

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมสุขภาพจิต.(2540). การป้องกันการฆ่าตัวตายและการช่วยเหลือในชุมชน. ครั้งที่ 2.

นนทบุรี: เอวี พีริเซ็นทีเยร์.

กรมสุขภาพจิต. (2546). สุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2545 – 2546. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์

องค์การรับส่ง สินค้าและพัสดุภัณฑ์.

กรมสุขภาพจิต. (2547). รายงานการประเมินโครงการ การป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะ

ซึมเศร้าและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2547. นนทบุรี.

กรมสุขภาพจิต.(2548).การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยา

ของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช . กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การ

สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กรมสุขภาพจิต. (2552). แผนพัฒนาสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

แห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554). นนทบุรี: สยามอินเตอร์มาร์เก็ตติ้ง.

กนกศรี จาดเงิน. (2543). เปรียบเทียบผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติกับการให้

คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้น

ประถมศึกษาปีที่ 5โรงเรียนอนุบาลชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร

มหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

ชนิษฐา วิเศษสาร. (2529). อารมณ์ซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัย: กรณีศึกษา

นักศึกษาสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง. วารสาร

จิตวิทยาคลินิก, 17(1), 9-17.

ชนิษฐา บำเพ็ญผล. (2542). ฟันฟูสมรรถภาพ: สู่การพัฒนาที่ยั่งยืนของผู้มีภาวะซึมเศร้า.

กรุงเทพฯ: วิริน กราฟฟิค.

เจียรนัย ทรงชัยกุล. (2543). เอกสารการสอนชุดวิชาจิตวิทยาพื้นฐานเพื่อการแนะแนว

หน่วยที่ 1 – 7.นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

จำลอง ดิษยวณิช และ พร็ิมเพรา ดิษยวณิช. (2545). ความเครียด ความวิตกกังวล และ

สุขภาพ. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์เชียงใหม่.

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

โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก.

- ชนิดา อิงคสุวรรณ. (2543). การเปรียบเทียบระหว่างผลการให้คำปรึกษา แบบพิจารณา
เหตุผลและอารมณ์กับการเสนอตัวแบบที่มีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าด้าน
สัมพันธภาพในครอบครัว ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
บูรพา.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2536). โรคอารมณ์แปรปรวน: Mood disorder. ตำราจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์
ครั้งที่ 2) (หน้า 348-411). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). โรคซึมเศร้ารักษาหายได้. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์.
- ดรุณี เลิศปรีชา. (2545). การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย.
วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทัศนีย์ ต้นทิววงศ์. (2542). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ธนูชาติธนานนท์. (2541). ภาวะเครียด กลไกการจัดการกับความเครียด และความคิด
อยากฆ่าตัวตายคนไทยในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- ธนา นิลชัยโกวิท. (2550). ความคิดอยากฆ่าตัวตายในประชาชนเขตหนองจอก
กรุงเทพมหานคร : รายงานเบื้องต้น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- บัวทอง สว่างไสวกุล. (2545). การให้คำปรึกษา (เทคนิคและทฤษฎี). กรุงเทพฯ: ภาควิชา
จิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา. (2544). ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา. กรุงเทพมหานคร :
สำนักพิมพ์พัฒนาศึกษา.
- ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร. (2545). จิตเวชศาสตร์ เล่ม 2 . พิมพ์ครั้งที่ 2 . เชียงใหม่ : ธนบรรณ
การพิมพ์.
- ภิมศักดิ์ บุญเจริญ. (2541). ความชุกของภาวะซึมเศร้าในคนไทย. *สารศิริราช*, 49(6), 566-573.
- มานิช หล่อตระกูล. (2544). เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า .พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บียอนด์
เอ็นเทอร์ไพรซ์ .
- มานิตย์ ศรีสุวรรณนท์. (2545). การใช้ยาทางจิตเวช. เชียงใหม่: ธนุชนพินิตัง.
โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ. เวชระเบียนสถิติผู้ป่วยฆ่าตัวตายประจำปี 2550.
_____ เวชระเบียนสถิติผู้ป่วยฆ่าตัวตายประจำปี 2551.
_____ เวชระเบียนสถิติผู้ป่วยฆ่าตัวตายประจำปี 2552.

- วนิดา พุ่มไพศาลชัย และ สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล. (2544). **คู่มือการใช้ยาด้านโรคจิต ฉบับการใช้ยาด้านอารมณ์เศร้า**. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2546). **ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน: มิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาลจิตเวช**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพัฒน์ อีรวชเจริญชัย. (2542). **อัตมโนทัศน์และการพึ่งตนเองทางเศรษฐกิจของผู้มีภาวะซึมเศร้า**. วิทยานิพนธ์พัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และ สมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย. (2536). **มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. เล่มที่ 2**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักนโยบายและแผน. (2539). **สถิติภาวะซึมเศร้า**. Retrieved November 5, 1997, from <http://www.flyingwheelchairs.org>.
- วราภรณ์ วรรณพิรุณ. (2545). **ผลการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังการพยายามฆ่าตัวตาย**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2542). **คู่มือจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สุชาติ พหลภาคย์. (2542). **ความผิดปกติทางอารมณ์**. ขอนแก่น: ศิริภักดิ์ ออฟเซ็ท.
- ศุภรัตน์ เอกอัศวิน. (2545). **การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสมุทรสงคราม**. วารสาร สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย: 143 –150.
- ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ. (2551) **ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตาย: วารสารสุขภาพจิตกับยาเสพติด**. กรุงเทพฯ : อัมรินทร์พรินติ้งกรุ๊ป
- เอมอร ชินพัฒงศา. (2530). **การศึกษาระบาดวิทยาของผู้พยายามทำอัตวินิบาตกรรม ในกลุ่มอายุ 15 – 39 ปี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). **ทฤษฎีและวิธีการให้คำปรึกษา**. (พิมพ์ครั้งที่ 4). ภาควิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ . (2548). **จิตพยาธิสภาพของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย**. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). **จิตบำบัดและการให้คำแนะนำครอบครัว**. กรุงเทพฯ: เฟื่องฟ้าพรินติ้งจำกัด.

อรพรรณ ลีอนุวัชชัย.(2552). การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ.พิมพ์ครั้งที่ 2 .กรุงเทพฯ:
สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

Achebe, C. C. (1982). Counseling for examination failure in a Nigerian university: A case study. Abstract retrieved October 13, 2004, from <http://www.eric.ed.gov>.

Andrews, L.H., & Lewinsohn, R. R.(1992) . Suicidal attempts among older adolescents:Prevalence and co – occurrence with psychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 655 – 662.

Beck , A.T.(1961). A systemtic investigation of depression. *Comprehensive Psychiatry* .2 , 163-170
Beck , A.T.(1967). *Depression : clinical , experimental , and theoretical aspects* . New York : Harper Row .

Beck , A.T.(1967) Short-term outcome of major depression, ll life events, Family Dysfunction and friendship difficulties as predictors of persistent disorder. *JM Acad Child Adolesc psychiatric* 36 (4) : 474-480.

Beck , A.T.(1979) .*Suicide and attempted suicide*. *Journal of World Health*, 47(2), 18 – 20.

Beck , A.T.(1991). *Depression : cause and treatment* . Philadelphia : University Press .
Charles, L.R. et al. (1991). *Suicide, stressors and the life cycle*. *American Journal of Psychiatry*, 148, 524 – 527.

Beck , A.T. (1996). *Depression : clinical , experimental , and theoretical aspects* . New York : Harper Row .

Barbee , M.A. , & Bricker , P . (1996). *Suicide* . In K.M.Fortinash & P.A. Holoday – Worrt (Eds.) ,*Psychiatric mental health nursing* (pp. 613 - 635). U.S.A.:Mosby.

Breakey, J. W. (1997). *Body image: The lower limb amputee*. *American academy of orthotitis and prosthetisis*. Abstract retrieved October 23, 2003, from <http://www.oandp.org/jpo/>

Burt, T., & Ishak, W. W. (2002). *Outcome measurement in mood disorders*. I n W. W. Ishak, T. Burt, & I. L. Sederer (Eds.), *Outcome measurement in psychiatry*

- a critical review (pp. 155-190). Washington, DC: American Psychiatric Publishinglibrary/1997_02_058.asp.
- Bailey, K. P., Sauer, C. D., & Herrell, C. (2002). **Mood disorders**. In A. M. Boyd (Ed.), *Psychiatric nursing contemporary practice* (pp. 410-426). Philadelphia: Lippincott
- Coleman, D., & Carson, D. R. (1980). **Counseling and psychotherapy: Theories and interventions** (2nd ed). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Cohen, R. I., & Hart, J. J. (1995). **Student psychiatry today: A comprehensive textbook** (2nd ed). Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Canetto SS, Lester D. Gender, (1998). **Culture And Suicide Behavior**. *Transcultural Psychiatry*.35(2):163-190.
- Charle . R. (2000). **Depression: Lifting the cloud**. Netley, SA: Gore & Osment.
- Corey,G.(2000). **Theory & practical group counseling**. (5thed.). Wadsworth :Thomson Learning.
- Dobson, K. S. (1989). **A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression**. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57, 414-419.
- Deruels, R. (1990). **Depression: Lifting the cloud**. Netley, SA: Gore & Osment.
- Dickstra , K., Kirk, J., & Gulbinat, P. M. (1993). **Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide**. Oxford: Oxford University Press.
- Dryden, W & Yankura, J.(1993). **Counselling Individual : A Rational Emotive Handbook**.(2nd ed.). Whurr Publishers Ltd.
- 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. (1990). **Rational and irrational beliefs in counseling psychology**. *Journal of Rational emotive & cognitive behavior therapy*, 8(4), 221-223.
- Ellis, A. (1994). **Reason and emotion in psychotherapy: Revised and updated**. New York: Birch Lane Press.
- Ellis, A. (1995). **Rational emotive behavior therapy**. In R. J. Corsini, & D. Wedding (Eds.),

- Eggenberger, T., Hawoth, K., Munden, J., & Stockslager, J. (2002). **Rapid differential diagnosis**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Faberow, N.L. (1980). **The many Faces of suicide**. New York : McGraw-Hill .
- Freeman, A., & Oster C. L. (1998). **Cognitive therapy and depression**. In V. E. Caballo (Ed.), *International handbook of cognitive and behavioural treatment for Psychological disorders* (pp. 489-520). Netherlands: Pergamon.
- Frisch, C. N., & Frisch, E. L. (2002). **The client experiencing depression**. In N. C. Frisch, & L. E. Frisch (Eds.), *Psychiatric mental health nursing* (2nd ed.) (pp. 247-273). New York: Delmar Thomson Learning.
- Goodyer Et al.(1997). **Short-term outcome of major depression, life events, Family Dysfunction and friendship difficulties as predictors of persistent disorder**. *JM Acad Child Adolesc psychiatric* 36 (4) : 474-480.
- Gregory, R. J.(1994). **Grief and loss among Eskimos attempting suicide in Western Alaska**. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1815 – 1816.
- Gloaguen, B., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I. M. (1998). **A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients**. *Journal of affective disorders*, 49, 59-72.
- Hollon, S. D., & Kendall, M. M. (1980). **Depression in adults**. In L. W. Craighead, W. E. Craighead, A. E. Kazdin, & M. J. Mahoner (Eds.), *Cognitive and behavioral intervention: An empirical approach to mental health problems* (pp. 89-104). Boston: Allyn and Bacon.
- Hawton, K. et al.(1995). **Adolescents who take overdoses : Their characteristics problems and contacts with helping agencies**. *British Journal of Psychiatry*, 140, 118 – 123.
- Hauenstein , E.J.(1998). **Case – finding and care in suicide : Children , adolescents , and adult**. In M.H. Bogd & M.A. Nihart(Eds.), *Psychiatric nursing contemporary practice* (pp. 1080 - 1101). Philadelphia: Lippincott – Raven.
- Harrington, R., Whittaker, J., Shoebridge, P., & Campbell, F. (1998). **Systematic review Of cognitive behaviour therapies in childhood and adolescent depressive disorder**. *British medical journal*, 316, 1559-1563.

- Johnson, W. B., & Ridley, C. R. (1992). **Brief Christian and Non-Christian rational-emotive therapy with depressed Christian clients: An exploratory study.** Abstract retrieved October 13, 2004, from <http://www.eric.ed.gov>.
- Kramer, R. D. K. (1992). **The patient with depression.** In S. Lewis, K. D. R. Grainger, A. W. McDowell, J. R. Gregory, & L. R. Messner (Eds.), *Manual of psychosocial Nursing intervention promoting mental health in medical-surgical setting* (pp. 3-17). New York: W.B. Saunders.
- Kazdin, A. E. (2001). **Behavior modification in applied settings (6th ed.).** Belmont, CA: Wadsworth.
- Keltner, N. L., & Warren, B. J. (2003). **Depression.** In L. N. Keltner, H. L. Shecke, & E. C. Bostrom (Eds.), *Psychiatric nursing (4th ed.)* (pp. 340-365). St. Louis: Mosby.
- Margolis, R. A. (1992). **Effect of rational – emotive therapy on caregivers Alzheimer disease patient (CD - ROM).** Abstract from: Pro Quest File: Dissertation Abstract Item: 9214396.
- McPhee, S. J., Papadakis, M. A., & Tierney, L. M., Jr. (1996). **Current medical diagnosis & treatment (35th ed.)** London: Printice-Hall International.
- Moriarty, D. L. (2002). **Effects of disputation strategies in rational emotive behavior Therapy (REBT) on the treatment of depression.** Hofstra University. Retrieved November 3, 2003, from <http://www.lib.umi.com/dissertations/fullcit/3041340>.
- Radloff, J. A. (1977). **Mood disorders.** In M. A. Nicholi (Ed.), *The harvard guide to Psychiatry* (pp. 281-307). New York: The Belknap Press of Harvard University.
- Rimm, D.C., & Masters, J.C. (1979). **Treatment of depression using rational emotive Behavior therapy.** Abstract retrieved October 13, 2004, from <http://www1.accsnet.ne.ip/ratnin/lec9cogbt.html>.
- Rickeman, C. T., & Houfek, B. P. (1995). **Essentials of nursing research: Method, appraisal, and utilization.** Philadelphia: Lippincott.
- Robert, M. A., Hirschfeld, M. D., & Shea, M. T. (2000). **Mood disorder: Psychotherapy.** In B. J. Sadock, & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (pp. 1431-1440). Philadelphia: Lippincott.

- Santrock, J. W. (2000). **Psychology (6th ed.)**. Boston: McGraw-Hill.
- Stuart, G. W. (2001). **Emotional responses and mood disorder**. Principle and practice of psychiatric nursing (7th ed.) (pp. 345-365). St. Louis: Mosby.
- Sauer, J. M., & Herrell . (2002). **Lippincott's manual of psychiatric nursing care plan**. Philadelphia: Lippincott.
- Shives, R. L., & Isaacs, A. (2002). **Basic concepts of psychiatric mental health nursing (5th ed.)**. Philadelphia: Lippincott.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). **Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry (5th ed.)**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Susan Bendersky Sacks.(2004). **Rational Emotive Behavior Therapy Disputing Irrational Philosophies**.Journal of Psychosocial Nursing.42 (5) :23-31.
- Townsend, M. C. (1999). **Essentials of psychiatric/mental health nursing**. Philadelphia: F.A. Davis.
- Tsushima, S. (2000). **Strategies for resolving individual and family problems**. Pacific Grove, Calif: Brooks/Cole.
- Videbeck, S. L. (2001). **Mood disorder**. In L. S. Videbeck (Ed.), **Psychiatric mental health nursing** (pp. 330-349). Philadelphia: Lippincott.
- Vacarolis, E . M.(2002). **Foundations of psychiatric mental health nursing: a clinical Approach**. New York: W.B Saunders.
- Wilson, P. H., Spence, S. H., & Kavanagh, D. J. (1989). **Cognitive behavioural interviewing for adult disorders**. New York: Routledge.
- wilson J. A. (1996). **Mood disorders**. In M. A. Nicholi (Ed.), **The harvard guide to psychiatry** (pp. 281-307). New York: The Belknap Press of Harvard University.
- World Health Organization. (2002). **Mental health: Responding to the call for action**. **Fifty-fifty world health assembly**. Retrieved October 16, 2003, from <http://www.who.org>.
- World Health Organization.(2007).**Depression**.(online)Fromhttp://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/ as retrieved_on 13 Jan 2008 02:30:15

Yonker & Samson. (2000). **Strategies for resolving individual and family problems.**

Pacific Grove, Calif: Brooks/Cole.

Zung , W.W.K. (1965). **A self rating depression scale .** Archive of general psychiatry ,

12 (1) .

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
นายแพทย์พิสิฎฐ์ ชัยประเสริฐสุด	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรมสาขาจิตเวชศาสตร์ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ จังหวัดปราจีนบุรี
อาจารย์ ดร. ศุภรีใจ เจริญสุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษด้านการสอน รองผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
นางสาวกนกศรี จาดเงิน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

ภาคผนวก ข
สถิติที่ใช้ในการศึกษา

สถิติที่ใช้ในการศึกษา

1. คำนวณหาค่าร้อยละ (Percentage) ของข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สูตร

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

P คือ ค่าร้อยละ

f คือ แทนความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ

n คือ จำนวนรวมทั้งหมด

2. คำนวณหาค่าเฉลี่ยโดยใช้สูตร

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{N}$$

\bar{X} คือ ค่าเฉลี่ยหรือมัธยฐานเลขคณิต

$\sum x$ คือ ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว

N คือ จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

3. คำนวณหาค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

$$S.D. = \frac{N \sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-1)}$$

S.D. คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum X$ คือ ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว

$\sum X^2$ คือ ผลรวมทั้งหมดของคะแนนทั้งหมดแต่ละตัวยกกำลังสอง

N คือ จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

4. การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย 2 ค่า ที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม

$$T = \frac{\bar{X} - \mu}{\frac{S.D.}{\sqrt{N}}}$$

\bar{X} คือ ค่าเฉลี่ยตัวแปรของกลุ่มตัวอย่าง

μ คือ ค่าเฉลี่ยตัวแปรของประชากร

S.D. คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง

N คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ภาคผนวก ค

1. ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
2. ตัวอย่างรายละเอียดกรณีศึกษา

**โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์
ของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้า
โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ จังหวัดปราจีนบุรี
ครั้งที่ 1**

ปฐมนิเทศ และอธิบายแนวคิดของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์
กลุ่มเป้าหมาย ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้า

ระยะเวลา 60 นาที โดยแบ่งเป็น 2 ช่วงคือ

ช่วงที่ 1 พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ ,ปฐมนิเทศโปรแกรม,ฟังการระบายอารมณ์และช่วย
สรุป ปัญหาให้ชัดเจน ระยะเวลา 30 นาที

ช่วงที่ 2 การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ระยะเวลา 30 นาที
สถานที่ หน่วยงานสุขภาพจิต

ลักษณะการให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษารายบุคคล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพและทำความรู้จักซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้ป่วย
2. เพื่อสร้างบรรยากาศของการให้คำปรึกษา ให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ ไว้วางใจและเป็นกันเอง
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์
 - บทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา
 - ระยะเวลา
 - จำนวนครั้งและสถานที่สำหรับการให้คำปรึกษา
4. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกไม่สบายใจ และความทุกข์จากเหตุการณ์ที่ตนเองกำลัง
ประสบอยู่และเข้าใจปัญหาของตนเองอย่างชัดเจน
5. เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงผลต่อความเครียดที่มีต่อร่างกายและจิตใจ
6. เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิดความเชื่อและผลกระทบต่อ
พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของตนเอง ตามแนวคิดของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล
และอารมณ์

สื่อ/อุปกรณ์

-แบบฟอร์มหมายเลข 1 : แบบฟอร์มวิเคราะห์ตามรูปแบบ ABC ของ Ellis

-ดินสอ/ปากกา

สาระสำคัญ

การเริ่มต้นให้ความช่วยเหลือตามแนวทฤษฎีพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้ป่วย เป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานในการทำงานร่วมกันให้บรรลุเป้าหมาย ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาควรช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่นเป็นกันเอง ปลอดภัยและสามารถระบายความคิด ความเชื่อของคนได้อย่างอิสระ ได้รับการยอมรับในความเป็นเอกลักษณ์บุคคล และร่วมมือกันในการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ในปัญหา ความคิด ความเชื่อและผลกระทบที่เกิดขึ้น โดยผู้ให้คำปรึกษาจะอาศัยความรู้ ประสบการณ์ ทักษะวิชาชีพ ทำหน้าที่เป็นผู้ท้าทายความคิดของตนเอง ที่ผู้ป่วยได้ยอมรับและสร้างขึ้นมาจาก อย่างไม่มีข้อสงสัยว่ามันอยู่บนความจริงหรือไม่ โดยการกระตุ้น โน้มน้าว พร้อมทั้งชี้แนะผู้ป่วยให้ทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อเอาชนะความเชื่อเหล่านั้น

วิธีดำเนินการ

1. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายต้อนรับ แนะนำตนเองให้ผู้ป่วยรู้จักและให้ผู้ป่วยแนะนำตนเอง
2. ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI และเก็บไว้เป็นคะแนนก่อนการศึกษา
3. ผู้ให้คำปรึกษาอธิบายถึงการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ บทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษา และผู้ป่วย ระยะเวลา ขั้นตอน ในการให้คำปรึกษา จำนวนครั้งและสถานที่สำหรับให้คำปรึกษา
4. ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกไม่สบายใจ และความทุกข์จากเหตุการณ์ที่ตนเองกำลังประสบอยู่ และผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาของตนเองอย่างชัดเจน
5. ผู้ให้คำปรึกษาขอให้ผู้ป่วยกล่าวถึงพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย(C) เชื่อมโยงไปสู่ความคิดความเชื่อ(B)ที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย และสถานการณ์ที่เกี่ยวกับความคิดความเชื่อเหล่านั้น (A) และช่วยให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ โดยใช้แบบฟอร์มการวิเคราะห์ในรูปแบบ ABC ของ Ellis (แบบฟอร์มหมายเลข1)
6. ผู้ให้คำปรึกษาอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ตามทฤษฎีABCของ Ellis
7. ผู้ให้คำปรึกษาและผู้ป่วยช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาในครั้งนี้ และนัดหมายการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

โดยในกิจกรรมครั้งนี้ใช้เทคนิคดังต่อไปนี้

เทคนิคการให้คำปรึกษาทั่วไป

1. เทคนิคการถาม เช่น " คุณคิดว่าความคิดใดเป็นความคิดที่ไม่มีเหตุผลของคุณ " เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ในความคิดของตน
2. เทคนิคการตีความ โดยใช้คำถามเพื่อตรวจสอบความหมายในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการสื่อให้ทราบ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้คำปรึกษามีท่าทียอมรับ ให้ความสนใจและร่วมแสดงความคิดเห็น
2. ผู้ป่วยสามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความคิดความเชื่อและผลกระทบต่อพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของตนเอง ตามแนวคิดของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล และอารมณ์ ได้
3. ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ของตามแบบฟอร์มหมายเลข 1 (แบบฟอร์มการวิเคราะห์ในรูปแบบ ABC ของ Ellis ได้

ครั้งที่ 2

การฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง

กลุ่มเป้าหมาย ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้า

ระยะเวลา 60 นาที

สถานที่ หน่วยงานสุขภาพจิต

ลักษณะการให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษารายบุคคล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงลักษณะของความคิดที่มีเหตุผลและไม่มีเหตุผล ของ Ellis
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจวิธีการฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองตามรูปแบบ ABC ของ Ellis

สื่อ/อุปกรณ์

- เอกสารประกอบเรื่อง " ความคิดที่มีเหตุผล และไม่มีเหตุผล"
- แบบฟอร์มหมายเลข 2 : แบบฟอร์มการวิเคราะห์ตามรูปแบบ ABCDE ของ Ellis
- ดินสอ/ปากกา

สาระสำคัญ

สิ่งสำคัญในกระบวนการให้คำปรึกษา คือ การช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักมากขึ้น โดยผู้ให้คำปรึกษาสาธิตให้ผู้ป่วยรู้ว่าความแปรปรวนของอารมณ์ที่เขามีอยู่นั้น เกิดจากความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล และการมีปรัชญาชีวิตแบบยอมจำนนต่อตัวเองอยู่บ่อยครั้ง หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ หากผู้ป่วยยังคงดีอยู่ นั่นคือ หลักเกณฑ์ของตนอยู่ ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบต่อสิ่งที่เกิดขึ้นเอง โดยผู้ให้คำปรึกษาอาศัยความรู้ ประสบการณ์ ทักษะวิชาชีพ ทำหน้าที่เป็นผู้สอน อธิบายให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความคิด ความเชื่อที่ไร้เหตุผลของตน กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับผิดชอบแก้ไข ต่อปัญหาทางอารมณ์ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตน อีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยได้แย้งเพื่อเอาชนะความคิด ความเชื่อที่ไร้เหตุผล ตระหนักในคุณค่าของตนเอง มองเห็นเป้าหมายในชีวิต และคงความคิด ความเชื่อที่มีเหตุผล ทั้งในปัจจุบันและอนาคต

วิธีดำเนินการ

1. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายผู้ป่วยและทบทวนถึงการให้คำปรึกษาในครั้งที่ผ่านมา
2. ผู้ให้คำปรึกษาอธิบายลักษณะความคิดที่มีเหตุผลและไม่มีเหตุผล โดยอธิบายตามเกณฑ์ลักษณะความคิดที่มีเหตุผล และไม่มีเหตุผล 11 ลักษณะ พร้อมทั้งแจกเอกสารประกอบเรื่อง "ความคิดที่ไม่มีเหตุผล และความคิดที่มีเหตุผล" ให้ผู้ป่วยอ่านประกอบ

3. ผู้ให้คำปรึกษานำเข้าสู่การฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง โดยกล่าวถึงสาเหตุของการเกิดปัญหา

ทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ตามทฤษฎี ABC ของEllis จากแบบฟอร์มประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 1 ให้ผู้ป่วยได้ดูบทวน และการอธิบายวิธีการทำแบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง พร้อมทั้งแจกแบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง(แบบฟอร์มหมายเลข 2) ให้ผู้ป่วยดู เพื่อให้เห็นรูปแบบการทำแบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองได้ชัดเจนขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วย การบันทึกเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย ความคิดที่มีต่อสถานการณ์ อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจการวิเคราะห์ตามรูปแบบ ABCDE ของEllis และฝึกการวิเคราะห์จากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาของตนเองที่สืบเนื่องมาจากการให้คำปรึกษาครั้งที่ 1 ดังนี้สถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น, ความคิดที่มีเหตุผล, ความคิดที่ไม่มีเหตุผล, อารมณ์ที่เหมาะสม, อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม, พฤติกรรมที่เหมาะสม, พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม, การโต้แย้งความคิดที่ไม่มีเหตุผล, ผลจากการโต้แย้งความคิดที่ไม่มีเหตุผล, ผลทางความคิด, ผลทางอารมณ์, ผลทางพฤติกรรมโดยใช้เทคนิคต่าง ๆ ดังนี้ ในการฝึกให้ผู้ป่วยทราบและเข้าใจการคิดอย่างมีเหตุผลตามรูปแบบ ABCDE ของ Ellis โดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาดังนี้

เทคนิคการให้คำปรึกษาทั่วไป

- 1) เทคนิคการถาม เช่น “ คุณคิดว่าความคิดใดเป็นความคิดที่ไม่มีเหตุผลของคุณ ” เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ในความคิดของตน
- 2) เทคนิคการตีความ โดยใช้คำถามเพื่อตรวจสอบความหมายในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการสื่อให้ทราบ

เทคนิคด้านการรู้คิด

- 3) เทคนิคการโต้แย้งเพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิดที่ไร้เหตุผล โดยใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดอย่างมีเหตุผลมากขึ้น เช่น “ ทำไม คุณจึงคิดว่าคุณเป็นคนที่ไร้ค่าสำหรับครอบครัว ”
- 4) เทคนิคการทำทนายโดยการใช้อำพุดเชิงทำลายให้ผู้ป่วยเกิดความคิดที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง เช่น “ มีเหตุผลอะไรจึงคิดว่าคุณจะไม่มีโอกาสได้งานที่ต้องการ ”
- 5) การใช้ตรรกวิทยา โดยใช้สถานการณ์เปรียบเทียบตามความเป็นจริง เพื่อชี้ให้ผู้ป่วยได้ตระหนักว่าความคิดที่ไม่มีเหตุผลของเขาคืออะไรและความคิดนี้ส่งผลต่อการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นอย่างไร
- 6) เทคนิคการสอนหรือการอธิบายโดยตรง เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักและเข้าใจรูปแบบการคิดของตน

7) เทคนิคการให้คิดเป็นการบ้าน โดยมอบหมายให้ผู้ป่วยฝึกคิดอย่างมีเหตุผลในสถานการณ์อื่นที่ผู้ป่วยเคยพบ แล้วนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ร่วมกันกับพยาบาลในครั้งต่อไป เพื่อช่วยให้

ผู้ป่วยสามารถเอาชนะความคิดที่ไม่มีเหตุผล มีความคิดที่มีเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้น

เทคนิคด้านอารมณ์

8) เทคนิคการใช้บทบาทสมมติ โดยการให้ผู้ป่วยทดลองสวมบทบาทของผู้อื่น และแสดงพฤติกรรมในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อให้ได้รับรู้ถึงอารมณ์ ความรู้สึกในบทบาทของผู้อื่น

9) เทคนิคการเรียนรู้จากตัวแบบ โดยระหว่างการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาจะแสดงตัวแบบให้ผู้ป่วยเห็นลักษณะของผู้ที่มีอารมณ์มั่นคง มีความสุภาพ ให้เกียรติผู้อื่น มีความเป็นตัวของตัวเอง เป็นต้น

10) เทคนิคการจินตนาการ แบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ โดยผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้ผู้ป่วยจินตนาการว่าอยู่ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและมีอารมณ์ การกระทำที่ไม่เหมาะสม ต่อมาผู้ให้คำปรึกษาชี้แนะผู้ป่วย พยายามปรับเปลี่ยนอารมณ์และการกระทำดังกล่าว ด้วยเหตุผลมาเป็นอารมณ์และการกระทำที่เหมาะสมขึ้น

เทคนิคด้านพฤติกรรม

11) เทคนิคการเสริมแรงและปรับโทษ โดยผู้ให้คำปรึกษาเสนอแนะให้ผู้ป่วยทำงานที่ได้รับมอบหมายให้แล้วเสร็จตามที่กำหนด แล้วให้ผู้ป่วยให้รางวัลตนเอง เช่น การดูภาพยนตร์ที่อยากดู แต่หากทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่สำเร็จ ให้ปรับโทษตนเอง เช่น งดดูละครที่ชอบ เป็นต้น การเสริมแรงและการปรับโทษจะช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป้าหมายไปในทางที่พึงประสงค์มากขึ้น

เทคนิคต่าง ๆ เหล่านี้ ผู้ให้คำปรึกษาเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย สภาพปัญหา โดยจะฝึกให้ผู้ป่วยคิดอย่างมีเหตุผล จากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาของตนเองที่สืบเนื่องมาจากการให้คำปรึกษาครั้งที่ 1 ตามหัวข้อ ดังนี้

เหตุการณ์ที่ทำให้ไม่สบายใจ ใช้เทคนิคที่ 1, 2

ความคิดที่มีเหตุผล ใช้เทคนิคที่ 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9

ความคิดที่ไม่มีเหตุผล ใช้เทคนิคที่ 1, 2, 4, 5

อารมณ์ที่เหมาะสมใช้เทคนิคที่ 1, 2, 3, 4, 5; 6, 7, 8, 9, 10

อารมณ์ที่ไม่เหมาะสมใช้เทคนิคที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9

การกระทำที่เหมาะสมใช้เทคนิคที่ 1, 5, 6, 7, 8, 9, 10

การกระทำที่ไม่เหมาะสมใช้เทคนิคที่ 1, 5, 6, 7, 8, 9

การโต้แย้งความคิดที่ไม่มีเหตุผลใช้เทคนิคที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9

ผลจากการโต้แย้งความคิดที่ไม่มีเหตุผลใช้เทคนิคที่ 1, 5, 6, 7, 8, 9

ผลทางความคิดใช้เทคนิคที่ 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9

ผลทางอารมณ์ใช้เทคนิคที่ 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9

ผลทางการกระทำใช้เทคนิคที่ 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

4. ผู้ให้คำปรึกษาและผู้ป่วยช่วยกันสรุปสาระสำคัญและข้อคิดที่ได้จากการให้คำปรึกษาในครั้ง
นี้และนัดหมายการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้คำปรึกษา ให้ความสนใจ การร่วมแสดงความคิดเห็น
และร่วมมือในการฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง
2. ผู้ป่วยสามารถบอกลักษณะความคิดที่มีเหตุผลและไม่มีเหตุผลได้
3. ผู้ป่วยสามารถทำแบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองได้
4. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงสิ่งที่เป็นคุณค่าในตนเองและบอกเป้าหมายในชีวิตได้

ครั้งที่ 3

การฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง

กลุ่มเป้าหมาย ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้า

ระยะเวลา 60 นาที

สถานที่ หน่วยงานสุขภาพจิต

ลักษณะการให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษารายบุคคล

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้ฝึกวิเคราะห์ความคิดที่มีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อจำแนกความคิดที่มีเหตุผล และไม่มีเหตุผลได้อย่างชัดเจน และได้ฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองตามรูปแบบ ABC ของ Ellis สื่อ/อุปกรณ์

- แบบฟอร์มหมายเลข 3.1 : แบบฟอร์มการวิเคราะห์ตามรูปแบบABC ของEllis
- แบบฟอร์มหมายเลข 3.2 : แบบฟอร์มการวิเคราะห์ตามรูปแบบABCDE ของEllis
- ดินสอ/ปากกา

สาระสำคัญ

ผู้ให้คำปรึกษาสอนให้ผู้ป่วยโต้แย้งเพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิด ความเชื่อที่ไร้เหตุผล และปรับเปลี่ยนมาามีความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล โดยใช้วิธีการให้ความช่วยเหลือแบบนำทาง นำเอาวิธีการทางวิทยาศาสตร์ มาอธิบาย ชี้ทาง สอน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่จะคิดและเชื่ออย่างมีเหตุผล คงความเป็นบุคคลที่มีความคิด ความเชื่อ ที่มีเหตุผล ทั้งในปัจจุบัน และต่อเนื่องไปในอนาคต

วิธีดำเนินการ

1. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายผู้ป่วย และกล่าวทบทวนถึงการให้คำปรึกษาในครั้งที่ผ่านมา
2. ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยได้ทำแบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองตามรูปแบบABC ของ Ellis โดยให้ผู้ป่วยกำหนดสถานการณ์ขึ้นมาเอง โดยเลือกจากสถานการณ์ที่ตนเองได้ประสบแล้วเกิดความทุกข์ใจ หรือเหตุการณ์ใกล้ตัว โดยใช้แบบฟอร์มการวิเคราะห์ตามรูปแบบ ABC ของ Ellis (แบบฟอร์มหมายเลข 3.1)
3. ผู้ป่วยนำผลที่ได้จากการทำแบบวิเคราะห์ด้วยตนเองตามรูปแบบ ABC ของ Ellis ที่ กำหนดสถานการณ์ขึ้นมาเองมาวิเคราะห์ร่วมกับผู้ให้คำปรึกษาในเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างความคิดความเชื่อและผลกระทบต่อพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของตนเอง

4. ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยได้ทำแบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองตามรูปแบบ ABCDE ของEllis โดยฝึกวิเคราะห์เชื่อมโยงจากแบบฟอร์มหมายเลข 3.1 ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจะให้ผู้ช่วยนำ

สถานการณ์จากการวิเคราะห์ในแบบฟอร์มหมายเลข 3.1 มาเติมลงในแบบฟอร์มหมายเลข 3.2 และให้ผู้ป่วยได้ฝึกวิเคราะห์ด้วยตนเองตามรูปแบบ ABCDE ของ Ellis

5. ผู้ช่วยนำแบบที่ได้จากการทำแบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองมาวิเคราะห์ร่วมกับผู้ให้คำปรึกษา

6. ผู้ให้คำปรึกษาและผู้ช่วยช่วยกันสรุปสาระสำคัญและข้อคิดที่ได้จากการให้คำปรึกษาในครั้งนี้นี้และนัดหมายการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

โดยในกิจกรรมครั้งนี้ใช้เทคนิคดังต่อไปนี้

1. เทคนิคการโต้แย้งเพื่อจัดหรือเอาชนะความคิดที่ไร้เหตุผล โดยใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ช่วยคิดอย่างมีเหตุผลมากขึ้น
2. เทคนิคการทำทนายโดยการให้คำพูดเชิงท้าทายให้ผู้ช่วยเกิดความคิดที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง เช่น
3. การใช้ตรรกวิทยา โดยใช้สถานการณ์เปรียบเทียบตามความเป็นจริง เพื่อชี้ให้ผู้ช่วยได้ตระหนักว่าความคิดที่ไม่มีเหตุผลของเขาคืออะไรและความคิดนี้ส่งผลต่อการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นอย่างไร
4. เทคนิคการสอนหรือการอธิบายโดยตรง เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักและเข้าใจรูปแบบการคิดของตน
5. เทคนิคการให้คิดเป็นการบ้าน โดยมอบหมายให้ผู้ช่วยฝึกคิดอย่างมีเหตุผลในสถานการณ์อื่นที่ผู้ป่วยเคยพบ แล้วนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ร่วมกันกับผู้ให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเอาชนะความคิดที่ไม่มีเหตุผล มีความคิดที่มีเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้น

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้คำปรึกษา ให้ความสนใจ การร่วมแสดงความคิดเห็นและร่วมมือในการฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง
2. ผู้ป่วยสามารถบอกลักษณะความคิดที่มีเหตุผลและไม่มีเหตุผลได้
3. ผู้ป่วยสามารถทำแบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองได้
4. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงสิ่งที่เป็นคุณค่าในตนเองและบอกเป้าหมายในชีวิตได้ เกิดความคิดเชิงบวก

ครั้งที่ 4

การฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองจากสถานการณ์ที่กำหนด

กลุ่มเป้าหมาย ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้า

ระยะเวลา 60 นาที

สถานที่ หน่วยงานสุขภาพจิต

ลักษณะการให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษารายบุคคล

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้ประสบการณ์ในการฝึกคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผลด้วยตนเองในสถานการณ์ต่างๆ

สื่อ/อุปกรณ์

- แบบฟอร์มหมายเลข 4.1 : แบบฟอร์มการวิเคราะห์ตามรูปแบบABCDE ของ Ellis ที่ผู้ให้คำปรึกษากำหนดสถานการณ์ให้ผู้ป่วย จำนวน 1 ชุด
- แบบฟอร์มหมายเลข 4.2 : แบบฟอร์มการวิเคราะห์ตามรูปแบบ ABCDE ของ Ellis ที่ผู้ให้คำปรึกษากำหนดสถานการณ์ให้ผู้ป่วย จำนวน 1 ชุด
- ดินสอ/ปากกา

สาระสำคัญ

ผู้ให้คำปรึกษาสอนให้ผู้ป่วยโต้แย้งเพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิด ความเชื่อที่ไร้เหตุผล และปรับเปลี่ยนมามีความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล โดยใช้วิธีการให้ความช่วยเหลือแบบนำทาง นำเอาวิธีการทางวิทยาศาสตร์ มาอธิบาย ชี้ทาง สอน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่จะคิดและเชื่ออย่างมีเหตุผล คงความเป็นบุคคลที่มีความคิด ความเชื่อ ที่มีเหตุผล ทั้งในปัจจุบัน และต่อเนื่องไปในอนาคต

วิธีดำเนินการ

1. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายผู้ป่วยและกล่าวทบทวนถึงการให้คำปรึกษาในครั้งที่ผ่านมา
2. ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยได้ทำแบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองตามรูปแบบABCDEของ Ellis จากสถานการณ์ที่ผู้ให้คำปรึกษาได้กำหนดขึ้น (ซึ่งสถานการณ์ที่กำหนดเป็นสถานการณ์ที่ใกล้ตัวผู้ป่วย และเป็นสถานการณ์กลางๆที่สามารถเข้าใจได้ง่าย) จำนวน 1 สถานการณ์ (แบบฟอร์มหมายเลข 4.1)

โดยสถานการณ์ที่กำหนดขึ้นมีรูปแบบดังนี้

- เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น
- ความคิดที่ไม่มีเหตุผล

- อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม

- พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

3. ผู้ป่วยนำผลที่ได้จากการทำแบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองมาวิเคราะห์ร่วมกับผู้ให้คำปรึกษา

4. ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยได้ทำแบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองตามรูปแบบ ABCDE ของ Ellis จากสถานการณ์ที่ผู้ให้คำปรึกษาได้กำหนดขึ้นขึ้น (ซึ่งสถานการณ์ที่กำหนดเป็นสถานการณ์ที่ใกล้ตัวผู้ป่วย และเป็นสถานการณ์กลางๆที่สามารถเข้าใจได้ง่าย) จำนวน 1 สถานการณ์ (แบบฟอร์มหมายเลข 4.2)

5. ผู้ป่วยนำผลที่ได้จากการทำแบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองมาวิเคราะห์ร่วมกับผู้ให้คำปรึกษา

6. ผู้ให้คำปรึกษาและผู้ป่วยช่วยกันสรุปสาระสำคัญและข้อคิดที่ได้จากการให้คำปรึกษาในครั้งนี้นี้และนัดหมายการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

โดยในกิจกรรมครั้งนี้ใช้เทคนิคดังต่อไปนี้

1. เทคนิคการใช้บทบาทสมมติ โดยการให้ผู้ป่วยทดลองสวมบทบาทของผู้อื่น และแสดงพฤติกรรมในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อให้ได้รับรู้ถึงอารมณ์ ความรู้สึกในบทบาทของผู้อื่น
2. เทคนิคการเรียนรู้จากตัวแบบ โดยระหว่างการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาจะแสดงตัวแบบให้ผู้ป่วยเห็นลักษณะของผู้ที่มีอารมณ์มั่นคง มีความสุขภาพ ให้เกียรติผู้อื่น มีความเป็นตัวของตัวเอง เป็นต้น
3. เทคนิคการจินตนาการแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ โดยผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้ผู้ป่วยจินตนาการว่าอยู่ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและมีอารมณ์ การกระทำที่ไม่เหมาะสม ต่อมาผู้ให้คำปรึกษาชี้แนะผู้ป่วย ให้พยายามปรับเปลี่ยนอารมณ์และการกระทำดังกล่าวด้วยเหตุผลมาเป็นอารมณ์และการกระทำที่เหมาะสม

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้คำปรึกษา ให้ความสนใจ การร่วมแสดงความคิดเห็นและร่วมมือในการฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองจากสถานการณ์ที่กำหนด
2. ผู้ป่วยเข้าใจวิธีปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ทำแบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองตามสถานการณ์ที่กำหนดตามรูปแบบ ABCDE ของ Ellis ได้ถูกต้อง

ครั้งที่ 5

การฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง จากสถานการณ์ที่กำหนดและปัจจัย

นิเทศ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้า

ระยะเวลา 60 นาที

สถานที่ หน่วยงานสุขภาพจิต

ลักษณะการให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษารายบุคคล

วัตถุประสงค์

เพื่อสรุปผลของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์

สื่อ/อุปกรณ์

ดินสอ/ปากกา

สาระสำคัญ

ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้ป่วยคงความเป็นบุคคลที่มีความคิด ความเชื่อที่มีเหตุผล ทั้งในปัจจุบันและต่อเนืองไปในอนาคต กระตุ้นให้ผู้ป่วยพัฒนาปรัชญาในการดำรงชีวิตของตนตามความเป็นจริง และมีเหตุผล โดยให้ผู้ป่วยทบทวนการเปลี่ยนแปลงและความก้าวหน้าที่เกิดขึ้นกับตัวเอง

วิธีดำเนินการ

1. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายผู้ป่วยและกล่าวทบทวนถึงการให้คำปรึกษาในครั้งที่ผ่านมา
2. ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ผู้ป่วยบอกเล่าถึงผลจากการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ และได้กล่าวแสดงความรู้สึก ประสบการณ์ที่ได้รับจากการพิจารณาเหตุผลและอารมณ์
3. ผู้ให้คำปรึกษาสรุปผลกรให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ แนวคิดที่จะนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน กล่าวให้กำลังใจและความมั่นใจในการนำผลการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ไปใช้แก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน
4. ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของBeck (1991), แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ ATQ ของ Beck(1979) และเก็บไว้เป็นคะแนนหลังการศึกษา
5. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวขอบคุณ และกล่าวปิดการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์

โดยในกิจกรรมครั้งนี้ใช้เทคนิคผสมผสาน ดังต่อไปนี้

เทคนิคการให้คำปรึกษาทั่วไป

1. เทคนิคการถาม
2. เทคนิคการตีความโดยใช้คำถามเพื่อตรวจสอบความหมายในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ

สื่อให้ทราบ

เทคนิคด้านการรู้คิด

3. เทคนิคการโต้แย้งเพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิดที่ไร้เหตุผล โดยใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดอย่างมีเหตุผลมากขึ้น
4. เทคนิคการทำทลายโดยการให้คำพูดเชิงทำลายให้ผู้ป่วยเกิดความคิดที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง
5. การใช้ตรรกวิทยา โดยใช้สถานการณ์เปรียบเทียบตามความเป็นจริง เพื่อชี้ให้ผู้ป่วยได้ตระหนักว่าความคิดที่ไม่มีเหตุผลของเขาคืออะไรและความคิดนี้ส่งผลต่อการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นอย่างไร
6. เทคนิคการสอนหรือการอธิบายโดยตรง เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักและเข้าใจรูปแบบการคิดของตน

เทคนิคด้านอารมณ์

7. เทคนิคการให้บทบาทสมมติ โดยการให้ผู้ป่วยทดลองสวมบทบาทของผู้อื่น และแสดงพฤติกรรมในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อให้ได้รับรู้ถึงอารมณ์ ความรู้สึกในบทบาทของผู้อื่น
8. เทคนิคการเรียนรู้จากตัวแบบ โดยระหว่างการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาจะแสดงตัวแบบให้ผู้ป่วยเห็นลักษณะของผู้ที่มีอารมณ์มั่นคง มีความสุภาพ ให้เกียรติผู้อื่น มีความเป็นตัวของตัวเองเป็นต้น
9. เทคนิคการจินตนาการ แบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ โดยผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้ผู้ป่วยจินตนาการว่าอยู่ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและมีอารมณ์ การกระทำที่ไม่เหมาะสม ต่อมาผู้ให้คำปรึกษาชี้แนะผู้ป่วย พยายามปรับเปลี่ยนอารมณ์และการกระทำดังกล่าวด้วยเหตุผล มาเป็นอารมณ์และการกระทำที่เหมาะสมขึ้น

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้คำปรึกษา ให้ความสนใจ ร่วมแสดงความคิดเห็น และร่วมมือในการฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวัน
2. จากการวิเคราะห์การบ้านที่มอบหมายผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวันตามรูปแบบ ABCDE ของ Ellis ได้ถูกต้อง
3. ผู้ป่วยสามารถนำแนวคิดที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล และอารมณ์ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้พยายามฆ่าตัวตาย

คำชี้แจง แบบประเมินซึมเศร้าประกอบด้วย แบบประเมิน 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมคำลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศชายหญิง
2. อายุ..... ปี
3. ระดับการศึกษาสูงสุด.....
4. สถานภาพสมรส
โสดม้ายหย่า/ร้างคู่ อยู่ด้วยกัน
คู่ แยกกันอยู่อื่น ๆ ระบุ.....
5. อาชีพ
ไม่มีอาชีพรับจ้างเกษตรกรกรรม
รับราชการค้าขายนักเรียน/นักศึกษาอื่น ๆ
6. ท่านพยายามฆ่าตัวตายครั้งนี้เป็นครั้งที่
7. วิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย.....

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า(BDI)

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับท่านมากน้อยเพียงใด และทำเครื่องหมาย / ทับตัวเลขหน้าข้อความเพียงข้อเดียวเท่านั้นที่ตรง หรือใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

1. 0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึซึมเศร้า
1 ฉันรู้สึกซึมเศร้า
2 ฉันรู้สึกซึมเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้
3 ฉันรู้สึกซึมเศร้าจนทนต่อไปไม่ได้แล้ว

2. 0 ฉันไม่ค่อยรู้สึกท้อแท้กับอนาคต
1 ฉันรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
2 ฉันรู้สึกว่าไม่มีอะไรต้องคิดหรือมุ่งหวังอีกต่อไป
3 ฉันรู้สึกว่าไม่มี ความหวังในอนาคตและไม่สามารถจะทำให้มันดีขึ้นได้

3. 0 ฉันไม่รู้สึกว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว
1 ฉันรู้สึกที่ทำอะไรล้มเหลวมากกว่าบุคคลอื่น
2 เมื่อฉันมองย้อนไปในอดีต สิ่งที่ฉันจำได้คือความล้มเหลวทั้งหมด
3 ฉันรู้สึกว่าเป็นคนที่ทำอะไรล้มเหลวมาโดยตลอด

4. 0 ฉันมีความพอใจในทุกสิ่งทุกอย่าง
1 ฉันรู้สึกไม่พอใจในทุกสิ่งทุกอย่างที่ฉันทำดังเช่นเคย
2 ฉันไม่ได้รับความพอใจอย่างแท้จริงจากทุกสิ่งทุกอย่างอีกต่อไป
3 ฉันไม่รู้สึกรู้สึกพอใจและเบื่อหน่ายต่อทุกอย่าง

5. 0 ฉันไม่เคยรู้สึกผิด
1 ฉันรู้สึกผิดบางครั้ง
2 ฉันรู้สึกผิดเกือบตลอดเวลา
3 ฉันรู้สึกผิดตลอดเวลา

6. 0 ฉันไม่รู้สีกว่าฉันถูกลงโทษ
 1 ฉันรู้สึกว่าคุณอาจจะถูกลงโทษ
 2 ฉันคิดว่าฉันถูกลงโทษ
 3 ฉันรู้สึกว่าคุณถูกลงโทษ
7. 0 ฉันไม่รู้สีกฝืดห้วงในตนเอง
 1 ฉันรู้สึกฝืดห้วงในตนเอง
 2 ฉันรู้สึกขยะแฉียงในตนเอง
 3 ฉันเกลียดตัวเอง
8. 0 ฉันไม่รู้สีกว่าฉันเลวกว่าคนอื่น
 1 ฉันชอบวิเคราะห์ตนเองเกี่ยวกับความอ่อนแอและความผิดพลาด
 2 ฉันตำหนิตนเองตลอดเวลาเกี่ยวกับสิ่งที่ผิด
 3 ฉันตำหนิตนเองสำหรับทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้น
9. 0 ฉันไม่เคยคิดฆ่าตัวตาย
 1 ฉันคิดฆ่าตัวตายแต่ไม่ทำจริง
 2 ฉันอยากฆ่าตัวตายเหลือเกิน
 3 ฉันจะฆ่าตัวตายเมื่อมีโอกาส
10. 0 ฉันไม่ร้องไห้โดยจำเป็น
 1 ฉันร้องไห้มากกว่าที่เคย
 2 ทุกวันฉันร้องไห้เสมอ
 3 ฉันเคยร้องไห้ แต่เดี๋ยวนี้ร้องไห้ไม่ออกแม้จะต้องการร้องเหลือเกิน
11. 0 ฉันไม่ใช่คนที่ฉุนเฉียวโกรธง่าย
 1 ฉันเป็นคนฉุนเฉียวโกรธง่ายกว่าเมื่อก่อน
 2 ฉันเป็นคนขี้รำคาญและโกรธง่ายตลอดเวลา
 3 ฉันรู้สึกโกรธง่ายตลอดเวลา

- 12 0 ฉันให้ความสนใจผู้อื่นเสมอ
 1 ฉันสนใจผู้อื่นน้อยลงกว่าที่เคย
 2 ฉันเลิกสนใจผู้อื่นเป็นบางเวลา
 3 ฉันไม่สนใจผู้อื่นอีกเลย
- 13 0 ฉันตัดสินใจอะไรได้เหมือนอย่างที่เคยทำ
 1 ฉันพยายามหลีกเลี่ยงการตัดสินใจมากกว่าที่เคย
 2 ฉันมีความลำบากอย่างยิ่งในการตัดสินใจ
 3 ฉันไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้เลย
- 14 0 ฉันไม่รู้สึกรู้ว่าฉันแตกต่างไปจากเมื่อก่อน
 1 ฉันวิตกว่าฉันจะดูแลและไม่น่าสนใจ
 2 ฉันรู้สึกว่ามี ความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในอริยาบถของฉันที่ทำให้ฉันไม่น่ามองอีกต่อไป
 3 ฉันเชื่อว่าฉันเป็นคนน่าเกลียดมาก
- 15 0 ฉันสามารถทำงานได้เหมือนเคย
 1 ฉันต้องใช้ความพยายามเพิ่มขึ้นกว่าจะเริ่มทำงานบางสิ่งบางอย่าง
 2 ฉันต้องผลักดันตนเองอย่างมากที่จะทำงานอะไร
 3 ฉันไม่สามารถทำงานอะไรได้เลย
- 16 0 ฉันนอนได้ตามปกติ
 1 ฉันนอนไม่หลับเหมือนอย่างเคย
 2 ฉันนอนก่อนปกติ 1-2 ชั่วโมง และไม่สามารถนอนต่อได้อีก
 3 ฉันไม่สามารถทำงานอะไรได้เลย
- 17 0 ฉันไม่รู้สึเหนื่อย
 1 ฉันรู้สึกเหนื่อยกว่าแต่ก่อน
 2 ฉันรู้สึกเหนื่อยจากการทำสิ่งต่างๆ
 3 ฉันรู้สึกเหนื่อยเกินกว่าที่จะทำอะไรได้

- 18 0 ฉันรับประทานอาหารได้ตามปกติ
 1 ฉันรับประทานอาหารไม่ได้มากอย่างที่เคย
 2 ฉันรับประทานอาหารไม่ค่อยลง
 3 ฉันไม่ยอมรับประทานอาหารใดๆ เลย
- 19 0 น้ำหนักของฉันไม่ลดลง
 1 น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 2 กิโลกรัม
 2 น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 4 กิโลกรัม
 3 น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 6 กิโลกรัม
- 20 0 ฉันไม่รู้สึกรีดกั้วลเกี่ยวกับสุขภาพ
 1 ฉันรีดกั้วลเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ความเจ็บปวด ปวดท้อง หรือท้องผูก
 2 ฉันรีดกั้วลเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าเรื่องอื่นๆ
 3 ฉันรีดกั้วลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายจนไม่สามารถจะคิดถึงสิ่งอื่นได้
- 21 0 ความสนใจทางเพศของฉันยังปกติ
 1 ฉันสนใจเรื่องเพศน้อยกว่าที่เคย
 2 ฉันสนใจเรื่องเพศน้อยลงมาก
 3 ฉันไม่สนใจทางเพศเลย

แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับท่านมากน้อยเพียงใด และทำเครื่องหมาย / ในช่องว่างเพียงคำตอบเดียวเท่านั้นที่ตรง หรือใกล้เคียงกับความคิด ความรู้สึกของท่านใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นคนต่อต้านสังคม/ต่อต้านโลก					
2. ฉันไม่มีส่วนดีเลย					
3. ทำไมฉันไม่เคยประสบความสำเร็จเลย					
4. ไม่มีใครเข้าใจฉันเลย					
5. ฉันทำให้คนรอบข้างผิดหวัง					
6. ฉันคิดว่าฉันไม่สามารถทำอะไรต่าง ๆ ต่อไปได้					
7. ฉันหวังว่าฉันจะเป็นคนดีกว่านี้					
8. ฉันรู้สึกอ่อนแอเหลือเกิน					
9. ชีวิตของฉันไม่เป็นไปตามที่ฉันต้องการ					
10. ฉันผิดหวังในตัวเอง					
11. ไม่มีอะไรในชีวิตที่ฉันรู้สึกที่ดีขึ้นเลย					
12. ฉันทนอยู่อย่างนี้ได้อีกไม่นานแล้ว					
13. ฉันคิดว่าฉันไม่สามารถเริ่มต้นชีวิตใหม่ได้					
14. เกิดอะไรผิดพลาดขึ้นกับฉัน					
15. ฉันปรารถนาที่จะหายจากสถานการณ์การเจ็บป่วย					
16. ฉันไม่สามารถทำทุกอย่างประสานกันได้					
17. ฉันเกลียดตัวเอง					
18. ฉันเป็นคนไม่มีคุณค่า					
19. ฉันอยากจะสูญสลายไปจากโลกนี้					
20. นี่มันเกิดอะไรขึ้นกับฉันนะ					
21. ฉันคือผู้แพ้					
22. ชีวิตของฉันสับสนวุ่นวาย					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
23. ฉันเป็นคนล้มเหลว					
24. ฉันไม่สามารถจะทำได้					
25. ฉันรู้สึกขาดที่พึ่ง					
26. บางสิ่งบางอย่างน่าจะเปลี่ยนแปลงไปเสียบ้าง					
27. ต้องมีบางสิ่งบางอย่างที่ผิดพลาดเกิดขึ้นกับฉันแน่					
28. อนาคตของฉันเป็นอนาคตที่หม่นหมอง					
29. ทุกๆอย่างไม่มีคุณค่าหรือมีความสำคัญกับฉันเลย					
30. ฉันไม่สามารถทำอะไรให้สำเร็จลงได้เลย					

ตัวอย่างรายละเอียดของกรณีศึกษา
กรณีศึกษาที่ 1

ลักษณะทั่วไป หญิงไทยอายุ 20 ปี รูปร่างผอมสูง ผิวขาวสถานภาพสมรส โสด อาชีพรับจ้าง การศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3

สภาพครอบครัว พักหอพักของโรงงานอยู่กับเพื่อน

มาโรงพยาบาลด้วยเรื่อง ไข้ยาเกินขนาด รับประทานยาพาราเซตามอล 40 เม็ด

2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

สาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตาย น้อยใจที่แฟนไปมีผู้หญิงอื่น คิดว่าแฟนไม่รักตนเองแล้ว

พฤติกรรมในวันแรกของการศึกษา ซึมเศร้า ร้องไห้ บ่นว่าแฟนไม่นำมาทำเช่นนี้กับตน

พฤติกรรมในวันที่ 5 ของการศึกษา ยิ้ม แสดงความสบายใจ มีวิธีที่จะจัดการกับปัญหา

คะแนนภาวะซึมเศร้าจากแบบวัด BDI

ระยะก่อนการศึกษา = 31 คะแนน

ระยะหลังการศึกษา = 10 คะแนน

คะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบ = 62 คะแนน

ยาที่ได้รับกลับบ้าน

Fuoxetine (20mg) 1 เม็ด ก่อนนอน

Amitriptyline (25mg) 1 เม็ด ก่อนนอน

กรณีศึกษาที่ 2

ลักษณะทั่วไป ชายไทยอายุ 19ปี รูปร่างผอมสูง ผิวคล้ำ สถานภาพสมรส คู่ อาชีพ รับจ้าง (พนักงานโรงงาน) การศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่3

สถานภาพครอบครัว อาศัยอยู่กับแฟนแต่ยังไม่ได้แต่งงานกัน

มาโรงพยาบาลด้วยเรื่อง ดื่มน้ำเปล่าปนเลือดประมาณ ครึ่งแก้ว 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

สาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตาย เสียใจที่แฟนพยายามขอแยกทาง

พฤติกรรมในวันแรกของการศึกษา ซึม เศียบ ไม่สบตาไม่ยอมให้มีชีวิตอยู่

พฤติกรรมในวันที่ 5 ของการศึกษา ยิ้ม บอกว่าสบายใจขึ้นมั่นใจในตนเองมากขึ้นและมีแนวทางในการแก้ปัญหา

คะแนนภาวะซึมเศร้าจากแบบวัดBDI

ระยะก่อนการศึกษา = 20 คะแนน

ระยะหลังการศึกษา = 14 คะแนน

คะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบ = 68 คะแนน

ยาที่ได้รับกลับบ้าน

Fuoxetine (20mg) 1 เม็ด ก่อนนอน

กรณีศึกษาที่ 3

ลักษณะทั่วไป หญิงไทยอายุ 22 ปี รูปร่างผอม ผิวขาว สถานภาพสมรส ใสด อาชีพ รับจ้าง (พนักงานบริษัท) การศึกษา ชั้นปริญญาตรี

สภาพครอบครัว อาศัยอยู่กับยายมีอาชีพรับจ้าง

มาโรงพยาบาลด้วยเรื่อง รับประทานยานอนหลับ 20 เม็ดก่อนมาโรงพยาบาล(ตั้งครรภ์ได้ 2 เดือน)

สาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตาย รู้สึกท้อแท้สิ้นหวังในชีวิต เนื่องจาก 1.กำลังตั้งครรรภ์ 2.ติดเชื้อเอชไอวี 3.แฟนไปมีผู้หญิงคนใหม่ ผู้ป่วยรู้สึกว่เหตุการณ์ต่างๆ หมดหนทางในการแก้ไขแล้ว จึงตัดสินใจทำร้ายตนเอง

พฤติกรรมในวันแรกของการศึกษา ร้องไห้ตลอดเวลา ซึม บอกว่ารู้สึกท้อแท้ในชีวิต

พฤติกรรมในวันที่5 ของการศึกษา ทำที่สงบ สีหน้าสดชื่นขึ้น บอกว่าสบายใจขึ้น และพยายามไม่คิดมาก และจะขออยู่ต่อไปเพื่อลูกและยาย ตลอดจนจะเข้ารับการรักษาตัวจากการติดเชื้อเอชไอวี และจะไปฝากครรภ์

คะแนนภาวะซึมเศร้าจากแบบวัดBDI

ระยะก่อนการศึกษา = 31 คะแนน

ระยะหลังการศึกษา = 24 คะแนน

คะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบ = 60 คะแนน

ยาที่ได้รับกลับบ้าน

Amitriptyline(25mg) 1 เม็ด ก่อนนอน

Fuoxetine (20mg) 1เม็ด ก่อนนอน

กรณีศึกษาที่ 4

ลักษณะทั่วไป หญิงไทยอายุ 19 ปี รูปร่างผอมบาง ผิวขาว สถานภาพสมรส โสด อาชีพนักศึกษา
การศึกษา ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง

สภาพครอบครัว อาศัยอยู่กับเพื่อน บิดาและมารดาเลี้ยงมีอาชีพค้าขายอยู่ต่างจังหวัด
มาโรงพยาบาลด้วยเรื่อง กินยาพาราเซตามอลเกินขนาด 30 เม็ด ครึ่งชั่วโมงก่อนมา
โรงพยาบาล

สาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตาย ผิดหวังกับชีวิตตนเองที่ต้องตกเป็นภรรยาบ่อย

พฤติกรรมในวันแรกของการศึกษา สิ้นน้ำซึมเศร้า น้ำตาคลอตลอดเวลา

พฤติกรรมในวันที่ 5 ของการศึกษา สดชื่นขึ้น บอกว่าสบายใจ เข้าใจความรู้สึกของตนเองและ
เข้าใจแฟน จะตั้งใจเก็บเงินเพื่อเปิดร้านขายหนังสือ และจะอยู่ให้ได้ด้วยตนเอง

คะแนนความซึมเศร้าจากแบบวัดBDI

ระยะก่อนการศึกษา = 31 คะแนน

ระยะหลังการศึกษา = 15 คะแนน

คะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบ = 62 คะแนน

ยาที่ได้รับกลับบ้าน

Amitriptyline (10) 1 tab O bid pc

Fuoxetine (20mg) 1 เม็ด ก่อนนอน

กรณีศึกษาที่ 5

ลักษณะทั่วไป ชายไทยอายุ 23 ปีรูปร่างผอมสูง ผิวขาว สถานภาพสมรส คู่ อาชีพรับจ้าง (พนักงานบริษัท) การศึกษาปริญญาตรี

สภาพครอบครัว อาศัยอยู่กับภรรยา ภรรยาประกอบอาชีพรับจ้าง(พนักงานบริษัท)

มาโรงพยาบาลด้วยเรื่อง กินยาฆ่าแมลงก่อนมาโรงพยาบาล

สาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตาย ผิดหวังและเสียใจภรรยาที่แอบไปมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนของตน

พฤติกรรมในวันแรกของการศึกษา เงียบเฉย บอกว่ารู้สึกผิดหวัง และเสียใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

พฤติกรรมในวันที่5 ของการศึกษา บอกว่าสบายใจขึ้น จะปรับความเข้าใจกับภรรยาและพร้อมจะให้ภรรยา และจะปรับปรุงตัวเอง

คะแนนภาวะซึมเศร้าจากแบบวัดBDI

ระยะก่อนการศึกษา = 20 คะแนน

ระยะหลังการศึกษา = 15 คะแนน

คะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบ = 63 คะแนน

ยาที่ได้รับกลับบ้าน

Amitriptyline (10) 1 tab O bid pc

Fuoxetine (20mg) 1 เม็ด ก่อนนอน

ประวัติผู้เขียนโครงการศึกษาอิสระ

นางสาวรพีพร อ่อนกุล เกิดเมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2513 ที่จังหวัดฉะเชิงเทรา สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี ปีการศึกษา 2537 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แผนก ข (ภาคนอกเวลา) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2551 ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ จังหวัดปราจีนบุรี