

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการให้คำปรึกษากลุ่มครอบครัวมีส่วนร่วมที่เน้นแนวคิดพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และ พฤติกรรม ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าโครงการรับยาต้านไวรัส ผู้ศึกษาได้ค้นคว้า ตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเอดส์และผลกระทบที่เกิดจากโรคเอดส์
 - 1.1 คำจำกัดความ
 - 1.2 ผลกระทบด้านต่างๆ ที่เกิดกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 - 1.3 ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์
2. ภาวะซึมเศร้า
 - 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - 2.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า
 - 2.3 อาการ อาการแสดง และการแบ่งระดับของภาวะซึมเศร้า
 - 2.4 การประเมินภาวะซึมเศร้า
 - 2.5 การบำบัดภาวะซึมเศร้า
 - 2.6 การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า
3. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์
 - 3.1 สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์
 - 3.2 การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า
 - 3.3 บทบาทของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า
 - 3.4 บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า
4. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
 - 4.1 ความหมายของการให้การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
 - 4.2 การให้การปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดการพัฒนากลุ่มของ Marram
 - 4.3 เทคนิคของการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม
 - 4.4 ประโยชน์ของการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม
 - 4.5 การปฏิบัติการพยาบาลในบทบาทผู้นำกลุ่ม
5. แนวคิดการให้การปรึกษาที่เน้นพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม

- 5.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ ABC
- 5.2 เทคนิคการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์
- 5.3 กระบวนการและวิธีการบำบัด แบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมในผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า
- 5.4 ขั้นตอนการให้การปรึกษา แบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม
6. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรมในผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดในการศึกษา

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเอดส์และผลกระทบที่เกิดจากโรคเอดส์

1.1 คำจำกัดความ

โรคเอดส์ (AIDS) มาจากคำว่า Acquired Immune Deficiency Syndrome เป็นกลุ่มอาการของโรค ที่เกิดจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เนื่องจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งอยู่ในกลุ่ม Retrovirus ชื่อ Human Immunodeficiency Virus (HIV) (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2537) สามารถติดต่อได้ทางเพศสัมพันธ์ การได้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือดที่ติดเชื้อ เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายจะเกิดพยาธิสภาพต่อระบบภูมิคุ้มกันชนิดต่างๆ โดยเฉพาะ Helper T- lymphocytes เมื่อจำนวน CD4 และ T-lymphocytes ลดลงมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายเสื่อมลง เกิดความอ่อนแอ เจ็บป่วยบ่อย เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสรักษาไม่หาย (กรองกาญจน์ สังกาศและคณะ, 2537) หรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่าย (เกียรติ รักรัษฎธรรม, 2540) ซึ่งผลกระทบของการป่วยเป็นโรคเอดส์ มีดังนี้

1.2 ผลกระทบด้านต่างๆ ที่เกิดกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1.2.1 ด้านร่างกาย ภายหลังจากที่ร่างกายได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย จะไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันภายในร่างกายและทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะอาการของโรค จนเกิดผลกระทบต่อสภาพร่างกายตามมา โดยระยะแรกของการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะไม่มีอาการแสดงของโรคต่างๆ ชัดเจน อาจพบอาการเช่นเดียวกับติดเชื้อเฉียบพลันอื่นๆ เช่น ไข้หวัด เจ็บคอ ไข่ออกผื่น ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี อาการต่างๆ เหล่านี้จะหายไปในราวประมาณ 1 สัปดาห์ (Peters, 1996) ต่อมาหากผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้มีการดูแลตนเอง ก็จะทำให้มีการเจริญเติบโตของเชื้อโรคเอดส์ในร่างกายที่เพิ่มขึ้น จะส่งผลกระทบต่อร่างกายก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา เช่น ต่อม่าน้ำเหลืองโตทั่วร่างกาย เบื่ออาหาร ท้องเสียเรื้อรัง อ่อนเพลียหมดแรง น้ำหนักลด มีไข้บ่อยๆ ไอเรื้อรัง (ขวัญชัย สุภรัตน์ภิญโญ, 2535; Rakower and Galvin, 1989) มีการติดเชื้อแทรกซ้อนในระบบต่างๆ มีผื่นหรือรอยโรคบน

ผิวหนัง ทำให้ร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอ่อนแอ บางรายมีการลุกลามของเชื้อเอชไอวีเข้าไปในระบบประสาท ทำให้เกิดอาการทางจิตความจำเสื่อม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ไม่มีสมาธิ ซึมเศร้า แขนขาชา ชักกระตุก และมีอาการทางสมองอื่นๆ

1.2.2 ด้านจิตใจ เมื่อบุคคลรับรู้ว่าตนเองเกิดการติดเชื้อเอชไอวี เป็นการเผชิญกับโรคที่ร้ายแรง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี บางรายมีปฏิกิริยาที่รุนแรงมาก โดยจะมีปฏิกิริยาทางด้านจิตใจแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรกเป็นระยะปรับตัวต่อวิกฤตการณ์ (Initial crisis) ในระยะนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะไม่ยอมรับความจริง ตกใจ สับสน ตื่นตระหนก และหวาดกลัว (บังอร สิริโรจน์ และคณะ, 2537) ในระยะต่อมาผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีความรู้สึกหลายๆ อย่างปะปนกัน เป็นระยะของการปรับเปลี่ยน (Transition state) โดยเริ่มมีการยอมรับความจริงบ้าง อาจมีความรู้สึกโกรธจากการควบคุมตนเอง รู้สึกผิด ลงโทษตนเอง สงสารตนเอง ในบางครั้งอาจมีลักษณะปฏิเสธไม่ยอมรับความจริง (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2538) ผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งใน 2 ระยะนี้ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี สิ้นหวัง ซึมเศร้า และมีอาการทางจิต เช่น โรควิดกกังวล (Anxiety disorder) ภาวะหลงลืม (Delirium) การปรับตัว (Adjustment disorder) ซึ่งปัญหาการปรับตัวนี้ พบประมาณร้อยละ 5 – 20 (Sadock and Sadock, 2001) ซึ่งพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางรายอาจหาทางออกโดยการฆ่าตัวตาย (Flaskerud, 1995) นอกจากนี้ยังพบว่าพยาธิสภาพของโรคมียผลทำให้เนื้อเยื่อสมองถูกทำลายทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าร้อยละ 50 ป่วยเป็นโรคจิตประสาท (Neuropsychiatric) (Sadock and Sadock, 2001) ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการช่วยเหลือด้านจิตใจเพื่อประคับประคองให้สามารถปรับตัว ก็จะเข้าสู่ระยะสุดท้าย เป็นระยะปรับตัวและยอมรับความจริง (Acceptance) โดยผู้ติดเชื้อจะเริ่มตั้งเป้าหมายของชีวิตที่มีความเป็นไปได้และสอดคล้องกับความเป็นจริง (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2537)

1.2.3 ผลกระทบทางด้านสังคม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับผลกระทบทางด้านสังคมเนื่องจากทัศนคติที่ไม่ถูกต้องของบุคคลในสังคมบางกลุ่มที่เกิดการหวาดกลัว รังเกียจ รวมทั้งไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Durham and Cohen, 1991) ก่อให้เกิดตราบาปแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก ทำลายคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของตนเองด้วยทำลายสัมพันธภาพภายในครอบครัว และมีความหวาดระแวงไม่แน่ใจว่าสัมพันธภาพระหว่างตนกับบุคคลอื่นจะต้องสิ้นสุดลงหรือไม่ ผลกระทบภายในครอบครัวโดยสมาชิกในครอบครัวจะรู้สึกวิตกกังวลต่อการดูแลเอาใจใส่ผู้ติดเชื้อและยังมีความรู้สึกว่ามีตราบาปเกิดขึ้นในครอบครัว (Gee, 1988) ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะก่อให้เกิดภาวะตึงเครียดและนำไปสู่ปัญหาวิกฤตในครอบครัว กลัวชุมชนและสังคมไม่ยอมรับ ทำให้ปฏิเสธที่จะดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องแยกตัวออกจากสังคม เกิดปัญหาทางด้านจิตใจตามมา

1.2.4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ การติดเชื้อเอชไอวีก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจเนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน ซึ่งถือว่าเป็นวัยที่ต้องประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว เมื่อมีปัญหาเรื่องสุขภาพที่ไม่ดีและเสื่อมลงเรื่อยๆ ร่วมกับการรังเกียจและไม่ยอมรับของสังคมทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีงานทำ ขาดรายได้ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้อีกต่อไปและต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอีก (ปิยรัตน์ นิลอัชกา, 2537) ซึ่งสามารถทำให้เกิดภาวะเครียดทางจิตใจได้มากขึ้นนอกจากนี้การติดเชื้อเอชไอวีก็อาจมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศชาติ ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงานเป็นกำลังสำคัญทางด้านแรงงานของประเทศ ทำให้ประเทศชาติสูญเสียแรงงานจากทรัพยากรบุคคล และสูญเสียผลผลิตจากการที่ผู้ใช้แรงงานเจ็บป่วย (เกษม วัฒนชัย, 2537)

1.3 ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

โรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรังเช่นเดียวกับโรคอื่นๆ การรักษาโรคเอดส์ สามารถทำได้โดยการยับยั้งไม่เชื้อเอชไอวีเพิ่มจำนวนมากขึ้น ในร่างกาย ซึ่งการรักษาที่สามารถยับยั้งจำนวนเอชไอวีไม่ให้เพิ่มขึ้นในร่างกายคือการใช้ ยาต้านไวรัสเอดส์ (Antiretrovirals: ARVs) และผู้ป่วยสามารถใช้ยาต้านได้ก็ต่อเมื่อ ได้รับการตรวจหาระดับ CD4 ว่ามีอยู่ในระดับใด รวมทั้งอาจตรวจหาระดับปริมาณไวรัสในเลือด ถ้า CD4 ของผู้ติดเชื้อลดต่ำลง ทำให้ปริมาณไวรัสในเลือดเพิ่มมากขึ้นผู้ติดเชื้อเริ่มปรากฏอาการของโรคเอดส์ หรือโรคฉวยโอกาสที่แทรกซ้อนขึ้นได้ การใช้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอดส์มีองค์ประกอบที่ต้องพิจารณาดังนี้ (กรมควบคุมโรค, 2547)

1.3.1 เมื่อมีอาการที่เกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กับเอดส์ เช่น มีไข้ น้ำหนักลดเชื้อราในช่องปาก ซึ่งแสดงให้เห็นว่าภูมิคุ้มกันถูกทำลาย

1.3.2 ถ้าผลการตรวจระดับ CD4 ต่ำกว่า 200 ยิ่งเสี่ยงต่อการเป็น โรคฉวยโอกาส

1.3.3 ถ้าผลการตรวจระดับ CD4 ลดลงอย่างรวดเร็ว และปริมาณไวรัสเอดส์ในเลือดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมาก

1.3.4 ผู้ติดเชื้อเอดส์จะต้องทานยาต้านอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลานาน อาจทำให้เชื่อดื้อยา และมีผลข้างเคียงจากยาที่เกิดขึ้น และยากต่อการรักษาภายหลังยาสำหรับในการรักษาผู้ป่วยเอดส์ คือ ยาต้านเชื้อเอดส์ (Antiretrovirals: ARVs) เพื่อฆ่าเชื้อซึ่งโดยทั่วไปเชื้อ HIV จะทำลายภูมิคุ้มกันดังนั้นถ้าเชื้อเอชไอวีลดลง ภูมิคุ้มกันจะเพิ่มมากขึ้น ยาที่ใช้สำหรับป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

2. ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้ในบุคคลทั่วไปรวมทั้ง ผู้ป่วยด้วยโรคทางกายและ ผู้ป่วยจิตเวช เกิดขึ้นที่คนเราตั้งแต่ระดับปกติ อาจมีอาการตั้งแต่น้อยๆ โดยเริ่มจากรู้สึกเศร้าเสียใจ ท้อแท้ แต่ยังสามารถ มีชีวิตอยู่ได้ตามปกติ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือแก้ไขจะมีภาวะรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ โดยจะมีความรู้สึกหมดหวัง ไร้ค่า มีความคิดในด้านลบ มีพฤติกรรมถอยหนี มีความคิดพยายามฆ่าตัวตาย (ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร, 2546)

2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ได้มีผู้ศึกษาและให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าในหลายๆ ความหมายทั้งในและต่างประเทศพอสรุปได้ดังนี้

Beck (1973) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤติหรือสถานการณ์ที่มีความเครียดแสดงออกในรูปของการเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ได้แก่ โศกเศร้าหดหู่ ไม่มีอารมณ์สนใจในสิ่งต่างๆ ร้องไห้ เบี่ยงเบนทางความคิดและการรับรู้ได้แก่ มีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต ตัดสินใจไม่ได้ บิดเบือนภาพลักษณ์ ของตนเองจากความเป็นจริง ขาดแรงจูงใจ หลีกหนี มีพฤติกรรมถอยหนี มีความคิดฆ่าตัวตาย เพิ่มความคิดพาดพิงผู้อื่น ความคิดซ้ำ มีความพึงพอใจที่ผิดปกติ สูญเสียแรงขับทางเพศ ความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมถอยหนี เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ

Jasmin, & Trygstad (1979 อ้างใน กนกวรรณ แสงนภาพร, 2549) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นการสะสมความคิด ความรู้สึก และปฏิกิริยาที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่า เสียใจ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หมดหวัง มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ต่างๆ และแยกตัวเอง ไม่ปรารถนาที่จะเข้าสังคม

Beeber (1996) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่บุคคลแสดงออกทางอารมณ์มาก ผิดปกติมีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มองอนาคตว่าไม่มีความหวัง อ่อนเพลีย เบื่ออาหารนอนไม่หลับ ไม่มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

ดวงใจ กษานติกุล (2542) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะอารมณ์ที่เศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ หมดอารมณ์สนุกสนานเพลิดเพลิน หมดอาลัยตายอยากอยู่ในช่วง 2 สัปดาห์ขึ้นไป จนมีผลกระทบต่ออาชีพการงาน การเรียนหรือการดำเนินชีวิต โดยมีอารมณ์ร่วมในด้านพฤติกรรม คำพูดอาการทางกาย และความวิตกกังวล

กรมสุขภาพจิต (2546) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะที่มีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ หมดอารมณ์ สนุกสนานเพลิดเพลิน หมดอาลัยตายอยากโดยมีระดับความรุนแรง ระยะเวลาที่ต่อเนื่องยาวนาน จนเกิดผลกระทบต่อความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและร่างกาย รวมถึงชีวิตประจำวัน หน้าที่การงานและสังคมของผู้ป่วย

อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย (2549) กล่าวว่า เป็นปฏิริยาสูญเสียเกิดความผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัด มีอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ รู้สึกมีดมนเบื่อหน่าย จิตใจหดหู่ ท้อแท้สิ้นหวัง ในที่สุดอาจเกิดความรู้สึกที่ไม่อยากมีชีวิตอยู่และอยากตาย

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าดังกล่าว จะเห็นได้ว่ามีความคล้ายคลึงและแตกต่างกันไปพอสรุปความหมายภาวะซึมเศร้าได้ว่า หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจ ซึ่งแสดงออกทางอาการเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความคิด การรับรู้และพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติ ดังนี้

- 1) อาการเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์โศกเศร้าหดหู่ ท้อแท้ ร้องไห้ ไม่มีอารมณ์สนใจในสิ่งต่างๆ
- 2) อาการเบี่ยงเบนทางความคิดและการรับรู้ ได้แก่ คิดว่าตนเองไม่มีค่า บิดเบือนภาพลักษณ์ของตนจากความเป็นจริง ขาดแรงจูงใจ มีความคิดฆ่าตัวตาย เพิ่มความคิดฟุ้งฟุ้งผู้อื่น ความคิดล่าช้า มีความพึงพอใจที่ผิดปกติ สูญเสียแรงขับทางเพศ
- 3) อาการเบี่ยงเบนทางด้านพฤติกรรม ได้แก่ การหลีกเลี่ยง พฤติกรรมลดถอยเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนไปจากเดิม ในทางเชิงซ้าลง

2.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเกิดจากหลายสาเหตุแต่ละสาเหตุจะมีผลกระทบซึ่งกันและกัน สาเหตุของภาวะซึมเศร้าที่ได้มีการศึกษาค้นพบประกอบด้วย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

2.2.1 ปัจจัยทางด้านร่างกาย

2.2.1.1 ทฤษฎีทางพันธุกรรม กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่าเป็นความบกพร่องทางพันธุกรรมที่ถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่ง พันธุกรรมมีบทบาทสำคัญมากในภาวะซึมเศร้าที่พบสลับกับอาการ mania (Bipolar disorder) ใน unipolar depression แม้จะพบบทบาทน้อยกว่าใน bipolar แต่ก็มีหลักฐานจากหลายการศึกษา ถึงบทบาทของพันธุกรรม โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นครั้งแรกในวัยเด็กหรือวัยรุ่น การศึกษาเด็กที่พ่อแม่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า มีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเด็กทั่วไปถึงร้อยละ 10-15 ในทำนองเดียวกันถ้าครอบครัวบิดามารดา หรือคนใดคนหนึ่งมีอาการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ลูกมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 50 และจากการศึกษาญาติของเด็กที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า พบว่ามีอัตราการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าสูงกว่าญาติของเด็กทั่วไป

2.2.1.2 ทฤษฎีทางชีวเคมี การสังเกต ยาที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและการค้นพบยาที่รักษาโรคซึมเศร้า นำไปสู่สมมติฐานของสารสื่อประสาท monoamines ที่ว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากสารจำพวก catecholamine สาร ดังกล่าวลดลง โดยเฉพาะ norepinephrine, serotonin และ dopamine ที่มี receptor site ในสมองสารเหล่านี้จะลดลงเมื่ออายุมากขึ้นและระดับความเข้มข้น

ของ serotonin จะลดต่ำลงในพวกที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับโรคสมองเสื่อมจากพันธุกรรม หลาย การศึกษา พบความผิดปกติของฮอร์โมน ที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า เช่น เด็กที่ซึมจะไม่ ตอบสนองแบบปกติต่อ dexamethasone suppression test, thyroid releasing hormone test, การหลั่ง ของ growth hormone ภายหลัง hypoglycaemia หรือให้ clonidine นอกจากนี้มีการศึกษาพบความ ผิดปกติของคลื่นสมองขณะหลับในเด็กที่ซึมเศร้า

2.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ

2.2.2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ซึ่งอธิบายว่า การสูญเสียเป็นสาเหตุสำคัญ ของการเกิดภาวะซึมเศร้า ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียในความเป็นจริงหรือในจินตนาการที่ผู้ป่วยเข้าใจไป เอง (Kaplan & Sadock, 1989) ซึ่งมักเป็นการสูญเสียสิ่งที่เป็นที่รัก การสูญเสียอวัยวะต่างๆ ที่ทำให้ ภาพพจน์ที่เกี่ยวกับตนเองเสีย (self image) นอกจากนี้การสูญเสียทำให้อารมณ์โกรธและมีความไม่ เป็นมิตรอยู่ภายในจิตใจ แต่ไม่กล้าแสดงออกเพราะกลัวถูกรังเกียจ เกิดความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายใน เวลาเดียวกัน เกิดความลังเล ต่ำนึกคิดในใจ ความรู้สึกที่ไม่ดีหันเข้าหาตนเอง (introjection) ก่อให้เกิดความรู้สึกผิด โกรธและเกลียดตนเอง ความรู้สึกเช่นนี้ทำให้ผู้ป่วยเศร้ามาก รู้สึกว่าคุณค่า ในตนเองต่ำ (loss of self-esteem) ไม่มีความหมาย ไม่มีความหวังและเชื่อว่าตนเองเป็นคนไม่ดี

2.2.2.2 ทฤษฎีพัฒนาการและประสบการณ์การเรียนรู้ การรับรู้เกี่ยวกับ ความล้มเหลวของตนเอง การถูกทอดทิ้งโดยเฉพาะจากบุคคลที่มีความสำคัญ ใน 6 เดือนแรกของ ชีวิต ทำให้มีความรู้สึกเศร้า มีความคิดและความหวังต่อตนเองในด้านลบ ไม่สามารถปรับตัวได้

2.2.3 ปัจจัยทางด้านสังคม

ปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคมหลายอย่าง สามารถอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะทางจิตใจ ของบุคคลกับปัจจัยทางสังคมโดยมองว่าสภาพแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรมจารีตประเพณี เป็น สาเหตุของความเจ็บป่วยมากกว่าการกระทำของบุคคลนั้นๆ การเกิดภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาที่ บุคคลแสดงออกมาในการเผชิญความกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอกเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลมา จากจารีตประเพณี และวัฒนธรรมที่เสื่อมลง ทำให้บุคคลยอมรับสภาพดังกล่าวไม่ได้ เกิดทัศนคติ ทางด้านลบ และแยกตัวจากสังคมอีกประการหนึ่ง การขาดการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการ ประสบการสูญเสียภาพลักษณ์ตนเองจากการเจ็บป่วย การแยกกันอยู่ การเสียชีวิต

2.2.4 ปัจจัยด้านการรู้คิด

2.2.4.1 ทฤษฎีด้านปัญญา (Cognitive theory) พบว่าภาวะเศร้าเกิดจาก บุคคลมีความคิดด้านลบต่อตนเอง คิดโทษตนเอง ทำร้ายตนเอง (Beck, 1967) ได้ระบุถึงความคิดที่ ทำให้เกิดอารมณ์เศร้าไว้ 3 ประการ คือ การมีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง ต่ออนาคต ต่อ สิ่งแวดล้อม

2.2.4.2 โปรแกรมการคิดด้านลบต่อตนเอง (Negative view of self) เป็น

ผลมาจากกระบวนการคิดที่เป็นแง่ลบต่อตนเอง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามองตนเองว่ามีข้อบกพร่องไม่มีคุณค่าไม่เป็นที่น่าปรารถนาเนื่องจากข้อบกพร่องที่ตนคิดขึ้นเองซึ่งมีแนวโน้มที่จะไม่ยอมรับตนเอง เมื่อมีเหตุการณ์ต่างๆเกิดขึ้น จะโทษว่าเหตุการณ์ทั้งหมดเป็นความผิดของตนเอง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดต่ำลง และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2.2.4.3 โปรแกรมการคิดด้านลบต่อสิ่งแวดล้อม (Negative view of world) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จะแปรการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในเชิงความสูญเสีย มองชีวิตในขณะนั้น เต็มไปด้วยอุปสรรค คิดว่าโลกนี้ไม่น่าอยู่ มองโลกในแง่ร้าย มองสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม ไม่สามารถทนต่อไปได้อีกแล้วหรือมีสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ใดก็จะแปลสถานการณ์นั้นไปในทางลบ ส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2.2.4.4 โปรแกรมการมีความคิดในด้านลบต่ออนาคต (Negative view of future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำนายความทุกข์ยากในปัจจุบันว่าจะดำเนินไปอย่างไรไม่มีสิ้นสุด มองไปข้างหน้ามีแต่ความยากลำบาก ไม่มีวันลดน้อยลงจะมีแต่ความคับข้องใจและความสูญเสียเมื่อพบกับสถานการณ์ในปัจจุบันก็จะมองล่วงหน้าว่าอนาคตจะเป็นสิ่งที่มีปัญหาต่อไป ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคตสูญเสียความหวังในอนาคต มีสภาพหมดหวังคิดว่าไม่มีใครสามารถช่วยเหลือได้ เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาคำความคิดทางด้านลบ 3 โปรแกรมนี้เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ ไม่สามารถควบคุมได้ ประกอบด้วยลักษณะเนื้อหาของความคิดและการแปลความหมายที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ได้แก่ลักษณะเนื้อหาของความคิด ดังต่อไปนี้ (เอี่ยมเดือน เนตรแฉม, 2541)

- 1) การสรุปเอาเอง (arbitrary inference) เป็นสรุปความคิดด้วยข้อมูลเพียงเล็กน้อย หรือไม่มีข้อมูลมาสนับสนุน
- 2) การเลือกรับข้อมูล (selective abstraction) มุ่งประเด็นไปในรายละเอียดที่ไม่สำคัญของเหตุการณ์ และเพิกเฉยต่อสิ่งที่เป็นสาระสำคัญ
- 3) การคิดเกินความเป็นจริง (overgeneralization) มีการสรุปเหตุการณ์อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงเพียงเล็กน้อย หรือสรุปจากประสบการณ์เพียงอย่างเดียว
- 4) การขยายความและการทำให้ลดลง (magnification and minimization) ประเมินความผิดพลาด จากสิ่งเล็กน้อยที่ไม่พึงพอใจ ว่าเป็นความผิดที่ใหญ่โต ประเมินสิ่งสำคัญหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงพอใจให้ลดน้อยลง เมื่อมีเหตุการณ์ มากระทบเพียงเล็กน้อย อาจมองว่าเหตุการณ์นั้นมีความรุนแรงซึ่งเป็นผลมาจากความคิดที่บิดเบือน
- 5) การมองว่าตนเองเป็นเหตุ (personalization) คิดว่าตนเองต้องรับผิดชอบในเหตุการณ์นั้น ความคิดนี้นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและความคิดที่ไม่มีคุณค่า

6) ความคิดเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง มากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลนั้นทั้งหมด(dichotomous reasoning)

ภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดทฤษฎีทางปัญญา สามารถให้การช่วยเหลือและป้องกันได้ โดยได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่เริ่มแรกแยกแยะ ทำความกระจ่าง ช่วยให้บุคคลเกิดความคิดในทางบวกจะเป็นผลทำให้วงจรภาวะซึมเศร้าถูกตัดไป ทำให้ไม่เกิดภาวะซึมเศร้าหรืออย่างน้อยที่สุดก็จะช่วยไม่ให้อยู่ในระดับที่เป็นอันตราย (Beck, Rush, Shaw and Emery, 1979; อ้างใน ทมาภรณ์ บุรณสมภพ, 2547)

สรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุหลายปัจจัยร่วมกันทั้ง ปัจจัยทางพันธุกรรม ร่างกาย จิตใจ สภาพสังคม จาริตประเพณี ปัจจัยแต่ละด้าน มีอิทธิพลมากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ส่วนใหญ่พบว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากความคิดอัตโนมัติด้านลบ 3 ลักษณะ คือ ความคิดด้านลบต่อตนเอง ต่อสภาพแวดล้อมและต่อสถานการณ์ในอนาคต ความคิดในแง่ลบดังกล่าว ก่อให้เกิดโปรแกรมการคิดในด้านลบของบุคคล เมื่อใดก็ตามที่บุคคลเผชิญปัญหา หรือประสบการณ์ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ โปรแกรมการคิดในแง่ลบ ไม่สามารถใช้เหตุผลในการคิด จนเกิดภาวะซึมเศร้า และผลกระทบต่างๆ ตามมา

2.3 อาการ อาการแสดง และการแบ่งระดับของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าจะมีอาการแสดงออก 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ และด้านร่างกาย (Beck, 1967)

2.3.1 ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย จะมีอาการแสดงออกของภาวะซึมเศร้าในด้านต่างๆคือ

2.3.1.1 อาการแสดงออกด้านอารมณ์ คือ มีอารมณ์เศร้า ซึ่งอารมณ์เศร้านี้ จะมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ ตลอดทั้งวัน มีช่วงเวลาที่อารมณ์เศร้าหายไปและมีอารมณ์สดชื่นแจ่มใส อารมณ์เศร้าในระดับนี้สามารถลดลงได้โดยการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมหรือปัจจัยภายนอก เช่น เรื่องตลก เหตุการณ์หรือสิ่งที่ทำให้เพลิดเพลินใจ การได้รับความใส่ใจจากบุคคลอื่น เป็นต้น มีความรู้สึกผิดหวังกับตนเอง ไม่ค่อยมีความรู้สึกสนุกสนาน หรือพึงพอใจกับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว ทั้งเรื่องครอบครัว เพื่อน การทำงาน ความกระตือรือร้นในการทำสิ่งต่างๆ รวมถึงความรักความผูกพัน ต่อครอบครัว และเพื่อนลดลง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติโดยเฉพาะในผู้หญิง อารมณ์ขันลดลง

2.3.1.2 อาการแสดงออกด้านความคิด คือ คิดว่าปัญหาหรือความผิดพลาดต่างๆ ของตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากตนเองมีความบกพร่อง มักชอบเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นแล้วคิดว่าตนเองด้อยกว่า ต่ำหนีดตนเองทนไม่ได้กับข้อผิดพลาดของตนเอง มีความคาดหวังในผลลัพธ์

ของ สถานการณ์ที่ไม่แน่นอนในทางลบ ตัดสินใจช้าลง กลัวการตัดสินใจที่ผิดพลาด เริ่มไม่พอใจใน รูปลักษณ์ของตนเอง

2.3.1.3 อาการแสดงออกด้านแรงจูงใจ คือ ไม่มีความต้องการที่จะทำในบางสิ่งที่ไม่ได้ให้ความพึงพอใจอย่างทันทีทันใด เช่น นักเรียนไม่ชอบเรียนหนังสือ อาจารย์ไม่ชอบเตรียมการสอน เป็นต้น หลีกเลี่ยงหรือผ่อนผันในการทำกิจกรรมต่างๆที่ตนเองคิดว่าไม่น่าสนใจหรือกิจกรรมที่ต้องใช้ความพยายาม ต้องการความช่วยเหลือและคำแนะนำจากผู้อื่นในเรื่องที่ตนเองเคยทำได้เอง มีความคิดเกี่ยวกับความตาย

2.3.1.4 อาการแสดงออกด้านร่างกาย คือ ความอยากอาหารลดลง หลับยากกว่าปกติ ตื่นนอนเร็วกว่าเวลาปกติเล็กน้อย ในบางรายอาจนอนมากผิดปกติ เหนื่อยง่ายกว่าปกติ เวลาทำงาน ความต้องการทางเพศลดลงเล็กน้อย ในบางรายความต้องการทางเพศอาจสูงขึ้น

2.3.2 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จะมีอาการแสดงออกของภาวะซึมเศร้าในด้านต่างๆ คือ

2.3.2.1 อาการแสดงออกด้านอารมณ์ คือ มีอารมณ์เศร้ารุนแรงและคงอยู่นาน มีอารมณ์เศร้ารุนแรงมากในตอนเช้า รู้สึกไม่ชอบตนเองเพราะคิดว่าตนเองทำอะไรก็ไม่ถูกต้อง เป็นคนไม่ดี เป็นต้น มีความรู้สึกเบื่อหน่ายเกือบตลอดเวลา รู้สึกเฉยๆ กับกิจกรรมที่เคยชอบ ขาดความสนใจหรือความเอาใจใส่ต่อครอบครัว หน้าที่การงาน ร้องไห้อย่างไม่มีเหตุผล แทบจะไม่มีอารมณ์ขัน และจริงจังกับทุกๆ เรื่อง

2.3.2.2 อาการแสดงออกด้านความคิด คือ คิดหมกมุ่นในเรื่องความบกพร่องของตนเอง มองเห็นแต่สิ่งที่ล้มเหลวของตนเองมากกว่าสิ่งที่ประสบความสำเร็จ สูญเสียความมั่นใจในตนเอง ไม่มีความหวังในอนาคต คิดว่าสิ่งต่างๆ ที่ตนเองทำไปไม่ประสบความสำเร็จ กำหนดตนเองอย่าง รุนแรงในการกระทำหรือความประพฤตินั้นเองคิดว่าไม่เหมาะสม โทษตนเองแม้แต่เรื่องที่เป็นอุบัติเหตุเล็กน้อยซึ่งไม่ใช่เป็นความผิดของตน ตัดสินใจยากแม้แต่เรื่องเล็กน้อย เช่น การเลือกเสื้อผ้าที่จะแต่งตัว การตัดผม เป็นต้น มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกายว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นทั้งๆ ที่ยังไม่มีการผิดปกติ หรืออาการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตได้

2.3.2.3 อาการแสดงออกด้านแรงจูงใจ คือ ไม่อยากปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ แต่ก็ยังสามารถบังคับตนเองหรือถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ปฏิบัติเองได้มีความต้องการที่จะหลีกเลี่ยง แม้กระทั่ง กิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ เช่น ต้องการเปลี่ยนอาชีพ ตำแหน่งหน้าที่การงาน เป็นต้น แยกตัวจากสังคม รู้สึกมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือหรือคำแนะนำจากผู้อื่นเมื่อเผชิญกับปัญหาก่อนที่จะพยายามที่จะแก้ปัญหาเอง ความต้องการที่จะตายรุนแรงและถี่ขึ้นและมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย

2.3.2.4 อาการแสดงออกด้านร่างกาย คือ แทบจะไม่อยากรับประทานอาหารหรือลิ้ม รับประทานอาหารไปเลย ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง นอนหลับไม่สนิท อาจจะมีสะดุ้ง

ตื่นหลังจากนอนหลับได้ 3-4 ชั่วโมงแล้วหลับต่ออยากต้องใช้ยานอนหลับ รู้สึกอ่อนล้าตั้งแต่ตื่นนอน ตอนเช้า รู้สึกเหนื่อยในการทำกิจกรรมเกือบจะทุกอย่างแม้กระทั่งการอ่านหนังสือ การผ่อนคลายต่างๆ ก็ไม่ได้ทำให้หายเหนื่อย และอาจทำให้รู้สึกแย่ง ความต้องการทางเพศลดลงอย่างชัดเจน ต้องใช้ สิ่งกระตุ้นอย่างมาก

2.3.3 ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง จะมีอาการแสดงออกของภาวะซึมเศร้าในด้านต่างๆ คือ

2.3.3.1 อาการแสดงออกด้านอารมณ์ คือ มีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงตลอดเวลา รู้สึกหมดหวัง รู้สึกเป็นทุกข์ เกลียดตนเองเห็นว่าตนเองไม่มีคุณค่าพอที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่มีความสุขกับการทำกิจกรรมที่เคยชอบ ไม่มีอารมณ์พึงพอใจกับสิ่งใดๆ เฉยชากับครอบครัวและคนอื่นๆ ร้องไห้แต่ไม่มีน้ำตา ไม่มีอารมณ์ขัน

2.3.3.2 อาการแสดงออกด้านความคิด คือ คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ล้มเหลวในทุกสิ่งทุกอย่าง เป็นคนไม่ดี ไม่มีประโยชน์ สร้างภาระให้ผู้อื่น มองอนาคตอย่างมืดมนและหมดหวัง ทุกปัญหาไม่สามารถแก้ไขได้ คิดว่าตนเองเป็นคนผิดบาปสมควรได้รับการลงโทษอย่างรุนแรง ไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้เลย คิดว่าตนเองน่าเกลียด ไม่น่ามอง และเป็นที่ยังเกลียดของคนอื่น

2.3.3.3 อาการแสดงออกด้านแรงจูงใจ คือ ไม่มีความต้องการที่จะทำอะไรเลย ถึงแม้ว่าสิ่งนั้นจะเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับชีวิต แทบจะไม่มีอาการเคลื่อนไหวตนเองไปไหน การทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ ต้องให้ผู้อื่นกระตุ้นและช่วยทำให้ และบางครั้งจะต้องให้ผู้อื่นทำให้ทั้งหมด ในรายที่รุนแรงมากๆ รู้สึกไม่มีแรงจูงใจที่จะพูดหรือติดต่อสื่อสารกับใคร หลีกหนีทุกๆ สิ่งไม่ยอมพบหรือพูดกับใคร สิ่งที่ต้องการมากที่สุดคือการนอนหลับ อาจจบชีวิตตนเองเพื่อหลีกหนีสถานการณ์ที่ทนไม่ได้ มีความต้องการที่จะตายอย่างมาก รู้สึกทุกข์ทรมานใจกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่จนกระทั่ง รู้สึกว่าไม่สามารถที่จะมีชีวิตอยู่ได้ต่อไป

2.3.3.4 อาการแสดงออกด้านร่างกาย คือ ไม่อยากรับประทานอาหารเลย ต้องบังคับให้ รับประทานอาหาร น้ำหนักลด ตื่นหลังจากนอนหลับได้ 4-5 ชั่วโมงแล้วไม่สามารถกลับไปหลับต่อได้อีก หรือนอนไม่หลับเลย เหนื่อยล้าจนไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ได้ ไม่มีความต้องการทางเพศ ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง และมีอาการแสดงออกทางด้านความคิดที่บิดเบือน รุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ อาจทำให้มีความคิดหลงผิด (delusion) และ ประสาทหลอน (hallucination) ได้

2.4 การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้าสามารถประเมินได้โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าซึ่งได้มีผู้ศึกษาและพัฒนาแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าไว้ สามารถแบ่งประเภทของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าได้เป็น 2 ประเภทตามวิธีการประเมิน คือ ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการ

ใช้ ผู้สัมภาษณ์และสังเกต (clinician-administered scale) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง (self report) สามารถสรุปได้ดังนี้ (Burt & IsHak, 2002; Yonkers & Samson, 2000)

2.4.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกต (clinician-administered scales) แบบประเมินเหล่านี้ได้แก่

2.4.1.2 Hamilton Rating Scales for Depression (HRSD or Ham-D)

แบบประเมินนี้สร้างขึ้นโดย Hamilton (1960) เพื่อใช้ประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะแรกๆ ทั้งนี้อาจใช้เพื่อ 1) ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าก่อนในการรักษา 2) ประเมินผลการรักษาจากอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า 3) ค้นหาอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าที่กลับมาเป็นซ้ำอีก ถึงแม้ว่าแบบประเมินนี้ถูกสร้างขึ้นเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แต่ก็สามารถใช้ประเมินอาการซึมเศร้าในประชากรกลุ่มอื่นๆ ได้ และมีการใช้อย่างกว้างขวางทั้งในการบำบัดรักษา และในงานวิจัย แบบประเมินนี้มีหลายโปรแกรมโดยเริ่มแรกมีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ และมี 17 ข้อคำถามแรกที่เกี่ยวข้องกับอาการของภาวะซึมเศร้าโดยตรง และ 4 ข้อคำถามที่เหลือเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับอาการแสดงที่ไม่ค่อยพบได้บ่อย ซึ่งต่อมา Hamilton แนะนำให้ตัดข้อคำถาม 4 ข้อสุดท้ายออกจึงเหลือข้อคำถามเพียง 17 ข้อ และยังมีแบบประเมินอีกโปรแกรมหนึ่งที่มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อและเป็นแบบประเมินที่ดูใช้บ่อย แบบประเมินนี้ใช้ประเมินอาการของผู้ป่วยย้อนหลัง 1 สัปดาห์ ใช้เวลาในการประเมินแต่ละครั้งประมาณ 15 นาที และมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยมีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง ผู้ประเมินหรือผู้สังเกต (interrater reliability) ของแบบประเมินระหว่าง 0.65 ถึง 0.90 (Rehm et al., 1985 as cited in Burt & IsHak, 2002) และจากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง จำนวนมากกว่า 300 คน สามารถคำนวณค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 (Reynolds & Kobak, 1995 as cited in Yonkers & Samson, 2000) และมีค่าความตรงของเครื่องมือ โดยมีค่าความสัมพันธ์ระหว่าง HRSD กับแบบประเมินภาวะซึมเศร้าอื่นที่ใช้ผู้สัมภาษณ์หรือสังเกตด้วยกัน ระหว่าง 0.80 ถึง 0.90 (American Psychiatric Association, 2000b as cited in Burt & IsHak, 2002) แต่ความตรงของเครื่องมือจะอยู่ในระดับต่ำลงเมื่อใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุหรือกลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางกาย (Linden et al., 1995 as cited in Burt & IsHak, 2002) ข้อดีของแบบประเมินนี้ คือ มีความไวต่ออาการที่เปลี่ยนแปลงในโรคซึมเศร้า แต่อาการซึมเศร้าในแบบประเมินนี้ยังขัดแย้งกับคำจำกัดความของภาวะซึมเศร้าในคู่มือการวินิจฉัย และสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตครั้งที่ 4-TR (DSM-IV TR) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน และในบางข้อคำถามที่แสดงถึงอาการซึมเศร้าอาจไม่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า การใช้แบบประเมินนี้ผู้ประเมินควรได้รับการฝึกมาก่อนจึงจะเหมาะสม

2.4.1.2 Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) แบบ

ประเมินนี้สร้างขึ้นโดย Montgomery และ Asberg (1979) เพื่อใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างแบบประเมินในการประเมินผล การรักษา และเพื่อเป็นแบบประเมินสำหรับทั้งจิตแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญโดยไม่ต้องผ่านการอบรมเฉพาะทางจิตเวช เช่นพยาบาลทั่วไปที่ไม่ใช่พยาบาลจิตเวช แบบประเมินนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 15 นาที การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง ผู้ประเมินหรือผู้สังเกต (interrater reliability) ของเครื่องมือ 0.97 และมีความตรงของเครื่องมือโดยมีค่าความสัมพันธ์ระหว่าง MADRS กับ HRSD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แบบประเมินนี้ให้ความสำคัญของอาการภาวะซึมเศร้าที่แสดงในด้านความคิด ทำให้สามารถให้การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางร่างกายได้ค่อนข้างดี และมีความไวสูงต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการซึมเศร้า และมีการนำไปใช้ในหลายๆ กลุ่มตัวอย่าง เช่น กลุ่มผู้ป่วยใน กลุ่มผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยทางกาย ผู้สูงอายุ วัยรุ่น และกลุ่มวัฒนธรรมที่หลากหลาย แต่แบบประเมินนี้ยังไม่ครอบคลุมนิยามภาวะ ซึมเศร้าที่ใช้กันปัจจุบันและไม่ได้กำหนดระยะเวลาที่แน่นอนในการประเมินอาการซึมเศร้าที่ผู้ป่วยแสดงออก

2.4.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง (self report) แบบประเมินเหล่านี้ ได้แก่

2.4.2.1 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) แบบประเมินนี้

สร้าง ขึ้นโดย Zigmond & Snaith (1983) เพื่อคัดกรองภาวะอารมณ์แปรปรวน (mood disorder) ในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางกาย และสามารถใช้ได้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาล และในชุมชน ข้อคำถามในแบบประเมินจะเน้นที่สิ่งรบกวนทางอารมณ์มากกว่าอาการทางร่างกาย จึงสามารถแยกอาการทางจิตเวชออกจากอาการเจ็บป่วยทางกายได้ แบบประเมินจะไม่ครอบคลุมภาวะซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของคู่มือการวินิจฉัย และสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตครั้งที่ 4 (DSM-IV) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน แต่จะให้ความสำคัญกับอาการแสดงของความรู้สึกไม่มีความสุข (anhedonia) มากกว่า อารมณ์เศร้า (sadness) ซึ่งมีหลักฐานที่สนับสนุนว่าเป็นตัวชี้วัดของภาวะ ซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางกาย แบบประเมินจะไม่มีข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตาย ความรู้สึกผิด ความหมดหวัง มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ใช้เวลา 3 ถึง 4 นาที ในการประเมิน การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีค่าความเชื่อมั่นโดยการใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.90 ในส่วนของภาวะซึมเศร้าของแบบประเมินซึ่งศึกษาใน ผู้ป่วยที่เพิ่ง จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง และมีค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินหรือ ผู้สังเกต (interrater reliability) ในส่วนของภาวะซึมเศร้าของแบบประเมิน เท่ากับ 0.92 ในผู้ที่มี สุขภาพแข็งแรง และมีความตรงของเครื่องมือโดยมีค่าความสัมพันธ์ระหว่าง HADS (ในส่วนของภาวะซึมเศร้า) กับ MADRS ตั้งแต่ 0.70 ถึง 0.77 ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม และ

ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่ามีอารมณ์แปรปรวน แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่สั้นและง่ายสำหรับการใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มประชากรทั่วไปที่ไม่ใช่ผู้ป่วยจิตเวช และเหมาะสมสำหรับการใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในระดับปฐมภูมิ (primary care setting)

2.4.2.2 Zung Self-Rating Depression Scale (Zung SDS) แบบประเมินนี้สร้างโดย Zung (1965) เพื่อวัดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เป็นการประเมินในด้านความคิด ด้านอารมณ์ และอาการทางกาย (Sokamoto et al, 1998 as cited in Burt & IsHak, 2002) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ใช้เวลาในการประเมิน 15 ถึง 20 นาที การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีการแบบแบ่งครึ่ง (split-half reliability) เท่ากับ 0.73 ในกลุ่มประชากรจิตเวช (Zung, 1972 as cited in Yonkers & Samson, 2000) และมีค่าความเชื่อมั่นโดยการใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.79 ในการสำรวจในชุมชน (Knight et al, 1983 as cited in Yonkers & Samson, 2000) และมีความตรงของเครื่องมือโดยมีค่าความสัมพันธ์ระหว่าง Zung SDS กับ HRSD ตั้งแต่ 0.68 ถึง 0.76 ในการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยนอกที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งอยู่ในระหว่างการได้รับการรักษาในสัปดาห์ที่ 2, 4 และสัปดาห์ที่ 6 แบบประเมินนี้นิยมใช้ในการประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และสามารถใช้ในการวัดภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ วัยรุ่น ผู้สูงอายุ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมถึงผู้ป่วยเจ็บป่วยทางกาย แต่แบบประเมินจะมีความไวต่ำในการประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะในระดับรุนแรง เมื่อเทียบกับ แบบประเมินอื่น และไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์การวินิจฉัยของกลุ่มอาการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตครั้งที่ 4-TR (DSM-IV-TR) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันในเรื่องของความคิดฆ่าตัวตาย และอาการทางจิต

2.4.2.3 Beck Depression Inventory (BDI) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นโดย Beck และคณะ (Beck et al., 1961) เพื่อวัดอาการแสดงออกในพฤติกรรมต่างๆ ของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และ วัยผู้ใหญ่ และได้ออกแบบเป็นมาตรฐานในการประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเพื่อที่จะ ติดตามการเปลี่ยนแปลงความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าตลอดเวลา หรือเพื่ออธิบายถึงลักษณะอาการเจ็บป่วยในภาวะซึมเศร้า ข้อคำถามในแบบประเมินได้จากการสังเกตผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระหว่างการบำบัดแบบจิตวิเคราะห์ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อคำถาม และในปี ค.ศ. 1978 แบบประเมินได้รับการปรับปรุง (BDI-IA) เกี่ยวกับข้อคำถามที่มีระดับความรุนแรงซ้ำกัน และปรับช่วงระยะเวลาที่มีอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าที่จะประเมินเป็น 1 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมถึงวันที่ประเมิน การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีค่าความเชื่อมั่นโดยการใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha) ตั้งแต่ 0.76 ถึง 0.95 เมื่อใช้แบบประเมินในกลุ่มผู้ป่วย จิตเวช และมีค่าตั้งแต่ 0.82 ถึง 0.92 เมื่อใช้แบบประเมินในกลุ่มนักเรียน มีค่าความตรงของเครื่องมือโดยจะมีค่าความสัมพันธ์ในระดับสูงกับแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่ได้มาตรฐานอื่นๆ

เช่น จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่ผู้ป่วยจิตเวช 2 กลุ่ม พบว่ามีค่าความสัมพันธ์ระหว่าง BDI-IA กับ HRSD เท่ากับ 0.73 และ 0.80 แบบประเมินนี้ถูกใช้อย่างกว้างขวางในการศึกษาเกี่ยวกับการรักษาภาวะซึมเศร้าเพื่อที่จะประเมินการเปลี่ยนแปลงในอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า และใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยที่อาจจะมีภาวะซึมเศร้าและต้องการการรักษา เมื่อคัดกรองแล้วพบภาวะซึมเศร้าจะต้องมีการสัมภาษณ์และใช้เครื่องมืออื่นประกอบการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า แต่แบบประเมินนี้ยังไม่ครอบคลุมอาการของภาวะซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของกลุ่มอาการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตครั้งที่ 4 (DSM-IV) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันในข้อคำถามเกี่ยวกับการเพิ่มความอยากอาหาร การนอนหลับมากขึ้น และอาการกระวนกระวายและเชื่องช้า ในปี ค.ศ. 1996 Beck และคณะ (Beck et al., 1996) ได้มีปรับปรุงแบบประเมิน BDI แล้วออกแบบประเมินฉบับใหม่ขึ้นคือ Beck Depression Inventory II (BDI-II) ซึ่งมีการปรับปรุง ข้อคำถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับความอยากรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น การนอนหลับมากกว่าปกติ อาการกระวนกระวายหรือเชื่องช้า และช่วงระยะเวลาของการมีอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าที่จะประเมินเป็น 2 สัปดาห์รวมวันที่ประเมิน เพื่อให้สอดคล้องตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของกลุ่มอาการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตครั้งที่ 4 (DSM-IV) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน โดยมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ แบบประเมินมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยมีค่าความเชื่อมั่นโดยการใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.93 เมื่อใช้ในนักศึกษาในวิทยาลัย และเท่ากับ 0.92 เมื่อใช้กับผู้ป่วยนอก และมีค่าความตรงของเครื่องมือโดยมีค่าความสัมพันธ์กับแบบประเมิน Symptom Checklist 90-Revised ในส่วนของการประเมินภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.76 และมีค่าความสัมพันธ์กับแบบประเมิน Minnesota Multiphasic Personality Inventory ในส่วนของการประเมินภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 0.6 ข้อดีของแบบประเมินนี้คือ ถูกทำให้เป็นมาตรฐานสอดคล้องตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของกลุ่มอาการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตครั้งที่ 4 (DSM-IV) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน และมีการศึกษาการใช้ แบบประเมินในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย เช่น ในผู้ป่วยใน ในผู้ป่วยนอก ในผู้ป่วยโรคทางกาย ในกลุ่มอายุ เพศ และวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน แต่แบบประเมินนี้จะมีความยากต่อผู้ประเมินในการประเมินอาการและอาการแสดงของตนเองในช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาเพราะความรุนแรงของอาการ และอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าอาจมีการเปลี่ยนแปลงในช่วงระยะเวลาดังกล่าว และประโยชน์ในการใช้ประเมินในการติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าจะลดลงเพราะจะต้องเว้นช่วงระยะเวลาในการประเมินที่นานมากขึ้น และต้องเสียค่าใช้จ่ายที่สูงในการนำแบบประเมินมาใช้

2.4.2.4 Raskin Scale or Three – Area Severity of Depression Scale

สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1988 โดย Raskin (1988) สร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรที่คัดกรองให้เข้าร่วมในการศึกษากลุ่มใหญ่ ศึกษาในศูนย์การบำบัดด้วยยา

ขณะเดียวกันก็ประเมินอาการวิตกกังวลไปด้วย แบบประเมินแบ่งประเมินสภาพของกลุ่มประชากรเป็น 3 อย่าง คือ ด้านประสบการณ์ ประเมินด้านพฤติกรรมที่แสดงถึงภาวะซึมเศร้าในด้านปฐมภูมิ และประเมินอาการและอาการแสดงภาวะซึมเศร้าในด้านทุติยภูมิ เช่นการเปลี่ยนแปลงในการนอนหลับ การเปลี่ยนแปลงในการรับประทานอาหาร หรือการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สึกนึกคิด มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ คือ ตั้งแต่ 1 คะแนนถึง 5 คะแนน แบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค แบบประเมินนี้ได้พัฒนาขึ้น เพื่อให้คาดคะเนอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้าซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการบำบัดรักษาด้วยยา จึงเหมาะที่จะใช้ประเมินกับกลุ่มประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และยังสามารถใช้แบบประเมินนี้วัดอาการที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากการบำบัดรักษา แม้แบบประเมินนี้จะสั้นและมีความเที่ยงตรงสูงแต่มีข้อจำกัด คือ ต้องมีข้อมูลด้านการทดสอบ และวัดการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพทางจิตก่อน จึงจะใช้แบบประเมินนี้ได้

2.4.2.5 Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES – D) สร้างขึ้นในปี ค.ศ.1977 โดย Radloff (1977) สร้างขึ้นมาเพื่อวัดอาการซึมเศร้าของกลุ่มประชากรในชุมชน แบบประเมินนี้มี 20 ข้อ ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินของซุง (Zung Self – Rating Depression Scale) แบบประเมินของเบค (Beck Depression Inventory) และแบบประเมินของรัสกิน (Raskin Scale) เป็นต้น แบบประเมินนี้ใช้วิธีคำนวณหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ผู้สร้างใช้แบบประเมินนี้กับกลุ่มประชากรทั่วไป หรือกลุ่มประชากรในชุมชน จะได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 การหาความเชื่อมั่นแบบ Split – half ก็จะได้ค่าความเชื่อมั่นสูงเช่นกัน คือมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.77 ถึง 0.92 แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินอาการด้วยตนเอง จุดประสงค์ของการใช้แบบประเมินนี้ก็เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าของประชากรในชุมชนหรือเพื่อการศึกษาดูแลเบื้องต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แบบประเมินวัดหาภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองที่ได้พัฒนามาจากของ Beck(1967) ซึ่งเรียกว่า Beck Depression Inventory (BDI) และได้ปรับปรุงเป็นฉบับภาษาไทย เพื่อใช้กับกลุ่มประชากรไทย โดย แพทย์หญิง ดวงใจ กสานติกุล และคณะ มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยด้านอารมณ์ ด้านการรับรู้ ด้านพฤติกรรม และด้านสรีระวิทยา เมื่อพิจารณาแล้วพบว่า เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์จัดเป็นผู้ป่วยทางกายที่มีปัญหาทางจิตเวช และในการศึกษานี้เป็นแบบกลุ่มเดียววัดก่อน – หลัง ซึ่งแบบประเมินนี้สามารถใช้วัดซ้ำได้ เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัดรักษา มีความเที่ยงตรงสูงอย่างสม่ำเสมอและมีความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับ

2.5 การบำบัดภาวะซึมเศร้า

เมื่อประเมินภาวะซึมเศร้าและพบว่า มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าแล้ว การช่วยลดภาวะซึมเศร้าจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งวิธีการในการช่วยลดภาวะซึมเศร้ามีอยู่ด้วยกันหลายวิธี สรุปได้ดังนี้

2.5.1 การบำบัดภาวะซึมเศร้าด้านร่างกาย ด้วยยาต้านอารมณ์เศร้า การใช้ยาด้านอารมณ์เศร้านี้จะพิจารณาใช้ในผู้ที่มีอาการ และอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง เช่น มีอารมณ์เศร้าตลอดเวลา ร่วมกับมีอาการทางร่างกาย เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Cohen & Hart, 1995) ยาด้านอารมณ์เศร้านี้ประกอบไปด้วยยาด้านอารมณ์เศร้าในกลุ่มต่างๆ คือ ยาด้านอารมณ์เศร้านี้กลุ่ม TCAs (tricyclic antidepressants) ยาด้านอารมณ์เศร้านี้กลุ่ม MAOIs (monoamine oxidase inhibitors) ยาด้านอารมณ์เศร้านี้กลุ่ม SSRIs (selective serotonin reuptake inhibitors) และยาด้านอารมณ์เศร้านี้กลุ่ม NAs (newer antidepressants) จากสมมุติฐานที่ว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการลดลงของสารสื่อประสาทนอร์เอพิเนฟริน (norepinephrine) และซีโร โดนิน (serotonin) ในสมอง ยาด้านอารมณ์ซึมเศร้าในกลุ่มต่างๆ เหล่านี้ จะออกฤทธิ์ต่อระบบ นอร์เอพิเนฟริน และซีโร โดนิน ซึ่งมีได้หลายลักษณะ เช่น การยับยั้งการดูดกลับ (reuptake inhibition) การยับยั้งการทำลาย หรือการกระตุ้นหรือยับยั้งการทำงานของตัวรับ (receptor) มีผล ทำให้เกิดการส่งผ่านนอร์เอพิเนฟริน และซีโร โดนินเพิ่มขึ้นภาวะซึมเศร้าจึงลดลง การใช้ยาด้านอารมณ์เศร้านี้ใช้ระยะเวลาการออกฤทธิ์ประมาณ 2 ถึง 3 สัปดาห์ จึงจะเห็นผล (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545; วนิดา พุ่มไพศาลชัย, และ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, 2544)

การใช้ยาด้านอารมณ์เศร้านี้ในการลดภาวะซึมเศร้าอาจทำให้เกิดฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา อาการที่พบบ่อยคือ ปากแห้ง ท้องผูก ใจสั่น ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า (orthostatic hypotension) เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย นอนไม่หลับ กระวนกระวาย วิตกกังวล สมรรถภาพทางเพศเสื่อม (sexual dysfunction) และอาจมีความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน (hypertensive crises) ในยาด้านอารมณ์ซึมเศร้าในกลุ่ม MOAIs ฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยาด้านอารมณ์เศร้านี้ในแต่ละกลุ่มอาจแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากกลไกการออกฤทธิ์ของยาที่แตกต่างกัน และยาด้านอารมณ์เศร้านี้ที่ถูกพัฒนาขึ้นมาใหม่ เช่น ยาด้านอารมณ์เศร้านี้กลุ่ม SSRIs และ NAs จะมีฤทธิ์ข้างเคียงที่น้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ ทำให้ได้รับการยอมรับมากกว่า แต่มีราคาแพง การลดภาวะ ซึมเศร้าโดยการ ใช้ยาด้านอารมณ์เศร้านี้ จะต้องคำนึงถึงในการเลือกยาด้านอารมณ์เศร้านี้ คือ ประสิทธิภาพของยา การยอมรับยา ลักษณะอาการ อาการแสดงของภาวะซึมเศร้า เช่น ประวัติการตอบสนองต่อยา มีอาการนอนไม่หลับ มีประวัติเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น รวมถึงราคา และความต้องการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545; มาโนช หล่อตระกูล, 2544)

2.5.2 การบำบัดภาวะซึมเศร้าด้านจิตสังคม การลดภาวะซึมเศร้าทางด้านจิตสังคม สามารถทำได้โดยใช้วิธีจิตบำบัดซึ่งมีหลายวิธี แต่ที่ได้รับการศึกษาวิจัยยืนยันว่ามีประสิทธิผล คือ การบำบัดทางปัญญา การบำบัดแบบปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และพฤติกรรมบำบัด เป็นจิตบำบัดที่ใช้ระยะเวลาสั้น มีวัตถุประสงค์ที่เข้าใจได้อย่างตรงไปตรงมา และมีการกำหนดจุดเสร็จสิ้นของการรักษาอย่างชัดเจน ผู้บำบัดมีบทบาทเชิงรุกและแนะแนวทาง (active and directive role) จิตบำบัดแต่ละประเภทสามารถสรุปดังนี้ (สุชาติ พหลภาภย์, 2544; Sadock & Sadock, 2003)

2.5.2.1 การบำบัดปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal therapy) การบำบัด ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีข้อตกลงเบื้องต้นอยู่ 2 ประการ คือ ประการที่หนึ่ง ปัญหา ระหว่างบุคคลในปัจจุบันมาจากความสัมพันธ์ที่ไม่ดีในวัยเด็ก ประการที่สอง ปัญหา ระหว่างบุคคลในปัจจุบันมักเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าหรือทำให้อารมณ์ซึมเศร้าคงอยู่อย่างต่อเนื่อง และการบำบัดจะมุ่งเน้นในปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งประกอบไปด้วย ความรู้สึกสูญเสียและความ โศกเศร้าที่ยังไม่หมดไป (unresolved loss and grief) การโต้แย้งเกี่ยวกับบทบาทระหว่างบุคคล (interpersonal role disputes) การเปลี่ยนผ่านของบทบาท (role transition) การแยกตัวจากสังคม (social isolation) การบกพร่องในทักษะทางสังคม (deficit in social skills) (Klerman, Weissman, Rounsaville, & Chevron, 1984 as cited in Karasu et al., 2002) เพื่อให้ผู้บำบัดได้รับการตอบสนองและแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม ช่วยแก้ไขความสับสนหรือการเปลี่ยนผ่านของบทบาท เพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นการเพิ่มทักษะทางสังคม ในการบำบัดปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลผู้บำบัดมีบทบาทเชิงรุก ร่วมกับผู้รับการบำบัดเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาระหว่างบุคคล มิได้มุ่งเน้นแก้ไขความขัดแย้งส่วนลึกในจิตใจ แต่จะมุ่งเน้นพฤติกรรมเฉพาะบางอย่าง เช่น การไม่เรียกร้องหรือไม่ปกป้องสิทธิของตน ทักษะทางสังคมที่บกพร่อง และการคิดที่บิดเบือน เพื่อที่จะนำมาเป็นประเด็นในการบำบัดแล้วจะช่วยให้ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดีขึ้นส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

2.5.2.2 พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) มีสมมุติฐานว่าพฤติกรรมที่มีลักษณะไม่ปรับตัวจะทำให้บุคคลนั้นได้รับผลป้อนกลับที่เป็นทางบวกเพียงเล็กน้อยเท่านั้น และบางครั้งกลับถูกปฏิเสธอย่างสิ้นเชิงจากสังคม พฤติกรรมบำบัดมุ่งสอนให้ผู้รับการบำบัดให้เรียนรู้ที่จะทำหน้าที่ได้ดีขึ้นจนทำให้ผู้รับการบำบัดได้รับแรงเสริมทางบวก (positive reinforcement) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดเพิ่มความถี่ของการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมโดยเป็นการปฏิสัมพันธ์ชนิดที่ทำให้ได้รับแรงเสริมทางบวก ลดความถี่ของการปฏิสัมพันธ์ชนิดที่ทำให้เกิดแรงเสริมทางลบ เพิ่มทักษะทางสังคม หรือเพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถเฝ้าติดตามประเมินเตือนตนเอง และสามารถให้แรงเสริมแก่ตนเองตามที่จริงและถูกต้อง การเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมโดยใช้หลักการให้แรงเสริมทางบวกเพราะเชื่อว่าถ้าพฤติกรรมถูกเปลี่ยนแปลงไปในทางบวกอารมณ์ซึมเศร้าจะดีขึ้น

2.5.2.3 การบำบัดด้วยการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม

(Rational Emotion Therapy : RET) มีแนวคิดที่ว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากความคิด ความเชื่อที่ไร้เหตุผล การช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดและการเรียนรู้ การแทนที่ด้วยความคิดเก่าที่ไม่มีเหตุผล ด้วยความคิดที่มีเหตุผลจะช่วยให้มีการตอบสนองทางอารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสม จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

2.6 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541: กรมสุขภาพจิต, 2542: อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) มีดังนี้

2.6.1 การวิเคราะห์ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วย คือ การฆ่าตัวตาย พยาบาลต้องสังเกตพฤติกรรมที่จะเกิดแนวโน้ม การฆ่าตัวตาย โดยสังเกตพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ซึ่งสามารถทำได้ง่ายกว่าพฤติกรรมแยกตัวเองเนื่องจากผู้ป่วยจะบอกปัญหาและแสดงพฤติกรรมได้อย่างเด่นชัด

2.6.2 ลดภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง และเฝ้าต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่แสดงอาการซึมเศร้ารุนแรง พยายามทำร้ายตนเองหรือเมื่อแสดงอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วเพื่อให้การดูแลอย่างถูกต้องและทันที่

2.6.3 การดูแลสุขภาพอนามัย แนะนำญาติและผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ดูแลกิจวัตรด้วยตนเองและให้ได้รับการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล รวมทั้งการแต่งกาย การขับถ่าย การนอนและการรับประทานอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความสนใจตนเองในเรื่องเหล่านี้ การช่วยให้ร่างกายสะอาด แต่งกายเรียบร้อยสวยงาม ทำให้สดชื่นและมั่นใจขึ้น

2.6.4 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต ทำได้โดยการเปิดโอกาสให้ได้พูดถึงความรู้สึกที่ทำให้เกิดความท้อแท้ เสียใจ สิ้นหวัง และโทมนัส ยอมรับความคิดเห็นและพฤติกรรมของผู้ป่วยในการคิดค้นวิธีการแก้ปัญหาเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ สร้างความหวังใหม่ให้กับผู้ป่วย เสริมความมีคุณค่าโดยการให้ผู้ป่วยมองหาข้อดีของตนเอง ไม่แนะนำให้ผู้ป่วยหนีความเศร้าโดยการพูดถึงเรื่องที่สนุกสนาน ควรหลีกเลี่ยงการให้คำปลอบใจที่ไม่เหมาะสม การเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วย (Empathy) ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่นและเกิดกำลังใจดีขึ้น

2.6.5 สังเกตผลการรักษา เช่น ยา การบำบัดด้วยกระแสไฟฟ้า ทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งการบันทึกน้ำหนักตัวเพื่อการติดตามต่อไป

2.6.6 การจัดกิจกรรมละสิ่งแวดล้อม กิจกรรมที่เหมาะสมคือ การออกกำลังกาย

เพราะช่วยลดความเครียด ทำให้ร่างกายแข็งแรงมีความสดชื่น การทำงานบ้านประเภทล้างชาม ถูบ้าน จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณกลองโทษและจะทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ

2.6.7 ลดความรู้สึกผิดและเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีประโยชน์ โดยการให้ดูแลตนเองและมีงานอดิเรกทำ จะช่วยให้เกิดความหวังและความรู้สึกมีคุณค่าและยังเป็นกิจกรรมที่ทำนั้นแสดงผลสำเร็จ ก็จะทำให้มีกำลังใจสู้ต่อไป

2.6.8 การเตรียมผู้ป่วยเข้าสู่ชุมชน เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจะต้องช่วยให้มีโอกาสดูแลความคิดเห็นพิจารณาตัดสินใจเมื่อตนเองมีการพบปะพูดคุยกับครอบครัวเพื่อวางแผนร่วมกัน

3. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์

3.1 สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์เกิดจากหลายปัจจัย มีปัจจัยบางประการที่คล้ายกับภาวะซึมเศร้าทั่วไปและมีบางปัจจัยที่แตกต่างกันออกไป แต่สามารถส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ ความเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์เป็นภาวะวิกฤติของชีวิตเห็นได้จากไม่สามารถจัดการหรือทนกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ อาจแสดงปฏิกิริยาด้วยการร้องไห้อย่างหนัก เอะอะไว้วาย สับสน คิดอะไรไม่ออก (กนกรัตน์ สุขะตุงคะ, 2540) หากไม่ได้รับความช่วยเหลืออย่างเพียงพอจากบุคคลที่สามารถพึ่งพิงได้ ในระยะที่เจ็บป่วย ได้รับ ผลกระทบจากการรักษา และอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอดส์ คิดถึงชีวิตที่ต้องทนทุกข์ทรมานด้วยโรคเอดส์ การเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าส่งผลให้ร่างกายทรุดโทรมมากยิ่งขึ้นเป็นวงจรที่มีผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจ ปัญหาเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจที่จะดูแลสุขภาพตนเอง สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ เกิดจากผลกระทบด้านต่างๆ อันเนื่องจากการป่วยด้วยโรคเอดส์และปัจจัยต่างๆที่เกิดจากการป่วยด้วยโรคเอดส์ พอสรุปได้ดังนี้

3.1.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยเอดส์จะมีอาการป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนทางร่างกายเนื่องจากภูมิคุ้มกันของร่างกายที่อ่อนแอลง สามารถพบอาการต่างๆเช่น คอมน้ำเหลืองโต ทั่วร่างกาย ความไม่สุขสบาย อ่อนเพลีย น้ำหนักลด อาจเกิดการติดเชื้อในระบบต่างๆของร่างกาย เช่น ทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ ระบบประสาท (ปริยศ กิตติธีระศักดิ์, 2547) ก่อให้เกิดการสูญเสียสภาพลักษณะ ขาดความมั่นใจในการดำเนินชีวิต ตกอยู่ในภาวะซึมเศร้าตลอดเวลา

3.1.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยเอดส์มีความรู้สึกสูญเสียสิ่งต่างๆมากมาย สูญเสียทั้งอนาคตและสิ่งต่างๆ ที่สร้างมา สูญเสียสัมพันธภาพและอัตมโนทัศน์เชิงบวก ไม่ว่าจะการสูญเสียจะเป็นความเป็นจริงหรือในจินตนาการที่ผู้ป่วยเข้าใจไปเองก็เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้การสูญเสียทำให้มีอารมณ์โกรธและความไม่เป็นมิตรอยู่ภายในจิตใจแต่ไม่กล้า

แสดงออกเนื่องจากกลัวการถูกรังเกียจ หรือความรู้สึกที่ สองฝักสองฝ่ายในเวลาเดียวกันเกิดความ
 ลังเลสำนึกผิด ความรู้สึกที่ไม่ดีผันเข้าหาตนเอง (introjection) ทำให้รู้สึกเศร้ามาก สูญเสียความรู้สึก
 มีคุณค่าในตนเอง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้รู้สึกตนเองไม่มีอำนาจเพียงพอในการควบคุมหรือ
 แก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้

3.1.3 ผลกระทบทางด้านสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพจิตใจของผู้ป่วยเอดส์
 กับผลกระทบทางด้านสังคม ได้แก่ การขาดรายได้ สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพ ขาดการ
 สนับสนุนจากสังคม มีปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว และสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งล้วน
 เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ ภาวะซึมเศร้าเป็นการแสดงถึงการไม่ยอมรับ
 สภาพดังกล่าวเป็นปฏิกิริยาที่ผู้ป่วยเอดส์แสดงออกมาเมื่อไม่สามารถเผชิญความกดดันจาก
 สิ่งแวดล้อมภายนอก เกิดทัศนคติทางด้านลบ และการแยกตัวออกจากสังคม

3.1.4 ผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณ การป่วยด้วยโรคเอดส์ทำให้เกิดการ
 เปลี่ยนแปลง ในการดำเนินชีวิต ต้องสูญเสียบทบาทหน้าที่ ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง
 การที่ต้องดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำนายหรือคาดการณ์ชีวิตในอนาคตได้
 อย่างเต็มที่ ก่อให้เกิดความเครียด หวาดกลัวในสิ่งที่จะเกิดขึ้น กลัวตายกลัวการสูญเสียบุคคล
 ใกล้ชิด หรือคนใกล้ชิดจัดทำตัวห่างเหิน ทำให้สิ้นหวังและเศร้าอยู่บ่อยๆ

3.2 การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า

การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic
 nursing care) การช่วยเหลือทางด้านจิตใจของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า สิ่งที่พยาบาลควรทำคือ
 แสดงความห่วงใย แม้ว่าผู้ป่วยอาจยังไม่อยากพูดคุยด้วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก รับฟัง
 และสามารถพูดถึงความคิดทำร้ายตนเองของผู้ป่วยได้ โดยไม่ต้องกลัวหรือกังวลว่าเป็นการชี้ทางให้
 ผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้นให้กำลังใจในเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเคยผ่านอุปสรรคมาได้ รับฟัง
 ปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยด้วยท่าทีสนใจ เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม พยาบาลจึงมีความรู้
 และทักษะ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเลือกแนวทางในการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม การช่วยเหลือ
 ผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถกระทำได้ดังนี้ (เพ็ญพักตร์ อุทิศ และคณะ, 2546)

3.2.1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความมีคุณค่าใน
 ตนเอง มี กำลังใจในการดำเนินชีวิต วิเคราะห์ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยคือการฆ่าตัวตาย พยาบาล
 ต้องสังเกตพฤติกรรมที่มีแนวโน้มในการทำร้ายตนเอง โดยสังเกตการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม
 และอารมณ์ซึ่งทำได้ง่ายกว่าการสังเกตพฤติกรรมการแยกตัว เนื่องจากผู้ป่วยบอกปัญหาและแสดง
 พฤติกรรมได้อย่างเด่นชัด

3.2.2 การแสดงการยอมรับ การเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นและการรับฟัง

ความคิดเห็น ที่เหมาะสม ส่งเสริมความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองด้วยการมองหาข้อดีของตนเองในทางที่สร้างสรรค์ หางานอดิเรกทำ และกิจกรรมนันทนาการเพื่อช่วยให้ร่างกายแข็งแรงจิตใจสดชื่น

3.2.3 การลดภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิดตลอดต่อเนื่อง
ไว้ต่อ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยแสดงอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ไม่
พูดคุยพยายามทำร้ายตนเอง หรือเมื่อแสดงอาการที่ดีขึ้นอย่างรวดเร็ว เพื่อให้การดูแลที่ถูกต้องและ
ทันที่

3.2.4 การดูแลสุขภาพอนามัย ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการดูแลตนเองสามารถปฏิบัติ
กิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองและให้ได้รับการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล มีความสนใจในการดูแล
ตนเอง มีความมั่นใจมากขึ้น

3.2.5 ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่าและความสำเร็จ สร้างเสริมความรู้สึกรู้สึกการมี
คุณค่าในตนเองให้กำลัง แนวทางการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ บนพื้นฐานของความเป็นจริง

3.2.6 ลดความรู้สึกผิด และเสริมความรู้สึกรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า โดยให้มีการดูแล
ตนเองและทีมงานอดิเรกทำ จะช่วยให้เกิดความหวัง และความรู้สึกที่มีคุณค่าและยังกิจกรรมที่ทำนั้น
ประสบผลสำเร็จ จะทำให้มีกำลังใจต่อสู้ต่อไป

3.2.7 การเตรียมผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน เมื่อผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น จะต้องช่วยให้มี
โอกาสแสดงความคิดเห็นพิจารณาตัดสินใจด้วยตนเองมีการพบปะพูดคุยกับครอบครัวเพื่อการ
วางแผนร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย

3.3 บทบาทของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า

ในการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ ที่มีภาวะซึมเศร้า พยาบาลต้องให้การดูแลเพื่อตอบสนองปัญหาและ
ความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้พยาบาลจะต้องให้การยอมรับผู้ป่วยในฐานะ
บุคคลหนึ่ง ที่มีความต้องการเท่าเทียมกัน พยาบาลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะในการดูแล
ด้านจิตสังคม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมได้ บทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแล
ผู้ป่วยเอดส์ มีดังนี้ (สมหมาย หิรัญนุช, 2546)

3.3.1 บทบาทพยาบาลในฐานะผู้เฝ้าอำนาจทรัพยากรสำหรับผู้ป่วยเพื่อการจัดการ
การเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพ ซึ่งได้แก่ ความรู้ ข้อมูล ทักษะและทรัพยากร ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญใน
การจัดการกับความเจ็บป่วยที่มีผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วยความรู้ความเข้าใจที่ไม่
เพียงพอ ส่งผลต่อความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย เกิดความรู้สึกที่ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิด
อะไรขึ้นกับตนส่งผลให้เกิดความกลัว เครียด ท้อแท้ รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของผู้อื่น
นอกเหนือจากความรู้แล้วทักษะในการดูแลสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยแล้วยังมีทักษะอื่นๆที่สำคัญอีก

ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร ทักษะในการแสวงหาข้อมูล ทักษะในการตัดสินใจ ทักษะในการจัดการกับปัญหา

3.3.2 บทบาทพยาบาลในฐานะผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลง ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นความแตกต่างระหว่างการแสวงหาแหล่งทรัพยากรในการจัดการกับการเจ็บป่วยของตน กับความรู้สึกที่พึงพิงและเป็นภาระของผู้อื่นผู้ป่วยอาจต้องการปรับบทบาททั้งทางสังคมและครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างอิสระ

3.3.3 บทบาทพยาบาลในฐานะผู้ช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติต่อการเจ็บป่วยของตนเองซึ่งถือว่ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์มีการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติ จากเดิมที่เห็นว่าตนเองไร้ค่า รู้สึกผิด ต้องพึ่งพิงผู้อื่นจนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ไปสู่ความเข้มแข็งและมีคุณค่า มีความหวังในการมีชีวิตอยู่

3.4 บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า

โรคเอดส์เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เพราะส่วนใหญ่มักรังเกียจและไม่อยากอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเอดส์ เกิดการทอดทิ้ง การปฏิเสธคบหา ซึ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเอดส์ ดังนั้นความเข้าใจและการยอมรับ รวมทั้งความพร้อมที่จะช่วยเหลือ และดูแลจากคนในครอบครัวและคนใกล้ชิด หรือทัศนคติในชุมชน หรือสังคมนั้น เกิดความเข้าใจยอมรับมากขึ้นเท่าใด ก็จะเป็นสิ่งที่ ช่วยประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยเอดส์ได้มากขึ้น ไม่เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ซึ่งบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ เพื่อลดภาวะซึมเศร้า ดังนี้ การช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า (เพ็ญพักตร์ อุทิศ และคณะ, 2546)

3.4.1 รับฟังและสามารถพูดคุยถึงความคิดทำร้ายตนเองของผู้ป่วยเอดส์ โดยไม่ต้องกลัวหรือกังวลว่าเป็นการชี้หนทางให้เกิดแนวโน้มทำร้ายตนเองขึ้น เช่น รู้สึกอย่างไรกับตนเองบ้าง มีความรู้สึกที่ไม่อยากอยู่ต่อไหม หรือ เคยคิดทำร้ายตนเองไหม คิดอย่างไร ด้วยวิธีใด และเคยลงมือทำบ้างไหม

3.4.2 ถ้าหากพบว่าเป็นความคิดที่ไม่จริงจิง แผนการไม่ชัดเจนอาจไม่มีอันตรายควรรับฟังปัญหาและให้กำลังใจอย่างเหมาะสม ถ้ามีแผนการค่อนข้างแน่นอนแต่ยังไม่ได้เตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ในการทำร้ายตนเอง ควรรับฟังและช่วยคิดหาทางออก รวมทั้งดูแลอย่างใกล้ชิด แต่ถ้าหากมีแผนการที่แน่นอนและมีการเตรียมอุปกรณ์ไว้พร้อมแล้ว ถือว่ามีอันตรายมาก ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด และนำส่งโรงพยาบาล

3.4.3 ค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายเพื่อให้ การแก้ไขได้

3.4.4 ให้นำบุคคลในครอบครัว ญาติดูแลใกล้ชิด หากผู้ป่วยเอดส์มีวามคิดอยาก

ฆ่าตัวตายจะต้อง ระมัดระวังเก็บสิ่งของที่อาจนำมาเป็นอุปกรณ์ในการทำร้ายตนเองได้ เช่น ของมีคม เชือก ผ้า และยาอันตรายต่างๆ

ดังนั้นครอบครัวจึงควร เข้าใจความคิด ความรู้สึก ความต้องการ ของผู้ป่วยเอคส์ เพื่อสามารถให้การช่วยเหลือ สิ่งที่สำคัญ คือกำลังใจจากคนรัก คนในครอบครัว ซึ่งการมีบุคคล คอยช่วยเหลือจะสามารถลดอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้

4. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไปมีความต้องการที่ตรงกันที่ต้องการปรับปรุงพัฒนาตนเองในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งมาปรึกษาหารือกันโดยมีผู้ให้คำปรึกษา เป็นผู้อำนวยการความสะดวก (facilitator) ในกลุ่ม โดยใช้เทคนิคกระบวนการให้คำปรึกษาและกระบวนการกลุ่มมาใช้โดยเน้นหลักการ คือ การพัฒนาสัมพันธภาพภายในกลุ่ม การสร้างบรรยากาศให้เกิดความอบอุ่น ยอมรับ เข้าใจ ไว้วางใจซึ่งกันและกัน ใช้พลังสมาชิกให้เกิดประโยชน์ (อรพรรณ ลีอนุชวณิชย, 2549)

4.1 ความหมายของการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม มีผู้ให้ความหมายของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มหลายความหมายดังนี้

วัชร ทรัพย์มี (2533) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเป็นกระบวนการกลุ่มซึ่งสมาชิกมีความคิดที่จะปรับปรุงตนเองในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง มาปรึกษาผู้ให้คำปรึกษาร่วมอยู่ด้วย สมาชิกในกลุ่มมีโอกาสแสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็นของแต่ละคนเป็นการระบายความรู้สึกที่ขัดแย้งในใจ ได้สำรวจตนเอง ได้ฝึกการยอมรับตนเองกล้าเผชิญปัญหาและได้ใช้ความคิดในการแก้ปัญหา ปรับปรุงตนเองรวมทั้งได้รับฟังความรู้สึกและความคิดเห็นของคนอื่น ได้ตระหนักว่าคนอื่นมีความขัดแย้งเช่นเดียวกับตน ไม่ใช่เพียงตนเองเท่านั้นที่มีปัญหา นอกจากนี้การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ยังมุ่งเปลี่ยนพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคนเกี่ยวกับความรู้สึก เจตคติ อารมณ์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อสมาชิก โดยมีการจัดสภาพแวดล้อมภายในกลุ่ม ให้เกิดบรรยากาศที่อบอุ่น เพื่อให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึก เจตคติของตนเองออกมา ด้วยความสมัครใจ ซึ่งจะทำให้เกิดความภาคภูมิใจว่าตนเองสามารถให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ภายในกลุ่ม

อรพรรณ ลีอนุชวณิชย (2549) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม หมายถึง กระบวนการให้การช่วยเหลือสมาชิกภายในกลุ่ม โดยสมาชิกมีความต้องการที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเข้ามารวมกลุ่มเพื่อพบปะพูดคุยถึงปัญหาใดปัญหาหนึ่ง มีการสร้างความไว้วางใจ ความเคารพ การยอมรับซึ่งกันและกัน โดยมีผู้ให้คำปรึกษาที่มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ ในการให้คำปรึกษาร่วมกลุ่มอยู่ด้วย ในกระบวนการกลุ่มนี้สมาชิกได้มีโอกาสเรียนรู้ในการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความร่วมมือในกิจกรรมกลุ่ม การไว้วางใจในผู้อื่น การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

เรียนรู้ในการเผชิญปัญหาด้วยตนเอง จากการที่สมาชิกในกลุ่มร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา และการเผชิญปัญหาร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถกลับไปอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

Marram (1978) กล่าวว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโดยการใช้กระบวนการกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความเจ็บป่วย และเพื่อป้องกันหรือลดปัญหาทางด้านจิตใจ ความแปรปรวนทางอารมณ์เนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางกายของตน การสอนผู้ป่วยด้วยวิธีนี้ไม่ใช่เป็นการรักษาโดยตรง แต่เป็นการป้องกันและให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาตัวเองให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤต อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยไปได้ด้วยดี

Ohlsen (1988) กล่าวว่า การให้การปรึกษาแบบกลุ่มหมายถึงรูปแบบของการให้ความช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษารั้งละหลายๆคน เป็นการให้โอกาสแก่ผู้รับคำปรึกษาในการกำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง การพัฒนาทักษะด้านต่างๆ เพื่อไปสู่เป้าหมายมีการฝึกฝนทักษะในบรรยากาศที่มีรูปแบบที่ปลอดภัย โดยธรรมชาติพฤติกรรมของแต่ละบุคคล เกิดจากการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงท่ามกลางบริบททางสังคม ขณะเดียวกันที่บุคคลเกิดการเรียนรู้ และการเปลี่ยนแปลงตนเองในบริบทของกลุ่ม การปรึกษาแบบกลุ่มจึงเป็นรูปแบบที่ปลอดภัย เพราะการพัฒนาบุคลิกภาพของบุคคล เกิดจากการเรียนรู้ในบริบทของกลุ่ม ดังนั้นการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจึงเป็นรูปแบบที่มีความสอดคล้อง กับความเป็นธรรมชาติของบุคคล สามารถสำรวจพฤติกรรมของตนเองได้ว่าสิ่งใด ที่เป็นปัญหา และมีแนวทางในการปรับแก้พฤติกรรมนั้นๆ ได้ด้วยตนเอง ลักษณะกลุ่มเน้นแนวทางการแก้ไขปัญหาของสมาชิกซึ่งกันและกัน

สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม หมายถึงกระบวนการช่วยเหลือสมาชิก เป็นกลุ่มโดยสมาชิกมีความต้องการที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันมาเข้ากลุ่มเพื่อพบปะพูดคุยกัน ในปัญหาใดปัญหาหนึ่ง มีการสร้างความไว้วางใจ เคารพ การยอมรับซึ่งกันและกัน โดยมีผู้ให้คำปรึกษาที่มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในการให้คำปรึกษารวมอยู่ด้วย ในกระบวนการกลุ่มนี้สมาชิกได้มีโอกาสเรียนรู้ ในการเผชิญปัญหาของตนเอง จากการที่สมาชิกในกลุ่มร่วมกันหาแนวทางในการแก้ปัญหาร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมและสามารถกลับไปอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

4.2 การให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวคิดการพัฒนาของกลุ่มของ Marram (1978)

4.2.1 วัตถุประสงค์ของกลุ่ม Marram (1978) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของกลุ่มไว้ดังนี้

- 1) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับความรู้เพิ่มขึ้น เกี่ยวกับพฤติกรรมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น โดยการได้รับข้อมูลย้อนกลับ
- 2) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับความกำลังใจ และการสนับสนุนซึ่งกันและกันใน

กลุ่ม จากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม

3) เพื่อลดความวิตกกังวล ความโดดเดี่ยวอ้างว้าง และการแยกตัวจากสังคมเนื่องจากปัญหาการเจ็บป่วย และความรู้สึกว่าไม่มีอำนาจ และหมกหมัวในชีวิตของสมาชิกกลุ่ม

4) เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม มีการยอมรับในปัญหาวิกฤติการณ์ของชีวิต และความเจ็บป่วย พร้อมทั้งสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป

5) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถแก้ไขประสบการณ์ทางอารมณ์ได้ถูกต้อง และมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนบุคลิกภาพได้ถูกต้อง

6) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถแก้ไขบางสิ่งบางอย่างที่ไม่ได้เกี่ยวกับตนเองและกำจัดความรู้สึกที่มีต่อตนเองในทางที่ไม่ดี

7) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีการปรับตัวปรับใจที่เหมาะสม และมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง

4.2.2 แนวคิดการพัฒนาของกลุ่มของ Marram (1978) แบ่งระยะการพัฒนา กลุ่มเป็น

3 ระยะ

4.2.2.1 ระยะสร้างสัมพันธ์ภาพ สร้างความรู้สึกปลอดภัย (Initiating Phase) เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง ผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศแห่งความรู้สึกเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ให้กับสมาชิกกลุ่มในระยะเริ่มต้นของกลุ่ม ย้ำให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจจุดมุ่งหมายของการดำเนินการกลุ่ม แนวทางในการปฏิบัติในฐานะสมาชิกกลุ่ม เพื่อสร้างความรู้สึกผ่อนคลาย ในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นออกมา เพื่อให้เกิดการเรียนรู้แก่สมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่ม ว่าสมาชิกทุกคนต้องต่อสู้กับอุปสรรคเช่นกัน ซึ่งการเรียนรู้เช่นนี้จะเป็นการสร้างพื้นฐานร่วมกัน และเกิดความไว้วางใจกัน การที่ผู้นำแสดงท่าทีอบอุ่นเป็นมิตร สนใจ ตั้งใจฟัง ยอมรับในความคิดเห็นและพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มโดยการใช้ความคิดของตนเองเป็นเครื่องตัดสินใจ จะเป็นการสร้างความไว้วางใจในตัวผู้นำกลุ่ม จะมีผลทำให้สมาชิกกลุ่ม กล้า และเต็มใจที่จะเปิดเผยความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ของตนเองมีความมั่นใจในการให้ และการรับความช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นในกลุ่ม ส่งผลให้สมาชิกคลายความวิตกกังวล

4.2.2.2 ระยะดำเนินการ (Working Phase) เป็นระยะที่สมาชิกเริ่มมีความคุ้นเคย และไว้วางใจซึ่งกันและกัน เป็นระยะระดมพลังของสมาชิกกลุ่ม ในการช่วยกันแก้ไขปัญหา การที่ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม จะทำให้เกิดความคิดใหม่ ๆ ที่สมาชิกกลุ่ม สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหของตนเองได้ นอกจากนี้ความมั่นใจในกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มสามารถรับและให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง

การที่มีบทบาทเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับจะทำให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกมีคุณค่า มากขึ้นที่สามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง และสามารถเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา ตลอดจนช่วยเหลือสมาชิกอื่นให้เข้าใจและแก้ไขปัญหามาย่างงได้

4.2.2.3 ระยะสิ้นสุดการดำเนินการกลุ่ม (Final Phase) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการดำเนินการกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกกลุ่ม ได้ประเมินความก้าวหน้า การเปลี่ยนแปลงในทางพัฒนาการของตนเอง ตลอดจนความสำเร็จของกลุ่ม โดยอาจใช้การประเมินจากความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่ม หรือประเมินจากพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มที่แสดงออกมาโดยมีผู้อื่นที่อยู่นอกกลุ่มเป็นผู้ประเมิน เป็นต้น ก่อนจะสิ้นสุดการดำเนินการกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องแจ้งให้สมาชิกกลุ่มทราบล่วงหน้า ในกรณีที่สมาชิกกลุ่มบางราย เกิดความวิตกกังวลที่จะมีการสิ้นสุดกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องให้โอกาสสมาชิกได้ระบายความรู้สึกอย่างเต็มที่พร้อมทั้งชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่ม

สรุปได้ว่านอกจากจะประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นดังกล่าวแล้ว ควรมีการประเมินความคิดเห็นจากสมาชิก หลังเสร็จสิ้นการทำกลุ่ม เพื่อนำไปพิจารณาปรับปรุงการทำกิจกรรมกลุ่มให้ดียิ่งขึ้น

4.3 เทคนิคการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

หลักของการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม จะพยายามสนับสนุนให้สมาชิกแสดงออกและใช้พลังความคิดเห็นของกลุ่ม และการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองและสภาพปัญหาต่างๆ โดยสมาชิกกลุ่มเป็นผู้เสนอแนวความคิดเห็นและแนวทางในการแก้ปัญหาจากความรู้และประสบการณ์ของสมาชิก เทคนิคโดยทั่วไปเน้น การยอมรับ การมีสัมพันธภาพที่ดีในกลุ่ม สมาชิกไว้วางใจกันและกัน กล่าวแสดงออกและกล้าเปิดเผยความรู้สึกซึ่งกันและกัน มีความมุ่งมั่นไปด้วยกัน เทคนิคที่ใช้และใช้บ่อยมี ดังนี้

- 4.3.1 การยอมรับ
- 4.3.2 การสร้างความรู้สึกอบอุ่น
- 4.3.3 การแสดงความเห็นใจ
- 4.3.4 การทำความกระจ่างชัด
- 4.3.5 การปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน
- 4.3.6 การอภิปรายอย่างอิสระในกลุ่ม
- 4.3.7 การใช้เทคนิคการสะท้อนกลับ
- 4.3.8 การระดมความคิดในกลุ่ม

4.4 ประโยชน์ของการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ประถม เป็นสุวรรณ (2545) กล่าวถึงไว้ ดังนี้

4.4.1 บรรยากาศสัมพันธ์ภาพที่อบอุ่น เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน รับฟัง แลกเปลี่ยนเสนอความคิดเห็น นำไปสู่การสำรวจตนเอง ทำให้กล้าที่จะเผชิญปัญหาเกิดการเรียนรู้ ทั้งการให้และการรับความช่วยเหลือซึ่งกันและกันนำไปสู่การแก้ปัญหาได้หลากหลายวิธี

4.4.2 เกิดความไว้วางใจ ขอมรับซึ่งกันและกัน สามารถบอกความรู้สึก เล่าเรื่องที่ เป็นปัญหาลดจนรับฟังปัญหาของสมาชิกได้ ซึ่งเป็นการเปิดเผยปัญหา ถ่ายทอดความรู้สึกแก่ กันและกัน

4.4.3 สมาชิกในกลุ่มมีโอกาสช่วยเหลือ สนับสนุนซึ่งกันและกัน ทำให้เกิด ทักษะในการแก้ปัญหาลดจนรับฟังปัญหาของสมาชิกได้ นำไปสู่แนวทางในการแก้ปัญหา

4.4.4 ผู้นำกลุ่มช่วยให้สมาชิกได้ทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การรับฟังการให้ข้อมูล ย้อนกลับ การแสดงความคิดเห็นอย่างจริงจังจะนำไปสู่ทักษะในการปรับตัวให้มีพฤติกรรมที่พึง ประสงค์ นับเป็นการเตรียมความพร้อมในการเผชิญปัญหา

4.4.5 สมาชิกในกลุ่มเข้าใจตนเองได้อย่างชัดเจน ทำให้เกิดค่านิยมในตนเอง นำไปสู่การเปลี่ยนเจตคติ ปรับพฤติกรรมตนเองได้อย่างเหมาะสม เป็นการพัฒนาตนเอง นั่นคือ สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นสุขในสังคม

4.4.6 สมาชิกในกลุ่มเกิดความรู้สึกปลอดภัยได้รับความไว้วางใจจากกลุ่ม เป็น อีกสังคมหนึ่งที่สมาชิกได้มีโอกาสได้ทดลองเรียนรู้ขอมรับการช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นๆ ลดจน เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ทดลองปรับพฤติกรรมใหม่ เพื่อแสวงหาเส้นทางปรับปรุงตนเอง ใน ชีวิตประจำวันที่ดี

4.4.7 การให้การปรึกษาแบบกลุ่มนำไปสู่การให้การปรึกษารายบุคคลหลังจาก ได้รับการปรึกษากลุ่มมาแล้ว เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา เจาะลึกแต่ละบุคคลในโอกาสต่อไป

4.5 การปฏิบัติการพยาบาลในบทบาทการเป็นผู้นำกลุ่ม (กรมสุขภาพจิต, 2545)

4.5.1 บทบาทการเป็นผู้กำกับหรือผู้ชี้แนะ (Director) ใช้ในช่วงสมาชิกกลุ่มเริ่มมี ปฏิสัมพันธ์กันหรือเมื่อจำเป็นต้องใช้สมาชิกบางคน จะช่วยให้สมาชิกผ่อนคลาย

4.5.2 บทบาทในการเป็นผู้สนับสนุน (Facilitator) เป็นการช่วยให้สมาชิกไปสู่ จุดมุ่งหมายของตน สมาชิกมีการสื่อสารกันอย่างจริงจังและรับผิชอบในบทบาทของตนเองมาก ขึ้นสนับสนุนให้สมาชิกเปิดเผยความคาดหวังและความกลัวที่เกิดขึ้น การกระตือรือร้นของผู้นำ กลุ่มทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกปลอดภัยและขอมรับ ซึ่งมีผลให้สมาชิกรู้สึกไว้วางใจ

4.5.3 บทบาทการเป็นผู้มีส่วนร่วม (Participator) ผู้นำกลุ่มต้องเป็นผู้ตัดสินใจว่า จะต้องมีส่วนร่วมกับสมาชิกเมื่อใดและอย่างไร ขณะที่สมาชิกอยู่ในภาวะวิกฤตเป็นต้น

4.5.4 บทบาทการเป็นผู้สังเกตการณ์ (Observer) การสังเกตการณ์เป็นบทบาทที่มีความซัดหุนมากที่สุด เพราะสามารถที่จะเชื่อมเข้ากับบทบาทการมีส่วนร่วมหรือการชี้นำ ผู้นำกลุ่มสามารถเพิ่มข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์เพื่อป้องกันและลดปฏิกิริยาที่ตอบสนองในเชิงลบ

4.5.5 บทบาทการเป็นผู้เชี่ยวชาญ (Expert) ในบทบาทนี้อาจเป็นประโยชน์หรือการขัดขวางกลุ่มก็ได้ หากว่าผู้นำกลุ่มรีบร้อนให้คำแนะนำจนเกินไป โดยที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิก หรือผู้นำกลุ่มรีบร้อนให้คำตอบ

5. แนวคิดที่สำคัญของการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม

การให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy) ได้ผสมผสานแนวคิดเชิงปรัชญา แนวคิดแบบมนุษยนิยมเข้าด้วยกัน (อาภา จันทรสกุล, 2535) ซึ่งมีแนวคิดที่ว่าถ้าบุคคลเปลี่ยนแปลงแนวคิดใหม่จะทำให้ความรู้สึกและการกระทำเปลี่ยนแปลงได้ (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา, 2543) และการรับรู้ต่อสภาพการต่างๆ เป็นตัวก่อให้เกิดความรู้สึก ซึ่งส่งผลต่อการกระทำของบุคคล ทฤษฎีนี้เน้นความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของมนุษย์ไว้ดังนี้ (วัชร ทรัพย์มี, 2547)

- 1) มนุษย์เป็นผู้ที่มีเหตุผลและไร้เหตุผล เมื่อมนุษย์ใช้ความคิดอย่างมีเหตุผล เมื่อมนุษย์ใช้ความคิดอย่างมีเหตุผลจำนำไปสู่การกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ
- 2) ในกระบวนการพัฒนามนุษย์ได้รับการสั่งสอนหรือได้รับประสบการณ์ให้เกิดความคิดเกี่ยวกับตนเองและบุคคลอื่นในแง่ต่างกัน ก่อให้เกิดอารมณ์แบบต่างๆ เช่น รัก รื่นเริง โกรธ เศร้า เป็นทุกข์
- 3) อารมณ์ขุ่นมัวของมนุษย์ มีรากฐานมาจากที่มนุษย์ใช้ความคิดอย่างไร้เหตุผล ซึ่งมาจากการรับรู้และทัศนคติของเขามที่มีต่อเหตุการณ์นั้นๆ แต่ตัวเหตุการณ์เองไม่ได้ก่อให้เกิดอารมณ์อันไม่เป็นสุข
- 4) มนุษย์มีความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดและค่านิยมอันไร้เหตุผลของตนได้ ซึ่งจะก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงการกระทำ ดังนั้นจึงควรเปลี่ยนแปลงระบบการคิดการรับรู้เพื่อไปสู่ความคิดที่มีเหตุผล
- 5) มนุษย์มีข้อจำกัดแลความผิดพลาด ไม่ได้รอบรู้ไปหมด เขาอาจเอาชนะอุปสรรคหรือความผิดพลาดได้บ้าง แต่ไม่ใช่ทั้งหมดหรือสมบูรณ์แบบ Ellis (1994) เสนอความเห็นว่ บุคคลจะนำความเชื่อที่มีเหตุผลและไม่มีเหตุผล มามีส่วนในการพิจารณาตีความหมาย และให้คุณค่าแก่เหตุการณ์ที่เผชิญอยู่ และความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลนี้เองทำให้มนุษย์มีอารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติไป

5.1 ทฤษฎีบุคคลิกภาพ ABC พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา (2543) กล่าวว่า ทฤษฎีการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม ยอมรับว่ามนุษย์สามารถกำหนดพฤติกรรมและอารมณ์ของตนเองได้ สามารถอธิบายได้โดยใช้ทฤษฎีบุคคลิกภาพของ ABC

A (activating event) หมายถึง สภาวะที่เกิดตามสภาพความเป็นจริง

B (belief system) หมายถึง ระบบความเชื่อของบุคคลที่เกิดขึ้น โดยเป็นไปตามความคิดของแต่ละบุคคลจะคิดแล้วบอกกับตนเองว่าเหตุการณ์นั้นเป็นเช่นไร ประกอบด้วย

1) rational belief หมายถึงความเชื่อที่มีเหตุผล มักพบได้จากพฤติกรรมที่แสดงถึงความปรารถนา ความอยากและความชอบ

2) irrational belief หมายถึงความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลมักพบได้จากพฤติกรรมที่แสดงถึงการเรียกร้องอย่างรุนแรง ออกคำสั่งและ ต้องการทำ

C (consequences) หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงการตอบโต้ออกมาของแต่ละบุคคล ไม่ว่าจะโดยลักษณะทางอารมณ์ หรือโดยท่าทางที่แสดงออกโดยขาดความสงบสุข ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกมาคล้ายกับว่าเป็นผลที่เกิดจาก A แต่สำหรับ REBT เชื่อว่าพฤติกรรมของคนเราที่แสดงตอบโต้ออกมาเป็นผลมาจาก B นั่นเองพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกไปตามระบบความเชื่อของแต่ละบุคคลคิดต่อเหตุการณ์นั้น

ทฤษฎีบุคคลิกภาพ ABC เป็นวิธีการคิดอย่างมีเหตุผลซึ่งผู้ให้บริการปรึกษาใช้อธิบายให้ผู้รับบริการปรึกษาได้เข้าใจถึงสาเหตุของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมของเขานั้นเกิดจากสาเหตุ ความคิดใด เมื่อมีเหตุการณ์หรือประสบการณ์ต่างที่เกิดขึ้น (A) บุคคลจะมีความเชื่อหรือความคิดเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือประสบการณ์ (B) ซึ่งความเชื่อหรือความคิดของบุคคลต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นสาเหตุที่ทำให้บุคคลเกิดอารมณ์และพฤติกรรม (C) การช่วยให้บุคคลสามารถเปลี่ยนความคิดได้อย่างมีเหตุผลนำไปสู่อารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมยิ่งขึ้น (Ellis and Whitey, 1979)

ลักษณะความคิดที่ไม่มีเหตุผล Ellis and Whiteley (1979) ได้เสนอความคิดที่ไม่มีเหตุผลไว้ 3 ลักษณะ ดังนี้

แนวคิดที่ 1 ฉันต้องเป็นคนที่มีความสามารถสูง เป็นผู้ที่มีความเหมาะสมและประสบความสำเร็จ ต้องได้รับการยอมรับจากทุกคน ถ้าฉันทำอะไรไม่สำเร็จ นั่นคือสิ่งที่เลวร้ายมากสำหรับฉัน ฉันทนกับความล้มเหลวที่เกิดขึ้นไม่ได้เพราะมันหมายถึง ฉันไม่สามารถทำตนให้เป็นที่ยอมรับได้ ฉันจึงเป็นคนที่ไม่ได้มีความคิดเช่นนี้มีแนวโน้มที่จะรู้สึกว่าคุณเป็นบุคคลไร้ความสามารถ ไม่มีคุณค่า วิตกกังวล รู้สึกกลัวต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น และอาจทำให้เกิดโรคประสาทย้ำคิดย้ำทำ

แนวคิดที่ 2 คนอื่นจะต้องทำดีต่อฉัน ให้ความยุติธรรมและแสดงออกต่อฉันดี จนฉันมีความพึงพอใจ เป็นสิ่งที่เลวร้ายมากถ้าเขาไม่สามารถทำในสิ่งที่ฉันต้องการได้ ฉันทนไม่ได้ที่เขา

รังเกียจฉัน เขาควรถูกตำหนิและถือว่าเป็นคนไร้คุณค่า บุคคลที่มีความคิดที่ไม่มีเหตุผลตามแนวคิดนี้ จึงมีแนวโน้มที่จะเป็นคนที่โกรธง่าย ชอบตำหนิหรือประณามผู้อื่น คือฉัน มีความรุนแรง ทิฐิสูง อาฆาตพยาบาท คิดแค้นแค้นและอาจกลายเป็นฆาตกรได้

แนวคิดที่ 3 ฉันต้องได้รับทุกอย่างที่ฉันต้องการ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ต้องเป็นไปในทางบวก และเป็นไปในทิศทางที่ฉันต้องการให้เป็น โดยปราศจากอุปสรรคและความยากลำบากใดๆ ฉันทนความคับข้องใจ หรือสิ่งที่ไม่เป็นตามที่คิดไม่ได้ บุคคลที่มีความคิดที่ไม่มีเหตุผลเช่นนี้ จะเป็นคนที่โกรธง่าย สงสารตนเอง ซึมเศร้า มีความอดทนต่ำ มีพฤติกรรมการหลบหนี ปล่อยเวลาไปโดยเปล่าประโยชน์ ขาดความมีวินัย

ในการพิจารณาว่าความคิดใดหรือพฤติกรรมใดมีเหตุผลหรือไม่ Ellis ได้เสนอในการพิจารณาไว้ 5 ประการดังนี้

- 1) ความคิดหรือพฤติกรรมนั้นตั้งอยู่บนพื้นฐานความจริงที่เป็นปรนัย
- 2) การตัดสินใจหรือการกระทำนั้นเป็นการช่วยเหลือและป้องกันชีวิตของตนเอง
- 3) ความคิดหรือการกระทำนั้น ช่วยบรรลุเป้าหมายทั้งระยะใกล้และระยะไกลได้อย่างรวดเร็วหรือช่วยให้ได้สิ่งที่ต้องการ
- 4) ความคิดหรือการกระทำนั้น ช่วยป้องกันหรือกำจัดความขัดแย้งภายในใจของตนเอง
- 5) ความคิดหรือการกระทำนั้น ช่วยป้องกันหรือกำจัดความคิดที่ขัดแย้งกับผู้อื่น

จากหลักเกณฑ์ทั้ง 5 ประการนี้ Knipping และคณะ (1976) ได้เสนอว่า ความคิดหรือพฤติกรรมใดถ้ามีลักษณะ 3 ใน 5 ประการดังกล่าวถือว่าเป็นความคิดหรือพฤติกรรมที่มีเหตุผล

จุดมุ่งหมายหลักของการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์ และพฤติกรรม คือการให้ผู้รับบริการเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ผูกคิวิตวิเคราะห์ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลและซึ่งเป็นความคิดทางด้านลบ ให้มีวิธีคิดอย่างถูกต้องพยายามกำจัดความรู้สึกและหันมาเผชิญปัญหาอย่างแท้จริงโดยให้รับรู้ถึงทัศนคติเกี่ยวกับชีวิตที่มีเหตุผลมากขึ้น (อรพรรณ ลือบุญ รัชชัช, 2549) ด้วยการสอนให้สามารถสืบค้น และเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล ซึ่งส่งผลเกิดความคิดด้านบวกมากขึ้น ความคิดด้านลบลดลง และภาวะซึมเศร้าลดลง ผู้รับบริการมีอารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสุข

5.2 เทคนิคการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม

ผู้ให้คำปรึกษาจะใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาค้นหาสาเหตุของปัญหาที่แท้จริง และเผชิญปัญหาได้โดยการใช้สติปัญญา (อรพรรณ ลือบุญ รัชชัช, 2549) เทคนิคสำคัญที่ใช้คือ

5.2.1 การสอน เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดการเรียนรู้ในสิ่งใหม่ๆ หรือเกิดความ

เข้าใจ ในบางสิ่งบางอย่าง ที่เรารู้มาก่อนให้ถูกต้องยิ่งขึ้น

5.2.2 เทคนิคการโต้แย้งเพื่อหาเหตุผลมาเปลี่ยนความคิดจากที่คิดผิดหรือเชื่อผิดๆ ให้กลับมาคิดใหม่และคิดอย่างถูกต้อง

5.2.2 เทคนิคการตั้งคำถามที่ยั่วยุท้าทายหรือการตั้งคำถามแบบตรรกวิทยา เพื่อให้ได้ใช้สติปัญญาสำหรับนำมาแก้ปัญหา

5.2.3 เทคนิคการเจาะประเด็น การตั้งคำถามเพื่อเจาะไปที่ปัญหา

5.2.4 การให้การบ้านไปทดสอบปฏิบัติ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้รับประสบการณ์ ผู้ให้คำปรึกษาจะให้ผู้รับการปรึกษาทดลองนำหลักการที่ได้ฝึกปฏิบัติ แล้วบันทึก รายงาน

5.2.5 การสอบซักประวัติ มีความจำเป็นเพื่อทราบถึงสาเหตุที่เกิดขึ้นในอดีต และมีผลกระทบต่อความรู้สึกนึกคิดในปัจจุบัน

5.2.6 การวิเคราะห์ปัญหาและการคาดคะเน มีความจำเป็นเพราะมีส่วนช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเห็นว่า การมีความคิดอย่างไรเหตุผลหรือมีความเชื่อมั่นที่ผิดๆ ก่อให้เกิดอะไรขึ้นหากยังคงคิดผิดหรือมีความเชื่อเช่นนี้ผลที่เกิดตามมาจะเป็นอย่างไร

5.3 กระบวนการและวิธีการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม

ทฤษฎีการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (REBT) มีวิธีการบำบัดครอบคลุมทั้งการคิด อารมณ์และพฤติกรรม เน้นด้านการคิด การโต้แย้ง การท้าทาย การแนะนำ การตีความ การอภิปรายและการสอน (Ellis, 1993 cited in Capuzzi & Gross, 1999) วิธีที่นำมาใช้พัฒนาความคิดอารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคลคือ ABCDE Model

A (activating event) หมายถึง สถานะที่เกิดตามสภาพความเป็นจริง

B (belief system) หมายถึง ระบบความเชื่อของบุคคล

C (consequences) หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงการตอบโต้ออกมาของแต่ละบุคคล

D (Disputing of Irrational Belief) หมายถึง การโต้แย้งความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล

E (Effective philosophy of life) หมายถึง หลังการโต้แย้งจะได้ปรัชญาชีวิตที่มีเหตุผลและเป็นจริง เพื่อเปลี่ยนโปรแกรมการคิดอารมณ์และพฤติกรรม วิธีการที่นำมาใช้ได้แก่

5.3.1 วิธีการทางปัญญา (Cognitive Method) เป็นวิธีการนำมาใช้พัฒนาความคิดของผู้รับบริการเพื่อให้สามารถจัดความคิดที่ไม่มีเหตุผลให้หมดไป และพัฒนาความคิดที่มีเหตุผลขึ้นมาแทนได้แก่

1) การโต้แย้งความคิดที่ไม่มีเหตุผล เริ่มต้นโดยการสอนทฤษฎี ABC ให้กับผู้รับบริการปรึกษาโดยชี้ให้เห็นว่าความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลนั้น มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติดังไร การโต้แย้งความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล ซึ่งเป็นการท้าทายความเชื่อที่ลงโทษตนเอง

สมมุติฐานที่ไม่สามารถพิสูจน์ได้ และมีแนวโน้มที่จะไม่เป็นจริง ด้วยหลักวิทยาศาสตร์เหล่านี้ คือ โปรแกรมกระบวนการทางปัญญา แสดงวิธีการที่เข้มแข็งและหนักแน่นในการโต้แย้งความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลจนกระทั่งบุคคลยอมรับและละทิ้งความเชื่อนั้น ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าที่ไม่เหมาะสม ซึ่งกระบวนการโต้แย้งนี้ประกอบด้วย 1) Detecting คือการสืบหาความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลและไม่เป็นความจริง เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจหรือบอกให้ชัดเจนว่าเหตุการณ์ใดเกิดขึ้นแล้วมีความคิดหรือเหตุผลอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้นเป็นผลกันระหว่างเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นว่าเป็นเหตุเป็นผลกันหรือไม่ 2) Debating คือการโต้แย้งความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลและชี้ให้เห็นว่าความคตินั้นเป็นจริงหรือไม่เป็นการชักชวนให้ผู้รับการปรึกษาพิจารณาดูให้ดี ถ้าวางความคิดของตนเป็นจริงหรือไม่อย่างไร 3) Discriminate คือการชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลและความเชื่อที่มีเหตุผล คำถาม เช่น “อะไรทำให้เกิดผลอย่างนั้น” เป็นการถามให้ผู้รับการปรึกษาพิจารณาถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดผลทางอารมณ์และพฤติกรรม

2) การจำแนกความคิด เป็นการจำแนกระหว่างความคิดที่มีเหตุผลกับความคิดที่ไม่มีเหตุผลเป็นการจำแนกความแตกต่างระหว่างความจำเป็นกับความต้องการ ความปรารถนากับความคิดที่ต้องได้ ความไม่พึงปรารถนากับความที่ไม่สามารถทนได้

3) การกำหนดขอบเขตความคิดที่ชัดเจน เป็นการกำจัดความคิดที่ไม่มีเหตุผลอีกอย่างหนึ่ง เป็นการให้คำจำกัดความถ้อยคำที่เป็นความคิดหรือความเชื่อต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นช่วยให้สามารถจำแนกคำจำกัดความได้อย่างชัดเจนเฉพาะเจาะจง

4) การบ้านเพื่อฝึกทางปัญญา (Cognitive Homework) เป็นวิธีที่ให้ผู้รับการปรึกษาฝึกวิเคราะห์ความคิดอารมณ์และพฤติกรรมตามโปรแกรม A-B-C-D-E ของ Ellis โดยให้กรอกข้อความลงในแบบฟอร์มการฝึกแล้วนำมาวิเคราะห์ร่วมกับผู้ให้การศึกษาเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาจัดความคิดที่ไร้เหตุผลให้หมดไปและสามารถพัฒนาความคิดที่มีเหตุผลขึ้นมาแทน มีความรู้สึกอารมณ์พฤติกรรมที่เหมาะสม

5.3.2 วิธีการทางอารมณ์ (Emotive Method) เป็นวิธีการนำมาใช้ในการพัฒนาอารมณ์ ได้แก่

1) การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข คือ การยอมรับในตัวบุคคล ในความเป็นบุคคลนั้น ไม่ว่าจะมีความนิยมหรือพฤติกรรมเป็นอย่างไรก็ตาม เป็นการยอมรับในตัวบุคคลไม่ใช่พฤติกรรม ไม่ประเมินบุคคลอื่นที่มีความแตกต่างไปจากตน

2) การแสดงบทบาทสมมุติ เป็นการทดลองให้ผู้รับบริการสวมบทบาทผู้อื่น เพื่อให้รับรู้ถึงความรู้สึกและ อารมณ์ในบทบาทของผู้อื่น และเปลี่ยนความคิดของตนได้อย่างมีเหตุผล

5.3.3 วิธีทางพฤติกรรม (Behavioral Method) เป็นวิธีการนำมาใช้ในการพัฒนา

พฤติกรรมเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ยิ่งขึ้น

1) การฝึกทักษะ เพื่อให้เกิดทักษะการแสดงออก เพื่อนำไปสู่การคิด
อย่างมีเหตุผลและการแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ต่อไป

2) การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ ส่วนใหญ่เป็นเงื่อนไขที่เป็นการ
เสริมแรง จะเป็นวิธีการฝึกให้ผู้รับการปรึกษาสามารถแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์

3) การให้แรงเสริมทางสังคมอาจให้ทั้งคำพูดและท่าทาง เช่น ยกย่อง
ชมเชย ยิ้มสำหรับเทคนิคที่ผู้ศึกษานำมาใช้ โดยการให้กลุ่มลองฝึกวิเคราะห์ความคิด อารมณ์
และพฤติกรรมของตนตามโปรแกรม A-B-C-D-E ของ Ellis ในการฝึกวิเคราะห์อย่างมีเหตุผลด้วย
ตนเอง (Rational Self Help Form) ซึ่งเป็นวิธีการช่วยให้บุคคลสามารถรักษาโปรแกรมการ
แสดงออกอย่างมีเหตุผลและได้ผลระยะยาว (Ellis and Whiteley, 1979)

5.4 ขั้นตอนการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์

ต้นเหตุสำคัญของการทำให้เกิดผลเสียทางด้านอารมณ์ คือ ความคิดที่ไม่มีเหตุผลหรือ
ความคดทางด้านลบต่อตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง เป็นทุกข์รู้สึกไร้ค่า เป็นอันตราย
ต่อผู้ที่มีปัญหา ฉะนั้นวิธีการปรึกษาตามทฤษฎีพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม จึงเน้น
วิธีการที่ แก่ความคิดผิดๆ ที่เป็นต้นเหตุเสีย ผู้ให้คำปรึกษาต้องเข้าใจความคิด พิจารณาส่งต่างๆ
ของผู้รับคำปรึกษาและสนับสนุนให้ผู้รับการปรึกษาเปลี่ยนความคิดเสียใหม่ ขั้นตอนการบำบัด
แบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (เจียรนีย์ ทรงชัยกุล, 2533)

5.4.1 ขั้นเริ่มต้นผู้ให้คำปรึกษาสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการปรึกษาเพื่อให้เกิด
สัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สัมพันธภาพที่ดีเป็นสิ่งจำเป็นในการทำงานร่วมกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย
ในกระบวนการให้คำปรึกษา ดังนั้นผู้ให้การปรึกษาควรให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความรู้สึกอบอุ่นเป็น
กันเองสามารถระบายความคิดความเชื่อของตนเองได้อย่างอิสระ ได้รับการยอมรับโดยปราศจาก
เงื่อนไขและได้รับความเห็นอกเห็นใจอย่างจริงจัง ต่อมาผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับการปรึกษาร่วมกัน
กำหนดความรับผิดชอบของแต่ละคนในกระบวนการให้ความช่วยเหลือ

5.4.2 ขั้นดำเนินการช่วยเหลือ มุ่งเน้นการช่วยให้สมาชิกผู้รับบริการละทิ้งความคิด
ความเชื่อที่ไร้เหตุผล เรียนรู้วิธีการคิดอย่างมีเหตุผล เช่น ผู้ให้บริการปรึกษาชี้แจงให้สมาชิก
ผู้รับการปรึกษาตระหนักถึงความคิด ความเชื่อที่ไร้เหตุผลของพวกเขา ช่วยให้สมาชิกเข้าใจถึงผลของ
การมีอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่เหมาะสมอันมีสาเหตุมาจากความคิด ความเชื่อที่ไร้เหตุผล รวมทั้งช่วย
ให้ผู้รับบริการเรียนรู้ที่จะจำแนกความคิดความเชื่อที่มีเหตุผลออกจากความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล
ผู้ให้บริการปรึกษากระตุ้นให้สมาชิกที่รับบริการปรึกษา ต่อต้าน/ขจัดความคิด ความเชื่อที่ไร้
เหตุผล ปรับเปลี่ยนเป็นความคิด ความเชื่อที่มีเหตุผล โดยใช้วิธีการช่วยเหลือแบบนำทาง นำเอา
วิธีการเชิงวิทยาศาสตร์มาใช้อธิบาย ชี้แจง และสอนให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้ที่จะคิดและเชื่อ

อย่างมีเหตุผล ผู้ให้บริการปรึกษาช่วยให้สมาชิกบริการคงความเป็นบุคคลที่มีความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล ทั้งในปัจจุบันและต่อไปในอนาคต รวมทั้งกระตุ้นให้สมาชิกผู้รับบริการ พัฒนาปรัชญาในการดำรงชีวิต

5.4.3 ขั้นตอนการให้การช่วยเหลือ ช่วยให้สมาชิกผู้รับบริการได้ทบทวนการเปลี่ยนแปลงและความก้าวหน้าที่เกิดกับตัวเขา เช่น มีอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมขึ้น ตลอดจนมีการดำรงชีวิตอย่างมีความสุขมากกว่าแต่ก่อน ความเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีรากฐานมาจากการที่สมาชิกผู้รับบริการ ปรับเปลี่ยนมาเป็นคนที่มีความเชื่ออย่างมีเหตุผล

6. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ครอบครัวมีส่วนร่วมที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ครอบครัวมีส่วนร่วมที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม หมายถึง กระบวนการให้การช่วยเหลือโดยการใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ในกระบวนการให้คำปรึกษาระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับบริการปรึกษา ที่เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า และครอบครัว โดยใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มที่เน้นการช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้คิดพิจารณาเหตุผล เพื่อให้เกิดความตระหนักรู้อารมณ์ที่ไม่เป็นสุขเกิดจากความคิดที่ไร้เหตุผล นำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเรียนรู้ทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลเพื่อตอบสนองอารมณ์ที่มีต่อสถานการณ์ ต่างๆที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ผู้ศึกษาได้พัฒนาโปรแกรมการให้การปรึกษาที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมตามการศึกษาของ กนกวรรณ แสงนภาพวร (2549) ซึ่งศึกษาการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าโครงการรับบำบัดไวรัสเอดส์ ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ดำเนินการให้การปรึกษารายกลุ่มมีทั้งหมด 5 ครั้ง เนื้อหากิจกรรมประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัญหา เนื้อหาความรู้เรื่องความคิดที่มีเหตุผลและความคิดที่ไม่มีเหตุผล ของ Ellis และ การฝึกทักษะการคิดการคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองของ Ellis ซึ่งเป็นโปรแกรมการให้การปรึกษาที่พัฒนาจากการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ การฝึกการคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองตามแนวคิดของ Ellis เรียนรู้กระบวนการคิดที่ก่อให้เกิดปัญหา ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาสนใจนำขั้นตอนการฝึกการคิดอย่างมีเหตุผล ตามโปรแกรม A-B-C-D-E ของ Ellis มาพัฒนาร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อช่วยผู้ป่วยและครอบครัวได้ฝึกการคิดอย่างมีเหตุผลทั้งในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง และสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเกิดความกังวลใจ เพื่อเสริมสร้างทักษะความมั่นใจให้กับผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันภายใต้บรรยากาศที่อบอุ่นเป็นมิตร เกิดความผ่อนคลาย กล้าที่บอกปัญหาของตน ร่วมแสดงความคิดเห็น มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับจากสมาชิกในกลุ่มและผู้ให้คำปรึกษา จนเกิดความภาคภูมิใจ

และรู้สึกว่าคุณค่าโดยผู้ศึกษาเป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นผู้นำกลุ่ม สมาชิกกลุ่มคือผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้าโครงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ของงานคลินิกสรรค์สร้างกำลังใจ โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ฯ และครอบครัวของผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม 5 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที ดำเนินการติดต่อกันสัปดาห์ละครั้ง รวมระยะเวลา 5 สัปดาห์ มีขั้นตอนกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัญหา หมายถึงการทำ ความรู้จักซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับสมาชิกในกลุ่ม เพื่อเกิด ความอบอุ่นและไว้วางใจ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษากลุ่มครอบครัวมีส่วนร่วมที่เน้น แนวคิดพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและระบาย ความรู้สึกที่ไม่สบายใจ ความทุกข์จากเหตุการณ์ที่สมาชิกกำลังประสบอยู่ ช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาแต่ละคน เข้าใจปัญหาของตนอย่างชัดเจนด้วยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่มร่วมกัน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก พฤติกรรม ผลกระทบต่อ อารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของตนเองโดยใช้แบบฟอร์มการวิเคราะห์ในโปรแกรม ABC กิจกรรมครั้งนี้มุ่งเน้นให้สมาชิกเกิดความเข้าใจในตนเอง เน้นความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล มี ผลให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 2 ฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง หมายถึง กระบวนการให้ความรู้ เรื่องความคิดอัตโนมัติด้านลบ ฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลตามโปรแกรม ABCDE ฝึกวิเคราะห์ จากสถานการณ์ที่ 1 เน้นให้สมาชิกเข้าใจลักษณะความคิดที่มีเหตุผลและไม่มีเหตุผล เข้าใจการฝึก ขั้นตอนการคิดอย่างมีเหตุผล มีการแลกเปลี่ยนความคิด และเสนอความคิด ความรู้สึกร่วมกับ สมาชิกภายในกลุ่ม เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบให้เป็นความคิดด้านบวก ทักษะในการคิด พิจารณาทางเลือกอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง มีแนวทางในการเผชิญปัญหาและดำเนินชีวิตอย่าง เหมาะสมเป็นการช่วยลดภาวะซึมเศร้า

กิจกรรมที่ 3 และ 4 การฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองจากสถานการณ์ ที่ สมาชิกกำหนด หมายถึงกระบวนการฝึกการคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองตามโปรแกรม ABCDE จากสถานการณ์ที่สมาชิกกำหนดเอง คนละเหตุการณ์ (อาจเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงหรือ เป็นสถานการณ์ที่สมาชิกกังวลว่าอาจเกิดขึ้นกับตน และวิเคราะห์การฝึกการคิดอย่างมีเหตุผล ร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดและเสนอแนะความคิด ความรู้สึกร่วมกับสมาชิกในกลุ่ม มุ่งเน้นให้ สมาชิกมีประสบการณ์และเกิดทักษะการคิดอย่างมีเหตุผล เป็นการลดความคิดอัตโนมัติด้านลบ เสริมสร้างความมั่นใจในตนเอง สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ได้อย่างเหมาะสมช่วย ลดและป้องกันภาวะซึมเศร้าทั้งในปัจจุบันและอนาคต

กิจกรรมที่ 5 ประเมินผลการฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผล ด้วยตนเองและปัจเจกนิเทศ หมายถึง กระบวนการฝึกการคิดอย่างมีเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม โดยการให้สมาชิกเล่า ประสบการณ์ของการฝึกการคิดอย่างมีเหตุผล ผลที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม ทั้ง 4 ครั้งที่ผ่านมา การนำทักษะการฝึกคิดไปใช้ในชีวิตประจำวัน ผู้ให้คำปรึกษาสรุปแผนการให้คำปรึกษาแบบ ครอบครัวที่เน้นการพิจารณาเหตุผลอารมณ์ และพฤติกรรมที่สมาชิกแต่ละคนได้รับ และปิดกิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมครั้งนี้มุ่งเน้นการเสริมสร้างความคิดทางด้านบวก ให้สมาชิกทราบถึงความก้าวหน้าในพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึก ของตนเอง การเรียนรู้และความสามารถในการตอบสนองความต้องการของตน เสริมสร้างความมั่นใจในการนำทักษะไปใช้ในชีวิตประจำวัน และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่เหมาะสมเมื่อเกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน ประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ และภาวะซึมเศร้า

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รัตติกาล สุวรรณชัยโมฆิต (2543) ได้ศึกษาการเปรียบเทียบผลของการศึกษาการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์ และพฤติกรรม กับการฝึกเทคนิคการหยุดคิด เพื่อลดความวิตกกังวล ในการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 15 คน ที่มีคะแนนความวิตกกังวลตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ ที่ 75 ขึ้นไป แบ่งเป็น 3 กลุ่มๆละ 5 คน ได้แก่ 1) กลุ่มที่ได้รับการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ 2) กลุ่มที่รับการฝึกเทคนิคการหยุดความคิด 3) กลุ่มควบคุมโดยกลุ่มทดลอง ทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการปรึกษาศัปดาห์ ละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ รวม 10 ครั้งๆละ 45 นาทีผลการวิจัยพบว่า การให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ และเทคนิคการหยุดความคิดสามารถลดความวิตกกังวลของนักศึกษาได้ทั้งระยะสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามทั้ง 2 วิธีนี้มีผลไม่แตกต่างกัน

วราภรณ์ วรรณพิรุณ (2545) ได้ศึกษาผลการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยหลังพยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม วัตถุประสงค์ คือก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล ทำการทดลองในกลุ่มทดลองจำนวน 5 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที ติดต่อกันเป็นเวลา 5 วัน กลุ่มควบคุมได้รับการปรึกษาทางจิตสังคม 1 ครั้ง 30-50 นาที พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าระยะหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยได้รับการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ มีภาวะซึมเศร้ามามากกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผลอย่างน้อยสำคัญทางสถิติพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามไม่แตกต่างกัน

กมลรัตน์ ช้วนินิ (2548) ได้ศึกษาผลของการให้การปรึกษาที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 20 คน เป็นการศึกษากลุ่มเดียววัดผล 2 ครั้ง ก่อนและหลังให้การปรึกษาที่เน้นพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการให้การปรึกษาที่เน้นพิจารณาเหตุผลอารมณ์ และพฤติกรรมมีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กนกวรรณ แสงนภาพร (2549) ได้ศึกษาการให้การปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการพิจารณาเหตุผลอารมณ์ และพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้าโครงการรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 20 คน การศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าหลังได้รับการปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการพิจารณาเหตุผลอารมณ์ และพฤติกรรม มีค่าต่ำกว่าก่อนให้การปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการพิจารณาเหตุผลอารมณ์ และพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Tsushima (1995 อ้างใน รัตติกาล สุวรรณชัย โฆษิต, 2543) ได้ศึกษาผลการเปรียบเทียบการใช้การบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ กับการบำบัดแบบประคับประคอง ต่อเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียน 10 คน และเด็กบ้านอุปถัมภ์จำนวน 8 คน ทำแบบทดสอบ RADS (Reynald adolescent depression scale) และแบบทดสอบ BDI (Beck depression inventory) อยู่ในเกณฑ์ซึมเศร้าทำการสุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบประคับประคอง ใช้เวลา 10 สัปดาห์ ครั้งละ 14 นาทีต่อกลุ่มการวิจัยพบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ กับการบำบัดแบบประคับประคอง แต่พบว่าการบำบัดทั้ง 2 แบบทำให้วัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าลดลง

Margolis (1992 อ้างใน กนกวรรณ แสงนภาพร, 2549) ได้ศึกษาผลของการใช้การบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล และอารมณ์ ในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์จำนวน 4 คน เป็นชายและหญิงอย่างละ 2 คน ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินแบบทดสอบความซึมเศร้าของ Beck ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแล ผู้ป่วยอัลไซเมอร์มีความซึมเศร้า ความเบื่อหน่าย ท้อแท้ และมีความคิดที่ไร้เหตุผลลดลง

8. กรอบแนวคิดในการศึกษา

โปรแกรมการให้การปรึกษากลุ่มครอบครัวมีส่วนร่วมที่เน้นพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมตามแนวคิดของ Ellis (1979)

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัญหา ตามขั้นตอนดังนี้

- ระบายความรู้สึกที่เป็นปัญหา ค้นหาความคิดที่ไม่มีเหตุผล
- ทำความเข้าใจ ความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมกับ ความคิดที่ไม่มีเหตุผล

กิจกรรมที่ 2 ฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง

- ให้ความรู้เรื่องความคิดที่ไม่มีเหตุผล ความคิดอัตโนมัติด้านลบ
- ฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผล (A-B-C-D-E)
- สร้างแรงจูงใจและพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง

กิจกรรมที่ 3 และ 4 สนับสนุนให้ครอบครัวมีการปรับตัวกับปัญหาและ ดำเนินการแก้ไขปัญหาได้ดีต่อปัญหา ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ

- ฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนให้เกิดความคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองจาก สถานการณ์ที่สมาชิกกำหนด เตรียมความพร้อมเพื่อนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน
- เสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

กิจกรรมที่ 5 เสริมทักษะความสามารถของการยืดหยุ่นของครอบครัวให้ เหมาะสมและยุติการให้การปรึกษา

- ประเมินผลการฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผล
- ประเมินผลการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน
- ประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ ประเมินภาวะซึมเศร้า

โดยการ ดำเนินการทุกกิจกรรมจะใช้กระบวนการกลุ่ม ตามแนวคิดของ Marram (1978) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ การสร้างสัมพันธภาพ การดำเนินกลุ่ม และการยุติกลุ่ม

ภาวะซึมเศร้า
ในผู้ป่วยเอดส์