมายให้ ”

2) การจำแนกความคิดเป็นการจำแนกกระหว่างความคิดที่มีเหตุผลกับความคิดที่ไม่มีเหตุผล เช่น จำแนกความแตกต่างระหว่างความต้องการกับความจำเป็น ความปรารถนา กับความคิดว่าต้องได้ ความไม่พึงปรารถนา กับ ความไม่สามารถทนได้ เป็นการถามให้ผู้รับบริการมองเห็นความสอดคล้อง และความขัดแย้งในความคิดและพฤติกรรมที่แสดงออก

3) การกำหนดขอบเขตของความคิดที่ชัดเจนเป็นการจำกัดความ ถ้อยคำที่เป็นความคิดหรือ ความเชื่อต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นของผู้รับบริการ ช่วยให้ผู้รับบริการสามารถจำแนกจำกัดความ อย่างชัดเจนและเฉพาะเจาะจง เป็นการตัดปัญหาการแผ่ขยายไปสู่เรื่องอื่นๆ และเป็นการหลีกเลี่ยง การโต้แย้ง ลักษณะของการพิจารณาความเป็นเหตุเป็นผลเบื้องต้น แบบพิจารณาเหตุผลและ อารมณ์นั้นจึงเน้นการหยุดลักษณะของถ้อยคำที่หลวมไม่ชัดเจนและชักนำให้ผู้รับบริการ ปรึกษาให้คำจำกัดความหรือกำหนดขอบเขตของความคิดให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

5.2 เทคนิคการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์

ผู้ให้คำปรึกษาจะใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาค้นหาสาเหตุของปัญหาที่แท้จริง และเผชิญกับปัญหาโดยใช้สติปัญญา (อรพรรณ ถิ่นบุญรัชชัย, 2549) เทคนิคสำคัญที่ใช้ คือ

5.2.1 การสอน เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ หรือเกิดความเข้าใจบางสิ่ง บางอย่าง ที่เรียนรู้มาก่อนให้ถูกต้องยิ่งขึ้น

5.2.2 เทคนิคการโต้แย้ง เพื่อหาเหตุผลมาเปลี่ยนความคิด จากที่คิดผิดๆ หรือ เชื้อมั่นผิดๆ ในอดีต ให้กลับมาคิดใหม่และคิดให้ถูก

5.2.3 เทคนิคการตั้งคำถามที่ยั่วท้าทาย หรือการตั้งคำถามแบบตรรกวิทยา เพื่อให้ใช้ สติปัญญาคิดหาเหตุผลสำหรับนำมาแก้ปัญหา

5.2.4 เทคนิคการเจาะประเด็น การตั้งคำถามเพื่อเจาะไปที่ปัญหา

5.2.5 การให้การบ้านไปทดลองปฏิบัติ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับประสบการณ์ ผู้ให้คำปรึกษาจะให้ผู้รับคำปรึกษาทดลองนำหลักการที่ได้ไปฝึกปฏิบัติ แล้วทำบันทึกรายงาน

5.2.6 การสอบซักประวัติ มีความจำเป็นเพื่อทราบถึงสาเหตุที่เกิดขึ้นในอดีตและมี ผลกระทบต่อความรู้สึกนึกคิดในปัจจุบัน

5.2.7 การวิเคราะห์ปัญหาและการคาดคะเน มีความจำเป็นเพราะจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นว่า การมีความคิดอย่างไรเหตุผล หรือมีความเชื่อมั่นผิดๆก่อให้เกิดอะไรขึ้น หากยังคงคิดผิดหรือมีความเชื่อเช่นนี้ต่อไป ผลที่เกิดขึ้นตามมาจะเป็นอย่างไร

5.3 กระบวนการและวิธีการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม

ทฤษฎีการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม (REBT) มีวิธีการบำบัดครอบคลุมทั้งวิธีการคิด อารมณ์และพฤติกรรม เน้นด้านการคิด การโต้แย้ง การท้าทาย การทำทนาย การแนะนำ การตีความ การอธิบายและการสอน (Ellis, 1993 cited in Capuzzi & Gross, 1999) วิธีที่นำมาใช้พัฒนาความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ของบุคคลคือ ABCDE Model

A (Activating Event) หมายถึง สภาวะที่เกิดขึ้นตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง

B (Belief System) หมายถึง ระบบความเชื่อของบุคคล

C (Consequence) หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออก โต้ตอบออกมาในแต่ละบุคคล

D (Disputing of Irrational Beliefs) หมายถึง การโต้แย้งความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล

E (Effective new philosophy of life) หมายถึง หลังการโต้แย้งจะได้ปรัชญาชีวิตที่มีเหตุผลและเป็นจริง เพื่อเปลี่ยนรูปแบบการคิดอารมณ์และพฤติกรรม วิธีที่นำมาใช้ได้แก่

5.3.1 วิธีการทางปัญญา (Cognitive Methods) เป็นวิธีการที่นำมาใช้ในการพัฒนาความคิดของผู้รับบริการเพื่อให้สามารถจัดการความคิดที่ไม่มีเหตุผลให้หมดไปและพัฒนาความคิดที่มีเหตุผลขึ้นแทน ได้แก่

5.3.1.1 การโต้แย้งความคิดที่ไม่มีเหตุผล เริ่มต้นโดยการสอนทฤษฎี ABC ให้กับผู้รับคำปรึกษาโดยชี้ให้เห็นว่าความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลนั้น มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติดังไร การโต้แย้งความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล ซึ่งเป็นการท้าทายความเชื่อที่ลงโทษตัวเอง สมมติฐานที่ไม่สามารถพิสูจน์ได้และมีแนวโน้มที่จะไม่เป็นจริงด้วยหลักวิทยาศาสตร์เหล่านี้ คือรูปแบบของกระบวนการทางปัญญา แสดงวิธีการที่เข้มแข็งและหนักแน่นในการโต้แย้งความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลจนกระทั่งบุคคลยอมรับและละทิ้งความเชื่อนั้น ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าที่ไม่เหมาะสม ซึ่งกระบวนการโต้แย้งนี้ประกอบด้วย

1) Detecting คือ การสืบหาความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลและไม่เป็นความจริงเป็นการซักถามเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจหรือบอกให้ชัดเจนว่ามีเหตุการณ์ใดเกิดขึ้นแล้วมีความคิดหรือเหตุผลอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้น จากความคิดหรือเหตุผลดังกล่าวทำให้เกิดอารมณ์และมีการแสดงออกอย่างไร เป็นการถามเชิงชี้แนะให้ผู้รับคำปรึกษาได้คิดและค้นหาความสัมพันธ์ที่เป็นเหตุเป็นผลกัน ระหว่างเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับความคิดที่มีต่อเหตุการณ์นั้นว่าเป็นเหตุเป็นผลกันหรือไม่

2) Debating คือ การโต้แย้งความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลและชี้ให้เห็นว่าความคิดนั้นเป็นจริงหรือไม่ เป็นการชักชวนให้ผู้รับคำปรึกษาพิจารณาดูให้ถี่ถ้วนว่าความคิดของตนเป็นความจริงหรือไม่อย่างไร

3) Discriminate คือ การชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลและความคิดที่มีเหตุผล คำถามเช่น “อะไรทำให้เกิดผลอย่างนั้น” เป็นการถามให้ผู้รับคำปรึกษาพิจารณาถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดผลทางอารมณ์และพฤติกรรม

5.3.1.2 การจำแนกความคิด เป็นการจำแนกระหว่างความคิดที่มีเหตุผลกับความคิดที่ไม่มีเหตุผล เป็นการจำแนกความแตกต่างระหว่างความต้องการกับความจำเป็น ความปรารถนา กับความคิดที่ต้องได้ ความไม่พึงปรารถนากับความไม่สามารถทนได้

5.3.1.3 การกำหนดขอบเขตของความคิดที่ชัดเจน เป็นการกำจัดความคิดที่ไม่มีเหตุผลอีกอย่างหนึ่ง เป็นการให้คำจำกัดความถ้อยคำที่เป็นความคิดหรือความเชื่อที่มีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะช่วยให้สามารถจำแนกคำจำกัดความได้อย่างชัดเจนและเฉพาะเจาะจง

5.3.1.4 การบ้านเพื่อฝึกทางปัญญา (Cognitive Homework) เป็นวิธีที่ให้ผู้รับคำปรึกษาฝึกวิเคราะห์ความคิด อารมณ์และพฤติกรรมตามรูปแบบ A-B-C-D-E ของ Ellis โดยให้กรอกข้อความลงในแบบฟอร์มการฝึกคิดแล้วนำมาวิเคราะห์ร่วมกับผู้ให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาจัดความคิดที่ไร้เหตุผลให้หมดไปและสามารถพัฒนาความคิดที่มีเหตุผลขึ้นมาแทน มีความรู้สึกอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม

5.3.2. วิธีการทางอารมณ์ (Emotive Method) เป็นวิธีการที่นำมาใช้ในการพัฒนาอารมณ์ได้แก่

5.3.2.1 การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข คือ การยอมรับในตัวบุคคล ในความเป็นมนุษย์ของบุคคลนั้น ไม่ว่าจะมีความนิยมหรือพฤติกรรมเป็นอย่างไรก็ตาม เป็นการยอมรับในตัวบุคคล ไม่ใช่พฤติกรรม ไม่ประเมินบุคคลอื่นที่มีความแตกต่างไปจากตน

5.3.2.2 การแสดงบทบาทสมมติ เป็นการทดลองให้ผู้รับบริการสวมบทบาทผู้อื่น เพื่อให้ได้รับรู้ถึงความรู้สึกและอารมณ์ในบทบาทของผู้อื่น และเปลี่ยนความคิดของตนได้อย่างมีเหตุผล

5.3.3. วิธีทางพฤติกรรม (Behavioral Method) เป็นวิธีการที่นำมาใช้ในการพัฒนาพฤติกรรม เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ยิ่งขึ้น

5.3.3.1 การฝึกทักษะ เพื่อให้เกิดทักษะในการแสดงออก เพื่อนำไปสู่การคิดอย่างมีเหตุผลและการแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ต่อไป

5.3.3.2 การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ ส่วนใหญ่จะเป็นเงื่อนไขที่เป็นการเสริมแรง จะเป็นวิธีฝึกให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์

5.3.3.3 การให้แรงเสริมทางสังคมอาจให้ทั้งคำพูดและท่าทาง เช่น ยกย่อง ชมเชย ยิ้ม เป็นต้น สำหรับเทคนิคที่ผู้ศึกษานำมาใช้ในครั้งนี้ คือเทคนิคทางปัญญาเป็นหลักอาจใช้เทคนิคอื่นประกอบบ้าง โดยการให้กลุ่มทดลองฝึกวิเคราะห์ความคิดอารมณ์และพฤติกรรมของตนตามรูปแบบ

ABCDE ของ Ellis ในแบบฝึกการวิเคราะห์ห้อย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง (Rational Self Help Form) ซึ่งเป็นวิธีช่วยให้บุคคลสามารถรักษารูปแบบการคิดและการแสดงออกอย่างมีเหตุผลและได้ผลระยะยาว (Ellis and Whiteley, 1979)

จากข้อมูลดังกล่าวสรุปได้ว่าการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม หมายถึง กระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษาช่วยเหลือผู้รับบริการปรึกษาเป็นกลุ่ม ผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทนำทางในการให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักถึงความคิดที่ไม่เหมาะสม และอธิบายวิธีเปลี่ยนความคิดเพื่อให้เกิดความคิดที่มีเหตุผลขึ้น โดยใช้รูปแบบให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มตามแนวคิดABCDE ของ Ellis สำหรับผู้รับคำปรึกษาที่มีความต้องการตรงกันหรือคล้ายกันในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง จุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจในความคิดที่มีต่อตนเอง ความคิดเกี่ยวกับตนเอง ความรู้สึกต่อสถานการณ์ตลอดจนเหตุการณ์ต่างๆที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมโดยผู้ให้คำปรึกษา จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เปลี่ยนความคิดและความรู้สึกด้านลบที่มีต่อตนเอง ต่ออนาคตและสิ่งแวดล้อม ให้ผู้รับคำปรึกษาใช้สติปัญญารับรู้เหตุการณ์นั้นในแนวคิดใหม่ ผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทคอยชี้แนะชักจูง ทำท่ายให้ลองคิด ให้ใช้ทักษะการคิดอย่างมีระบบ ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเป็นคนที่มีความสามารถคิดได้หลายแง่มุม ส่งผลให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเองมากขึ้น มีอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ ตลอดจนสามารถดำรงชีวิตอยู่ด้วยความสุข

ขั้นตอนการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์

ต้นเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดผลเสียด้านอารมณ์ คือ ความคิดที่ไม่มีเหตุผลหรือความคิดในทางลบต่อตนเอง ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เป็นทุกข์ รู้สึกไร้ค่า ซึ่งเป็นอันตรายต่อผู้มีปัญหา ฉะนั้นวิธีให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม จึงเน้นการหาวิธีแก้ความคิดผิดๆที่เป็นต้นเหตุเสีย ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเข้าใจความคิด พิจารณาสถานการณ์ต่างๆของผู้รับคำปรึกษาและสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนความคิดเสียใหม่ ขั้นตอนการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (เจียรนัย ทรงชัยกุล, 2533)

1) ขั้นเริ่มต้นผู้ให้คำปรึกษาสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการปรึกษาเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สัมพันธภาพที่ดีเป็นสิ่งจำเป็นในการทำงานร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในกระบวนการให้คำปรึกษา ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาควรช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความรู้สึกอบอุ่นเป็นกันเอง สามารถระบายความคิดความเชื่อของตนได้อย่างอิสระ ได้รับการยอมรับโดยปราศจากเงื่อนไขและได้รับความเห็นอกเห็นใจอย่างจริงจัง ต่อมาผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ร่วมกันกำหนดความรับผิดชอบของแต่ละคนในกระบวนการให้ความช่วยเหลือ เช่น

ผู้ให้บริการปรึกษาจะอธิบายหลักการและกระบวนการให้บริการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ในประเด็นที่สำคัญ เพื่อให้สมาชิกที่เข้ารับบริการเข้าใจ

ผู้ให้บริการปรึกษาช่วยให้สมาชิกที่เข้ารับบริการปรึกษารวบรวมปัญหาหรือความยุ่งยากใจต่างๆที่พวกเขาประสบอยู่

ผู้รับบริการปรึกษา ระบุเป้าหมายของการมาเข้ากลุ่มของตนได้

ผู้ให้บริการปรึกษาและสมาชิกผู้รับบริการปรึกษาดกลงและร่วมมือกัน เพื่อปรับเปลี่ยนอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของสมาชิกที่รับบริการปรึกษา

ผู้ให้บริการปรึกษาและสมาชิกผู้รับบริการ ร่วมกันกำหนดเป้าหมายและข้อตกลงว่ามีเป้าหมาย เฉพาะอะไรบ้างที่ต้องการให้บรรลุ

2) ขั้นตอนงานให้ความช่วยเหลือ มุ่งเน้นการช่วยให้สมาชิกผู้รับบริการละทิ้งความคิด ความเชื่อที่ไร้เหตุผล เรียนรู้วิธีคิดอย่างมีเหตุผลประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

ผู้ให้บริการปรึกษาชี้แจงให้สมาชิกผู้รับคำปรึกษาตระหนักถึงความคิด ความเชื่อที่ไร้เหตุผลของพวกเขา ช่วยให้ผู้สมาชิกเข้าใจถึงผลของการมีอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่เหมาะสม ซึ่งมีสาเหตุมาจากความคิด ความเชื่อที่ไร้เหตุผล รวมทั้งช่วยให้ผู้รับบริการเรียนรู้ที่จะจำแนก ความคิดความเชื่อที่มีเหตุผลออกจากความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล

ผู้ให้บริการปรึกษากระตุ้นให้สมาชิกผู้รับบริการพิจารณารับผิดชอบต่อปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตน ซึ่งสาเหตุมาจากความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล

ผู้ให้บริการปรึกษาช่วยให้สมาชิกผู้รับบริการปรึกษาคัดค้าน / จัดความคิด ความเชื่อที่ไร้เหตุผล และปรับเปลี่ยนเป็นความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล โดยใช้วิธีการช่วยเหลือแบบนำทาง นำเอาวิธีการเชิงวิทยาศาสตร์มาใช้อธิบาย ชี้แจง และสอนให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้ที่จะคิดและเชื่ออย่างมีเหตุผล

ผู้ให้บริการปรึกษาช่วยให้สมาชิกผู้รับบริการคงความเป็นบุคคลที่มีความคิด ความเชื่อที่มีเหตุผล ทั้งในปัจจุบันและต่อไปในอนาคต รวมทั้งกระตุ้นให้สมาชิกผู้รับบริการพัฒนาปรัชญาในการดำรงชีวิตของตนอย่างมีเหตุผล

3) ขั้นตอนการให้ความช่วยเหลือ ช่วยให้ผู้สมาชิกผู้รับบริการได้ทบทวนความเปลี่ยนแปลงและความก้าวหน้าที่เกิดขึ้นกับตัวเอง เช่น มีอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมขึ้นตลอดจนมีการดำรงชีวิตอย่างมีความสุขมากกว่าแต่ก่อน ความเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีรากฐานมาจากการที่สมาชิกผู้รับบริการปรับเปลี่ยนมาเป็นคนที่มีความเชื่ออย่างมีเหตุผล

6.การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า

กรให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม หมายถึงกระบวนการช่วยเหลือ โดยใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการ ให้คำปรึกษาระหว่างผู้ให้คำปรึกษา

และสมาชิกผู้รับคำปรึกษาที่เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาที่เน้นการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้พิจารณาเหตุผลเพื่อให้เกิดการตระหนักรู้อารมณ์ที่ไม่เป็นสุขที่เกิดจากความคิดที่ไร้เหตุผลนำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เรียนรู้ทักษะการคิดอย่างมีเหตุผล เพื่อตอบสนองอารมณ์ที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ผู้ศึกษาได้พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาโดยประยุกต์จากการให้คำปรึกษาที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมของกมลรัตน์ ชวนินี (2548) ที่ศึกษาผลการให้คำปรึกษาที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งเป็นการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลมี 4 ครั้ง เนื้อหากิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องความคิดที่มีเหตุผล และไม่มีเหตุผลของ Ellis และการฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองตามแนวคิดของ Ellis ซึ่งเป็นรูปแบบการให้คำปรึกษาที่พัฒนามาจากการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ของวราภรณ์ วรรณพิรุณ (2545) ที่ศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าหลังพยายามฆ่าตัวตาย รูปแบบของการให้คำปรึกษาเป็นแบบรายบุคคลมี 5 ครั้ง เนื้อหา กิจกรรม ประกอบด้วย การฝึกให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องกระบวนการคิดที่มีเหตุผลและไม่มีเหตุผลของ Ellis เรียนรู้กระบวนการคิดที่ก่อให้เกิดปัญหา ฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองตามแนวคิดของ Ellis ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาสนใจนำขั้นตอนการฝึกคิดอย่างมีเหตุผลตามรูปแบบ ABCDE ของ Ellis มาพัฒนาร่วมกับขั้นตอนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มของ Mahler เพื่อให้ผู้ป่วยได้ฝึกคิดอย่างมีเหตุผลทั้งในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงและสถานการณ์ใกล้เคียงที่ผู้ป่วยกังวลใจ เพื่อเสริมสร้างทักษะและสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน ภายได้บรรยากาศที่อบอุ่นเป็นมิตร เกิดความผ่อนคลายกล้าที่จะบอกปัญหาของตน ร่วมแสดงความคิดเห็น มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ผู้ป่วยจะได้รับการยอมรับจากสมาชิกในกลุ่มและผู้ให้คำปรึกษา เกิดความภาคภูมิใจและรู้สึกตนเองมีคุณค่าโดยผู้ศึกษาเป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นผู้นำกลุ่ม สมาชิกกลุ่มคือผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้าโครงการขัณฑ์ไวรัสเอดส์ของนพ.ปริญญาสุขภาพโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม 5 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ รวมระยะเวลาทั้งหมด 5 สัปดาห์ มีขั้นตอนกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัญหา หมายถึงการทำความรู้จักซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้เกิดความอบอุ่นและไว้วางใจ ซึ่งแจ่งวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึกที่ไม่สบายใจ ความทุกข์จากเหตุการณ์ที่สมาชิกแต่ละคนกำลังประสบอยู่ ช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาแต่ละคนเข้าใจปัญหาของตนเองอย่างชัดเจนด้วยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่ม ร่วมกับวิเคราะห์ความสัมพันธระหว่าง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก พฤติกรรม และผลกระทบต่อ อารมณ์และ

พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของตนเองโดยใช้แบบฟอร์มการวิเคราะห์ในรูปแบบ A B C กิจกรรมครั้งนี้ มุ่งเน้นให้สมาชิกเกิดความเข้าใจตนเองและเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความเชื่อ และผลกระทบต่อพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของตนเอง เน้นว่าความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล มีผลให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

กิจกรรมครั้งที่ 2 ฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง หมายถึง กระบวนการให้ความรู้เรื่องความคิดอัตโนมัติด้านลบ ฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลตามรูปแบบ ABCDE ฝึกวิเคราะห์จากสถานการณ์ในกิจกรรมครั้งที่ 1 เน้นให้สมาชิกเข้าใจลักษณะการคิดที่มีเหตุผลและไม่มีเหตุผล เข้าใจขั้นตอนการฝึกคิดอย่างมีเหตุผล มีการแลกเปลี่ยนความคิด และเสนอแนะความคิด ความรู้สึก ร่วมกับสมาชิกในกลุ่ม เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบให้เป็นความคิดด้านบวก มีทักษะในการคิดพิจารณาทางเลือกอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง มีแนวทางเผชิญปัญหาและดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม เป็นการช่วยลดภาวะซึมเศร้า

กิจกรรมครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 ฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองจากสถานการณ์ที่สมาชิกกำหนดหมายถึง กระบวนการฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองตามรูปแบบ ABCDE จากสถานการณ์ที่สมาชิกกำหนดขึ้นเองคนละเหตุการณ์ (อาจเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นสถานการณ์ที่สมมุติกันว่าอาจจะเกิดขึ้นกับตน) และวิเคราะห์ผลของการฝึกคิดอย่างมีเหตุผลร่วมกัน แลกเปลี่ยนความคิดและเสนอแนะความคิด ความรู้สึกร่วมกับสมาชิกในกลุ่ม มุ่งเน้นให้สมาชิกมีประสบการณ์ และเกิดทักษะในการคิดอย่างมีเหตุผล เป็นการลดความคิดอัตโนมัติด้านลบ เสริมสร้างความมั่นใจในตนเอง สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดและป้องกันภาวะซึมเศร้าทั้งในปัจจุบันและอนาคต

กิจกรรมครั้งที่ 5 ประเมินผลการฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองและป้องกันเหตุ หมายถึง การประเมินผลการฝึกคิดอย่างมีเหตุผลและผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม โดยการให้สมาชิกเล่าประสบการณ์ของการฝึกคิดอย่างมีเหตุผล ผลที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทั้ง 4 ครั้งที่ผ่านมา การนำทักษะการฝึกคิดไปใช้ในชีวิตประจำวันที่บ้าน ผู้ให้คำปรึกษาสรุปผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมที่สมาชิกแต่ละคนได้รับ และปิดกิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมครั้งนี้มุ่งเน้นการเสริมสร้างความคิดด้านบวก ให้สมาชิกได้ทราบความก้าวหน้าในพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึกของตนเอง การเรียนรู้และความสามารถในการตอบสนองความต้องการของตน เสริมสร้างความมั่นใจในการนำทักษะที่ได้รับไปใช้ในชีวิตประจำวันและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เมื่อเกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน ประเมินความความคิดอัตโนมัติด้านลบและภาวะซึมเศร้า

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประกาศ ณ. พิกุล (2537) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล อารมณ์ ที่มีต่อทัศนคติความเป็นหญิงของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนคำชะอีวิทยาสงเคราะห์ จังหวัดเชียงราย ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 7 คน กลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาทัศนคติต่อความเป็นหญิงโดยการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีการใช้เหตุผล อารมณ์ รวม 16 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 90 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพัฒนาทัศนคติต่อความเป็นหญิงโดยการให้ข้อสนเทศรวม 12 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 50 นาที ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มนักเรียนที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีการใช้เหตุผล อารมณ์ มีทัศนคติต่อความเป็นหญิงดีขึ้นและดีขึ้นมากกว่ากลุ่มนักเรียนที่ได้รับข้อสนเทศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ราตรี พันธุมจินดา (2542) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ที่มีต่อการพัฒนาสุขภาพจิตของนักเรียนวันรุ่นในเขตชายแดนไทย-กัมพูชา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ของโรงเรียนอรัญประเทศ ปีการศึกษา 2541 จำนวน 72 คนที่มีคะแนนจากแบบสำรวจสุขภาพจิตของนิลวรรณ ศรีอังกูต ที่อยู่ในระดับควรได้รับความช่วยเหลือและต่ำกว่าปกติแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ 10 ครั้งๆละ 60 นาที จำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 5 สัปดาห์ สำหรับกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษา ผลการวิจัยพบว่านักเรียนที่ได้รับการปรึกษากลุ่มแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์มีระดับสุขภาพจิตสูงขึ้นในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกลุ่มทดลองมีระดับสุขภาพจิตในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กนกศรี จาคเงิน (2543) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการฝึกสมาธิแบบอาณาปานสติกับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนอนุบาลชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่มีคะแนนจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าในเด็ก CDI ตั้งแต่คะแนนที่ 15 - 21 จำนวน 74 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ๆละ 7 คน คือ 1. กลุ่มการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ 2. กลุ่มฝึกสมาธิแบบอาณาปานสติ 3. กลุ่มควบคุม โดยฝึกโปรแกรมละ 12 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที เป็นเวลา 12 วัน ผลการวิจัยพบว่านักเรียนในกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ มีภาวะซึมเศร่าลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะทดลองและระยะติดตามผล ส่วนกลุ่มที่ได้รับการฝึกสมาธิแบบอาณาปานสติมีภาวะซึมเศร่าลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะติดตามเพียงระยะเดียวและพบว่าภาวะซึมเศร่าในระยะติดตามผล ลดต่ำลงมากกว่าระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชนิดา อิงคสุวรรณ (2543) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์กับการเสนอตัวแบบที่มีต่อภาวะซึมเศร้าด้านสัมพันธภาพในครอบครัวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนเบญจมราชรังสฤษฎ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่มีคะแนนจากแบบประเมินอารมณ์เศร้า CES-D ตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไปแล้วได้คะแนนจากแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวน้อยกว่า 1.00 จำนวน 18 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ 1. กลุ่มการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ 2. กลุ่มการเสนอตัวแบบ 3. กลุ่มควบคุม กลุ่มละ 6 คน โดยฝึกโปรแกรม 10 ครั้ง นานครั้งละ 50 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่านักเรียนในกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม มีภาวะซึมเศร้าลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะหลังทดลองและในระยะติดตามผล มีเพียงกลุ่มการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์เท่านั้นที่มีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รัตนติกา สุวรรณชัยโมยิต (2543) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์กับการฝึกเทคนิคการหยุดคิด เพื่อลดความวิตกกังวลในการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2542 จำนวน 15 คน ที่มีคะแนนความวิตกกังวลตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ขึ้นไป แบ่งเป็น 3 กลุ่มๆละ 5 คน ได้แก่ 1. กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ 2. กลุ่มที่ได้รับการฝึกเทคนิคการหยุดความคิด 3. กลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการปรึกษาสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ รวม 10 ครั้งๆละ 45 นาที ผลการวิจัยพบว่า การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์และเทคนิคการหยุดคิดสามารถลดความวิตกกังวลของนักศึกษาได้ทั้งระยะสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามผลและทั้ง 2 วิธีนี้มีผลไม่แตกต่างกัน

สุกัญญา มัทธนานันท์ (2543) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มตามทฤษฎีพิจารณาเหตุผลและอารมณ์กับกิจกรรมกลุ่มที่มีต่อความภาคภูมิใจในตนเองของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์เด็กหญิงจังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยรุ่นที่ตอบแบบสอบถามความภาคภูมิใจในตนเองต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 สุ่มอย่างง่ายมาจำนวน 18 ราย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มให้คำปรึกษาดตามทฤษฎีพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ 2. กลุ่มกิจกรรมกลุ่ม 3. กลุ่มควบคุม กลุ่มละ 6 คน ทำการทดลองในกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่มๆละ 10 ครั้ง ๆละ 60 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ทั้งหมด 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่มมีความภาคภูมิใจในตนเองในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และวิธีการทดลองทั้ง 2 วิธีช่วยให้นักเรียนในกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม มีความภาคภูมิใจในตนเองสูงขึ้นแตกต่างกันอย่างไรไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

วราภรณ์ วรรณพิรุณ (2545) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังพยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ 1.กลุ่มทดลอง 2. กลุ่มควบคุม วัดผล 3 ระยะ คือ ก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตามผล ทำการทดลองในกลุ่มทดลองจำนวน 5 ครั้งๆละ 60 – 90 นาที ติดต่อกันเป็นเวลา 5 วัน กลุ่มควบคุมได้รับการให้คำปรึกษาทางจิตสังคม 1 ครั้ง 30-50 นาทีพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองลดลงไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อมีภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามไม่แตกต่างกัน

กมลรัตน์ ช้วนินี (2548) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 20 คน เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังให้การปรึกษาที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการให้คำปรึกษาที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมมีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

Charles Anthony (1988 อ้างถึงใน ประภาส ณ.พิบูล, 2537) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการศึกษาเหตุผล อารมณ์ ในที่นี้เรียกว่าโปรแกรมการเรียนรู้ทางอารมณ์ (program for affective learning = PAL) โดยทำการเปรียบเทียบกับกลุ่มตระหนักรู้ทางอารมณ์ (emotion awareness training = EAT) ที่มีต่ออัตมโนทัศน์ความคิดที่ทำร้ายตนเอง ความวิตกกังวลและทัศนคติต่อโรงเรียน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนเกรด 3 จำนวน 97 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่ม1 ได้รับโปรแกรมเหตุผล อารมณ์(PAL) กลุ่ม2ได้รับโปรแกรมเหตุผล อารมณ์(PAL) และการฝึกตระหนักรู้ทางอารมณ์(EAT) กลุ่ม3 เป็นกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาเหตุผล อารมณ์(PAL)และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเหตุผล อารมณ์และการฝึกตระหนักรู้ทางอารมณ์((PAL+ EAT) สามารถลดความวิตกกังวลและลดความคิดที่เป็นร้ายต่อตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Tsushima (1995อ้างอิงในรัตติกาล สุวรรณชัยโฆษิต, 2543) ได้ศึกษาผลของการเปรียบเทียบการใช้การบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์กับการบำบัดแบบประคับประคองต่อเด็กวัยรุ่นที่ซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียน 10 คน และเด็กบ้านอุปถัมภ์ 8 คน จำแบบทดสอบ RADS (Reynald adolescent depression scale) และแบบทดสอบ BDI (Beck depression inventory) อยู่ในเกณฑ์ซึมเศร้า ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบประคับประคอง ใช้เวลา 10 สัปดาห์ ครั้งละ 45 นาที

ต่อกลุ่มผลการวิจัยพบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ กับการบำบัดแบบปรับระดับประคอง แต่พบว่าการบำบัดทั้ง 2 แบบทำให้วัยรุ่นมีอาการซึมเศร้าลดลง

Margolis (1992) ได้ศึกษาผลของการใช้การบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์จำนวน 4 คนเป็นชายและหญิงอย่างละ 2 คน ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการประเมินด้วยแบบทดสอบความซึมเศร้าของ Beck ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์มีความซึมเศร้า ความเบื่อหน่าย ท้อแท้ และมีความคิดที่ไร้เหตุผลลดลง

จากงานวิจัยข้างต้นสรุปได้ว่าการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ช่วยทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถมีความคิดอย่างมีเหตุผล มีความภาคภูมิใจในตนเองและมีทัศนคติต่อตนเองดีขึ้น ลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

8. กรอบแนวคิดในการศึกษา

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม

กิจกรรมครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัญหาตามขั้นตอนดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม
2. ดำเนินกลุ่ม
 - ระบายความรู้สึกและวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัญหา
 - แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่ไม่มีเหตุผลกับอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (ABC)
3. ระยะเวลาสิ้นสุด

กิจกรรมครั้งที่ 2 ฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง

1. สร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม
2. ดำเนินกลุ่ม
 - ให้ความรู้เรื่องความคิดอัตโนมัติด้านลบ
 - ฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผล (A-B-C-D-E)
 - สร้างแรงจูงใจและพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง
3. ระยะเวลาสิ้นสุด

กิจกรรมครั้งที่ 3 และ 4 ฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองจากสถานการณ์ที่สมาชิกกำหนด

1. สร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม
2. ดำเนินกลุ่ม
 - ปรับเปลี่ยนความคิดและเสริมสร้างความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง
 - ฝึกคิดอย่างมีเหตุผลในสถานการณ์ที่กำหนดขึ้นเอง (A-B-C-D-E)
 - เตรียมความพร้อมเพื่อนำทักษะไปใช้ในชีวิตประจำวัน
 - สร้างแรงจูงใจและพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง
3. ระยะเวลาสิ้นสุด

กิจกรรมครั้งที่ 5 ประเมินผลการฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองและปัจเจกนิเทศ

1. สร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม
2. ดำเนินกลุ่ม
 - ประเมินผลการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน
 - ประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ
 - ประเมินภาวะซึมเศร้า
3. ระยะเวลาสิ้นสุด

ภาวะซึมเศร้า