รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กนกรัตน์ สุขะตุงคะ. (2540). **คู่มือจิตวิทยาคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 2.** กรุงเทพมหานคร : เมดิคัล มีเดีย.

กนกศรี จาตเงิน. (2543). **เปรียบเทียบผลของการฝึกสมาธิแบบอาณาปานสติกับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ร่วมกันต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนอนุบาลชลบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิตสาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

กมลรัตน์ ชัวนินี. (2548). **การให้คำปรึกษาที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม.** โครงการศึกษาอิสระปริญญามหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กาญจนา ชัยเจริญ.(2547). **ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กรมสุขภาพจิต ก. (2538). **คู่มือการฝึกอบรม การให้การปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ เล่มที่1 สถานการณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์.** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

กรมสุขภาพจิต ข. (2545). **คู่มือการฝึกอบรม การให้การปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ เล่มที่2 ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยา ที่เกี่ยวข้องต่อการให้คำปรึกษา.** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

กรองกาญจน์ สังกาศ และคณะ (2537). **ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ในวิจิตรี ศรีสุพรรณและคณะ (2537). (บรรณาธิการ). การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เชียงใหม่:** คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กองระบาดวิทยา. (2543) **นิยามผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรค** พิมพ์ครั้งที่ 3 นนทบุรี : กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคเอดส์ กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. (2547). **การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

กองระบาดวิทยา. (2549). **สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทย.** (On line) Available Form : http//www. Moph.go.th. / osp / esp / aidshtm. Indexaids.htm. (2006, November 30)

กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณะสุข (2537). **บทคัดย่อผลงานทางวิชาการการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์.** กรุงเทพมหานคร.

กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2538). **รายงานการประเมินผลโครงการประสานงานการจัดบริการทางสังคมสำหรับผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว.** กรุงเทพมหานคร.

เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม และคณะ. (2541). **เอดส์ :การวิจัยทางคลินิก.** กรุงเทพมหานคร : สหมิตรพริ้นติ้ง.

คมเพชร ฉัตรศุภกุล. (2530). **ทฤษฎีการให้คำปรึกษา.** กรุงเทพฯ : ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ ประสานมิตร.

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงษ์.(2543). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์** สำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงมหาวิทยาลัย.

จินตนา ยูนิพันธุ์. (2534). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง.กรุงเทพฯ** : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จีน แบรี่. (ม.ป.ป.). **คู่มือการฝึกทักษะการให้คำปรึกษา.ม.ป.ท.**

เจียรนัย ทรงชัยกุล. (2533). **เอกสารการสอนชุดวิชาจิตวิทยาพื้นฐานเพื่อการแนะแนว.** นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2541). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.** พิมพ์ครั้งที่ 3นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก.

ชัดเจน จันทรพัฒน์.(2543). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ชนิดา อิงคสุวรรณ. (2543). **การเปรียบเทียบระหว่างผลการให้คำปรึกษา แบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์กับการเสนอตัวแบบที่มีต่อการลดภาวะซึมเศร้าด้านสัมพันธภาพในครอบครัวของนักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยบูรพา.

ชาญ ธัญพิทยากุล (2522) กระบวนการกลุ่ม. กรุงเทพฯ : กรุงสยามการพิมพ์

ณรงค์ศักดิ์ ตะละภัฏ. (2544). **จิตวิทยาการพัฒนาชีวิตเพื่อพิชิตความเครียด ภาวะซึมเศร้า ภาวะเสพติด และภาวะการอยากฆ่าตัวตาย**. วารสารสวนปรุง 17 (กันยายน-ธันวาคม): 57-72.

ดวงใจ กสานติกุล. (2542). **โรคซึมเศร้ารักษาหายได้**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์.

ดวงพร พันธุเสน และคณะ. (2539). **คู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์โดยครอบครัวและชุมชน** พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์สุภา.

ทมาภรณ์ บูรณสมภพ. (2547). **ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทารุณกรรม**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทัศไนย วงศ์สุวรรณ. (2542). **ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรมต่อความโกรธของนักเรียนวัยรุ่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทิพรัตน์ เฮงตระกูล. (2540). **ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีการใช้เหตุผลและอารมณ์เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต.

นฤมล จันทร์ขำ. (2547). **การศึกษาการให้คำปรึกษาทางการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีภาวะนิยมต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม.** การค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

นิภา เลิศลือชาชัย. (2533). **ผลของการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ที่มีต่อความวิตกกังวลในการสอบของนักศึกษาเลขานุการ**.วิทยานิพนธ์ครุศาสตร์มหาบัณฑิต,สาขาจิตวิทยาการปรึกษาบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิสารัตน์ เชตวรรณ. (2543). **การรับรู้สถานะแห่งตนในการดูแลตนเอง และภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตสาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

น้ำทิพย์ เพ็ชรดี. (2544). **ผลของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์และการให้คำปรึกษาในคลินิคนิรนามที่มีต่อการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี.วิทยานิพนธ์**ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

บุญสม กองนิล. (2545). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความคิดอัตโนมัติด้านลบ การปรับตัวทางสังคมกับความซึมเศร้าของหญิงวัยหมดระดู โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุษดี ศรีคำ. (2546). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพและสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประทุม แป้นสุวรรณ. (2545). **การให้คำปรึกษากลุ่มด้านเพศศึกษาวัยรุ่นในกลุ่มเสี่ยง.** พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์พัฒนศึกษา.

ประเทือง ภูมิภัราคม. (2540). การปรับพฤติกรรม: ทฤษฎีการประยุกต์. กรุงเทพมหานคร: โอ เอช พริ้นติ้งเฮ้าส์.

ประกาส ณ. พิกุล. (2537). **ผลการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีการใช้เหตุผล อารมณ์ที่มีต่อทัศนคติความเป็นหญิงของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนดำรงราษฎร์สงเคราะห์ จังหวัดเชียงราย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.

ปริยศ กิตติธีระศักดิ์. (2547). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยโรคเอดส์.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ผ่องศรี ศรีมรกต. (2536). **ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก.** วิทยานิพนธ์ปริญญาคุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พัชรี ตั้งตุลยางกูร. (2538). **ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและความซึมเศร้ากับความกังวลใจเกี่ยวกับปัญหาจิตสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของโรค ผลกระทบของการเจ็บป่วยและปัญหาการเงินของผู้ติดเชื้อ HIV/ผู้ป่วยเอดส์.** กรุงเทพมหานคร: คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

พชรชัย เรืองสิทธิ์. (2545). **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เพ็ญพักตร์ อุทิศ, ชมพูนุช โสภาจารีย์ และปริยศ กิตติธีระศักดิ์. (2546). **คู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยโรคเอดส์แบบองค์รวม.** กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์.

พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา. (2544). **ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา.ครั้งที่ 2.** กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์พัฒนศึกษา.

พวงเพ็ญ ชุณหปราณ, สุรีพร ธนศิลป์ และ สัจจา ทาโต.(2541). **ศึกษาความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเขตกรุงเทพมหานคร.** สำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษา สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย.

ไพรัตน์ พฤกษชาติคุณากร. (2543). **จิตเวชศาสตร์ เล่ม 2** (พิมพ์ครั้งที่ 2).เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.

ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์. (2539). **ทฤษฎีการพยาบาลและกรณีผู้ป่วยจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1** กรุงเทพฯ : คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

มาโนช หล่อตระกูล. (2544). **เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า.พิมพ์ครั้งที่ 1** กรุงเทพฯ:บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

มานิต ศรีสุรกานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช. (2542). **แง่มุมทางจิตเวชของโรคเอดส์.** ตำราจิตเวชศาสตร์, 434 – 445. เชียงใหม่ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์.

มณฑิรา เลิศพานิช. (2542). **การศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดรัฐบาลส่วนกลาง.** ปริญญานิพนธ์ ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

รัตนา มุขธระโกษา. (2538). **ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอดส์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.กรุงเทพมหานคร:**คณะพัฒนาสังคมศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

รัตน์ติกาล สุวรรณชัยโฆษิต. (2543). **การเปรียนเทียบระหว่างผลของการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์กับการฝึกเทคนิคการหยุดความคิดเพื่อลดความวิตกกังวลในการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดพะเยา วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยบูรพา.

ราตรี พันธุมจินดา. (2542). **ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ที่มีต่อการพัฒนาสุขภาพจิตของนักเรียนวัยรุ่นในเขตชายแดนไทย-กัมพูชา.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยบูรพา.

ลัดดา แสนสีหา. (2536). **ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวันรุ่นตอนปลาย.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วิชรี ทรัพย์มี. (2547). **ทฤษฎีให้บริการปรึกษา.** พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ : คณะจิตวิทย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วรากรณ์ วรรณพิรุณ. (2544). **ผลการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังการพยายามฆ่าตัวตาย.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

วาสินี วิเศษฤทธิ์. (2547). **การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะใกล้ตายในชุมชนชนบทอิสาน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วิจารณ์ วิชัยยะ. (2522). **คู่มือทางการแพทย์เรื่องโรคประสาทและการรักษา. กรุงเทพ: สหประชาพาณิชย์.**

วิจารณ์ วิชัยยะ. (2533). **Management of suicide.** กรุงเทพ: อ๊อฟเซ็ท.

วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ(บรรณาธิการ). (2537). **การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์.** คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศันสนีย์ สมิตเกษตริน. (2542). **การศึกษาสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้าชมรมผู้ติดเชื้อ** (มปท).

ศิริเพิ่ม เชาว์ศิลป์. (2543). **การปรับพฤติกรรมความวิตกกังวลทางสังคม.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร. (2546). **ความหวังภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดโรคหัวใจ.** วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศิริวลี คำวะลี. (2545). **การทดลองใช้โปรแกรมการให้การปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบคเพื่อลดระดับความซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาในหน่วยกามโรคและโรคเอดส์นางเลิ้ง ช่วงเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ พ.ศ.2545.** วิทยานิพนธ์หลักสูตรศิลปศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษาคณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สถาบันบำราศนราดูร ก. (2547) นักจิตวิทาให้คำสัมภาษณ์. 10 มกราคม.

สายสุดา โภชนากรณ์. **(2548). การศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาลกระทุ่มแบนอำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร.** โครงการศึกษาอิสระปริญญามหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุกมล วิภาวีพลกุล. (2541). **การช่วยเหลือผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย.** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สุกมล วิภาวีพลกุล (2541). **ธรรมชาติของจิตใจ.** กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

สุกัญญา มหัทธนานันท์. (2543). **เปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มตามทฤษฎีพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ กับการใช้กิจกรรมกลุ่มที่มีต่อความภาคภูมิใจในตนเองของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์เด็กหญิง จังหวัดสระบุรี.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยบูรพา.

สุชาติ พหลภาคย์. (2542). **ความผิดปกติทางอารมณ์.** ขอนแก่น: ศิริภัณฑ์ ออฟเซ็ท.

สุพร เกิดสว่าง. (2542). **การให้คำปรึกษา.** พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร : สามเจริญพานิชย์.

สุรินทร์ รณเกียรติ. (2538). **ทักษะและกระบวนการให้คำปรึกษา.** กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สมพร บุษราทิจ และ สุดสบาย จุลกทัพพะ. (2540). **จิตเวชปฏิบัติ 40** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.

สมภพ เรืองตระกูล. (2543-2). **คู่มือจิตเวชศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 6 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

สมหมาย หิรัญนุช. (2546). **บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์.** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์

เสาวนีย์ สำนวน. (2545). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การประเมินความเครียด การเผชิญความเครียด ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางใจของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าขณะรับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกสถาบันธัญญรักษ์.** วิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. **สรุปผลงานเกี่ยวกับโรคเอดส์ ประจำปี 2549.** พระนครศรีอยุธยา .

อังคณา สิริยากรณ์ และคณะ. (2541). **การศึกษาการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ติดเชื้อไวรัสเอดส์ที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง.** สำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษา สำนักงานปลัด ทบวงมหาวิทยาลัย.

อาภา จันทรสกุล. (2535). **ทฤษฎีและวิธีการให้คำปรึกษา.** พิมพ์ครั้งที่ 4 ภาควิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

อุทยา นาคเจริญ และคณะ. (2545). **การเตรียมตัวสำหรับความตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.** พยาบาลสาร.29 (เมษายน – มิถุนายน 2545) : 41-54.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). **จิตบำบัดและการให้คำแนะนำครอบครัว.** กรุงเทพฯ : ฟื้องฟ้าพริ้นติ้ง จำกัด.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2545). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2549). **การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ.** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ธนาเพรส

อำพัน ทันสม. (2535). **ผลของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเหตุผล-อารมณ์ที่มีต่อทัศนคติในการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนเมืองสรวงวิทยา จังหวัดร้อยเอ็ด.ปริญญานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต,สาขาจิตวิทยาการแนะแนว** บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต:แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ.** (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ วี.เจ.พริ้นติ้ง.

เอื้อมเดือน เนตรแขม. (2541) **ความคิดอัตโนมัติด้านลบ กับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตสาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภาษาอังกฤษ

Beck, A. (1967). **Depression: Clinical experimental and theoritical aspect**. New York : International Universities Press, INC.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.f. and Emery, G. (1979). **Cognitive Therapy of Depression**. New York: Guilford Press.

Beck, At. (1973). The **Diagnosis and Management of Depression**. Philadelphia : University Of Pensylvania.

Beck, C.K., Rawlins, R.P., & Williams, S.P. (1984). **Mental health psychiatric nursing : A Holistic life-cycle approach.** St. Louis : The C.V.osby.

Beeber, L.S.Depression in women. In McBride, A.B.and Austin, J.K. (1996). **Psychiatric Mental Health Nursing.**1 ed.Philadelphia:W.B.Saunder Com.

Bruhn, J.G. (1994). Social and Psychological Aspects of AIDS. **HIV Manual for Health Care Professional**. 262-270. United State of America: Appleton& Lange.

Canetto SS,Lester D. Gender, (1998). **Culture and Suicide Behavior. Transcultural Psychiatry**. 35(2):163-190.

Capuzzi, D.& Gross D.R.(1999). **Counseling and Psychotherapy**. London : Prentice-Hall International.

Corey , G. (2000).**Theory& practical group counseling**(5 ed). Wadsworth : Thomson Learning.

Davison,J.(1990).The psychosocail Issues Concerning Acquired Immune Deficiency Syndrome. (AIDS). **Psychiatric Nursing in hospital and the community**.1042-1054. United State of America: Appleton& Lang.

Dryden, W& Yankura,J.(1993).**Counselling Individual : A Rational Emotive Handbook**. (2 ed).Whurr Publishers Ltd.

Dryden, W. (1996). (1996). **Inquiries in Rational Emotive Behavior Therapy**. London.

Dilly, J.W., Ochitill, H.N. Perl, M, & Volberdig, P. A. (1985). **Finding in psychiatric Consultations with Patients with Acguired Immune Dificiency Syndrome**. American Journal Psychiatry, 25 289-299.

Ellis, A.,& Harper,R.(1961).**A guide to rational living**. California : Wiltshire.

Ellis, A.,& Whiteley , J.M. (1979). **The theoretical and empirical foundation of rational emotive therapy**. California : Brooks/Cole.

Ellis,A. (1994) . **Reason and Emotion in Psychotherapy.** New York: Carol Publishing Group.

Fennell,M.J.V.(1989). **Cognitive behavior therapy for psychiatric problem**. Oxford:Oxford University Press.

Finkeman, A.W. (1997). AIDS: Neouropsychiatric Complication. **Psychiatric Home Care**.145-479. United Statesof America: an Aspen Publiction.

Furlong,M.&Oei,T.P.S. (2000). Changes To Automatic Thoughts and Dysfunctional Attitudes in Group CBT for Depression. **British Association for Behavioral and Cognitive Psychotherapy.**

Furlong,M. and Oei, T.P. (2002). Change to Automatic Thoughts and Dysfunctional Attitudes in Group CBT for Depression.[Online]. Available from::**http//eprint.uq.au/archive/.pdf** [2004.,January 30]

Golden,W.L.,Gersh,W.D.,& Robbins, D.M.(1992). **Psychological Treatment of Cancer Patients**. New York: Macmillan Publishing Company.

Greist, J.H. & Jefferson, J.W.(1992). **Depression and Its,Treatment**. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Huber, C.H.&Baruth, L.G. (1989). **Rational-emotive Family Therapy: A Systems Perspective.** New York: Springer Publishing Company.

Jasmin, S., & Trygstad, L. (1979). **Behavioral concepts and the nursing process**. St.Louis, MO:C.V.Mosby.

John, J.R. and Dilley, J.W. **Rational Suicide and HIV Disease**. [Online]. Available from: http//www.aegis.com/news/ads/1993/AD931471.html[25 July 2003].

Kalichman, S.C. and other. Depression and Thoughts of Suicide Among Middle-Aged and Older Persons Living with HIV-AIDS. **Psychiatric Services**. 51(July 2000): 903-907.

Kaplan. H. I. and Sadock. B. J. (1989). **Comprehensive Texbook of Psychoatry / Volume 2**. 5th ed. Baltimore: Williams& Wilkins.

Kelly et al. (1998). **Suicidal Ideation, Suicide Attempts, and HIV Infection**. TheAcademy of Psychosomatic Medicin. 39 (October).

Knipping, P. A. et al. (1976) . The technology for using the classroom as an emotion health center. **The Journal of School Health**, 46 (5), 278-251.

Kovacs,M., Rush, A.J., Beck,A.T.,& Hollon, S.D.(1981). **Depressed outpatients treated with cognitive therapy and pharmacotherapy**: A one year follow up.Archives of General Psychiatry,38,33-39.

Komiti, A. and other. Suicidal Behavior in People with HIV/AIDS : A Review. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**. 35 (December 2001) :747-757.

Layden,M.A.(1993).**Cognitive Therapy of Borderline Personality Disorder**. Massachusetts : Allyn and Bacon.

Mahler, C.A. (1969). **Group Couseling in The School**. Boston: Houghton Miffin Company.

Margolis, R.A. (1992). **Effect of rational – emotive therapy on caregivers Alzheimer diswase patient**(CD - ROM). Abstract form : ProQuest File: Dissertation Abstract Item: 9214396.

Moore, B.A. (1999). **The efficacy of group counseling intervention employing short-term Rational emotive behavior therapy in altering the beliefs, attitudes, and behaviors Of at-risk adolescents** [Online]. Available.

Ohlsen, M.M. (1973). **Group Couseling. New York : Holt Renehart and Winson.**

Paykel,E.S.(1989). Treatment of depression: The relevance of research for clinical practice. British **Journal of Psychiatry**,155,754-766.

Rosengrad, C. and Folkman, S. Suicidal Ideation, Bereavement, HIV Serostatus and Psychosocial Variables in Partner of Man with HIV. **AIDS Care**. 9(1997)

Susan Bendersky Sacks.(2004). **Rational Emotive Behavior Therapy Disputing Irrational** Philosophies. **Journal of Psychosocial Nursing**.42 (5) : 23-31.

Trotzer. (1977). **The Counselor and the group : Integrating, theory, training, and practice.** California : Wadaworth poblishing company.

Twiname, BG. **The Relationship Between HIV Classification and Depression and Suicidal intent**. [online]. Available from : http//www.ncbi.nim.nih.gov/entrez/query.fcqi? cmd=Retrieve&db=PubMed&list uids=8130367&dopt=Abstract[14 June 2003].

UNAIDS / WHO. การคาดประมาณแนวโน้มเอดส์ (On line) Available from : http // www. Unads. Org / AIDS epidermic update:(December 2547)

Yalom, J. D. (1995). **The theory and practice of group . psychotherapy**. (4 ed) Newyork. Basic books.

Zust, B.L.(2000). Effect of Cognitive Therapy on Depression in Rural, Battered Woman. **Archives of Psychiatric Nursing**. 14(2):51-63.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ – สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. แพทย์หญิง สาริณี จุฬาลักษณ์ศิริบุญ	จิตแพทย์7 (หัวหน้างานจิตเวชเด็กและวัยรุ่น) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
2. นางสกาวรัตน์ พวงลัดดา	พยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา
3. ดร.เพ็ญนกา กุลนภาดล	พยาบาลวิชาชีพ 7 (วช) ศูนย์ให้คำปรึกษา โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา

ภาคผนวก ข
ตัวอย่างการสนทนา
ในกิจกรรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
ที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม

ตัวอย่างการสนทนาการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม

ผู้ทำการศึกษาได้เลือกเสนอตัวอย่างบทสนทนาในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม เฉพาะปัญหาที่เห็นได้ชัดเจนและผู้ศึกษาสามารถใช้ทักษะและเทคนิคในการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ครั้งที่ 1

พยาบาลผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนได้ระบายความรู้สึกไม่สบายใจและความทุกข์จากเหตุการณ์ที่ตนเองกำลังประสบอยู่และช่วยให้สมาชิกในกลุ่มเข้าใจปัญหาอย่างชัดเจน

พยาบาลพูด "หากสมาชิกท่านอื่นได้สังเกตเพื่อนสมาชิกด้วยกันจะพบว่าเมื่อเริ่มกลุ่มใหม่ๆ เราจะเห็นสมาชิกบางคนมีสีหน้าเศร้าหมอง แต่เมื่อพูดถึงเรื่องที่ตนเองรู้สึกภาคภูมิใจจะเห็นได้ว่าทุกคนรู้สึกมีความสุข เราจึงเห็นได้ว่าเหตุการณ์/สถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับเราสามารถทำให้เกิดได้ทั้งความสุขและความทุกข์ ชีวิตคนเราย่อมมีทั้งสุขและทุกข์ เมื่อสมาชิกพูดถึงเรื่องที่ทำให้รู้สึกสบายใจแล้ว คราวนี้จะให้สมาชิกเล่าถึงเหตุการณ์ที่ทำให้สมาชิกทุกข์ใจ สมาชิกท่านใดจะเริ่มเล่าก่อนค่ะ"

นาย ก. พูด "ผมเป็นทหาร พอรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวีรู้สึกทุกข์ใจมาก ไม่กล้าบอกใครแม้แต่ภรรยา พยายามทำตัวให้เหมือนปกติ พอเพื่อนที่ทำงานพูดถึงโรคเอดส์ จะรู้สึกกังวลใจทันที เหมือนวัวสันหลังหวะ กลัวว่าเพื่อนที่ทำงานจะรู้และแกล้งมาพูดเพื่อจับพิรุธ ทุกข์ใจ ทำงานไม่มีความสุข จึงแยกตัวจากกลุ่มเพื่อน เก็บตัวและไม่กล้ามารักษา ประมาณ 2 ปี พยายามไม่รับรู้ข้อมูลเรื่องโรคเอดส์จนกระทั่งมีอาการมากและกลับมาคลินิกนิรนามอีกครั้ง พี่พยาบาลยังทักว่าผมหายไปนานเลย"

พยาบาลพูด "ขอขอบคุณ คุณ ก. ที่เปิดเผยเรื่องนี้ เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกวิเคราะห์สถานการณ์เชื่อมโยงสู่ความคิด/ความรู้สึกและพฤติกรรม คุณสมชายช่วยเล่าถึงความคิด/ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่พยาบาลแจ้งให้คุณทราบว่าผลเลือดของคุณผิดปกติให้เพื่อนสมาชิกฟังหน่อยนะคะ"

นาย ก. พูด " ผมจำเหตุการณ์วันนั้นได้ดี ผมมาผ่าตัด cyst ที่ใต้ลิ้น หมอให้ตรวจเลือดเอดส์ด้วย และวันนัดมาฟังผล พี่พยาบาลบอกว่าผลเลือดผมติดเชื้อ แนะนำการปฏิบัติตัว การรักษาและนัดผมมาตรวจ CD4 แต่ผมก็หายไปประมาณ 2 ปี"

พยาบาลพูด " ช่วยอธิบายเหตุผลที่หายไป 2 ปีให้เพื่อนๆฟังหน่อยค่ะ"

นาย ก. พูด "ผมทำใจไม่ได้ กังวลมาก ไม่กล้าบอกใคร กลัวว่าจะถูกรังเกียจ แม้แต่ภรรยาผมก็ไม่กล้าบอก เหมือนตกนรก ชีวิตพลิกผันไปมาก"

พยาบาลพูด "เมื่อเวลาผ่านไป 2 ปี คุณ ก. เป็นอย่างไรบ้างคะ"

นาย ก. พูด "ผมเกือบตาย ต้องเข้าออกส่งโรงพยาบาล นอนอยู่เป็นเดือน ภรรยาของผมดีมาก รับได้ทุกอย่าง หากผมเข้ารับการรักษาตั้งแต่แรก ผมคงไม่เป็นมากขนาดนี้"

พยาบาลพูด " ขอสรุปเหตุการณ์ของคุณ ก. เชื่อมโยงสู่ความคิด/ความรู้สึกและผลกระทบที่เกิดกับอารมณ์และพฤติกรรม เพื่อให้เพื่อนสมาชิกเข้าใจมากขึ้น สรุปว่า

- **เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นคือ** พยาบาลบอกว่าผลการตรวจเลือดพบว่าติดเชื้อเอชไอวี
- **ความคิด / ความรู้สึกต่อเหตุการณ์** โรคเอดส์เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ
- **ผลกระทบด้านอารมณ์** รู้สึกเศร้า เสียใจ กังวล กลัว
- **ผลกระทบด้านพฤติกรรม** แยกตัว ไม่เข้าสังคม ไม่เข้ารับการรักษา

คุณ ก. มีอะไรเพิ่มเติมอีกมั๊ยคะ"

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ครั้งที่ 2

ฝึกทักษะเชื่อมโยงความคิด/ความเชื่อและผลกระทบที่เกิดทั้งด้านอารมณ์และพฤติกรรม ให้สมาชิกได้ทำความเข้าใจกับความคิดอัตโนมัติด้านลบซึ่งเป็นความคิดที่ไม่มีเหตุผล ฝึกการคิดด้านบวกโดยการคิดหาข้อโต้แย้งความคิดเดิมที่มีผลทำให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรมไม่พึงประสงค์

พยาบาลพูด "คุณ ข. ช่วยเล่าสถานการณ์ที่เขียนในแบบฟอร์มหมายเลข 1 ให้เพื่อนสมาชิกฟังหน่อยนะคะ"

นาง ข. พูด " เวลามาโรงพยาบาล ...ไม่ชอบสายตาของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่มอง....ตั้งแต่หัวจรดเท้า เท้าจรดหัว เหมือน....เป็นตัวอะไรก็ไม่รู้ "

พยาบาลพูด "เหตุการณ์นี้มีผลต่อความคิดความเชื่ออารมณ์และพฤติกรรมของคุณ ข. อย่างไรบ้างคะ"

นาง ข. พูด " ....ไม่ชอบสายตาแบบนั้น มีความรู้สึกว่าเค้าดูถูก รังเกียจ เพราะ...เป็นโรคนี้ก็เสียใจนะ โกรธด้วยว่ามองแบบนี้ทำไม ไม่ค่อยยากมาโรงพยาบาล"

พยาบาลพูด " เจ้าหน้าที่คนนั้นรู้จักคุณ ข. หรือเปล่า"

นาง ข. พูด " น่าจะไม่รู้จัก"

พยาบาลพูด " คุณ ข. คิดว่าเค้ารู้ว่าคุณเป็นผู้ป่วยกลุ่มนี้ "

นาง ข. พูด " เค้าคงดูออก เพราะเค้าทำงานในโรงพยาบาล "

พยาบาลพูด " สมาชิกท่านอื่น มีความคิดอย่างไรกับเหตุการณ์นี้ เพื่อนสมาชิกคิดว่า ลักษณะของคุณ ข. บ่งบอกว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มนี้หรือเปล่า "

สมาชิกท่านอื่นพูด " จริงๆแล้วดูไม่ออกนะ เพราะผมดูแล้วก็เหมือนคนปกติ ครั้งแรกที่มาเข้ากลุ่มผมยังนึกว่าพยาบาลมาเข้ากลุ่ม "

พยาบาลพูด " เหตุการณ์นี้เป็นตัวอย่างที่ดี ที่ทำให้เห็นว่าความคิดอัตโนมัติด้านลบ เกิดขึ้นแบบไม่มีเหตุผล หากเรากลับมาคิดอีกครั้ง หาข้อโต้แย้งความคิดด้านลบ อารมณ์ของเราก็จะไม่เศร้าหมอง ทำให้โรงพยาบาลหรือไปที่ต่างๆได้อย่างสบายใจ คุณมิ่งลองนำเหตุการณ์นี้ เขียนลงในแบบฟอร์มหมายเลข 3 เพื่อเราจะได้มาอภิปรายร่วมกัน"

พยาบาลพูด " คุณ ข. ลองอ่านสิ่งที่คุณเขียนลงในแบบฟอร์มหมายเลข3 ให้เพื่อนสมาชิกฟังซิคะ"

นาง ข. พูด " ....เขียนตามที่....เข้าใจนะคะ"

- **เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นคือ** เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมองด้วยสายตาแปลกๆ
- **ความคิดที่มีเหตุผล** เค้าอาจจะมีเรื่องไม่สบายใจ กำลังยุ่งอยู่ หรือเป็นคนที่มีลักษณะการมองอย่างนั้น
- **ผลด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม** ไม่รู้สึกอะไร ไม่เก็บมาคิด มารับการรักษาแบบปกติ
- **ความคิดที่ไม่มีเหตุผล** เจ้าหน้าที่คนนี้เค้าดูถูก รังเกียจ เพราะมิ่งเป็นโรคนี้
- **ผลด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม** เสียใจ โกรธ ไม่ค่อยยากมาโรงพยาบาล
- **การโต้แย้งความคิดที่ไม่มีเหตุผล** เขาจะรู้หรือไม่รู้ก็ไม่เป็นไร เรารักษาตัวให้ดีจะได้อยู่กับลูกนานๆ
- **ผลของการโต้แย้งความคิดที่ไม่มีเหตุผลด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม** ไม่เก็บเรื่องไร้สาระมาคิด อารมณ์ก็ดี สบายใจ อยากมาโรงพยาบาลเพื่อรักษาตัวเอง

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ครั้งที่ 3

ฝึกทักษะเชื่อมโยงความคิด/ความเชื่อและผลกระทบที่เกิดทั้งด้านอารมณ์และพฤติกรรมจากเหตุการณ์ที่สมาชิกกำหนด

พยาบาลพูด " สถานการณ์ที่คุณบุญเติมกำหนด คือสถานการณ์อะไรค่ะ ช่วยพูดให้เพื่อนสมาชิกฟังหน่อยค่ะ"

นาย ค.พูด " ผมมีลูกกับภรรยาที่เสียชีวิตจากโรคนี้ 1 คน ผมกังวลใจและกลัวว่าลูกจะติดเชื้อเอชไอวีด้วย ไม่กล้าพามาตรวจ หมอแมวก็บอกให้พามาตรวจซะที ผมก็ยังไม่กล้า ผมรับไม่ได้ถ้าลูกจะติดเชื้อจากผมและภรรยา ผมไม่กล้าบอกลูก"

พยาบาลพูด " ดิฉันรู้สึกเห็นใจและเข้าใจความรู้สึกของคุณ ค. เรื่องนี้คงทำให้คุณทุกข์ใจมากตอนนี้ลูกคุณ ค. อายุเท่าไรแล้วคะ สุขภาพเป็นอย่างไรบ้าง"

นาย ค.พูด " อายุ 10 ขวบแล้วครับ ดูก็แข็งแรงดี "

พยาบาลพูด " การจะตัดสินใจเรื่องนี้ ดิฉันเข้าใจว่าคุณยังรู้สึกลังเลเพราะเรื่องการเจ็บป่วยของลูกเป็นปัญหาใหญ่ของพ่อ แม่เสมอ ดิฉันขอให้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประกอบการตัดสินใจของคุณ ค. นะคะ ในด้านการรักษาหากผู้ติดเชื้อมารับการรักษาตั้งแต่สุขภาพร่างกายยังดีอยู่ การรักษาจะมีประสิทธิภาพมาก แต่หากปล่อยให้อาการมากแล้วการรักษาก็ย่อมยากมากขึ้น กรณีลูกของคุณ ค. สมมติว่าเด็กติดเชื้อจริง การมารับการรักษาตั้งแต่เนิ่นๆย่อมมีผลดีกว่าแน่นอน หากปล่อยให้อาการเป็นมากย่อมไม่เป็นผลดี และถ้าตรวจแล้วลูกของคุณไม่ติดเชื้อคุณคงสบายใจขึ้นมาก ในกรณีของคุณ ค. นี้ ดิฉันขอให้เพื่อนสมาชิกช่วยกันเสนอความคิดเห็น เพื่อให้คุณ ค. ได้รับฟังความคิดเห็นที่หลากหลาย"

สมาชิกกลุ่มพูด " ฉันก็ว่าดีนะ ให้รู้ผลไปเลย หากเป็นจะได้รีบรักษาหากไม่เป็นก็ไม่ต้องมากังวลใจ"

สมาชิกกลุ่มพูด " ยังไงเราก็นี้ความจริงไม่พ้น "

สมาชิกกลุ่มพูด " ผมก็เคยมีปัญหาเหมือนคุณ ค. แต่ผมตัดสินใจบอกภรรยาและพามาตรวจพร้อมกับลูก ผลออกมาว่าไม่เป็น ผมดีใจมาก "

สมาชิกกลุ่มพูด " หนูก็ตัดสินใจบอกสามีและมาตรวจ หนูไม่มีลูก ตอนที่พาสามีมาหนูภาวนาว่าอย่างให้สามีหนูเป็นเลย เค้าจะทิ้งหนูไปหนูก็ไม่ว่า ผลออกมาว่าสามีหนูไม่ติด"

สมาชิกกลุ่มพูด " สำหรับผม ลูกผมติดเชื้อนะ ตอนนี้ก็มารักษาด้วยกัน ลูกผมสุขภาพดีขึ้นมาก ไม่มีใครรู้ว่าลูกผมเป็น นอกจากผมกับภรรยา ผมตั้งใจว่าจะรักษาและดูแลเค้าให้ดีที่สุด ผมยังมีความหวังว่า ซักวันคงจะรักษาให้หายขาดได้"

พยาบาลพูด " ขอบคุณสมาชิกทุกคนที่ร่วมเล่าประสบการณ์และให้แง่คิดต่างๆ ดิฉันคิดว่าสมาชิกทุกคนผ่านเหตุการณ์ต่างๆมามากมายทั้งที่ทำให้ดีใจและทำให้ทุกข์ใจ แต่ทุกข์คนก็ผ่านมันมาได้ สำหรับเหตุการณ์ของคุณ ค. หากเราจะนำมาวิเคราะห์ตามแบบฟอร์มหมายเลข 3 เหตุการณ์ของคุณ ค. คือ มีลูกกับภรรยาที่เสียชีวิตจากโรคนี้ 1 คน ใช่มั๊ยคะ"

นาย ค.พูด " ใช่ครับ"

พยาบาลพูด "คุณ ค. ลองวิเคราะห์สถานการณ์นี้ลงในแบบฟอร์มหมายเลข 3 แล้วเรามาอภิปรายร่วมกันในกลุ่มนะคะ"

พยาบาลพูด " คุณ ค. ลองอ่านสิ่งที่คุณวิเคราะห์ให้เพื่อนสมาชิกฟังหน่อยนะคะ"

นาย ค.พูด "เหตุการณ์ / สถานการณ์ที่เกิด ผมมีลูกกับภรรยาที่เสียชีวิตจากโรคนี้ 1 คน

ความคิดที่มีเหตุผล ลูกอาจจะติดเชื้อหรือไม่ติดเชื้อก็ได้

อารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม พาลูกมาตรวจและยอมรับผลการตรวจ

ความคิดที่ไม่มีเหตุผล ลูกคงติดเชื้อแน่ ถ้าลูกติดเชื้อ คงทนมองหน้าลูกไม่ได้

อารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ไม่กล้าพาลูกมาตรวจเก็บความทุกข์ไว้ในใจ

การโต้แย้งความคิดที่ไม่มีเหตุผล ไม่ว่าผลการตรวจจะเป็นอย่างไร ก็หนีความจริงไม่พ้น เราควรยอมรับกับผลที่เกิดให้ได้

ผลทางความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ยอมรับสถานการณ์ ตัดสินใจพาลูกมาตรวจและพร้อมที่จะรับผลตรวจไม่ว่าจะติดเชื้อหรือไม่ หากติดเชื้อก็พามารับการรักษาดีกว่าปล่อยให้มีอาการมาก รู้สึกสบายใจกับการตัดสินใจครั้งนี้"

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ครั้งที่ 4

ฝึกทักษะเชื่อมโยงความคิด/ความเชื่อและผลกระทบที่เกิดทั้งด้านอารมณ์และพฤติกรรมจากเหตุการณ์ที่สมาชิกกำหนด

พยาบาลพูด "สถานการณ์ที่คุณ A กำหนดคือสถานการณ์อะไรค่ะ ช่วยพูดให้เพื่อนสมาชิกฟังหน่อยค่ะ"

นาง A พูด " หมอบอกว่า CD4 ของหนูไม่ขึ้น สงสัยจะดื้อ GPO Vir คงต้องตรวจ Viral load "

พยาบาลพูด " คุณ A คิดอย่างไรกับเหตุการณ์นี้ "

นาง A พูด " หนูกังวลใจ หากดื้อ GPO Vir จริง หนูคงอยู่ได้อีกไม่นาน "

พยาบาลพูด " ปัญหาการดื้อยา GPO Vir หรือยาสูตรอื่น เป็นเรื่องใกล้ตัวสำหรับสมาชิกทุกคน แต่ไม่ได้หมายความว่า ดื้อยา GPO Vir แล้วจะหมดหนทางรักษา หากคุณยังมีหวังและมีกำลังใจที่ดี สามารถดูแลสุขภาพและปฏิบัติตามคำแนะนำได้ คุณก็ยังสามารถมีคุณภาพชีวิตใกล้เคียงคนปกติได้"

นาง A พูด " หนูรู้ว่า หนูคิดแบบไม่มีเหตุผล คิดในด้านลบ แต่มันก็อดคิดไม่ได้ "

พยาบาลพูด " ถ้าอย่างนั้นคุณ A ลองอ่านข้อความที่คุณบันทึกไว้ในแบบฟอร์มหมายเลข 3 ให้เพื่อนสมาชิกฟังหน่อยนะคะ"

นาง A พูด "เหตุการณ์ / สถานการณ์ที่เกิด หมอบอกว่า CD4 ของหนูไม่ขึ้น สงสัยจะดื้อ GPO Vir คงต้องตรวจ Viral load

ความคิดที่มีเหตุผล หากดื้อ GPO Vir จริง ก็ยังมียาสูตรอื่นที่สามารถรักษาได้

อารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม ยอมรับผลการตรวจและแนวทางการรักษา ปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรวจตามนัด

ความคิดที่ไม่มีเหตุผล ยาอื่นอาจประสิทธิภาพไม่ดี อาจแพ้ยาก็ได้

อารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ทุกข์ใจ หมดกำลังใจ ไม่อยากรักษา

การโต้แย้งความคิดที่ไม่มีเหตุผล ไม่ว่าผลการตรวจจะเป็นอย่างไร ก็หนีความจริงไม่พ้น เราควรยอมรับกับผลที่เกิดให้ได้ และดูแลสุขภาพให้ดีที่สุด

ผลทางความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ยอมรับผลการตรวจและแนวทางการรักษา ไม่คิดกังวลจนเกินไปและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

พยาบาลพูด " คุณมนมีทักษะการวิเคราะห์ การเชื่อมโยงเหตุการณ์เข้ากับอารมณ์และพฤติกรรม และยังสามารถคิดโต้แย้งความคิดที่ไม่มีเหตุผลที่เป็นความคิดด้านลบได้ และสามารถนำทักษะไปประยุกต์ใช้ได้ดี ดิฉันรู้สึกชื่นชมและขอให้กำลังใจคุณมนในการดูแลสุขภาพนะคะ สมาชิกท่านอื่นมีความคิดเห็นอย่างไรบ้างค่ะ"

สมาชิกกลุ่มพูด " ผมเห็นด้วยกับคุณ A กำลังใจเป็นสิ่งสำคัญ เราต้องสู้และมีกำลังใจ"

สมาชิกกลุ่มพูด " เป็นกำลังใจให้นะ ขอให้สู้ต่อไป หมอยังไม่ท้อเลย เราก็ต้องสู้"

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

- ใบหนังสือยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในโครงการศึกษา
- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- แบบประเมินภาวะซึมเศร้า
- แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ
- กิจกรรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการพิจารณเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม
- แผนกิจกรรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม

ใบหนังสือยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในโครงการศึกษา

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการศึกษา ศึกษาการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในโครงการศึกษา.....

ข้าพเจ้า.....ได้ทราบจากผู้ศึกษาชื่อ นางกนกวรรณ แสงนภาบวรที่อยู่ บ้านเลขที่ 128/109 หมู่3 ต. คลองสวนพลู อ.พระนครศรีอยุธยา จ.พระนครศรีอยุธยา 13000 ซึ่งข้าพเจ้าได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะและแนวทางการศึกษาอิสระ รวมทั้งทราบถึงผลดี ผลข้างเคียงและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาอิสระครั้งนี้ ด้วยความสมัครใจและอาจถอนตัวจากการเข้าร่วมศึกษาอิสระนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล พร้อมทั้งยอมรับผลข้างเคียงและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น โดยจะปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของผู้ศึกษา

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่คณะผู้ศึกษาเพื่อประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วในข้างต้น

.....	.....
วันที่/เดือน/ปี	ลงนามผู้เข้าร่วมศึกษา
.....	.....
วันที่/เดือน/ปี	(นางกนกวรรณ แสงนภาบวร)
	ลงนามผู้ศึกษาหลัก
.....	.....
วันที่/เดือน/ปี	(.....)
	ลงนามพยาน

แบบประเมินข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

<u>คำชี้แจง</u> โปรดเติมคำลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ท่านเรียนจบการศึกษาชั้นสูงสุดคือ.....
4. สถานภาพสมรส
   - ☐ โสด
   - ☐ อยู่ร่วมกับกับแฟน (ไม่ได้แต่งงาน)
   - ☐ หม้าย
   - ☐ หย่าร้าง
   - ☐ สมรส แต่งงานอยู่ร่วมกัน
   - ☐ สมรส แต่งงานแยกกันอยู่
5. ภาวะเศรษฐกิจความพอเพียงของรายได้ ในการจับจ่ายใช้สอยในครอบครัวของท่านเป็นอย่างไร(เมื่อรวมรายได้ของทั้งครอบครัว)
   - ☐ มีหนี้สิน
   - ☐ ไม่พอใช้
   - ☐ พอใช้ แต่ไม่เหลือเก็บ
   - ☐ พอใช้และมีเหลือเก็บ
6. ระยะเวลาที่ท่านเข้าโครงการรับยาต้านไวรัสฯจนกระทั่งถึงวันสัมภาษณ์.....ปี.....เดือน
7. ในปัจจุบันท่านใช้ยาเสพติดหรือสารเสพติดหรือไม่ (รวมทั้งการดื่มสุราและสูบบุหรี่)
   - ☐ ไม่ใช้เลย
   - ☐ ใช้บ้าง บางครั้ง (ระบุชนิด และความถี่ในการ.....
   - ☐ ใช้ประจำ (ระบุชนิด).....
8. ในปัจจุบันท่านได้เข้ารับการรักษาเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยทางจิตในสถานบริการหรือโรงพยาบาลหรือไม่
   - ☐ ใช่
   - ☐ ไม่ใช่
9. ในครอบครัวของท่านเคยมีประวัติเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยทางจิตหรือไม่
   - ☐ ไม่เคย
   - ☐ เคย (ระบุอาการ/โรค).....

ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

บ่อยๆ	หมายถึง	มีความรู้สึกเกือบทุกวัน
ค่อนข้างบ่อย	หมายถึง	มีความรู้สึก 2 – 3 วัน / สัปดาห์
บางครั้ง	หมายถึง	มีความรู้สึกน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง
ไม่เลย	หมายถึง	ไม่เคยมีความรู้สึกเลย

ความรู้สึกที่เกิดขึ้น	ไม่เลย	บางครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	บ่อยๆ
1. รู้สึกเบื่ออาหาร				
2. นอนไม่หลับหรือต้องใช้ยาช่วยให้หลับ				
3. รู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย				
4. คิดมาก กังวล				
5. รู้สึกสบายใจ				
6. รู้สึกเบื่อ ไม่อยากพูดคุยกับใคร				
7. ใจลอย ไม่มีสมาธิ				
8. อยากอยู่เฉยๆ ไม่อยากทำอะไร				
9. รู้สึกเศร้า หดหู่				
10. ชีวิตอนาคตยังน่าอยู่มีความหมาย				
11. ร้องไห้หรืออยากร้องไห้				
12. ตัดสินใจไม่ได้แม้แต่เรื่องเล็กๆน้อยๆ				
13. ชีวิตไม่มีความสุข				
14. รู้สึกซึมเศร้าเมื่อตื่นนอนตอนเช้า				
15. รู้สึกตัวเองมีคุณค่า				
16. ตำหนิหรือกล่าวโทษตัวเอง				
17. เบื่อหน่ายเกือบทุกอย่าง				
18. คิดอยากตาย				
19.คนอื่นทักว่าคุณดูเครียด ซึมหรือหมองลง				

20. พยายามฆ่าตัวตาย ☐ ไม่เคย ☐ เคย

แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างรอบคอบแล้วพิจารณาว่าใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีความคิดต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรืออนาคตต่างๆดังต่อไปนี้หรือไม่ โดยทำเครื่องหมาย / ในช่องว่างที่ตรงกับข้อความ มี หรือ ไม่มี เพียงคำตอบเดียว กรุณาตอบตามความเป็นจริงและตอบให้ครบทุกข้อ โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นคนต่อต้านโลก					
2. ฉันไม่มีส่วนดีเลย					
3. ทำไมฉันไม่เคยประสบความสำเร็จเลย					
4. ไม่มีใครเข้าใจฉันเลย					
5. ฉันทำให้คนอื่นผิดหวัง					
6. ฉันคิดว่าฉันไม่สามารถทำสิ่งต่างๆต่อไปได้					
7. ฉันหวังว่าฉันจะเป็นคนดีกว่านี้					
8. ฉันรู้สึกอ่อนแอเหลือเกิน					
9. ชีวิตของฉันไม่เป็นไปตามที่ฉันต้องการ					
10. ฉันไม่พอใจในตัวของฉันเลย					
11. ไม่มีอะไรในชีวิตที่ฉันรู้สึกว่าดีขึ้นเลย					
12. ฉันทนอยู่อย่างนี้ได้อีกไม่นานแล้ว					
13. ฉันคิดว่าฉันไม่สามารถริ่มต้นชีวิตใหม่ได้					
14. เกิดอะไรผิดพลาดขึ้นกับฉันนะ					
15.ฉันปรารถนาว่าฉันจะพ้นไปจากที่นี่ไปอยู่ที่อื่น					
16. ฉันไม่สามารถทำทุกอย่างประสานกันได้					
17. ฉันเกลียดตัวเอง					
18. ฉันเป็นคนไม่มีคุณค่า					
19. ฉันอยากจะสูญสลายไปจากโลกนี้					
20. นี่มันเกิดอะไรขึ้นกับฉันนะ					

ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
21. ฉันคือผู้แพ้					
22. ชีวิตของฉันยุ่งเหยิง					
23. ฉันเป็นคนล้มเหลว					
24. ฉันไม่สามารถจะทำสิ่งต่างๆได้					
25. ฉันรู้สึกขาดที่พึ่ง					
26. บางสิ่งบางอย่างน่าจะเปลี่ยนแปลงไปเสียบ้าง					
27. ต้องมีบ้างสิ่งบางอย่างที่ผิดพลาดเกิดขึ้นกับฉันแน่					
28. อนาคตของฉันเป็นอนาคตที่หม่นหมอง					
29. ทุกๆอย่างไม่มีคุณค่าหรือมีความสำคัญกับฉันเลย					
30. ฉันไม่สามารถทำอะไรให้เสร็จลงได้เลย					

กิจกรรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มครั้งที่ 1
สร้างสัมพันธภาพและวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัญหา

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า

เวลา ประมาณ 60 นาที แบ่งเป็น 2 ช่วง คือ

ช่วงที่ 1 พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ ปฐมนิเทศโปรแกรม รับฟังการระบายอารมณ์และความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาของสมาชิกแต่ละคนและช่วยสรุปปัญหาให้ชัดเจน 30 นาที

ช่วงที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของความคิดที่ไม่มีเหตุผลกับอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมตามรูปแบบ A-B-C ของ Ellis 30 นาที

สถานที่ ห้องทำกลุ่มงานปรึกษาสุขภาพแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

A หมายถึง เหตุการณ์/ประสบการณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม หรือเจตคติ ฯลฯ ที่ทำให้เกิดอารมณ์ที่ไม่เป็นสุขหรือมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลนั้น เช่น ทราบว่าผลการตรวจ CD4 ต่ำกว่า 200 cell/ul หรือ เริ่มเข้าสู่ระยะปรากฏอาการ

B หมายถึงความคิดความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับ เหตุการณ์ ประสบการณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมหรือเจตคติ ฯลฯ ที่ปรากฏขึ้น **(A)** ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์ หรือพฤติกรรม ของบุคคลนั้น **B** แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ ความคิดความเชื่อที่มีเหตุผลและความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล

C หมายถึง อารมณ์หรือพฤติกรรมที่เกิดจากความเชื่อหรือความคิดต่อเหตุการณ์หรือประสบการณ์ ความรู้สึกหรือเจตคติฯลฯ **(B)** แบ่งเป็น 4 ลักษณะ คือ 1)ผลทางอารมณ์ที่เหมาะสม 2) ผลทางพฤติกรรมที่ เหมาะสม 3) ผลทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม 4) ผลทางพฤติกรรมไม่เหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพและทำความรู้จักซึ่งกันและกันระหว่างพยาบาลผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่มและระหว่างสมาชิกในกลุ่มด้วยกัน
2. เพื่อสร้างบรรยากาศภายในกลุ่มให้สมาชิกรู้สึกอบอุ่นเป็นมิตร ไว้วางใจและเป็นกันเอง
3. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจวัตถุประสงค์ ระยะเวลา จำนวนครั้ง สถานที่ และบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม

4. เพื่อให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึกที่ไม่สบายใจและความทุกข์ จากเหตุการณ์ที่ตนเองกำลังประสบอยู่ ได้สำรวจความคิดที่ไม่มีเหตุผลของตนและเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน

5. เพื่อให้สมาชิกได้เข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความเชื่อและผลกระทบต่อพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของตน ตามแนวคิดของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม

สาระสำคัญ

การเริ่มต้นให้ความช่วยเหลือตามแนวทฤษฎีพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม มุ่งเน้นสัมพันธภาพที่อบอุ่นและไว้วางใจ พยาบาลผู้นำกลุ่มควรช่วยให้กลุ่มดำเนินไปตามเป้าหมาย เพื่อให้สมาชิกเกิดความผ่อนคลาย มีสัมพันธภาพที่ดี เกิดความรู้สึกปลอดภัย กล้าที่จะเปิดเผยตนเองและกล้าแสดงความคิดเห็น เปิดโอกาสให้สมาชิกได้สำรวจตนเองทั้งความคิด ทัศนคติ ความรู้สึก ปัญหาที่ตนมีอยู่ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดร่วมกัน นำไปสู่การเข้าใจ และยอมรับตนเองอย่างแท้จริง โดยพยาบาลผู้นำกลุ่มจะใช้ทักษะวิชาชีพ ประสบการณ์ ทำหน้าที่เป็นผู้กระตุ้น สะท้อนความคิด ความรู้สึกและท้าทายความคิดด้านลบโดยให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดการยอมรับปัญหา สร้างความคิดใหม่ตามความเป็นจริง พร้อมทั้งชี้นำให้ทำสิ่งต่างๆ เพื่อเอาชนะความเชื่อเหล่านั้น

กิจกรรมกลุ่ม

1. พยาบาลผู้นำกลุ่ม กล่าวทักทายต้อนรับ สร้างสัมพันธภาพด้วยท่าทีเป็นมิตร พร้อมทั้งแนะนำตัวเองให้สมาชิกรู้จักและให้สมาชิกแต่ละคนแนะนำตัวเอง

2. พยาบาลผู้นำกลุ่มอธิบายถึงข้อตกลง วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม บทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้นำกลุ่มและสมาชิกในกลุ่ม ระยะเวลา ขั้นตอนและจำนวนครั้งในการเข้ากลุ่ม รวมทั้งสถานที่ในการทำกลุ่ม

3. พยาบาลผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกเล่าเรื่องที่ทำให้รู้สึกภาคภูมิใจ คนละ 1 เรื่องและให้สมาชิกท่านอื่นร่วมแสดงความคิดเห็นและข้อคิดต่างๆ

4. พยาบาลผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนได้ระบายความรู้สึกไม่สบายใจและความทุกข์จากเหตุการณ์ที่ตนเองกำลังประสบอยู่และช่วยให้สมาชิกในกลุ่มเข้าใจปัญหาอย่างชัดเจน โดยใช้คำถามปลายเปิดและการสะท้อนความรู้สึก เช่น " ดูท่าทางสมาชิกแต่ละคนแล้วเหมือนมีเรื่องที่ทำให้ไม่ค่อยสบายใจ ในกิจกรรมครั้งนี้จะเปิดโอกาสให้สมาชิกเล่าเรื่องที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจที่เกิดขึ้นกับคุณเพื่อให้สมาชิกท่านอื่นฟัง และช่วยกันแก้ไข เราจะเริ่มจากสมาชิกท่านไหนก่อนค่ะ"

4. พยาบาลผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกแต่ละคน ค้นหาความคิดที่ไม่มีเหตุผลของตนต่อเหตุการณ์ที่ตนเองกำลังประสบอยู่ โดยใช้คำถามปลายเปิด การทวนความและการสรุปความ เช่น " คุณบอกว่าเจ้าหน้าที่ห้องบัตรโยนประวัติของคุณลงบนโต๊ะอย่างแรง เพราะเจ้าหน้าที่คนนั้น

รังเกียจที่คุณเป็นโรคเอดส์ คุณคิดอย่างไรต่อเหตุการณ์และคิดอย่างไรต่อความคิดนี้" "สมาชิกท่านไหนบางที่จะร่วมแสดงความเห็นต่อเหตุการณ์นี้"

6. พยาบาลผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกได้ตระหนักรู้ในสิ่งที่เกิดขึ้น โดยใช้เทคนิคการสอนและการอธิบายโดยตรง ให้สมาชิกได้เข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าที่ตนเองกำลังประสบอยู่ (C) เชื่อมโยงไปสู่ความคิดความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล / ความคิดด้านลบ ที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า(B) และสถานการณ์ที่เกี่ยวกับความคิดความเชื่อเหล่านั้น (A) ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มได้วิเคราะห์ โดยใช้แบบฟอร์มหมายเลข 1 เช่น

สถานการณ์ที่เกิดขึ้น (A) คือเจ้าหน้าที่ห้องบัตรวางประวัติของผู้ป่วยอย่างแรง

นำสถานการณ์ที่เกิดมาเชื่อมโยงกับความคิด/ความเชื่อเดิม(B) คือ ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าคนที่แสดงกิริยาเช่นนั้นเป็นการแสดงความรังเกียจและเชื่อว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ

ผลทางอารมณ์และพฤติกรรม (C) เกิดอารมณ์ / ความรู้สึกเศร้า เสียใจไม่อยากรักษาและตัดสินใจไม่รับการรักษา

7. พยาบาลผู้นำกลุ่ม อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ว่า " ที่รู้สึกเศร้าเสียใจ ไม่ได้เกิดจากการที่เจ้าหน้าที่ห้องบัตรแสดงกิริยาเช่นนั้น แต่เกิดจากผู้ป่วยนำเหตุการณ์ที่เกิดไปเชื่อมโยงกับความคิด/ความเชื่อเดิมของตนเองว่าการแสดงกิริยาเช่นนั้นแสดงถึงการรังเกียจจนเป็นผลให้รู้สึกเสียใจและไม่ยอมเข้ารับการรักษา ซึ่งจริงๆแล้วเจ้าหน้าที่คนนั้นอาจจะไม่ได้คิดอย่างที่ผู้ป่วยเข้าใจก็ได้ "

8 แจกแบบฟอร์มหมายเลข 1 เพื่อให้สมาชิกฝึกเขียนความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ ความคิด/ความรู้สึก และพฤติกรรม ตามแบบฟอร์ม โดยให้สมาชิกนำสถานการณ์ที่เป็นปัญหาของสมาชิกมาเขียนตามความเข้าใจของตนเอง

8. พยาบาลผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้จากการเข้ากลุ่มในครั้งนี้ รวบรวมแบบฟอร์มหมายเลข 1 เก็บไว้ที่พยาบาลและนัดหมายการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

เทคนิคที่ใช้

1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การใช้คำถามปลายเปิด 3) การทวนความ 4) การตีความ 5)การท้าทาย 6) การสะท้อนความรู้สึก 7) การสรุปความ 8) การอธิบาย 9)การสอน

อุปกรณ์

1. แบบฟอร์มหมายเลข 1

2. ปากกา / ดินสอ

การประเมินผล

1. สมาชิกกลุ่มมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกันในกลุ่มและพยาบาลผู้นำกลุ่ม

2. สมาชิกกลุ่มเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความเชื่อและผลกระทบต่อพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของตนเอง ตามแนวคิดของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม

3. สมาชิกกลุ่มสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัญหาตามแบบฟอร์มหมายเลข 1 ได้

4. จากการสังเกตพฤติกรรมความสนใจการแสดงความคิดเห็นและการซักถามปัญหาต่างๆ

กิจกรรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มครั้งที่ 2
ฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า

เวลา ประมาณ 60 นาที แบ่งเป็น 2 ช่วง คือ

ช่วงที่ 1 พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ รับฟังการระบายอารมณ์และความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาของสมาชิกแต่ละคน 10 นาที

ช่วงที่ 2 ให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม 50 นาที

สถานที่ ห้องทำกลุ่มงานปรึกษาสุขภาพแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจลักษณะความคิดที่ไม่มีเหตุผลซึ่งเป็นความคิดด้านลบที่เกิดขึ้นแบบอัตโนมัติควบคุมไม่ได้

2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เข้าใจวิธีการฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองตามรูปแบบ A-B-C ของ Ellis

3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ฝึกวิเคราะห์ความคิดที่มีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อจำแนกความคิดที่มีเหตุผลและไม่มีเหตุผลได้อย่างชัดเจน และฝึกให้สามารถคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองตามรูปแบบA-B-C-D-E ของ Ellis(แบบฟอร์มหมายเลข 2 และ3)

A หมายถึง เหตุการณ์/ประสบการณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม หรือเจตคติ ฯลฯ ที่ทำให้เกิดอารมณ์ที่ไม่เป็นสุขหรือมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลนั้น เช่น ทราบว่าผลการตรวจ CD4 ต่ำกว่า 200 cell/ul หรือ เริ่มเข้าสู่ระยะปรากฏอาการ

B หมายถึงความคิดความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับ เหตุการณ์ ประสบการณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมหรือเจตคติ ฯลฯ ที่ปรากฏขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์ หรือพฤติกรรมของบุคคลนั้น B แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ ความคิดความเชื่อที่มีเหตุผลและความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล

C หมายถึง อารมณ์หรือพฤติกรรมที่เกิดจากความเชื่อหรือความคิดต่อเหตุการณ์หรือประสบการณ์ ความรู้สึกหรือเจตคติฯลฯ แบ่งเป็น 4 ลักษณะ คือ 1)ผลทางอารมณ์ที่เหมาะสม 2) ผลทางพฤติกรรมที่เหมาะสม 3) ผลทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม 4) ผลทางพฤติกรรมไม่เหมาะสม

D หมายถึง การขจัดความเชื่อ หรือความคิดที่ไม่มีเหตุผล โดยการตั้งคำถามโต้แย้งความคิดที่ไม่มีเหตุผล

E หมายถึงผลที่เหมาะสม ที่ได้จากการขจัดความเชื่อหรือความคิดที่ไม่มีเหตุผล แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะดังนี้ 1) ความคิดที่มีเหตุผล 2) อารมณ์ที่เหมาะสม 3) พฤติกรรมที่เหมาะสม

สาระสำคัญ

สิ่งสำคัญในกระบวนการบำบัดรักษาคือ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักมากขึ้นโดยพยาบาลผู้นำกลุ่มอธิบายให้สมาชิกกลุ่มรู้ว่าอารมณ์/ความรู้สึก ที่ไม่เป็นสุขของเขาเกิดจากความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลซึ่งเป็นความคิดที่ไม่มีเหตุผลหรือความคิดด้านลบที่เกิดขึ้นอัตโนมัติควบคุมไม่ได้ พยาบาลใช้ความรู้ประสบการณ์และทักษะวิชาชีพทำหน้าที่เป็นผู้สอน กระตุ้นสมาชิกกลุ่มให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์เพื่อให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงความคิด ความเชื่อที่ไร้เหตุผลที่ตนเองมีอยู่ กระตุ้นให้รับผิดชอบและปรับปรุงแก้ไขปัญหาทางความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และช่วยให้สมาชิกกลุ่มโต้แย้งเพื่อเอาชนะความคิด ความเชื่อที่ไร้เหตุผล คงความคิดความเชื่อที่มีเหตุผลทั้งในปัจจุบันและอนาคต

ความคิดที่ไม่มีเหตุผลเป็นความคิดด้านลบที่เกิดขึ้นอัตโนมัติควบคุมไม่ได้ ประกอบด้วยลักษณะเนื้อหาของความคิดและการแปลความที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ได้แก่ลักษณะเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. สรุปเอาเอง เป็นการสรุปความคิดด้วยข้อมูลเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีข้อมูลสนับสนุนเลย

2. เลือกรับข้อมูล มุ่งประเด็นไปในรายละเอียดที่ไม่สำคัญของเหตุการณ์และเพิกเฉยต่อสิ่งที่เป็นสาระสำคัญ

3. คิดเกินความเป็นจริง มีการสรุปเหตุการณ์บนพื้นฐานของความเป็นจริงเพียงเล็กน้อยหรือสรุปจากประสบการณ์เพียงอย่างเดียว

4. ขยายและการทำให้ลดลง ประเมินความผิดพลาดจากสิ่งเล็กน้อยที่ไม่พึงพอใจว่าเป็นความผิดที่ใหญ่โต และประเมินสิ่งสำคัญหรือเหตุการณ์ที่พึงพอใจให้ลดน้อยลง เมื่อมีเหตุการณ์มากระทบเพียงเล็กน้อย อาจมองว่าเหตุการณ์นั้นเป็นเรื่องรุนแรง ซึ่งเป็นผลมาจากความคิดที่บิดเบือน

5. การคิดว่าตนเป็นเหตุ คิดว่าตนเองต้องรับผิดชอบในเหตุการณ์นั้นๆ ความคิดนี้จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและรู้สึกไม่มีคุณค่า

6. ความคิดเฉพาะในด้านใดด้านหนึ่ง มากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลทั้งหมด

กิจกรรมกลุ่ม

1 พยาบาลผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่มด้วยท่าทีเป็นมิตร รับฟังปัญหาของสมาชิกและแนะนำกิจกรรมกลุ่มในครั้งที่ผ่านมา

2. พยาบาลผู้นำกลุ่มนำสมาชิกเข้าสู่กิจกรรม โดยถามเพื่อให้สมาชิกอธิบายความคิดที่มีเหตุผลและไม่มีเหตุผลตามความเข้าใจของสมาชิกแต่ละคน แล้วแจกเอกสารประกอบเป็นใบความรู้เรื่องความคิดอัตโนมัติด้านลบซึ่งเป็นความคิดที่ไม่มีเหตุผล พยาบาลผู้นำกลุ่มสอนและอธิบายโดยตรงเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ และให้ฝึกคิดอย่างมีเหตุผลในใบงานเรื่องการฝึกคิดอย่างมีเหตุผล

3. พยาบาลผู้นำกลุ่มนำสมาชิกกลุ่มเข้าสู่การฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง โดยการทบทวนรูปแบบการเกิดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ตามทฤษฎีA-B-Cของ Ellis และนำแบบฟอร์มหมายเลข 1 ที่ใช้ประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 1 แจกคืนให้สมาชิกแต่ละคนเพื่อใช้ในกิจกรรม อธิบายการฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองพร้อมทั้งแจกแบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง (แบบฟอร์มหมายเลข 2)ให้สมาชิกดูเพื่อให้เห็นรูปแบบการทำแบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองได้ชัดเจนขึ้น ประกอบด้วย

1. เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับฉัน
2. ความคิด/ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลของฉันต่อเหตุการณ์นี้
3. การกระทำที่เกิดจากความคิด/ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลของฉัน
   - อารมณ์/ความรู้สึก
   - การกระทำ
4. การโต้แย้งความคิด/ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล
5. ความคิด/ความเชื่อที่มีเหตุผลต่อเหตุการณ์นี้
6. ผลที่เกิดจากการโต้แย้งความคิด/ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล
   - ความคิดที่มีเหตุผล
   - อารมณ์ที่เหมาะสม
   - การกระทำที่เหมาะสม

ตัวอย่างเช่น

1. เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับฉัน

เจ้าหน้าที่ห้องบัตรวางประวัติของผู้ป่วยอย่างแรง

2.ความคิด/ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลของฉันต่อเหตุการณ์นี้

"เจ้าหน้าที่ห้องบัตรคนนี้คงรู้ว่าเราเป็นโรคเอดส์ คงจะรังเกียจเพราะโรคนี้เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ"

3.การกระทำที่เกิดจากความคิด ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลของฉัน

อารมณ์/ความรู้สึก เสียใจ เสร้าใจ อาย

การกระทำ ไม่รับการรักษาต่อเนื่องที่แผนก

4.การโต้แย้งความคิด/ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล

"เจ้าหน้าที่ห้องบัตรคนนี้อาจจะกำลังโกรธใครอยู่จึงอารมณ์ไม่ดี ซึ่งก็ไม่เกี่ยวกับเรา"

5.ความคิด/ความเชื่อที่มีเหตุผลต่อเหตุการณ์นี้

"เจ้าหน้าที่คนนี้อาจจะรู้หรือไม่รู้ว่าเราเป็นโรคเอดส์ก็ได้ แต่ถ้าเราเก็บเอาเรื่องนี้มาคิดกังวลก็จะทำให้รู้สึกไม่มีความสุขซึ่งไม่เป็นผลดีกับตัวเราเลย"

6.ผลที่เกิดจากการโต้แย้งความคิด/ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล

ความคิดที่มีเหตุผล เช่น "เจ้าหน้าที่คนนี้อาจจะอารมณ์ไม่ดีหรือกำลังโมโหใครอยู่"

อารมณ์ที่เหมาะสม เช่น ไม่รู้สึกอะไร อารมณ์ปกติ

พฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น เข้ารับการรักษาตามระบบ

เทคนิคที่ใช้ในการให้คำปรึกษาทั่วไป

1. เทคนิคการถาม เช่น "คุณคิดว่าความคิดใดเป็นความคิดที่ไม่มีเหตุผลของคุณ"

" คุณคิดว่าสิ่งที่คุณคิดและเข้าใจ เป็นความคิดแบบไหน"

"เหตุการณ์ครั้งนี้ทำให้คุณคิดอย่างไรและความคิดนั้นเป็นความคิดแบบมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผล"

2. เทคนิคการตีความ โดยใช้คำถามเพื่อตรวจสอบความหมายในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการสื่อให้ทราบ เช่น "การที่คุณไม่เข้าห้องตรวจหลังจากที่เจ้าหน้าที่ห้องบัตรวางประวัติของคุณอย่างแรง เพราะคุณคิดว่าเจ้าหน้าที่รังเกียจคุณรู้สึกเสียใจกับเหตุการณ์นี้"

3. เทคนิคด้านการรู้คิด

<u>เทคนิคการโต้แย้ง</u> เพื่อเอาชนะความคิดที่ไร้เหตุผล โดยใช้คำถามกระตุ้นให้สมาชิกสามารถคิดอย่างมีเหตุผลมากขึ้น เช่น " คุณลองอธิบายให้สมาชิกท่านอื่นฟังเกี่ยวกับเหตุผลที่ทำให้คุณคิดว่าเจ้าหน้าที่ห้องบัตรรังเกียจคุณ"

<u>เทคนิคการท้าทาย</u> โดยการใช้คำพูดเชิงท้าทายให้ผู้ป่วยเกิดความคิดที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง เช่น "มีเหตุผลอะไรบ้างที่เจ้าหน้าที่ห้องบัตรจะรังเกียจคุณ จนทำให้คุณตัดสินใจไม่เข้ารับการตรวจจากแพทย์"

<u>การใช้ตรรกวิทยา</u> โดยใช้สถานการณ์เปรียบเทียบตามความเป็นจริง เพื่อชี้ให้ผู้ป่วยตระหนักว่าความคิดที่ไม่มีเหตุผลของเขาคืออะไร และความคิดนี้ส่งผลอย่างไร เช่น " กิริยาที่ไม่เหมาะสมของเจ้าหน้าที่ของบัตรอาจเกิดจากสาเหตุอื่น ซึ่งไม่เกี่ยวกับเรื่องของคุณ แต่ผลก็คือคุณ

ปฏิเสธการตรวจและทำให้คุณมีอาการป่วยมากขึ้น"

เทคนิคการสอนหรือการอธิบายโดยตรง เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักและเข้าใจรูปแบบการคิดที่ไร้เหตุผลของตน " เจ้าหน้าที่ห้องบัตรอาจมีอารมณ์หงุดหงิดจากเรื่องอื่นจึงแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจริงๆแล้วอาจจะไม่เกี่ยวกับคุณ หากคุณคิดได้เช่นนี้ คุณก็จะไม่รู้สึกเสียใจ"

เทคนิคการให้คิดเป็นการบ้าน โดยมอบหมายให้ผู้ป่วยฝึกคิดอย่างมีเหตุผลในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเคยพบแล้วนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ร่วมกับสมาชิกในกลุ่ม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหาข้อโต้แย้งและมีความคิดที่มีเหตุผล นำไปสู่อารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม

4. เทคนิคทางอารมณ์

เทคนิคในการใช้แบบสมมติ โดยการให้ผู้ป่วยสวมบทบาทของผู้อื่นและแสดงพฤติกรรมที่มีปัญหาระหว่างมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อให้ได้รับรู้ถึงอารมณ์ความรู้สึกในบทบาทของผู้อื่น

เทคนิคการเรียนรู้จากตัวแบบ ระหว่างการให้คำปรึกษา พยาบาลผู้นำกลุ่มจะแสดงตัวแบบให้สมาชิกในกลุ่มเห็นลักษณะของผู้ที่มีอารมณ์มั่นคง มีความสุภาพ ให้เกียรติผู้อื่น มีความเป็นตัวของตัวเอง

เทคนิคการจินตนาการ พยาบาลผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มจินตนาการว่าอยู่ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและมีอารมณ์ การกระทำที่ไม่เหมาะสม ต่อมาพยาบาลผู้นำกลุ่มชี้นำให้สมาชิกกลุ่มพยายามปรับเปลี่ยนอารมณ์และการกระทำดังกล่าวด้วยเหตุผล มาเป็นอารมณ์และการกระทำที่เหมาะสมขึ้น

5.เทคนิคด้านพฤติกรรม

เทคนิคการเสริมแรงและการปรับโทษ พยาบาลผู้นำกลุ่มเสนอแนะให้ผู้ป่วยทำงานที่ได้รับมอบหมายให้แล้วเสร็จตามที่กำหนดแล้วให้ผู้ป่วยให้รางวัลกับตนเอง เช่น การดูภาพยนตร์ที่อยากดู รับประทานอาหารที่อยากทาน แต่ถ้าหากผู้ป่วยทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่สำเร็จให้ปรับโทษตนเอง เช่น งดดูภาพยนตร์ที่อยากดู งดรับประทานอาหารที่อยากทาน การเสริมแรงและปรับโทษจะช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์มากขึ้น

เทคนิคต่างๆเหล่านี้ พยาบาลผู้นำกลุ่มเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย สภาพปัญหาและสถานการณ์ที่เหมาะสม

4. สอนและอธิบายให้สมาชิกกลุ่มสรุปผลการฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองจากแบบฟอร์มหมายเลข 2 ลงในแบบฟอร์มหมายเลข3 (การฝึกเป็นแบบฟอร์มการคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง) และอภิปรายร่วมกันในกลุ่มเพื่อให้สมาชิกเข้าใจรูปแบบการคิดอย่างมีเหตุผลชัดเจนขึ้น

5. พยาบาลผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มช่วยกันสรุปสาระสำคัญและข้อคิดที่ได้จากการเข้ากลุ่มครั้งนี้

6. มอบใบความรู้เรื่องความคิดที่ไม่มีเหตุผล แบบฟอร์มหมายเลข 1 ,2 และ 3 ให้สมาชิกนำกลับไปบ้านเพื่อให้นำไปฝึกคิดและบันทึกความคิดที่มีต่อเหตุการณ์ต่างๆอย่างมีเหตุผลในสถานการณ์อื่นที่สมาชิกกลุ่มแต่ละคนเคยพบและนำมาวิเคราะห์ร่วมกันในการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป

อุปการณ์

1. ใบความรู้เรื่องความคิดที่ไม่มีเหตุผล
2. ใบงานเรื่องการฝึกคิดอย่างมีเหตุผล
3. แบบฟอร์มหมายเลข 1
4. แบบฟอร์มหมายเลข 2
5. แบบฟอร์มหมายเลข 3
6. ปากกา / ดินสอ

การประเมินผล

1. สมาชิกกลุ่มเข้าใจและสามารถบอกเกี่ยวกับความคิดที่ไม่มีเหตุผลและสามารถฝึกคิดแบบมีเหตุผลได้
2. จากการทำแบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง
3. จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจและการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆในระหว่างดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

กิจกรรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มครั้งที่ 3และ 4

ฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองจากสถานการณ์ที่กำหนด

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า

เวลา ประมาณ 60-90 นาที แบ่งเป็น 2 ช่วง คือ

ช่วงที่ 1 พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ รับฟังการระบายอารมณ์และความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาของสมาชิกแต่ละคน 10 นาที

ช่วงที่ 2 ให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม โดยวิเคราะห์ปัญหาของสมาชิกแต่ละคน 50-80 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เข้าใจลักษณะความคิดที่ไม่มีเหตุผล

2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เข้าใจวิธีการฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองตามรูปแบบ A-B-C ของ Ellis ด้วยตนเองจากสถานการณ์ที่สมาชิกกำหนด

3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ฝึกวิเคราะห์ความคิดที่มีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อจำแนกความคิดที่มีเหตุผลและไม่มีเหตุผลได้อย่างชัดเจน และฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง ตามรูปแบบ A-B-C-D-E ของ Ellis

4. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจวิธีปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสามารถประยุกต์ใช้กับตนเองได้อย่างเหมาะสม

สาระสำคัญ

พยาบาลผู้นำกลุ่มสอนให้สมาชิกกลุ่มหาข้อโต้แย้งเพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิด ความเชื่อที่ไร้เหตุผล และประเปลี่ยนมาเป็นความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล โดยใช้วิธีให้ความ ช่วยเหลือแบบนำทาง นำเอาหลักความเป็นจริงมาอธิบาย ชี้ทาง แนะนำและสอน เพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ที่จะคิดและเชื่ออย่างมีเหตุผล คงความคิดความเชื่อที่มีเหตุผลทั้งในปัจจุบันและต่อเนื่องไปในอนาคต

กิจกรรมกลุ่ม

1. พยาบาลผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่มด้วยท่าทีเป็นมิตร รับฟังปัญหาของสมาชิกกลุ่มและทบทวนการให้คำปรึกษาครั้งที่ผ่านมา

2. สมาชิกกลุ่มนำผลที่ได้จากการทำแบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองตามที่ได้รับมอบหมายให้ทำเป็นการบ้านในกิจกรรมกลุ่มครั้งก่อนมาวิเคราะห์ร่วมกันในกลุ่มร่วมกับพยาบาล

ผู้นำกลุ่ม โดยพยาบาลผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคการถาม การโต้แย้ง การใช้ตรรกวิทยา การสอนและการอธิบายโดยตรง ในการตรวจสอบวิธีคิดอย่างมีเหตุผลของสมาชิกกลุ่ม หากสมาชิกกลุ่มคนใดมีปัญหาในการตัดสินใจ อาจใช้เทคนิคการเสนอทางเลือกและแนวทางปฏิบัติเพิ่มเติมเพื่อช่วยให้มีแนวทางในการตัดสินใจเพิ่มขึ้น

3. พยาบาลผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มทำแบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองตามรูปแบบ A-B-C ของ Ellis จากสถานการณ์ที่สมาชิกแต่ละคนกำหนดขึ้น (สถานการณ์ที่กำหนดเป็นสถานการณ์ที่ใกล้ตัวผู้ป่วยและเป็นสถานการณ์ที่เข้าใจง่ายสามารถซ้ำกันได้) คนละ 1 สถานการณ์ ตามรูปแบบ A-B-C-D-E ของ Ellis โดยฝึกวิเคราะห์เชื่อมโยงจากแบบฟอร์มที่ 1 และนำเหตุการณ์จากการวิเคราะห์ในแบบฟอร์ที่ 1 มาเติมลงในแบบฟอร์มที่ 2 และแบบฟอร์มที่ 3

4. สมาชิกกลุ่มนำผลที่ได้จากการทำแบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองมาวิเคราะห์ร่วมกันในกลุ่มและพยาบาลผู้นำกลุ่มช่วยสรุปสาระสำคัญ ข้อคิดที่ได้จากการเข้ากลุ่มในครั้งนี้

5. มอบแบบฟอร์มหมายเลข 1 ,2 และ 3 ให้สมาชิกนำกลับไปบ้านเพื่อให้นำไปฝึกคิดและบันทึกความคิดที่มีต่อเหตุการณ์ต่างๆอย่างมีเหตุผลในสถานการณ์อื่นที่สมาชิกกลุ่มแต่ละคนเคยพบและนำมาวิเคราะห์ร่วมกันในการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป

เทคนิคที่ใช้

1) การสอนหรืออธิบายโดยตรง 2) การกำหนดงานให้ทำ 3) การคิด 4) การท้าทาย 5) การตีความ 6) การโต้แย้งหาเหตุผล 7) การจินตนาการ 8) การผ่อนคลายความเครียด 9) การแสดงตัวแบบ 10) การเสริมแรง

อุการณ์

1. แบบฟอร์มหมายเลข 1
2. แบบฟอร์มหมายเลข 2
3. แบบฟอร์มหมายเลข 3
4. ปากกา / ดินสอ

การประเมินผล

1. จากการทำแบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง
2. จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การร่วมแสดงความคิดเห็น การซักถามปัญหาต่างๆระหว่างดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

กิจกรรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มครั้งที่ 5
ประเมินผลการฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองและปัจฉิมนิเทศ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า

เวลา ประมาณ 60 นาที แบ่งเป็น 2 ช่วง คือ

ช่วงที่ 1 พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ รับฟังการระบายอารมณ์และความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาของสมาชิกแต่ละคน 10 นาที

ช่วงที่ 2 ปัจฉิมนิเทศ 50 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ภายหลังการฝึกคิดแบบมีเหตุผล
2. เพื่อสรุปผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม

สาระสำคัญ

พยาบาลผู้นำกลุ่มช่วยให้สมาชิกกลุ่มคงความเป็นบุคคลที่มีความคิด ความเชื่อที่มีเหตุผลทั้งในปัจจุบันและต่อเนื่องไปในอนาคต กระตุ้นให้สมาชิกพัฒนาปรัชญาในการดำเนินชีวิตของตนตามความเป็นจริงและมีเหตุผล โดยให้สมาชิกทบทวนการเปลี่ยนแปลงและความก้าวหน้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง

กิจกรรมกลุ่ม

1. พยาบาลผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่มด้วยท่าทีที่เป็นมิตร รับฟังปัญหาของสมาชิกกลุ่มและทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา
2. พยาบาลผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคการถาม ให้สมาชิกเล่าถึงประสบการณ์และผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม การนำประสบการณ์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวัน
3. สมาชิกกลุ่มนำผลที่ได้จากการทำแบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองตามที่ได้รับมอบหมายให้ทำเป็นการบ้านในกิจกรรมกลุ่มครั้งก่อนมาวิเคราะห์ร่วมกันในกลุ่มร่วมกับพยาบาลผู้นำกลุ่ม โดยพยาบาลผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคการถาม การโต้แย้ง การใช้ตรรกวิทยา การสอน การสมมติเหตุการณ์และการอธิบายโดยตรง ในการตรวจสอบวิธีคิดอย่างมีเหตุผลของสมาชิกกลุ่ม หากสมาชิกกลุ่มคนใดมีปัญหาในการตัดสินใจ อาจใช้เทคนิคการเสนอทางเลือกและแนวทางปฏิบัติเพิ่มเติมเพื่อช่วยให้มีแนวทางในการตัดสินใจเพิ่มขึ้น

4. พยาบาลผู้นำกลุ่มสร้างเสริมกำลังใจและความมั่นใจให้กับสมาชิกกลุ่มในการนำผลที่ได้จากการฝึกคิดแบบมีเหตุผล ผลที่ได้จากการเข้ากลุ่มให้คำปรึกษาที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมไปใช้ในชีวิตประจำวัน

5. พยาบาลผู้นำกลุ่มให้สมาชิกตอบแบบประเมินการซึมเศร้าด้วยตนเองและแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบเก็บไว้เป็นคะแนนหลังทดลอง

6. พยาบาลผู้นำกลุ่มกล่าวขอบคุณและกล่าวปิดการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม

เทคนิคที่ใช้

1) การสอนหรือการอธิบายโดยตรง 2) การคิด 3) บทบาทสมมติ 4)การให้ตัวแบบ 5) การโต้แย้งหาเหตุผล 6) การเสริมแรง 7) การจินตนาการ

อุปกรณ์

1. แบบฟอร์มหมายเลข 1
2. แบบฟอร์มหมายเลข 2
3. แบบฟอร์มหมายเลข 3
4. ปากกา / ดินสอ

การประเมิน

1. สมาชิกกลุ่มสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวันตามรูปแบบ A-B-C-D-E ของ Ellis ได้ถูกต้อง

2. จากการนำแนวคิดที่ได้จากการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน

3. จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การร่วมแสดงความคิดเห็น การซักถามปัญหาต่างๆระหว่างดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

ใบความรู้เรื่องความคิดที่ไม่มีเหตุผล

ความคิดที่ไม่มีเหตุผลเป็นความคิดด้านลบที่เกิดขึ้นอัตโนมัติควบคุมไม่ได้ ประกอบด้วยลักษณะเนื้อหาของความคิดและการแปลความที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ได้แก่ลักษณะเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. การสรุปเอาเอง เป็นการสรุปความคิดด้วยข้อมูลเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีข้อมูลมาสนับสนุนเลยเช่นผู้ป่วยเอดส์เมื่อเริ่มรับยาต้านไวรัสเอดส์ระยะแรกอาจมีปัญหาการเจ็บป่วยบ่อยขึ้น อาจคิดว่าการรักษาไม่ได้ช่วยให้อาการดีขึ้นหรือการรักษาแบบนี้ไม่เหมาะกับตน

2. การเลือกรับข้อมูล มุ่งประเด็นไปในรายละเอียดที่ไม่สำคัญของเหตุการณ์ และเพิกเฉยต่อสิ่งที่เป็นสาระสำคัญ เช่น ผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้าจะคิดว่าตนเองเป็นคนไม่มีความสุขและไม่สามารถมีความสุขได้ ซึ่งเป็นเพราะผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะไม่ตระหนักถึงความสุข

3.การคิดเกินความเป็นจริง มีการสรุปเหตุการณ์บนพื้นฐานของความเป็นจริงเพียงเล็กน้อยหรือสรุปจากประสบการณ์เพียงอย่างเดียว เช่น เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ จนไม่สามารถทำงานได้ก็จะคิดว่าตนเองไม่สามารถทำงานไปตลอดชีวิต

4. การขยายและการทำให้ลดลง ประเมินความผิดพลาดจากสิ่งเล็กน้อยที่ไม่พึงพอใจ ว่าเป็นความผิดที่ใหญ่โต และประเมินสิ่งสำคัญหรือเหตุการณ์ที่พึงพอใจให้ลดน้อยลง เมื่อมีเหตุการณ์มากระทบเพียงเล็กน้อย อาจมองว่าเหตุการณ์นั้นเป็นเรื่องรุนแรง ซึ่งเป็นผลมาจากความคิดที่บิดเบือน เช่น ผู้ป่วยเอดส์ถูกพยาบาลถามอาการด้วยเสียงที่ดัง ก็คิดว่าพยาบาลผู้นั้นรังเกียจและต้องการจะประจานตน

5. การคิดว่าตนเป็นเหตุ คิดว่าตนเองต้องรับผิดชอบในเหตุการณ์นั้นๆ ความคิดนี้จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและรู้สึกไม่มีคุณค่า เช่น เมื่อแม่ที่ดูแลผู้ป่วยเกิดไม่สบาย อาจคิดว่าที่แม่เป็นเช่นนี้ เพราะต้องดูแลตน คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดีที่ทำให้แม่ต้องป่วย

6. ความคิดเฉพาะในด้านใดด้านหนึ่ง มากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลทั้งหมด เช่น คิดว่าตนเองไม่สามารถทำงานนอกบ้านได้ ก็ไม่มีงานอะไรที่ตนต้องทำอีกแล้ว

ใบงานเรื่องการฝึกคิดอย่างมีเหตุผล

การฝึกคิดอย่างมีเหตุผล เพื่อโต้แย้งความคิดด้านลบที่เกิดขึ้นแบบอัตโนมัติ

1. การสรุปเอาเอง เป็นการสรุปความคิดด้วยข้อมูลเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีข้อมูลมาสนับสนุนเลยเช่นผู้ป่วยเอดส์เมื่อเริ่มรับยาต้านไวรัสเอดส์ระยะแรกอาจมีปัญหาการเจ็บป่วยบ่อยขึ้น เพราะว่าการักษาไม่ได้ช่วยให้อาการดีขึ้นหรือการรักษาแบบนี้ไม่เหมาะกับตน

ความคิดที่มีเหตุผล

.....

.....

.....

.....

2. การเลือกรับข้อมูล มุ่งประเด็นไปในรายละเอียดที่ไม่สำคัญของเหตุการณ์ และเพิกเฉยต่อสิ่งที่เป็นสาระสำคัญ เช่น คิดว่าตนเองเป็นโรคนี้คงจะไม่สามารถมีความสุขได้ตลอดชีวิตนี้

ความคิดที่มีเหตุผล

.....

.....

.....

.....

3.การคิดเกินความเป็นจริง มีการสรุปเหตุการณ์บนพื้นฐานของความเป็นจริงเพียงเล็กน้อยหรือสรุปจากประสบการณ์เพียงอย่างเดียว เช่น เมื่อป่วยด้วยโรคเอดส์ ก็จะคิดว่าตนเองไม่สามารถทำงานไปตลอดชีวิต

ความคิดที่มีเหตุผล

.....

.....

.....

.....

4. การขยายและการทำให้ลดลง ประเมินความผิดพลาดจากสิ่งเล็กน้อยที่ไม่พึงพอใจ ว่าเป็นความผิดที่ใหญ่โต และประเมินสิ่งสำคัญหรือเหตุการณ์ที่พึงพอใจให้ลดน้อยลง เมื่อมีเหตุการณ์มากระทบเพียงเล็กน้อย อาจมองว่าเหตุการณ์นั้นเป็นเรื่องรุนแรง ซึ่งเป็นผลมาจากความคิดที่บิดเบือน เช่น พยาบาลถามอาการด้วยเสียงที่ดัง พยาบาลผู้นั้นคงรังเกียจและต้องการจะประจานตน

ความคิดที่มีเหตุผล

.....

.....

.....

.....

5. การคิดว่าตนเป็นเหตุ คิดว่าตนเองต้องรับผิดชอบในเหตุการณ์นั้นๆ ความคิดนี้จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและรู้สึกไม่มีคุณค่า เช่น เมื่อแม่ที่ดูแลอยู่ไม่สบาย คิดว่าที่แม่เป็นเช่นนี้ เพราะแม่เหนื่อยที่ต้องดูแลตน คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดีที่ทำให้แม่ต้องป่วย

ความคิดที่มีเหตุผล

.....

.....

.....

.....

6. ความคิดเฉพาะในด้านใดด้านหนึ่ง มากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลทั้งหมด เช่น คิดว่าตนเองไม่สามารถทำงานนอกบ้านได้ ก็ไม่มีงานอะไรที่ตนต้องทำอีกแล้ว

ความคิดที่มีเหตุผล

.....

.....

.....

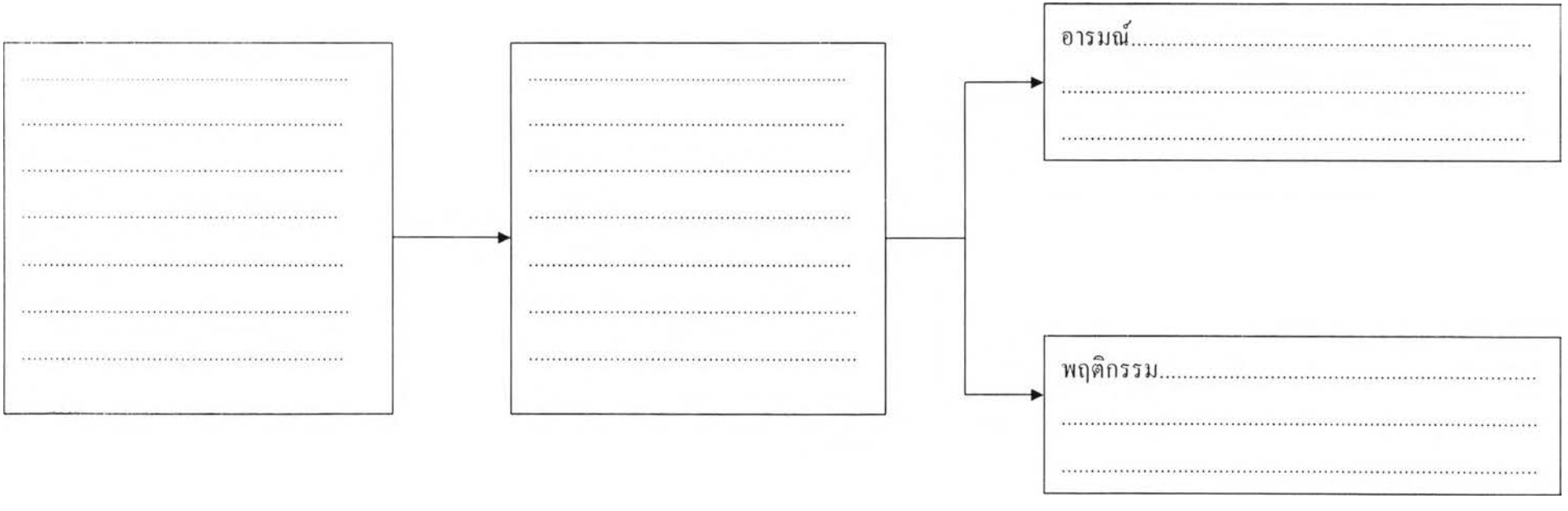
.....

แบบฟอร์มหมายเลข 1

สถานการณ์ / เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

ความคิดเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิด

ผลที่เกิดจากความคิดเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิด



แบบฟอร์มหมายเลข 2

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับฉัน (สรุปอย่างสั้นๆถึงเหตุการณ์ที่ทำให้คุณไม่สบายใจหรือทุกข์ใจ รู้สึกเศร้าใจ) อาจเป็นเรื่องในอดีต ปัจจุบันหรืออนาคตก็ได้

.....

.....

ความคิด ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลของฉันต่อเหตุการณ์นี้

.....

.....

.....

ทำให้เกิด

การกระทำที่เกิดจากความคิด ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลของฉัน

อารมณ์.....

การกระทำ.....

โต้แย้งความคิด ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล (ถามตัวเองว่า ความคิดนี้มีประโยชน์หรือทำลายตนเอง สอดคล้องกับความเป็นจริงหรือไม่ สมเหตุสมผลหรือไม่ หรือทนกับเหตุการณ์นี้ไม่ได้จริงๆหรือ)

.....

.....

ความคิดความเชื่อที่มีเหตุผลต่อเหตุการณ์นี้ (โดยค้นหาความหวัง ความอยาก ความปรารถนา ประเมินความไม่ดี ไม่จัดอันดับตนเองหรือผู้อื่น)

.....

.....

ผลที่เกิดจากการโต้แย้งความคิด ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล (อารมณ์อาจเป็นอารมณ์ที่เหมาะสมในเชิงลบ เช่นความผิดหวัง ความเสียใจ)

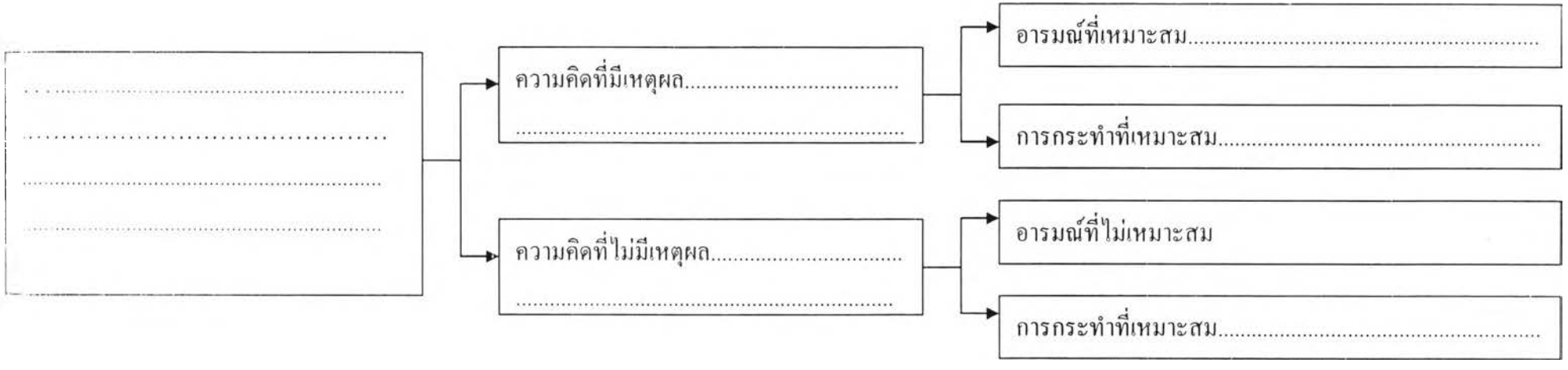
ความคิดที่มีเหตุผล.....

อารมณ์ที่เหมาะสม.....

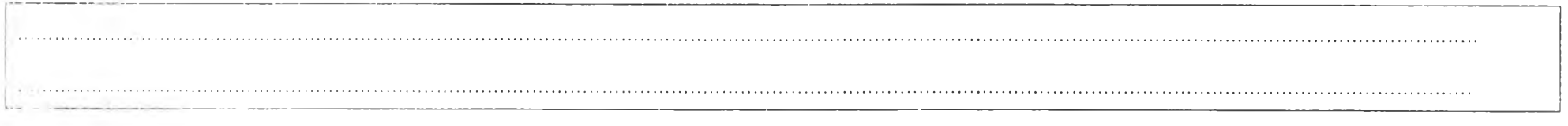
การกระทำที่เหมาะสม.....

แบบฟอร์มที่ 3

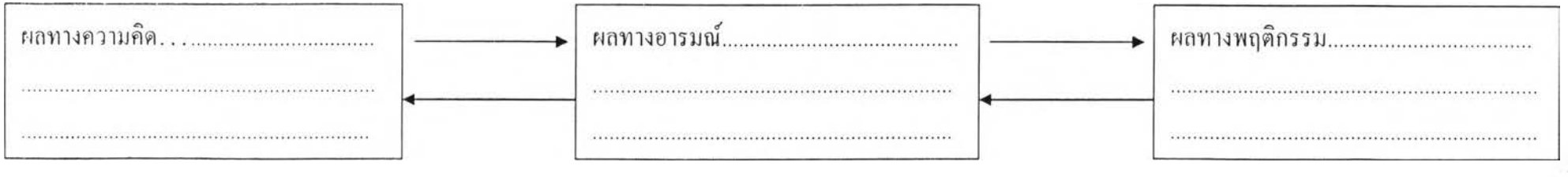
เหตุการณ์ที่ทำให้ฉันไม่สบายใจ เป็นทุกข์ | ความคิดของฉันต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น | ผลที่เกิดจากความคิดของฉันต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น



โต้แย้งความคิด ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล



ผลที่เกิดจากการโต้แย้งความคิด ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล



แผนกิจกรรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม

กิจกรรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัญหา

วัตถุประสงค์	กิจกรรมกลุ่มและการดำเนินกลุ่ม	สื่อที่ใช้	การประเมินผล
1.เพื่อสร้างความคุ้นเคย ไว้วางใจและพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกลุ่มและระหว่างพยาบาลผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม 2.เพื่อให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกภาคภูมิใจและเกิดพลังในการร่วมกิจกรรมกลุ่ม 3.เพื่อสร้างบรรยากาศความเป็นกันเองกล้าเปิดเผยตัวเองและกล้าแสดงความรู้สึกต่อสมาชิกกลุ่ม	**ช่วงที่ 1** พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ 1.ให้สมาชิกนั่งล้อมเป็นวงกลมหันหน้าเข้าหากัน 2.พยาบาลผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก แนะนำตัวเอง สร้างบรรยากาศให้รู้สึกอบอุ่นและผ่อนคลาย และปฐมนิเทศโปรแกรม 3.ให้สมาชิกแนะนำตัวเอง 4.ให้สมาชิดเล่าประสบการณ์ที่รู้สึกภาคภูมิใจคนละ 1 เรื่อง 5.....		1.สังเกตจากท่าทีของสมาชิก การพูดคุยด้วยความเป็นกันเองและกล้าแสดงออก 2.สังเกตการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม
1.เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกเล่าสถานการณ์ที่เป็นปัญหาและระบายความรู้สึก 2.เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด/ความเชื่อและผลกระทบต่อพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์	**ช่วงที่ 2** แสดงความสัมพันธ์ของความคิดที่ไม่มีเหตุผลกับอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม 1. ให้สมาชิกเล่าสถานการณ์ที่เป็นปัญหาที่มีผลต่ออารมณ์/ความรู้สึกและพฤติกรรมและเขียนลงในแบบฟอร์มหมายเลข 1 2. ให้สมาชิกอ่านข้อความที่เขียนให้สมาชิกในกลุ่มฟัง 3. พยาบาลผู้นำกลุ่มใช้ทักษะการให้คำปรึกษาดำเนินกลุ่มตามเป้าหมายและสรุปประเด็นเชื่อมโยงสู่ความคิด/ อารมณ์ เหตุผลและพฤติกรรม	แบบฟอร์มหมายเลข 1	1.สังเกตการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม 2.สมาชิกพูดคุยและสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบ-การณ์ซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม

วัตถุประสงค์	กิจกรรมกลุ่มและ การดำเนินกลุ่ม	สื่อที่ใช้	การประเมินผล
3. สร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป	4. พยาบาลผู้นำกลุ่มสรุปความสัมพันธ์ระหว่างความคิด/ อารมณ์ เหตุผล และพฤติกรรม 5. ให้สมาชิกกลุ่มถามข้อสงสัยและนัดหมายครั้งต่อไป 6.....		3. สมาชิกเห็นความสำคัญในการร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป 4..... .....

กิจกรรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มครั้งที่ 2 ฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์	กิจกรรมกลุ่มและการดำเนินกลุ่ม	สื่อที่ใช้	การประเมินผล
1. เพื่อสร้างบรรยากาศให้ผ่อนคลายและรู้สึกเป็นกันเอง 2. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด/ อารมณ์ เหตุผลและพฤติกรรม	**ช่วงที่ 1** สร้างสัมพันธภาพ 1.รับฟังการระบายอารมณ์และความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาของสมาชิก 2.ให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 1 และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย 3.....	1. แบบฟอร์มหมายเลข 1 จากกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 1	1.สังเกตจากท่าทีของสมาชิก การพูดคุยด้วยความเป็นกันเองและกล้าแสดงออก 2.สังเกตการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม
1.เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจลักษณะความคิดที่ไม่มีเหตุผลซึ่งเป็นความคิดด้านลบที่เกิดขึ้นแบบอัตโนมัติควบคุมไม่ได้ 2. เพื่อให้สมาชิกฝึกวิเคราะห์ความคิดที่มีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น 3. เพื่อฝึกจำแนกความคิดที่มีเหตุผลและไม่มีเหตุผล 4.ฝึกการคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง 5. สร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป	**ช่วงที่ 2** ฝึกวิเคราะห์และเชื่อมโยงความคิดอัตโนมัติด้านลบสู่ ความคิด/ อารมณ์ เหตุผลและพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ 1.ให้ความรู้เรื่องความคิดอัตโนมัติด้านลบและฝึกคิดอย่างมีเหตุผล 2. ให้สมาชิกนำเหตุการณ์ในแบบฟอร์มหมายเลข 1 เขียนลงในแบบฟอร์มหมายเลข2และ3 3. ให้สมาชิกอ่านข้อความที่เขียนให้สมาชิกในกลุ่มฟัง 4. พยาบาลผู้นำกลุ่มใช้ทักษะการให้คำปรึกษาดำเนินกลุ่มตามเป้าหมายและสรุปประเด็นเชื่อมโยงความคิดอัตโนมัติด้านลบสู่ ความคิด/ อารมณ์ เหตุผลและพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ 5. ให้สมาชิกกลุ่มถามข้อสงสัยและนัดหมายครั้งต่อไป 6.ให้สมาชิกฝึกคิดและบันทึกความคิดที่มีต่อเหตุการณ์ในสถานการณ์อื่นเป็นการบ้านและนำมาวิเคราะห์ร่วมกันในการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป	1.ใบความรู้เรื่องความคิดอัตโนมัติด้านลบ 2.ใบงานเรื่องการฝึกคิดอย่างมีเหตุผล 3. แบบฟอร์มหมายเลข 2และหมายเลข 3	1.สังเกตการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม 2.สมาชิกพูดคุยและสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม 3. สมาชิกเห็นความสำคัญในการร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป 4..... .....

กิจกรรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มครั้งที่ 3และ4 ฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองจากสถานการณ์ที่กำหนด

วัตถุประสงค์	กิจกรรมกลุ่มและการดำเนินกลุ่ม	สื่อที่ใช้	การประเมินผล
1.เพื่อสร้างบรรยากาศให้ผ่อนคลายและรู้สึกเป็นกันเอง 2. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด/ อารมณ์ เหตุผลและพฤติกรรม	**ช่วงที่ 1** พูดคุยสร้างสัมพันธภาพและรับฟังปัญหาของสมาชิก 1.รับฟังการระบายอารมณ์และความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาของสมาชิก 2.ให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย 3.....		1.สังเกตจากท่าทีของสมาชิก การพูดคุยด้วยความเป็นกันเองและกล้าแสดงออก 2.สังเกตการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม
1. เพื่อให้สมาชิกสามารถจำแนกความคิดที่มีเหตุผลและไม่มีเหตุผลได้อย่างชัดเจนและฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง 2.เพื่อให้สมาชิกเข้าใจวิธีปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสามารถประยุกต์ใช้กับตนเองได้อย่างเหมาะสม	**ช่วงที่ 2** วิเคราะห์ปัญหาของสมาชิกเชื่อมโยงสู่ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด/ความรู้สึก เหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม 1.สมาชิกกลุ่มนำผลที่ได้จากการทำแบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองตามที่ได้รับมอบหมายให้ทำเป็นการบ้านมาวิเคราะห์ร่วมกันในกลุ่ม 2. พยาบาลผู้นำกลุ่มใช้ทักษะการให้คำปรึกษาตรวจสอบวิธีคิดอย่างมีเหตุผลของสมาชิกกลุ่ม 3. ให้สมาชิกกลุ่มทำแบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองจากสถานการณ์ที่สมาชิกแต่ละคนกำหนดขึ้น 4. สมาชิกกลุ่มนำผลที่ได้จากการทำแบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองมาวิเคราะห์ร่วมกันในกลุ่ม	1.แบบฟอร์มหมายเลข 1,2 และ3 ที่ให้สมาชิกเป็นการบ้าน 2. แบบฟอร์มหมายเลข 1,2 และ3	1.สังเกตการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม 2.สมาชิกพูดคุยและสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม 3.จากการซักถามของสมาชิก

วัตถุประสงค์	กิจกรรมกลุ่มและการดำเนินกลุ่ม	สื่อที่ใช้	การประเมินผล
3. สร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป 4.....	5. พยาบาลผู้นำกลุ่มช่วยสรุปสาระสำคัญ ข้อคิดที่ได้จากการเข้ากลุ่มในครั้งนี้ และนัดหมายครั้งต่อไป 6. ให้สมาชิกฝึกคิดและบันทึกความคิดที่มีต่อเหตุการณ์ในสถานการณ์อื่นเป็นการบ้านและนำมาวิเคราะห์ร่วมกันในการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป 7.....		4. สมาชิกเห็นความสำคัญในการร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป 5..... .....

กิจกรรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มครั้งที่ 5 ประเมินผลการฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองและปัจฉิมนิเทศ

วัตถุประสงค์	กิจกรรมกลุ่มและการดำเนินกลุ่ม	สื่อที่ใช้	การประเมินผล
1.เพื่อติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ภายหลังการฝึกคิดแบบมีเหตุผล 2.เพื่อสรุปผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม	**ช่วงที่ 1** พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ 1.รับฟังการระบายอารมณ์และความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาของสมาชิก 2.ให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา การนำประสบการณ์ที่ได้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย 3. สมาชิกกลุ่มนำผลที่ได้จากการทำแบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองตามที่ได้รับมอบหมายให้ทำเป็นการบ้านในกิจกรรมกลุ่มครั้งก่อนมาวิเคราะห์ร่วมกันในกลุ่มร่วมกับพยาบาล 4.ให้สมาชิกกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็นและพยาบาลผู้นำกลุ่มสรุปสาระสำคัญที่ได้รับ **ช่วงที่ 2** ปัจฉิมนิเทศ 1.สร้างเสริมกำลังใจและความมั่นใจให้กับสมาชิกกลุ่มในการนำผลที่ได้จากการฝึกคิดแบบมีเหตุผลไปใช้ในชีวิตประจำวัน 2.ให้สมาชิกตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองและแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ 3. เปิดโอกาสให้สมาชิกแลกเปลี่ยนเบอร์โทร.เพื่อให้การช่วยเหลือกันอย่างต่อเนื่องในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน 4.พยาบาลผู้นำกลุ่มกล่าวขอบคุณและปิดการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม	1.แบบฟอร์มหมายเลข 1,2 และ3 ที่ให้สมาชิกเป็นการบ้าน 1. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง 2. แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ	1.สังเกตจากท่าทีของสมาชิก การพูดคุยด้วยความเป็นกันเองและกล้าแสดงออก 2.สังเกตการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม 1.สังเกตการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม 2.สมาชิกพูดคุยและสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม 3.จากการซักถามของสมาชิก

คู่มือการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะซึมเศร้า

โดย

นางกนกวรรณ แสงนภาบวร

พยาบาลวิชาชีพ 7

งานบริการปรึกษาสุขภาพโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

จังหวัดโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญทางสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยทั้งในคนที่มีสุขภาพปกติและในคนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าของบุคคลอาจแตกต่างกันไปตามสาเหตุที่มากระตุ้นร่วมกับปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น เศรษฐกิจ สังคม การเจ็บป่วยต่างๆ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังเช่นโรคเอดส์ แต่ภาวะซึมเศร้าสามารถสามารถรักษาให้หายขาดได้ และหากได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่เริ่มมีอาการ จะทำให้ผู้ป่วยหายขาดและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

กนกวรรณ แสงนภาบวร

ผู้จัดทำ

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าหมายถึง ภาวะที่มีจิตใจหม่นหมอง เศร้า หดหู่ ท้อแท้ หมดหวัง มีความคิดด้านลบต่อตนเองเช่น มีความรู้สึกผิด รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ตำหนิตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มองอนาคตว่ามีแต่ความหม่นหมอง เต็มไปด้วยอุปสรรค หมดหนทางที่จะทำให้ชีวิตดีขึ้น บางคนอาจมีอาการทางกายร่วมด้วย เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ คิดมาก ใจสั่น วิตกกังวลจนทำให้รู้สึกเครียด มักจะมีอาการดังกล่าวนี้อย่างน้อย 2 สัปดาห์

อาการและอาการแสดง

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอาการเบื่อหน่าย หดหู่ หมดอาลัยตายอยาก กินไม่ได้นอนไม่หลับ กระทบต่อหน้าที่การงานและกิจวัตรประจำวัน เป็นตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป โดยมีอาการดังนี้

1. อาการทางจิตใจ มีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย หม่นหมองไม่แจ่มใส หมดความสนใจตัวเอง และสิ่งแวดล้อม สมาธิไม่ดี หลงลืมง่าย-มองตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคตในทางลบ หากรุนแรงมากอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย

2. อาการทางร่างกาย ได้แก่ นอนไม่หลับหรือนอนมาก อ่อนเพลียไม่มีแรง รับประทานอาหารไม่ได้หรือรับประทานมากเกินความจำเป็นไม่สามารถควบคุมได้ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย อารมณ์ทางเพศลดลง เป็นต้น

3. พฤติกรรม คำพูด จะมีลักษณะเชื่องซึม เชื่องช้า เหม่อลอย คิดช้า พูดช้า เคลื่อนไหวช้า พูดเสียงเบา แยกตัว ไม่อยากเข้าสังคมหรือพูดคุยกับใคร

4. ด้านความคิด คิดแต่เรื่องร้ายๆ มองสภาพแวดล้อมและอนาคตในทางลบ ไม่มีสมาธิ ขาดความมั่นใจ วิตกกังวล ตัดสินใจไม่ได้แม้แต่เรื่องเล็กๆน้อยๆ ย้ำคิดย้ำทำ ในรายที่มีอาการรุนแรงจะรู้สึกผิด โทษตัวเอง ท้อแท้ หมดคุณค่า หมดหวังไม่มีทางออก ไม่เห็นหนทางที่จะแก้ปัญหา คิดร้ายเกินเลยความเป็นจริง เลือกคิดแต่เรื่องร้าย ไม่สามารถหยุดความคิดด้านลบหมกหมุ่นหาทางออกไม่ได้

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

สาเหตุของงภาวะซึมเศร้าอาจมาจากหลายปัจจัย เช่นปัจจัยทางพันธุกรรม การเจ็บป่วยด้านร่างกาย และหากเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ตนเองรับไม่ได้ เช่น โรคเอดส์ ก็จะเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย สาเหตุของภาวะซึมเศร้าอาจแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ได้ดังนี้

1. สาเหตุจากปัญหาทางจิต เป็นอารมณ์เศร้าที่ผสมผสานความรู้สึกหลายๆอย่างรวมกัน ตั้งแต่ความรู้สึกกลัว โกรธ ละอาย รู้สึกผิด เป็นตราบาป โดยความรู้สึกโกรธจะเป็นอารมณ์พื้นฐานที่ปรากฏให้เห็นได้

2. สาเหตุจากการมีความคิดด้านลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคตในแง่ร้าย ทำให้ท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกไร้ค่า มองสังคมหรือสภาพแวดล้อมว่าแต่ร้าย รู้สึกหดหู่

ถูกบีบคั้น ถูกคาดหวัง มองอนาคตมีแต่อุปสรรคที่ไม่สามารถฝ่าฟันได้ หมดหนทางแก้ไขปัญหา อนาคตมืดมนแก้ไขไม่ได้ ต้องการหนีปัญหาและความทุกข์ทรมาน จนนำไปสู่ความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

3. สาเหตุทางพฤติกรรม คือ รู้สึกท้อแท้ หมดกำลังใจ ใจไม่สู้ ไม่มีความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบแต่ความล้มเหลวและความผิดหวัง หมดกำลังใจ ขาดแรงจูงใจ ขาดความเชื่อมั่น ทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายและไร้ความสุข

4. สาเหตุทางชีวภาพ อาจเกิดจากการสูญเสียสิ่งที่มีความสำคัญในชีวิตในระยะเวลาไม่นาน หรือมีประวัติคนในครอบครัวมีภาวะซึมเศร้าหรือฆ่าตัวตาย ติดสุราเรื้อรัง หรือมีพฤติกรรมและความคิดที่ต่อต้านสังคม

สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

การติดเชื้อเอชไอวีหรือเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์นับเป็นวิกฤตของชีวิต และเกิดผลกระทบทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทำให้มีความทุกข์ทรมาน กลัวและกังวลต่อการดำเนินชีวิตทั้งในปัจจุบันและอนาคต คนกลุ่มนี้จึงเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้แก่

1. ระยะเวลาในการทราบผลเลือด หากทราบผลเลือดตั้งแต่ยังไม่ปรากฏอาการทางกายปัญหาด้านจิตใจอาจน้อยกว่าผู้ที่มีอาการปรากฏ แต่อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี รับรู้ว่าตนเองติดเชื้ออาจเกิดภาวะช็อกเนื่องจากเป็นเรื่องที่ร้ายที่สุดในชีวิตเรื่องหนึ่ง ระยะนี้จะมีอาการซึมเศร้า กังวลและกลัวไปทุกเรื่อง มองเห็นแต่สิ่งเลวร้ายในชีวิต

2. รู้สึกเป็นตราบาป เพราะเกรงว่าจะถูกรังเกียจและไม่ได้รับการยอมรับจากสังคมและคนในครอบครัว เกิดความกดดันไม่รู้จะระบายความรู้สึกกับใคร เครียด วิตกกังวล รู้สึกว้าเหว่ คิดมาก หมดกำลังใจ ทำให้เกิดความทุกข์ใจมาก

3. สัมพันธภาพในครอบรัว ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความเอื้ออาทรและผูกพันกัน ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการดูแลและสนับสนุนที่ดีจากครอบครัวจะสามารถดำรงชีวิตได้ปกติสุขมากกว่า แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มักแยกตัวจากครอบครัวและสังคมเพราะกลัวว่าจะถูกรังเกียจ กลัวถูกปฏิเสธ คิดแต่เรื่องร้ายจนเกิดความเครียด วิตกกังวลและเกิดภาวะซึมเศร้า

4. การปรับตัวและการยอมรับความจริง ถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สามารถปรับตัวได้ก็จะค่อยๆยอมรับความจริง จิตใจสงบขึ้น สามารถหาแนวทางในการดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างใกล้เคียงปกติมากที่สุด อารมณ์คงที่ มีความหวังมากขึ้นและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้

แนวทางการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เกิดจากการมีความคิดด้านลบ กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับความคิดจะมีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง ต่ออนาคต และต่อสิ่งแวดล้อม ความคิดด้านลบมากขึ้นส่งผลให้กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผลลดลง มีความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความคิด การรับรู้ รวมทั้งความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ความเบี่ยงเบนทางความคิดและการรับรู้ คือ ความคิดเป็นไปในลักษณะ

1. ด่วนสรุปอย่างไร้เหตุผล

2. เลือกคิดในทางลบเพียงด้านเดียวหรือให้ความสำคัญกับรายละเอียดบางส่วน

3. การคิดขยายต่อเติมเรื่องราว

4. คิดและแปลความเกินกว่าความเป็นจริง

5.คิดเชื่อมโยงเหตุการณ์ภายนอกเข้ากับตนเองอย่างไม่มีหลักเกณฑ์

6. ความคิดในด้านใดด้านหนึ่ง เป็นการคิดแบบเลือกประเภทที่เป็นทางลบและนำความคิดที่ผิดพลาด จัดเข้าสู่โครงสร้างทางความคิดที่มีอยู่เดิม

เนื่องจากภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เกิดจากการมีความคิดด้านลบ เกิดขึ้นแบบอัตโนมัติโดยที่ไม่สามารถควบคุมความคิดด้านลบได้ การให้ความรู้เรื่องความคิดที่มีเหตุผลและความคิดที่ไร้เหตุผล ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ฝึกการคิดและวิเคราะห์ปัญหา ฝึกการหาเหตุผลหรือข้อโต้แย้งความคิดที่ไร้เหตุผล จะช่วยให้เกิดความคิดด้านบวก มีระบบการคิดแบบมีเหตุผล ลดความคิดและพฤติกรรมด้านลบ เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถเผชิญปัญหาและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม จะสามารถลดภาวะซึมเศร้าลงได้ การฝึกคิดลักษณะนี้สามารถฝึกเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง ดังแนวทางต่อไปนี้

1. วิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัญหา ทำให้เข้าใจปัญหาของตนอย่างชัดเจน เข้าใจถึงสาเหตุของปัญหา เพื่อให้ทราบความต้องการที่แท้จริงของตน ทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความเชื่อ อารมณ์ พฤติกรรมและผลกระทบที่เกิดขึ้น ตระหนักรู้อารมณ์ของตน ซึ่งจะสามารถลดความคิดที่เป็นผลร้ายต่อตนเอง

2. ฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง ด้วยการใช้เทคนิคทางปัญญาวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัญหา ฝึกคิดอย่างมีเหตุผล มองด้านบวกบนพื้นฐานของความเป็นจริง แก้ปัญหาด้วยเหตุผล ในวิธีที่เป็นไปได้

3.การคิดอย่างมีเหตุผลและวิเคราะห์สถานการณ์ตามความเป็นจริงจะช่วยลดความคิดอัตโนมัติด้านลบ เป็นการเพิ่มความคิดด้านบวก ซึ่งสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้

4. ฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองจนเป็นความเคยชิน จะเสริมสร้างความมั่นใจในการใช้ในชีวิตประจำวันเมื่อเกิดเหตุการณ์หรือปัญหาต่างๆ จะทำให้มีทางบวกมากขึ้นซึ่งจะมีผลให้ความคิดอัตโนมัติด้านลบลดลง มีความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลหรือความคิดด้านบวกเพิ่มมากขึ้นระดับความซึมเศร้าจะลดลง

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง

รายการประเมิน	มี	ไม่มี
1. น้ำหนักลด		
2.นอนไม่หลับเพราะคิดมาก กังวลใจหรือตื่นบ่อย		
3.วุ่นวายใจ เบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร		
4. รู้สึกอ่อนเพลียจนไม่มีแรงจะทำอะไร		
5.รู้สึกหมดหวังในชีวิต รู้สึกไม่มีค่า		
6.รู้สึกขาดสมาธิ ตัดสินใจเรื่องง่ายๆไม่ได้		
7.มีความคิดเกี่ยวกับความตายหรือรู้สึกอยากตายบ่อยๆ		

การแปรผล

ถ้าตอบมี 1 หรือ 2 ข้อ หมายถึงมีภาวะซึมเศร้า ท่านควรได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้น โดยขอรับบริการปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุขหรือโทร.ปรึกษาสายด่วนสุขภาพจิต

ถ้ามี 3 ข้อขึ้นไป หมายถึงมีภาวะซึมเศร้าในระดับมาก จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือโดยด่วน จึงจำเป็นต้องรีบขอรับบริการปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุข

ประวัติผู้เขียนโครงการศึกษาอิสระ

ชื่อ	นางกนกวรรณ แสงนภาบวร
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 4 มิถุนายน พ.ศ. 2505
สถานที่เกิด	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ขั้นสูง
	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดชลบุรี
	ปีการศึกษา 2528
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ 7
สถานที่ปฏิบัติงาน	งานบริการปรึกษาสุขภาพ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา