

บทที่ 2

เอกสารและการศึกษาที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการให้คำปรึกษาทางการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีภวนิยมต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. การฆ่าตัวตาย
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 สาเหตุ
 - 1.3 ทฤษฎีสาเหตุความเชื่อเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายทางสังคม – จิตวิทยา
2. ภาวะซึมเศร้า
 - 2.1 ความหมาย
 - 2.2 สาเหตุ และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุ
 - 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการ
 - 2.4 ลักษณะอาการ ระดับภาวะซึมเศร้า
 - 2.5 การพยาบาลและการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย
3. การให้คำปรึกษาทางการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีภวนิยม
 - 3.1 แนวคิดของการให้คำปรึกษา
 - 3.2 เทคนิคการให้คำปรึกษา
 - 3.3 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาตามแนวคิดภวนิยม
 - 3.4 กระบวนการพยาบาล
 - 3.5 การให้คำปรึกษาทางการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีภวนิยม
 - การประเมิน การคัดกรอง
 - การวินิจฉัย
 - การวางแผนทางการพยาบาลเป้าหมายระยะสั้น เป้าหมายระยะยาว
 - การให้คำปรึกษาทางการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีภวนิยมต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
 - การติดตามประเมินผล
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การฆ่าตัวตาย

1.1 ความหมายการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตาย หรือ อุตวินิบาตกรรม มาจากศัพท์ Sui คือ Self หมายถึงตนเอง

Cide คือ Murder หมายถึงการฆ่า

การฆ่าตัวตายในภาษาไทยเรียกว่า อุตวินิบาตกรรม

มาจากคำว่า : อุต หมายถึง ตัวตน, ตนเอง

: วินิบาต หมายถึง การทำลาย, การฆ่า

: กรรม หมายถึง การกระทำ

เมื่อรวมความแล้วจึงหมายถึง การกระทำที่เป็นการฆ่า หรือการทำลายตนเอง ถ้าหากจะพิจารณาแต่ความหมายที่กล่าวมาแล้ว อาจทำให้มองเห็นว่า อุตวินิบาตกรรมเป็นเพียงการฆ่าตัวตาย คือพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นได้ทำร้ายตนเอง เพื่อให้เกิดการสูญเสียชีวิตของตนเอง (ราชบัณฑิตยสถาน, 2538) แต่แท้ที่จริงแล้วอุตวินิบาตกรรมหรือการฆ่าตัวตายมีความหมายกว้างกว่านั้นมาก ซึ่งมีผู้ให้ความหมายแตกต่างกันไปดังนี้

ฉลอง ภิรมย์รัตน์ (2523) กล่าวว่า การฆ่าตัวตายหมายถึงการทำร้ายตนเองโดยวิธีการต่าง ๆ เพื่อวัตถุประสงค์ที่จะให้ตนเองได้ตายไปอย่างใจคิด

สุวิทนา อารีพรรค (2524) กล่าวว่า การฆ่าตัวตายเป็นผลให้ผู้กระทำเสียชีวิต

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2531) กล่าวว่า การฆ่าตัวตายเป็นความคิดอยากทำร้ายตนเอง เนื่องจากว่ารู้สึกหมดหวังในชีวิต คิดว่าชีวิตไม่มีความหมายและพยายามทำตามความคิดนั้นจนถึงขั้นทำได้สำเร็จโดยไม่ถูกขัดขวาง พฤติกรรมที่แสดงออกนั้นมีวางแผนไว้ล่วงหน้าหรือเป็นแบบหุ่นยนต์และเป็นไปได้ทั้งในระดับจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก

นिरา พรเดชวงศ์ (2539) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการกระทำเพียงครั้งเดียวเพื่อให้ตนเองเสียชีวิต หรืออาจพูดได้ว่า การฆ่าตัวตาย คือรูปแบบของพฤติกรรม เช่น การไข้ยาเกินขนาดโดยไม่จำเป็น การยิงตัวตาย การกินยาตาย ผูกคอตาย ซึ่งมักจะลงเอยด้วยการจบชีวิต

สุกมล วิภาวีพลกุล(2540) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำเพื่อปลิดชีวิตของตนเองโดยเจตนา บุคคลที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือบังเอิญทำให้ตนเองเสียชีวิต (แต่ไม่มีเจตนาจะตาย) ไม่ถือว่าเป็นการฆ่าตัวตาย จนกว่าจะมีข้อมูลที่บ่งว่าการกระทำนั้น ๆ เพื่อจบชีวิตของตนเอง

วารินทร์ ถาน้อย(2544) กล่าวว่า ความคิดฆ่าตัวตายคือ ความคิดที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมาหรือความคิดโดยอ้อมเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายหรือทำลายตนเองซึ่งอาจแสดงออกทาง คำพูด การเขียนหรือผ่านงานศิลปะ แต่ยังไม่มีความตั้งใจที่จะกระทำ การชู้ที่จะฆ่าตัวตาย เป็นลักษณะ

ของการพูดและการเขียนอย่างตรงไปตรงมาเกี่ยวกับความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย แต่ยังไม่เกิดการกระทำขึ้น การทำที่จะฆ่าตัวตาย เป็นลักษณะการทำร้ายตนเองแต่ไม่ได้รับบาดเจ็บหรือมีกรบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย ซึ่งผู้กระทำไม่ได้ตั้งใจจะจบชีวิตตนเองและไม่คาดหวังว่าตนเองจะตาย แต่กระทำเพื่อให้คนอื่นคิดว่าตนเองต้องการจะตาย การพยายามฆ่าตัวตาย เป็นการทำร้ายตนเองอย่างรุนแรง อาจเกิดการได้รับบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยหรือได้รับบาดเจ็บมาก และผู้กระทำมีความตั้งใจจะจบชีวิตตนเองหรือต้องการให้ตนเองได้รับอันตรายอย่างรุนแรง การฆ่าตัวตายสำเร็จ เป็นลักษณะที่ผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตตนเองและมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ขณะกระทำทำให้เกิดการเสียชีวิตของตนเอง

เบค (Beck, Steer and Ranieri, 1988) ได้อธิบายเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายว่าเป็นแผนการที่เกิดขึ้นหรือความปรารถนาที่ต้องการจะฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน แต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำการใดที่จะปรากฏออกมาให้เห็นถึงพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งความรุนแรงของความตั้งใจในความคิดฆ่าตัวตายนั้น จะเป็นข้อบ่งชี้ได้อย่างชัดเจนถึงความเสี่ยงในการเกิดการฆ่าตัวตายได้ พฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Suicidal Behavior) หมายถึงความคิดหรือการกระทำใด ๆ ที่หากดำเนินไปจนสำเร็จก็จะทำให้เกิดอันตรายรุนแรงจนถึงแก่ความตายได้ พฤติกรรมฆ่าตัวตายเป็นตั้งแต่ ความคิดอยากฆ่าตัวตาย (Suicide Ideation) การขู่จะฆ่าตัวตาย (Suicidal Threat) การพยายามฆ่าตัวตาย (Suicidal Attempt) ไปจนถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Complete Suicide)

ฟาร์บีโรว์ (Faberow, 1980, pp .199) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง เป็นการทำให้ตนเองบาดเจ็บ ฆ่าตัวตนเอง หรือเป็นการทำลายตนเอง

สตีเนจล (Stengel, 1977, pp. 14) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำที่เป็น การจบชีวิตตนเองหรือตายด้วยน้ำมือตนเองหรือมีแนวโน้มที่จะทำลายตนเอง

สรุปโดยรวมอาจกล่าวได้ว่าความคิดฆ่าตัวตาย สิ่งที่เกิดขึ้นตามความรู้สึก หรือเป็นการแสดงออกถึงความต้องการที่ผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่จะทำลายตนเอง เพื่อต้องการจบชีวิตตนเองด้วยความสมัครใจ ตั้งใจ และรู้ตัว แต่ยังไม่ได้แสดงออกมาเป็นพฤติกรรม ซึ่งความคิดฆ่าตัวตายนั้นเป็นกระบวนการที่สามารถนำไปสู่ความพยายามหรือการกระทำพฤติกรรมที่จะฆ่าตัวตายได้ สามารถประเมินได้ แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายของ Beck Scale for suicidal Ideation (Beck, el, 1988)

ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หมายถึง บุคคลที่มีความคิดหรือการกระทำที่มีจุดประสงค์เพื่อให้ตนเองจบชีวิต หากดำเนินการจนสิ้นสุด

1.2 สาเหตุของการฆ่าตัวตาย

1.2.1 สาเหตุของความคิดฆ่าตัวตาย

ซึ่งโดยรวมแล้วอาจกล่าวได้ว่า ยังไม่มีสาเหตุใดที่อธิบายสาเหตุการเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างชัดเจน แต่ผลกระทบจากปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเครียดและความกดดันรุนแรง จนไม่สามารถหาทางออกให้กับปัญหาได้และกลายเป็นพฤติกรรมการฆ่าตัวตายตามมา โดยสามารถแยกออกเป็นรูปแบบของการเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ดังภาพที่ 1

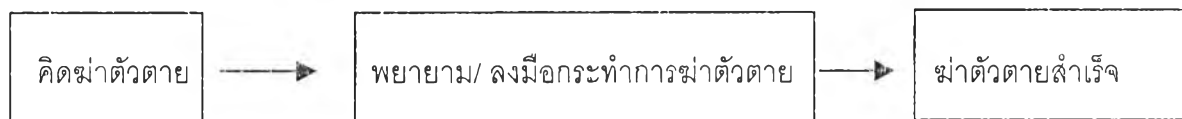


ภาพที่1 กระบวนการเกิดความคิดฆ่าตัวตาย (Brent อ้างในอุมาพร ตรังสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล น 2539: Fontaine and Fletcher, 1999)

โดยพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายต่าง ๆ ที่แสดงออกมานั้นมีความคาบเกี่ยวกันอยู่และไม่สามารถแยกออกเป็นขั้นตอนได้อย่างชัดเจน แต่การแสดงความคิดฆ่าตัวตายนั้นจะเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการเกิดพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายไปถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จได้ แสดงว่าผู้ที่มีพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายต่าง ๆ ย่อมมีความคิดฆ่าตัวตายรวมอยู่ด้วย ดังนั้นการแยกพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายชนิดต่างๆ จึงไม่สำคัญนักเพราะการที่บุคคลมีพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งก็เพียงพอแล้วที่จะบอกว่าบุคคลนั้นมีความเสี่ยงและจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ (Brent อ้างในอุมาพร ตรังสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล น 2539: Fontaine and Fletcher, 1999)

ผู้คิดฆ่าตัวตายมีความคิดทั้งอยากตายและไม่อยากตายถ้ามีทางเลือกหรือเห็นทางออกในการแก้ปัญหาโดยการได้รับการช่วยเหลือ ทันท่วงทีก็สามารถป้องกันฆ่าตัวตายที่อาจเกิดขึ้นได้

โดยขั้นตอนต่างๆ ของการฆ่าตัวตายสามารถสรุปได้ดังนี้ (สุกมล วิภาวีพลกุล, 2541)



ภาพที่ 2 ขั้นตอนของการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตายโดยประเมินจากเจตนาของผู้กระทำแบ่งออกเป็น 4 ประเภท จอห์น (John Curra 1993 อ้างในนรีรา พรเดชวงศ์, 2539) คือ

- 1) การฆ่าตัวตายที่มีการวางแผนล่วงหน้า (Pre mediated Suicide) โดยมีการเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ ไว้พร้อม พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายที่อยู่ในวัยกลางคนขึ้นไป นอกจากนี้ยังพบในพวกที่มีปัญหาสุขภาพจิต หรือพวกโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Chronic Depression) โดยใช้วิธีการรุนแรงที่มั่นใจว่าได้ผลซึ่งมักประสบความสำเร็จในการฆ่าตัวตาย
- 2) การฆ่าตัวตายแบบสองจิตสองใจ (Ambivalence Suicide) มักมีสาเหตุจากการขัดแย้งกับคนใกล้ชิดถูกกดดันจากสังคมรอบข้าง จึงทำให้เกิดแรงจูงใจคิดจะฆ่าตัวตายโดยยังไม่แน่ใจว่าเป็นทางเลือกที่ดี เพื่อเรียกร้องความสนใจจากผู้อื่น ซึ่งอาจมีการวางแผนล่วงหน้าแต่ก็ใช้วิธีการที่ไม่รุนแรง เช่น เชือดข้อมือ กินยาเกินขนาด โดยมักเป็นวัยรุ่น
- 3) การฆ่าตัวตายเพื่อทำร้ายผู้อื่น (Coercive Suicide) โดยมีเจตนาให้ผลของการฆ่าตัวตายไปทำร้ายบุคคลอื่น เพื่อให้รับผิดชอบต่อการตายของตนเอง เป็นการทำให้บุคคลอื่นเกิดความละอายและเป็นทุกข์มักพบในเพศหญิงอายุระหว่าง 20-30 ปี โดยอาจจะมีการเขียนจดหมายลาตายวิธีการส่วนใหญ่จะเป็นการกินยาเกินขนาด หรือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการรุนแรงและมักทำสำเร็จในครั้งแรก
- 4) การฆ่าตัวตายแบบไม่ตั้งใจ (Faux Suicide) ส่วนใหญ่ไม่ต้องการฆ่าตัวตายจริง โดยมักพบในผู้ที่มีความผิดหวังต่อความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดและพยายามจะฆ่าตัวตาย แต่การตายมักเกิดจากอุบัติเหตุโดยไม่ได้อยากตายจริง กรณีนี้พบถึง 75 % ของการฆ่าตัวตายสำเร็จ

1.2.2 สาเหตุของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

ในปัจจุบันยังไม่มีทฤษฎีใดอธิบายสาเหตุการฆ่าตัวตายได้ชัดเจน จึงได้มีการอธิบายไว้หลายประการดังนี้ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2537)

ปัจจัยด้านชีวภาพ

1) ชีวภาพของการฆ่าตัวตาย Biology of suicide

สาเหตุทางเคมีเชิงประสาทวิทยา (Neurochemistry) พบว่าผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายกลุ่มหนึ่ง จะมีการพร่องของระดับซีโรโทนิน (5-HT) จากการวัดระดับของ 5-hydroxyindoleacetic acid (5-HIAA) ได้ลดลงในสารน้ำของสมองและไขสันหลัง ยิ่งพยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีการที่รุนแรงระดับของ 5-HIAA จะยิ่งลดน้อยลง และพบว่าระดับของ 5-HIAA ลดลงในผู้ป่วยที่ควบคุมความรุนแรงของพฤติกรรมฆ่าตัวตายไม่ได้ จากการศึกษาผู้ที่เสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายพบว่ามีระดับสาร 5-HIAA ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอารมณ์ซึมเศร้าในน้ำไขสันหลังมีระดับต่ำลง จึงเชื่อว่าบุคคลที่ฆ่าตัวตายเพราะตกอยู่ในอารมณ์ซึมเศร้า ความผิดปกติอย่างอื่นทางเคมีเชิงประสาทวิทยาที่พบในขณะฆ่าตัวตายได้แก่ระดับของ Free cortisol สูงในปัสสาวะ Dexamethasone suppression test ให้ผลลบ ถ้าฉีด 5-hydroxytryptophan จะมีการตอบสนองของ cortisol ในพลาสมามากเกินไป และจากการศึกษาในผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีรุนแรง พบว่าสาร 5 HIAA ซึ่งเป็น Metabolite ของ Serotonin ในน้ำไขสันหลังมีระดับต่ำกว่าปกติ เชื่อว่า ระดับ Serotonin ที่ต่ำนี้จะทำให้บุคคลควบคุมตนเองไม่ได้ และจะทำร้ายตนเองเมื่อมีความเครียด ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้คืออาจจะเกิดจากความผิดปกติของ Metabolism ของ Serotonin (5-HT) จะพบว่า cell body ของระบบ 5-HT อยู่ที่ raphynucleus และ superior central nucleus โดย cell body จะส่งทางประสาทไปยังส่วนต่างๆของสมองเช่น นีโอคอร์เทกซ์ โรห์นอลคอร์เทกซ์ (Rhinal cortex) Thalamus, hypothalamus, ระบบลิมบิก, เบริคูล่าฟอร์เมชัน, สมองน้อยและไขสันหลัง จะพบว่าหลายบริเวณภายในสมองทางประสาทของระบบ Norepinephrin จะ interface กับทางประสาทของระบบ 5-HT interface ที่สำคัญแห่งหนึ่งคือการ interface ระหว่าง raphy nucleus ของระบบ 5-HT และ โลคัสซีรูเลียส ของระบบ Norepinephrin

สาเหตุทางโครงสร้างของสมอง ผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายบางรายมีห้อง (Ventricle) ของสมองใหญ่ขึ้น

สาเหตุทางคลื่นไฟฟ้าของสมองผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายบางรายมีคลื่นไฟฟ้าของสมองผิดปกติ

การเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ (Physical and psychiatric illness)

โดยเฉพาะผู้ป่วยในกลุ่ม Affective disorder หรือผู้ที่มีความแปรปรวนทางด้านอารมณ์ ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการนอนไม่หลับอย่างรุนแรง ผู้ที่ติดสุราเรื้อรัง หรือติดสารเสพติดเมื่อเกิดอาการขาดสาร (withdrawal symptoms) สำหรับการเจ็บป่วยทางร่างกาย มักเกี่ยวข้องกับ การเจ็บป่วยที่ทุกข์ทรมาน การเจ็บป่วยที่เรื้อรัง และการเจ็บป่วยที่ทำให้ไร้สมรรถภาพ โดยเฉพาะความสามารถทางเพศ

2) ปัจจัยด้านจิตสังคม

ด้านจิตวิเคราะห์ (Psycho Dynamic approach) เป็นการอธิบายถึงความเข้มแข็งของตัวตน (ego) ในการจัดการและการเผชิญปัญหาของความขัดแย้งต่างๆ ผู้ที่มีชื่อเสียงคือ Sigmund Freud กล่าวถึงการฆ่าตัวตายว่า เป็นบทบาทหนึ่งของการทำงานของจิตใจในจิตใต้สำนึกที่พยายามจัดการกับแรงขับของความก้าวร้าวที่พุ่งตรงไปยังสิ่งที่ตนรัก ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นเพราะบุคคลนั้นได้นำแรงขับของความก้าวร้าวหันเข้ามาทำโทษตนเอง เป็นการเลือกใช้กลไกทางจิตแบบโทษตนเอง (Introjection)

- ทฤษฎีของ Sigmund Freud ได้อธิบายว่า เกิดจากความก้าวร้าวรุกรานให้หันกลับเข้าหาตัวเอง โดยในขั้นต้นความโกรธนี้มีต่อบุคคลหรือต่อวัตถุอันเป็นที่รักที่ตายหรือจากไป บุคคลพยายามทำใจกับการสูญเสีย แต่ความโกรธก็ยังไม่จางหายไปความโกรธต่อสิ่งนั้นจึงเป็นเสมือนการโกรธต่อตนเอง การฆ่าตัวตายจึงเกิดขึ้นตามมา

- ทฤษฎีของ Karl Menninger ทฤษฎีนี้อาศัยทฤษฎีของ Sigmund Freud โดยกล่าวว่าการฆ่าตัวตายเป็นฆาตกรรมที่วกเข้าหาตนเอง กล่าวคือ บุคคลโกรธคนอื่นต่อมา ความโกรธนั้นถูกวกเข้ามาเป็นการโกรธตนเอง โดยมีความปรารถนาคือ ความปรารถนาที่จะฆ่า ความปรารถนาที่จะถูกฆ่าและความปรารถนาที่จะตาย

- ทฤษฎีปัจจุบัน คือจิตพลวัตของการฆ่าตัวตายมีหลายแบบ บุคคลที่มักจะมีฆ่าตัวตาย ตามการเพื่อฝันไว้ก่อนมักจะเป็นบุคคลที่มีลักษณะดังต่อไปนี้คือ เป็นบุคคลที่ประสบกับความสูญเสียบุคคลหรือวัตถุที่ตนเองรัก หรือความหลงใหลรักตนเองถูกทำร้ายหรือเป็นบุคคลที่อารมณ์ถูกกระทบกระเทือนอย่างท่วมท้น จนทำให้โกรธเดือดดาล

การพยายามฆ่าตัวตายอาจจะทำให้อารมณ์ซึมเศร้าที่เป็นมานานแล้วดีขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้ป่วยรู้สึกเหมือนได้ลงโทษตัวเองหรือลงโทษบุคคลอื่นผู้ป่วยซึมเศร้าจำนวนมากใช้วิธีการหมกมุ่นคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเพื่อต่อสู้กับอารมณ์ซึมเศร้าที่ตัวเองทนไม่ไหวแล้วหรือต่อสู้กับความรู้สึกหม่นหวังความรู้สึกหม่นหวังจึงเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดตัวหนึ่งของอัตราเสี่ยงต่อการ

ฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตามผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าอาจจะฆ่าตัวตายในขณะที่อารมณ์ซึมเศร้าดีขึ้นแล้ว และมีแรงพอที่จะลุกขึ้นมาทำร้ายตนเอง

ด้านสังคมวิทยา (Sociological Approach) นักสังคมวิทยาที่สนใจเรื่องสาเหตุการฆ่าตัวตายชื่อ Emile Durkheim ได้ศึกษาสาเหตุการฆ่าตัวตายของบุคคลโดยการวิเคราะห์จากปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสภาพสังคมที่บุคคลนั้น ดำรงอยู่ และแบ่งเป็นกลุ่ม ๆ ดังนี้ (อ้างถึงใน สุวิทนา อารีพรอค, 2534 : 526)

- Altruistic suicide บุคคลฆ่าตัวตายตามกฎหมายเกณฑ์ หรือประเพณีของ สังคมนั้น ๆ เช่นการ Hara -kiri หรือ suttee
- Egoistic suicide บุคคลฆ่าตัวตายเป็นเพราะ ตนเองรู้สึกไม่มีความผูกพันกับสังคม หรือบุคคลที่แยกตัวจากสังคม
- Anomic suicide บุคคลฆ่าตัวตายเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในการดำเนินชีวิต เช่นการสูญเสีย

1.3 ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behavioral Theory) เชื่อว่าการทำร้ายตนเองเกิดจากการเรียนรู้ และได้รับแรงเสริม ในขณะที่อยู่ในวัยเด็ก หรือวัยรุ่น

1.4 ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Theory) เชื่อว่าการทำร้ายตนเองอาจเป็นผลมาจากการที่ผู้เลี้ยงดูทอดทิ้งเด็กทำให้เกิดความรู้สึกผิดและรู้สึกไร้ค่านอกจากนี้ การถูกทำทารุณกรรมหรือการมีเพศสัมพันธ์กับพ่อแม่ อาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เด็กเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเอง หากไม่ได้รับการช่วยเหลือและการสร้างความผูกพันที่เหมาะสม

1.5 แนวคิดอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

1.5.1 การไม่สามารถสื่อสารความต้องการและความรู้สึก เชื่อว่าบุคคลที่ไม่สามารถแสดงความรู้สึกเศร้าเสียใจความรู้สึกผิด และความต้องการอื่น ๆ ตัวอย่างเช่น คนพิการที่พูดไม่ได้ หรือผู้ป่วยด้วยโรคที่ทำให้พูดไม่ได้หรือหูไม่ได้ยินเป็นผลให้เกิดความคับข้องใจ และมีแนวโน้มทำร้ายตนเองได้ในที่สุด

1.5.2 ลักษณะบุคลิกภาพ มีการศึกษาพบว่า ลักษณะบุคลิกภาพที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายคือ Hostility, Impulsivity, Depression โดยพบว่า ลักษณะของบุคลิกภาพดังกล่าวจะผสมผสานกัน และส่งผลให้เกิดความผิดปกติถึงขั้นทำร้ายตนเองได้เช่น ผู้ที่มีภาวะ Borderline Personality Disorder และ Antisocial Personality Disorder จะมีความสัมพันธ์

ระดับสูง ต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเอง (Brodsky et al, 1997 อ้างใน Stuart, 2001, 388) และผู้ที่มีบุคลิกภาพ Antisocial ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีแนวโน้มทำร้ายตนเองมากขึ้น นอกจากนี้ ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบ Hostility ยังมีแนวโน้มทำร้ายตนเองได้สูงตามแนวคิดของพรอยด์ที่ว่า กลุ่มพวกนี้จะหันเหความโกรธเข้าหาตนเอง จนเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

1.5.3 ผลการศึกษาลักษณะพฤติกรรมโดยทั่วไป พบว่า บุคลิกภาพของผู้ที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายมีดังนี้ มักแยกตัวจากสังคม มีความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ ไม่ไว้วางใจผู้อื่น มักคิดว่าสิ่งร้าย ๆ จะเกิดขึ้นกับตนเอง รู้สึกไร้พลังในการมีชีวิตอยู่ มีความคิดที่ไม่ยืดหยุ่น และยึดมั่นความคิดตนเองเป็นหลัก

1.5.4 ปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านจิต – สังคม (Psychosocial Milieu) รัสและคณะ (Russ et al 1999 ในStuart, 2001, 388) กล่าวว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างประวัติการฆ่าตัวตายภายในครอบครัวกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัวโดยอธิบายว่า อาจเกิดจากการเลียนแบบของสมาชิกในครอบครัว ความเครียดภายในครอบครัว การถ่ายทอดทางพันธุกรรมการศึกษาในบุตรบุญธรรมและชนชาติ Amish ซึ่งมีการแต่งงานในเครือญาติ พบว่า การฆ่าตัวตาย และภาวะซึมเศร้านั้นเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม บุคคลที่มีความเปราะบางทางพันธุกรรมจะควบคุมตนเองได้น้อย เมื่อมีความเครียดก็จะเกิดอารมณ์ ซึมเศร้า และทำร้ายตนเองได้ง่าย การฆ่าตัวตายในครอบครัว ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเลียนแบบ หรือการถ่ายทอดทางพันธุกรรมของการฆ่าตัวตายหรือโรคซึมเศร้าก็ได้จากการศึกษาพบว่าคนที่อยู่ในครอบครัวดังกล่าวมีแนวโน้มฆ่าตัวตายมากกว่า ผู้ที่อยู่ในครอบครัวปกติ

กล่าวโดยสรุปได้ว่าการฆ่าตัวตายเกิดขึ้นในบุคคลที่มีความเสี่ยง เช่น เป็นโรคซึมเศร้า มีปัญหาบุคลิกภาพ โดยบุคคลที่มีความเสี่ยง พยายามฆ่าตัวตาย หรือฆ่าตัวตายสำเร็จหลังจากที่มีเหตุการณ์เครียดก่อให้เกิดอารมณ์กลัว ไม่สบายใจ ท้อแท้สิ้นหวัง หรือโกรธ ซึ่งสภาพจิตเหล่านี้ทำให้การตัดสินใจเสียไป โดยเฉพาะถ้ามีการใช้สารเสพติด เช่น เหล้าหรือยาเสพติด หรือได้ดูภาพยนตร์หรือโทรทัศน์ที่มีบุคคลฆ่าตัวตายให้เห็นร่วมด้วย ยิ่งไปกว่านั้น การพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จมีโอกาสเกิดขึ้นได้มากถ้ามียาอาวุธหรือวิธีที่จะทำได้ง่าย ๆ ใกล้เคียงตัว

ทฤษฎีสาเหตุที่ทำให้คนคิดฆ่าตัวตายทางสังคม- จิตวิทยา

สาเหตุของการฆ่าตัวตาย ได้มีนักจิตวิทยาและนักสังคมวิทยารวบรวมทฤษฎีที่เกี่ยวกับแรงจูงใจของการฆ่าตัวตาย ได้สรุปถึงสาเหตุของการฆ่าตัวตายไว้ 4สาเหตุใหญ่ ๆ คือ

- 1) สาเหตุเนื่องจากสภาพสังคม จากการสำรวจอัตราการฆ่าตัวตายพบว่า

องค์ประกอบหลักที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายคือ สถาบันทางสังคมในสังคมที่สับสน มีการแก่งแย่งแข่งขันชิงดีชิงเด่นกัน ผู้คนในสังคมต้องดิ้นรนต่อสู้เพื่อความอยู่รอดของตนเองในสังคมผู้ที่อ่อนแอจะอยู่ในสังคมไม่ได้เพราะจะประสบกับความพ่ายแพ้ทั้งตนเองและผู้อื่น ผลที่ตามมาคือความอับยศอดสู คับแค้นใจในโชควาสนาและการกระทำของตนเอง ในที่สุดก็ฆ่าตัวตาย

2) สาเหตุเนื่องจากสภาพร่างกาย ผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะทำการฆ่าตัวตายนั้นส่วนใหญ่มักเป็นบุคคลที่มีสภาพร่างกายไม่สมประกอบ มีความพิการ บุคคลประเภทนี้มักเกิดความท้อแท้ใจหมดอาลัยในชีวิต มองไม่เห็นคุณค่าของชีวิต รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าเป็นภาระของบุคคลรอบข้าง นอกจากเรื่องความพิการแล้ว การเป็นโรคร้ายแรงไม่มีทางรักษาให้หายได้หรือยากแก่การรักษา เช่นโรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคหืดหอบ โรคลมชัก หรือโรคที่ทำให้เกิดความพิการเสียดใจหรือสูญเสียสมรรถภาพทางเพศ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยอ่อนแอลงเกิดความท้อแท้ไม่อยากจะใช้ชีวิตต่อไป จึงอาจคิดฆ่าตัวตายได้

3) สาเหตุเนื่องจากจิตใจหรือสุขภาพจิตเสื่อมโทรม ส่วนใหญ่แล้วสาเหตุที่ทำให้เกิดฆ่าตัวตายได้แก่ ความผิดปกติทางด้านจิตใจซึ่งเป็นผลจากความล้มเหลวในการเผชิญภาวะวิกฤตของชีวิต โดยทั่วไปเมื่อบุคคลประสบกับการสูญเสียในชีวิตไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียของรัก สูญเสียฐานะทางสังคม เกียรติยศชื่อเสียง หน้าที่แล้วไม่สามารถจัดการกับความตึงเครียดเหล่านี้ได้จะทำให้บุคคลเหล่านั้นตกอยู่ในสภาพเศร้าเสียใจ หดหู่เศร้าหมอง ท้อแท้หมดกำลังใจ สิ้นหวังและรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้น ได้กับบุคคลทั่วไปในสังคม เมื่อภาวะวิกฤตินั้นผ่านพ้นไปความรู้สึกก็จะกลับสู่ภาวะปกติ โดยไม่คิดจะทำลายตัวเอง นอกเสียจากคนที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจและอารมณ์ โดยเฉพาะคนที่เคยมีประสบการณ์ที่เป็นแผลทางใจมาก่อน (Traumatic Experience) จึงจะเลือกวิธีการทำลายตัวเองเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหา จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายประมาณ 1 ใน 3 จะมีปัญหาสุขภาพจิต เช่น โรคประสาท(Neurosis) โรคจิต (Psychosis) หรือบุคลิกภาพแปรปรวน (Severe Personality Disorder) แต่ไม่ได้หมายความว่า อีก 2 ใน 3 จะเป็นคนที่มีบุคลิกภาพสมบูรณ์ ในทางกลับกัน จากการรื้อฟื้นประวัติย้อนหลังพบว่าบุคคลเหล่านี้จะมีอารมณ์ ที่ไม่มั่นคง หวั่นไหวง่าย ซึ่งจะต้องอยู่ในการดูแลของจิตแพทย์ (Stengel, 1969, p59)

การศึกษาในสหรัฐอเมริกา พวกที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 93 % พบว่า 72% เป็น Depressive illness 13 % เป็น Alcoholism, 3 % เป็นจิตเภท 5 % เป็นโรคจิตอื่น ๆ ส่วน อีก 7 % ไม่เป็นโรคแต่ กระทำการณ์เนื่องจากมีวิกฤตการณ์ชีวิตบางอย่าง เช่น สูญเสียสภาพทางสังคมทางเศรษฐกิจหรือมีปัญหาระหว่างบุคคล ส่วนในพวกที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า 50 % - 60 %

เป็นโรค Depressive illness 15- 45 % มีบุคลิกภาพแปรปรวนและน้อยกว่า 5 % เป็นจิตเภท (สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2527) โรคจิตเวชที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายได้แก่ พวกซึมเศร้า (Depressive Neurosis) ผู้ป่วยชนิดนี้จะจบชีวิตลงด้วยการฆ่าตัวตายค่อนข้างมาก โรคประสาทชนิดซึมเศร้า เป็นภาวะเรื้อรังของความเศร้า ผู้ป่วยจะตีราคาตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง และดูถูกตนเอง รู้สึกว่าตนเองเป็นคนต่ำต้อย ซ้ำว ไร้เชลา เสื่อมสมรรถภาพ ไร้เกียรติ หรือเป็นคนชั่วช้า ฯลฯ สาเหตุที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดอาการของโรคประสาทชนิดนี้ ได้แก่ การตายของญาติสนิท ความล้มเหลวทางเศรษฐกิจ หรือวิกฤติการณ์ของชีวิต เช่นไฟไหม้บ้านอาการทั่วไปของโรคประสาทชนิดซึมเศร้าได้แก่ อารมณ์ รู้สึกสิ้นหวัง หมดอาลัยตายอยาก มองโลกในแง่ร้าย หวาดกลัว ดูถูกตนเอง ตึงเครียด ใจน้อย หงุดหงิดง่าย และความอดทนต่อสิ่งที่มารบกวนน้อยลงมาก เช่น ทบตีลูกโดยไม่สมควร แก่เหตุ บางคนเคยเป็นคนอารมณ์เย็นก็กลับกลายเป็นคนขวนขวาท และขาดความเชื่อถือของคนรอบข้างแสดงท่าทีเบื่อหน่าย โศกเศร้า และสิ้นหวังและความตั้งใจ สมาธิ และความจำเสื่อมลง เพราะมัวแต่หมกมุ่น โศกเศร้า บางรายวิตกกังวล มีมโนคติอะไรไม่ออกและมักมองคนอื่นในแง่ร้ายคิดว่าเขาไม่หวังดีคอยจับผิดหรือคอยเอาใจเปรียบ ไม่เชื่อในโมติจริตของใคร พฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้ดี เช่นผู้ป่วยจะพูดน้อย สีหน้าเศร้าหมอง บางคราวแสดงสีหน้า หวาดกลัวตามัก ตกต่ามองดูพื้นมุมปากตก ไหล่ห่อ และมักหลังค่อม ไม่ค่อยเปลี่ยนอริยาบท ปฏิกริยาโต้ตอบช้า ไม่แสดงความสนใจในบุคคลและสิ่งแวดล้อม นอกจากอาการทางใจดังกล่าว จะมีอาการทางกายร่วมด้วย เช่น ปวดศีรษะ แน่นท้อง มีมโน อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ท้องผูก จะได้พบเสมอ ๆ นอนหลับไม่สนิท นั้นพบทุกราย โดยเฉพาะการนอนตื่นเช้าม่าปกติวิสัยของคนคนนั้น อาการอ่อนเพลีย จะพบทุกรายในผู้ป่วยซึมเศร้า อาการจะรุนแรงมากและจะไม่ทุเลาลงแม้จะได้นอนหลับจนหลับไปตื่นหนึ่งแล้วก็ตาม

ผู้ป่วยประเภทนี้มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีวิกฤติการณ์ของชีวิตเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียทรัพย์สิน ญาติสนิท คนรักและสิ่งอื่น ๆ ที่ตนหวงแหนไป ยิ่งทำให้เกิดอารมณ์เศร้ามากขึ้น แม้จะเป็นเรื่องผิดพลาดหรือความอ่อนแอเพียงเล็กน้อยก็เก็บมาคิดมากมายยิ่งทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเป็นคนไม่ดี เป็นคนไร้ค่า ทำแต่ความผิดและความล้มเหลว ในที่สุดก็ ตัดสินใจหนีปัญหาด้วยการฆ่าตัวตาย จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้าปรากฏให้เห็นชัดเจนนั้นมักจะไม่ค่อยมีปัญหา เพราะญาติหรือเพื่อนร่วมงานจะสังเกตเห็นได้ ทำให้มีโอกาสร่วมกันการรักษาดังแต่อาการยังไม่มาก ซึ่งทำให้อัตราการฆ่าตัวตายลดลง และอัตราการหายเพิ่มขึ้นมากด้วย แต่ความเศร้าที่ถูกปิดบังไว้ด้วยอาการอย่างอื่นอีกมากมาย เพราะวัยของบุคคล และบุคลิกภาพและบุคลิกลักษณะต่างกัน อารมณ์เศร้าจะออกในรูปแบบที่แตกต่างกันออกไป ยิ่งกว่านั้นบางรายอาจไม่แสดงอารมณ์เศร้าโดยตรงทำให้ญาติไม่ทราบ ทารกวัยขวบปีแรกของชีวิต หรือวัยเยาว์มาก ที่ขาดแม่ จะแสดงความเศร้าออกมาในรูปของการเจริญเติบโตที่ล่าช้าผิด

ปกติทั้งร่างกายและสติปัญญาซึ่งดูผิวเผินอาจทำให้วินิจฉัยโรคผิดว่าเป็นพวกปัญญาอ่อนได้ เพราะเด็กเจริญเติบโตช้ากว่าวัย เช่นอายุ 3 ปี เพิ่งเริ่มพูดได้ ในเด็กโต ความเศร้าอาจออกมาในรูปพฤติกรรมเกะกะเกรี้ยวกราดผู้อื่น ขอบรั้งแกเพื่อน ดื้อรั้น ชัดชื่น เจ้าอารมณ์ผิดปรกติ หรือเรียนหนังสือแย่ง เด็กปัญญาอ่อน อาการเศร้าจะออกมาเป็นความหงุดหงิด โมโหร้าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะมีปฏิกิริยาที่รุนแรงต่อบุคคลที่มีอำนาจเหนือเขา แต่ไม่กล้าแสดงออกจึงกลับไปรังแกเด็กที่เล็กกว่าหรือสัตว์ตัวเล็ก ๆ หรือสิ่งไม่มีชีวิต เช่นทำลายข้าวของ เป็นต้น

ความเศร้าในผู้ใหญ่อาจออกไปในรูปของอาการทางฝ่ายกาย เช่น ท้องผูกเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายใจสั่น ปัสสาวะบ่อยโดยไม่มีสาเหตุ จิตแพทย์รายงานไว้ว่า ในบรรดาผู้ป่วยพวกที่ไม่แสดงอาการความเศร้าออกมาโดยตรงนี้มีถึง 42% ที่คิดฆ่าตัวตายบ่อยครั้งจะน้อยกว่าผู้ป่วยพวกนี้จะมาถึงมือจิตแพทย์ ความคิดที่จะฆ่าตัวตายรุนแรงมาก หรืออาจมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายแล้ว (Stengel ,1969 . Pp.58-62)

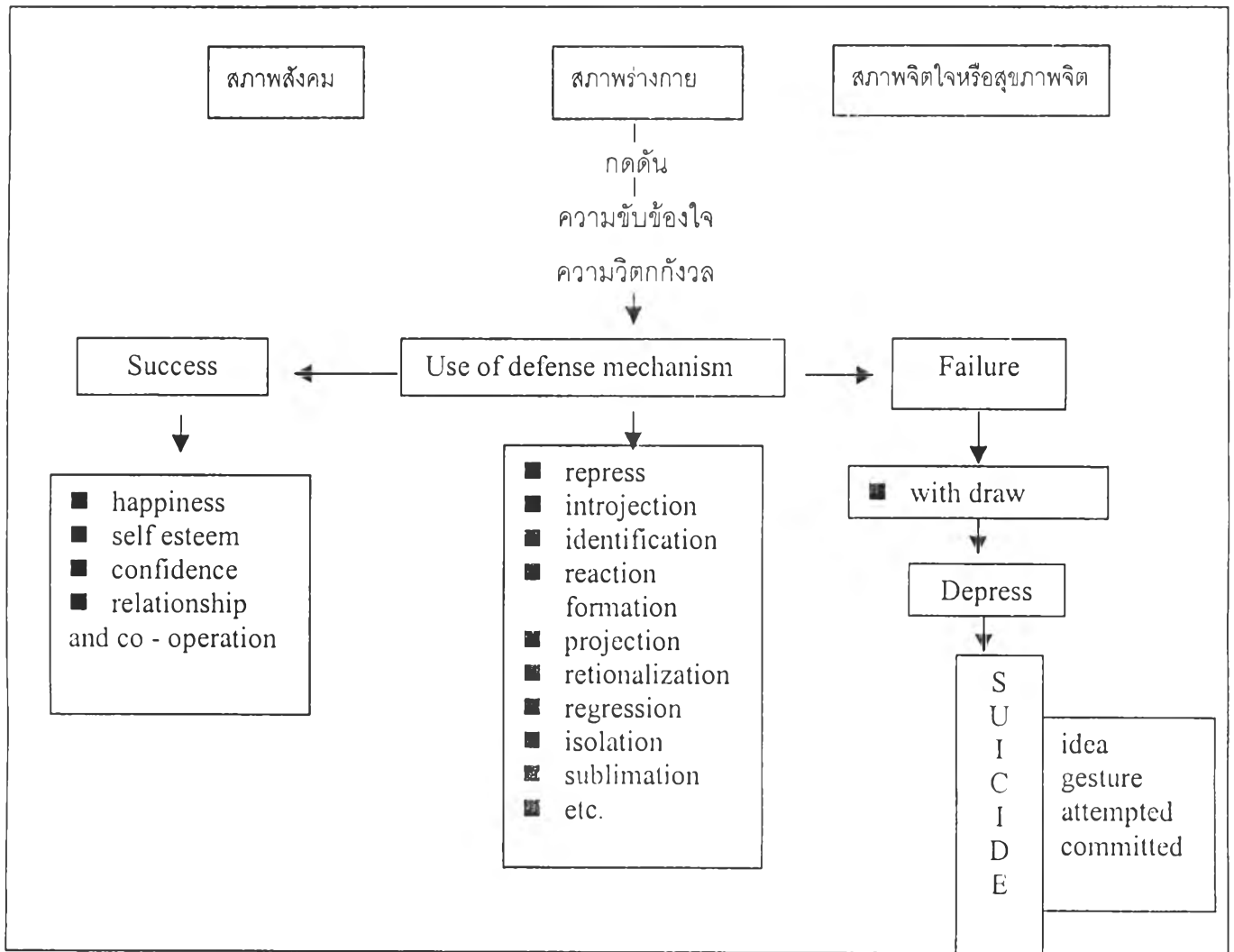
4) สาเหตุจากการเลียนแบบ เป็นสาเหตุที่สำคัญของการฆ่าตัวตายที่สำคัญอย่างหนึ่งในการฆ่าตัวตาย อาจจะเป็นการเลียนแบบจากข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ และการฆ่าตัวตายของญาติ พี่น้อง หรือบิดามารดา (Stengel, 1969. Pp.56-57) กล่าวว่าการเลียนแบบเป็นองค์ประกอบที่สำคัญองค์ประกอบหนึ่งที่เป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดการฆ่าตัวตายได้ โดยเฉพาะในผู้ที่มีความสนิทสนมกับญาติพี่น้องที่เคยกระทำการฆ่าตัวตาย บุคคลผู้นั้นมักจะเลียนแบบวิธีการและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายนั่น ๆ บุคคลพวกนี้เมื่อมีความเครียดหรือมีปัญหาชีวิตเกิดขึ้นจะปรับตัวโดยการใช้กลวิธีป้องกันทางจิตชนิด identification นั่นคือการลอกเลียนแบบพฤติกรรมการฆ่าตัวตายนั่นเอง (ทศพร ประเสริฐสุข 2542)

อาจสรุปได้ว่าสาเหตุที่ทำให้คนคิดฆ่าตัวตายมาจากสาเหตุ 4 ประการคือ สาเหตุจากสภาพสังคม สังคมที่สับสนทำให้คนไม่สามารถปรับตัวได้ การมีปัญหาของการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและคนรอบข้าง สาเหตุจากสภาพร่างกาย ความผิดปกติของสารเคมีต่างๆ ภาวะความเจ็บที่เรื้อรัง สาเหตุจากสภาพจิตใจหรือสุขภาพจิตที่เสื่อมโทรม ที่เกิดขึ้นในช่วงวัยต่างๆ ของชีวิต ภาวะซึมเศร้า สถานการณ์ที่ทำให้จิตใจอ่อนแอ สาเหตุอื่น ๆ เช่นการเลียนแบบ ความไม่สามารถสื่อสารความรู้สึกและความต้องการ ลักษณะบุคลิกภาพ เป็นต้น ซึ่งสาเหตุทั้งหลายเหล่านี้อาจเกิดจากสาเหตุเดียวหรือหลายสาเหตุร่วมกันเป็นต้นเหตุให้เกิดความกดดันและไม่สามารถปรับตัวได้ จนเกิดมีความคิดฆ่าตัวตายในที่สุด

สรุปกระบวนการการฆ่าตัวตาย

เมื่อบุคคลต้องประสบกับการขาดความสัมพันธ์หรือไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ เช่นการขาดเพื่อน การไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม การสูญเสียสถานภาพทางสังคม การล้มเหลวทางเศรษฐกิจ หรือมีปัญหาทางจิตใจ เช่น สูญเสียคนรัก ตลอดจนปัญหาสุขภาพทางกาย เช่น เบื่อหน่ายสภาพที่ต้องทนทุกข์ทรมาน กับการเจ็บป่วยของตนเอง หรือผลของยาบางชนิด เช่น ยาคลายประสาท สุรา ยาเสพติดต่าง ๆ ความตึงเครียดต่าง ๆ เหล่านี้ จะมีผลทำให้บุคคลเกิดความคับข้องใจและวิตกกังวลสูง เมื่อไรก็ตาม ถ้าบุคคลเหล่านี้ประสบกับความล้มเหลวจากการปรับตัว ทางออกก็คือการฆ่าตัวตาย ทั้งนี้ก็เพื่อหนีจากความกดดันดังกล่าวที่ตนประสบอยู่ การฆ่าตัวตายจึงเปรียบเสมือนทางออกสุดท้ายจากผลของความล้มเหลวในการปรับตัวต่อการแก้ปัญหา คนที่ฆ่าตัวตายจำนวนมากใช้วิธีฆ่าตัวตายในครั้งแรกๆ เป็นสัญญาณเตือนภัย เป็นการประท้วง หรือเรียกร้องความสนใจจากคนข้างเคียง หรือสังคมรอบข้าง ดังนั้นการพยายามฆ่าตัวตายจึงเป็นเสมือนการร้องขอความช่วยเหลือ (Cry for help) หรือการประท้วงประชันสังคม ตามแนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ การฆ่าตัวตายเป็นการแสดงออกของสัญชาตญาณแห่งความตาย (Death Instinct) ต่อตนเอง พื้นฐานของบุคคล เหล่านี้จะมีแรงขับเกี่ยวกับความก้าวร้าวรุนแรง ครั้นเมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่ต้องสูญเสียบุคคลหรือสิ่งของที่ตนรักไป ความโกรธหรือความรุนแรงเหล่านี้ จะพุ่งเข้าหาตนเอง (Introjection) กลายเป็นโทษเกลียดลงโทษตนเองด้วยการทำร้ายตนเอง (self – injury) ถ้าในระดับรุนแรงก็คือการฆ่าตัวตาย

ดังนั้นถ้าบุคคลรอบข้างไม่ว่าจะเป็นบิดา มารดา ญาติพี่น้องเพื่อนสามารถให้ความอบอุ่นทางใจแก่บุคคลเหล่านี้ได้โดยการแสดงความเข้าใจ ใส่ใจ ยอมรับฟังความทุกข์ยาก และให้ความช่วยเหลือแบ่งเบาภาระเศร้าโศกเสียใจ ความคิดฆ่าตัวตายก็จะไม่เกิดขึ้นแต่ถ้าไม่มีผู้แบ่งเบาภาระเศร้าโศกเสียใจปล่อยให้ทุกข์แล้วทุกข์อีก เมื่อความทุกข์สะสมมากขึ้นก็จะทำให้เกิดความคิดอยากฆ่าตัวตาย (Suicidal idea) และต่อมาจะมีพฤติกรรมแสดงออกว่าจะฆ่าตัวตาย เพื่อเรียกร้องความสนใจหรือเพื่อขอความช่วยเหลือต่างๆ ที่ยังไม่อยากตายจริง ผู้ป่วยอาจบอกให้ทราบว่าจะฆ่าตัวตาย แล้วทำให้เห็นจริง ๆ ในระยะนี้ยังไม่รุนแรงถึงขั้นตายจริง แต่ถ้าในระยะนี้ไม่ได้รับความสนใจหรือช่วยเหลืออีก ก็จะพยายามฆ่าตัวตายจริง ๆ (Attempted Suicide) ด้วยวิธีการที่รุนแรงกว่าเดิมแต่ยังมีความหวาดกลัวการฆ่าตัวตายอยู่บ้างถ้ามาถึงขั้นนี้ยังไม่มีใครเข้าใจพฤติกรรมของเขา ในที่สุดก็จะทำการฆ่าตัวตายจริง ๆ จนสำเร็จ



ภาพที่ 3 สรุปกระบวนการ การฆ่าตัวตาย
(อ้างอิงในทศพร ประเสริฐสุข 2542,3-11)

2. ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้ทั้งในบุคคลทั่วไป ผู้ป่วยด้วยโรคทางกายและผู้ป่วยจิตเวช เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันของคนเราตั้งแต่ระดับปกติ ซึ่งอาการจะมีตั้งแต่เล็กน้อย ๆ โดยเริ่มจากรู้สึกเศร้า เสียใจ ท้อใจ แต่ยังสามารถดำรงชีวิตอยู่ตามปกติได้ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือแก้ไข จะมีภาวะรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ โดยจะมีความรู้สึกหมดหวัง ไร้ค่า มีความคิดแต่ในด้านลบ มีพฤติกรรมถอยหนี มีความพยายามฆ่าตัวตาย (ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร , 2546: 25)

2.1 ความหมาย ของภาวะซึมเศร้า

ได้มีผู้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้หลายประการดังต่อไปนี้

วิจารณ์ วิชัชยะ(2522,หน้า 99) ได้กล่าวถึงพื้นฐานที่สำคัญต่อสภาวะซึมเศร้าว่า คือ การสูญเสียความสูญเสียความภาคภูมิใจในตัวเอง (self – esteem) ซึ่งเกิดจากสาเหตุหลายประการได้แก่

1. ภาพจน์ของตนเองผู้เติบโตในครอบครัวที่แตกแยกจะมองภาพพจน์ของตนเองไม่ดี ทำให้ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง
2. ในรายที่มโนธรรมสูง จะมีความรู้สึกที่ว่าตนเองผิดอยู่เสมอ ทำให้ความภาคภูมิใจในตัวเองลดลงจะเกิดภาวะซึมเศร้า
3. ตนตามอุดมคติ ผู้ตั้งเป้าหมายในชีวิตสูงเกินไป ทำให้เกิดความขัดแย้งในตนเอง และรู้สึกตนเองไร้ค่า ความภาคภูมิใจในตนเองจะลดลง
4. การทำงานของอีโก้ (ego)ความสามารถ และทักษะของแต่ละบุคคล ถ้าไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตตามเป้าหมายจะทำให้ความรู้สึกภาคภูมิใจในตัวเองลดลง เมื่อความภาคภูมิใจในตัวเองลดลงก็จะเกิดภาวะซึมเศร้า เพราะรู้สึกว่าตนขาดความรัก ไม่มีคุณค่า รู้สึกว่าตัวเองไม่ดี จะรู้สึกว่าตนเองผิดอยู่เสมอ

สุนีย์ ดันติพัฒนานันต์ (2522, หน้า 151) ได้กล่าวถึงความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่และเศร้าสร้อย มีความรู้สึกท้อแท้ หมดหวังและมองโลกในแง่ร้าย ซึ่งความรุนแรงของภาวะความซึมเศร้านั้นแตกต่างกัน เริ่มตั้งแต่มีความเบื่อหน่ายเล็กน้อย ท้อแท้ใจ ไปจนถึงรู้สึกหมดหวัง หมดอาลัยตายอยาก ต้องการจะหนีความยากลำบากทั้งหลายด้วยการทำร้ายตัวเอง

วิวัฒน์ ยถาธานนท์ ,พันศักดิ์ วราลัศวปติ,อภิชัย มลคง, และทวี ตั้งเสรี, (2536) ได้กล่าวภาวะซึมเศร้าหมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกเบื่อ หมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิรู้สึกไร้คุณค่า และมีความคิดอยากตาย

ชัดเจน จันทรพัฒน์ ,(2543)กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ปฏิกริยา ตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤต หรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกมาในรูปของความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์และการคิดและการรับรู้ ทั้งทางร่างกาย และพฤติกรรม ซึ่งได้แก่ โศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ่างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต

Prest, 1983,p.16 อ้างใน กนกศรี จาดเงิน, 2543,หน้า8) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจผิดปกติที่มีผลทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เป็นผลเนื่องมาจากการสูญเสีย เช่น สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียทรัพย์สิน ตำแหน่งหน้าที่ ความเป็นอิสระ และความสำคัญอื่นๆ ทำให้รู้สึกผิดหวัง รู้สึกสูญเสียเกิดความรู้สึกล้มเหลว เศร้า ไม่มีความสุข ท้อแท้ ซึ่งอารมณ์เหล่านี้เกิดขึ้นเพียงชั่วคราว หรือคงอยู่นานขึ้นอยู่กับสภาวะแวดล้อม

เบค(Beck, AT.1973, p.6) ได้กล่าวถึงความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้

1. ภาวะอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่นเศร้าโศกเสียใจ อ่างว้าง โดดเดี่ยว เชื่อยซา เศร้าซึม
2. มีอัตมโนทัศน์ในแง่ลบกับตนเอง ต่ำหนิตตนเอง
3. พฤติกรรมถดถอยและลงโทษตัวเอง ต้องการหลีกเลี่ยงหรืออยากตาย
4. มีอาการเบื่ออาหาร หรือนอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ
5. กิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากขึ้นหรือน้อยลง เช่น เชื่องช้า หรือกระวนกระวาย

จัสมิน,และทริกสตาด(Jasmin ,& Trygstad,1979,p.123)ได้กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นการสะสมความคิด ความรู้สึก และปฏิกริยาที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตัวเองด้อยค่า เสียใจ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หมดหวัง มีการเปลี่ยนแปลงของหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย และแยกตนเองไม่ปรารถนาที่จะเข้าสังคม

สมาคมจิตแพทย์สหรัฐอเมริกาได้กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า(Depression) หมายถึง ภาวะจิตใจที่ผิดปกติอย่างหนึ่งซึ่งแสดงออกทางอารมณ์เช่น รู้สึกเศร้า อยากจะร้องไห้ เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่สนุกสนานในรูปของความคิด เช่น คิดว่าตนเองไม่มีค่าหรือเป็นคนไม่ดีและทางพฤติกรรม เช่นแยกตัวหรืออาการก้าวร้าว ภาวะซึมเศร้าสามารถพบได้หลายแบบ ตั้งแต่ความผิดปกติในการปรับตัว (adjustment disorder) โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia) และโรคซึมเศร้าแบบรุนแรง (major depressive disorder) รวมทั้งพบอาการทางจิตเวชอื่นๆ

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าคือ ภาวะทางจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้าร่วมกับความรู้สึกที่ท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด รู้สึกตนเองไร้ค่า และ ต่ำหนิตตนเอง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เริ่มตั้งแต่ ความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ใจ จนกระทั่งมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และ สังคมอย่างชัดเจนเช่น อาการ นอนไม่หลับ ความอยากอาหารลดลง ขาดความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ความสามารถในการสื่อสารลดลง

พฤติกรรมเคลื่อนไหวเสื่อมถอย มีความคิดทำร้ายตนเอง และแสดงออกบ่อย เกือบทุกวัน ซึ่งประเมินได้จากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิตและมีค่าคะแนน ตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป

2.2 สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุต่างๆดังนี้

2.2.1. ปัจจัยด้านร่างกาย

1) ปัจจัยด้านชีวภาพ(biological causes) พันธุกรรมพบว่าพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องสูงในภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะในกรณีของการป่วยซ้ำภาวะซึมเศร้า (สมภพ เรื่องตระกูล,2542หน้า 93) ได้กล่าวถึงการศึกษาพันธุกรรมของภาวะซึมเศร้าพบลักษณะสำคัญดังนี้ญาติสนิทของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคนี้สูงกว่าประชาชนทั่วไป 1.5-3 เท่าถ้าคนหนึ่งคนใดเป็นลูกมีโอกาสป่วยเป็นโรคได้ ร้อยละ 10-15 แต่ถ้าทั้งพ่อและแม่เป็นโรคซึมเศร่าลูกมีโอกาสเป็นโรคได้ร้อยละ 50 (นงคราญ ผาสุก ,2535)

2) สารสื่อประสาทในสมอง เชื่อว่าผู้ป่วยมี นอร์อิพิเนฟริน และซีโรโทนินต่ำลง รวมทั้งอาจมีความผิดปกติของรีเซปเตอร์ (receptor) ที่เกี่ยวข้อง เชื่อว่าเป็นความบกพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกัน มากกว่าเป็นความผิดปกติที่ระบบใดระบบหนึ่ง (อ่ำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ 2543,หน้า 121)ได้กล่าวถึงสารสื่อประสาทที่สำคัญในกลุ่ม monoamine neurotransmitter 3 ตัว ได้แก่ 5-hydroxytryamine (5 HT) noradrenaline และ dopamine ผลการศึกษาพบว่าสารสื่อประสาทซึ่ง 5HT ที่อยู่ในสมองมีการทำหน้าที่หรือปริมาณลดลงโดยสารเหล่านี้จะลดลงเมื่ออายุมาก(Hagerty, 1995 อ้างในศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร , 2546: 25) จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ ชนิดอารมณ์ซึมเศร้า เช่นเดียวการสารสื่อประสาทชื่อ noradrenaline ส่วนสารสื่อประสาทที่ชื่อdopamine พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะอารมณ์ แต่พบว่าสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเวช (schizophrenia) พบว่ามีความผิดปกติในหลายระบบที่สำคัญ ได้แก่ ฮอริโมนคอร์ติซอล (cortisol) ซึ่งเป็นฮอริโมนที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับความเครียด หลังมากฮอริโมนที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโต (Growth hormone) หลังน้อยกว่าปกติ จากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในหลายๆ แม่มุม ทำให้คาดว่าน่าจะมีความผิดปกติในบริเวณ limbic system ซึ่งเกี่ยวข้องกับด้านอารมณ์ ความคิด, ไฮโปทาลามัสซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมการหลั่งฮอริโมน ด้านการทำงานของต่อมไร้ท่อ(neuroendocrine factors)พบความผิดปกติทางอารมณ์ ชนิดอารมณ์ซึมเศร้าได้สูงในผู้ป่วย Cushing's disease และความผิดปกติในการทำงานของต่อมไทรอยด์ รวมถึงผู้หญิงหลังคลอดที่มีอารมณ์ซึมเศร้า(post-partumdepression) ซึ่งมีสภาวะความผิดปกติทางของระดับฮอริโมนต่างๆ (Gomes & Gomes, 1993อ้างใน ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร , 2546: 25) ด้านการทำงานของสารเคมีทั่วไป (neurophysiologic factors) ความผิดปกติทางอารมณ์

ในผู้ป่วยบางราย เกิดจากยาที่ผู้ป่วยได้รับเช่น steroid ,amphetamine และอาจเกิดจากความเสียสมดุลของระดับ electrolyte รวมถึงอาจเกิดจากการขาดสารอาหารบางอย่าง

2.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตสังคม (psychosocial causes)

สุชาติ พหลภาคย์ (2542, หน้า 35-40) ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างกายและใจว่ามี การทำงานสัมพันธ์กัน ตัวอย่างเช่นการสูญเสีย (object loss) การไม่สามารถบรรลุความคาดหวัง การที่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีปัญหาความเครียดเหล่านี้จะกระตุ้นให้เกิดเปลี่ยนแปลงในสภาพทางเคมีและสภาพทางประสาทสรีรวิทยาภายในสมองจนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสาร ถ่ายทอดประสาทจนทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า ดังนั้นการรักษาอารมณ์ซึมเศร้านอกจากจะรักษา ด้วยวิธีทางชีวภาพแล้วยังจะต้องรักษาด้วยวิธีทางจิตสังคมอีกด้วย เราเชื่อว่าการรักษาด้วยวิธี ทางจิตสังคมนอกจากจะช่วยรักษาอาการอารมณ์ซึมเศร้าแล้วยังอาจจะมีประโยชน์ดังต่อไปนี้คือ ช่วยทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา (compliance) มากขึ้น ช่วยบำบัดรักษาความสัมพันธ์ระหว่าง บุคคล (interpersonal therapy) และช่วยป้องกันการกำเริบของโรค

1) ทฤษฎีเกี่ยวกับสาเหตุทางจิตสังคมของอารมณ์ซึมเศร้า

การเกิดเหตุการณ์ชีวิต (Life Event) จิตแพทย์บางท่านเชื่อว่าการเกิด เหตุการณ์ชีวิตเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า แต่จิตแพทย์บางท่านเชื่อว่าสาเหตุที่ว่านี้ มีความสำคัญจำกัดขึ้นอยู่กับมุมมองและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยขณะนั้นอย่างไรก็ตามจิตแพทย์ โดยส่วนใหญ่เห็นสอดคล้องกันว่าการอบรมเลี้ยงดูบุตรและการให้ความรักความอบอุ่น อย่างสม่ำเสมอแก่บุตรจะเป็นเกราะป้องกันบุตรไม่ให้เกิดโรคซึมเศร้าในอนาคต เหตุการณ์ชีวิตที่ เป็นการแยกทางจากหรือการพลัดพราก หรือการสูญเสียบิดามารดาคนใดคนหนึ่งก่อนอายุ 11 ปี จะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ชวนให้เด็กคนนั้นป่วยเป็นอารมณ์ซึมเศร้าในอนาคตได้ง่าย

บุคลิกภาพก่อนเกิดโรค (Premorbid Personality) จากการศึกษาพบว่า บุคลิกภาพหรือลักษณะนิสัยบางอย่างจะเป็นปัจจัยชวนให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ง่าย ได้แก่ บุคลิกภาพผิดปกติชนิดย้ำคิดย้ำทำ (obsessive compulsive personality disorder) บุคลิกภาพ ผิดปกติชนิดพึ่งพิง (Dependent personality disorder) บุคลิกภาพผิดปกติชนิด Histic บุคลิกภาพborderlineส่วนบุคลิกภาพผิดปกติชนิดต่อต้านสังคมและบุคลิกภาพผิดปกติชนิดระแวง บุคลิกภาพผิดปกติ 2 ชนิดนี้ ใช้กลไกป้องกันทางจิตชนิดโทษผู้อื่น (projection) และกลไก ป้องกันทางทางจิตชนิด externalization เป็นส่วนใหญ่ กลไกป้องกันทางจิตทั้ง 2 ชนิด นี้ทำให้ โอกาสที่สภาพทางอารมณ์ทรุดลง (Decompensate) จนถึงขั้นเกิดอารมณ์ซึมเศร้า

2) ทฤษฎีทางจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory)

นักจิตวิเคราะห์เชื่ออารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากสาเหตุต่างๆดังต่อไปนี้ อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากความรู้สึกโกรธหันเข้าหาตนเอง(Anger turned inward) ทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย Sigmund Freud และ Karl Abraham จัดเป็นทฤษฎีแบบฉบับที่ว่าด้วยสาเหตุทางจิตวิเคราะห์ของอารมณ์ซึมเศร้า ทฤษฎีนี้กล่าวว่าสาเหตุเริ่มต้นของซึมเศร้าคือการสูญเสียวัตถุ (object loss) วัตถุในที่นี้หมายถึงบุคคลหรือสิ่งที่ตนรัก การสูญเสียอาจจะเป็นการสูญเสียจริงๆหรือเป็นหรือเป็นเพียงแค่จินตนาการก็ได้ ผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าจะไม่สามารถทำใจยอมรับรับการสูญเสียนั้น และแก้ปัญหาด้วยการนำเอาภาพลักษณ์ทั้งหมดของที่สูญเสียไปมาไว้ในจิตใจของตนเอง ทำราวกับว่าสิ่งยังอยู่เพียงแต่มาอยู่ในจิตของตนเอง(Introjections)

- อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการสูญเสียวัตถุ (Object loss)
- อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการสูญเสียความภาคภูมิใจตนเอง (Loss of self esteem)
- อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากบุคคลอื่นที่ครอบงำผู้ป่วย (dominant other)
- อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากสภาพอย่างนั้นทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า (Depressive position)
- อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากความรู้สึกล้มเหลวในวัตถุที่ตนเองหมายเอาไว้ (Self object failure)
- อารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนหนึ่งของอัตลักษณ์ (Character logical depression)

3) ทฤษฎีทางการเรียนรู้ (learning Theory)

ทฤษฎีทางการเรียนรู้ในส่วนตัวว่าด้วยสาเหตุของอารมณ์ซึมเศร้ามี 2 ทฤษฎีย่อยคือ

1. อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริม (lack of reinforcement)
2. อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการเรียนรู้มาก่อนสภาพอย่างนั้นหมดหนทางแก้ไข (learned helplessness) พฤติกรรมที่แสดงว่าหมดหนทางแล้วประกอบด้วยการอยู่เฉยๆไม่รุก ถอนตัว และกิจกรรมลดลง

4) ทฤษฎีการรู้คิด (Cognitive Theory)

(Beck, 1976; Mark, & Williams, 1984,p.16อ้างใน กัลยาณี เชนอนุศาสตร์ 2542, 26-27) ได้เสนอทฤษฎีการรู้คิดและความผิดปกติทางอารมณ์ (cognitive theory and the emotional disorders) ว่ารูปแบบทางด้านความคิดของภาวะซึมเศร้านั้นมีหลักการสำคัญ 3 ประการดังนี้

- ก. ของโรคซึมเศร้าว่าเกิดจากการมีความคิดในเชิงลบมองเหตุการณ์ชีวิต

ในแง่ร้ายไปหมดทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้หมดหวัง โดยมีหลักว่า คนเราคิดอย่างไร ก็รู้สึกอย่างนั้น คือมองตนเอง มุมมองสังคม และมองอนาคตในแง่ลบ (Cognitive Triad) ดังนี้ มองตนเองไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ ไร้ความภาคภูมิใจ หรือไร้ซึ่งทุกสิ่ง มองโลกหรือสังคมในแง่ร้าย เห็นแต่สิ่งไม่ดีในสังคมสิ่งแวดล้อมรู้สึกถูกกดดันบีบบังคับและถูกคาดหวังเรียกร้องจากสังคมจนรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจ มองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ล้มเหลว และหนทางตัน หมดทางแก้ไข ซึ่งนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา หรือหนีจากความทุกข์ทรมาน

ข. มีความบกพร่องทางความคิดที่เป็นระบบ(Systematic logical errors)

เป็นการบกพร่องทางความคิดทำให้ผู้นั้นยังคงมีความเชื่อในความคิดทางลบของตนเองซึ่งมีทั้งหมด 6 ด้านดังนี้

1.ความคิดที่ปราศจากเหตุผล (Arbitrary inference) เป็นความคิดที่วาดสรุปอย่างไม่ถูกต้องจากหลักฐานที่มีอยู่ เช่น โทรศัพท์มาหาเพื่อน แต่เพื่อนไม่รับเพราะกำลังทำงานอยู่จึงสรุปว่าเพื่อนปฏิเสธ

2.สรุปจากจุดที่เล็กน้อย (Selective Abstraction) เป็นการมุ่งให้ความสนใจเฉพาะสิ่งของ

3.มีความคิดที่เกินจริง (Overgeneralization) เป็นการวาดสรุปจากจุดๆ เดียวของข้อมูล

4.การขยายและย่อเรื่องจนเกินจริง(Magnification and minimization) คล้ายกับการทำให้เกินจริงแต่มีการรวมส่วนประกอบอื่นเข้ามาช่วยในการประเมินด้วย

5.มีความคิดเป็นส่วนบุคคล (Personalization) เกิดขึ้นเมื่อมีบุคคลใดก็ตามได้กระทำการที่ผู้นั้นรู้สึกว่าเป็นสิ่งไม่ดีทั้งๆที่ไม่ได้เป็นเช่นนั้นจริง ๆ

6.มีความคิดที่สมบูรณ์ทั้งสองด้าน(Absolutist dichotomous thinking) เป็นการคิดที่มองเห็นประสบการณ์ทุกอย่างในทิศทางที่ตรงกันข้ามอย่างสมบูรณ์

ค. แบบแผนของภาวะซึมเศร้า(Depress organic schemata) เบคได้ใช้

แบบแผนทางความคิดนี้ในการอธิบายว่าทำไมบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจึงยังคงมีความคิดเห็นทางด้านลบ ทั้ง ๆ ที่อยู่ในสถานการณ์ตรงกันข้ามว่า วิธีการคิดของบุคคลจะตั้งอยู่บนทัศนคติและข้อสันนิษฐานที่ได้พัฒนาจาก ประสบการณ์ครั้งก่อน ๆ ก่อให้เกิดกลุ่มของทัศนคติ ความเชื่อและสมมติฐานที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ในโลกภายในและภายนอกที่เชื่อมโยงต่อระหว่างสิ่งที่บุคคลรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งที่รับรู้เรียกว่า สคีมาส์ (Schemas) ซึ่งซ่อนอยู่ภายในเป็นระยะเวลาชานาน แต่ถูกกระตุ้นให้แสดงออกโดยเหตุการณ์หรือความเครียดต่างๆทำให้เกิดเป็นวิธีการคิดที่บุคคลใช้ในการตีความครั้งต่อไป

5) ปัจจัยด้านสังคม

ผู้ป่วยมักมีแนวคิดที่ทำให้ตนเองซึมเศร้า เช่น มองตนเองในแง่ลบ มองอดีตเห็นแต่ความบกพร่องของตนเอง หรือมองโลกในแง่ร้าย เป็นต้นพบว่าแต่ละบุคลิกภาพที่ผิดปกติ (Personality disorder) มีความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะซึมเศร้าพอๆ กัน และส่วนหนึ่งของผู้ป่วยมีการสูญเสียบิดามารดาก่อนอายุ 11 ปี

6) โรคทางกายเรื้อรังและสารเสพติด

สมภพ เรื่องตระกูล(2542,หน้า94) ได้กล่าวถึงสาเหตุของโรคซึมเศร้าเพิ่มเติมอีกว่า อาจเกิดโรคทางกายเรื้อรัง เช่นกลุ่มอาการอ่อนเพลียเรื้อรัง และการเสพยาและโคเคน อาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรืออาจมีอาการซ้ำได้ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเมื่อเมื่อเศร้ามากๆ จะมีความคิดอยากตาย มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย พบว่าอาการเศร้ามากๆและความคิดอยากตายมีส่วนสัมพันธ์กัน ผู้ป่วยเศร้ามากๆ อาการไม่สบายจะมีมาก และรู้สึกทรมาน เมื่อเป็นมากขึ้นถึงจุดที่ไม่อาจจะทนรับได้ผู้ป่วยจะหาทางหนีความทรมาน และอยากตายเป็นทางออกที่ผู้ป่วยส่วนมากนึกถึงเป็นครั้งแรก ยิ่งเศร้ามากความรู้สึกทรมานจะมีมาก และความคิดอยากตายจะรุนแรงขึ้น ปรากฏว่าร้อยละ 75 ของผู้ป่วยซึมเศร้ามากๆ จะคิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยบางรายไม่บอกที่มีความคิดเช่นนี้ถ้าแพทย์ไม่ถามจึงควรถือเป็นหลักเมื่อพบผู้ป่วยเศร้าต้องถามถึงอาการนี้ทุกราย

2.4 อาการของภาวะซึมเศร้า

- 1) หัวเราะไม่ออก หมายถึง ขาดอารมณ์ขันไม่คิดว่าสิ่งต่าง ๆ เป็นเรื่องสนุก ตลก และมักเข้าใจเรื่องตลกผิดจุด และหากได้ดูเรื่องขบขันหรือพบเหตุการณ์ชวนหัวก็ทำให้มีอาการเศร้าเพิ่มมากขึ้น
- 2) ลักษณะอาการภายนอกดูซึมเศร้า อาการเช่นนี้สัมพันธ์อยู่กับสิ่งที่นักจิตวิทยาเรียกว่า ความไม่สอดคล้องกันของความรู้ความเข้าใจ ซึ่งประกอบด้วย ความรู้ความคิดและความรู้สึกที่ไม่สมเหตุสมผล ตัวอย่าง จะตั้งใจเรียนไปทำไมชีวิตนี้สั้นนัก ไม่นานก็ตาย
- 3) มีความคิดเรื่องการฆ่าตัวตาย ยังมีอาการเศร้าซึมเรื้อรังอัตราการเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายก็จะยิ่งเพิ่มสูงขึ้น มักพูดถึงเรื่องการตายบ่อย ๆ ซึ่งลักษณะเช่นนี้ คือการร้องขอความช่วยเหลือนั่นเอง ซึ่งควรได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน
- 4) นิสัยการกินเปลี่ยน ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งกินจุขึ้นหรือปฏิเสธอาหารไปเลย ผู้ที่มีอาการเศร้าซึมยังไม่มาก มักพบว่ากินจุขึ้นกว่าเดิม ทั้งนี้เพื่อให้ตนเองเบิกบานขึ้น แต่คนที่เศร้ามากจะหมดความอยากอาหารไปเลย
- 5) ความรู้สึกเปลี่ยว ซึ่งมาจากเรื่องของร่างกายผู้ที่ติดด้วยอาการซึมเศร้านึกคิดว่าตนเองป่วยด้วยโรคหนึ่งเนื่องจากเปลี่ยวทำอะไรไม่ไหว

นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้า ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และ สังคม (Maurer, 1986,p. 417) ดังนี้

ทางด้านร่างกาย มีอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลียไม่มีสาเหตุ นอนไม่หลับ หรือนอนหลับ มากเกินไป รับประทานอาหารได้น้อย หรือได้มากเกินไป ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เคลื่อนไหวช้า ท้องผูก ประจำเดือนมาผิดปกติ ความต้องการทางเพศลดลง

ทางด้านจิตใจ มีสมาธิไม่ดี การรับรู้ช้า คิดช้า มีความคิดแปลก ๆ ความจำเสื่อม ตัดสินใจไม่ได้ มีความลังเลสูง คิดซ้ำซากในเรื่องเดียวกัน หมดหวัง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

ทางอารมณ์ มีความวิตกกังวลสับสน หมดหวัง เศร้า มีความรู้สึกขาดบางอย่าง หงุดหงิด เศร้า เบื่อหน่าย

ทางด้านสังคม สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง ชอบอยู่คนเดียว ไม่ชอบสังคม แยกตัว

ลักษณะอาการทางคลินิก

อาการสำคัญ คือ อารมณ์เศร้า ผู้ป่วยจะซึมเศร้าหุดหู่ สะเทือนใจร้องไห้ง่ายในผู้ป่วย ไทยอาจไม่บอกว่าเศร้า แต่จะบอกว่ารู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด จิตใจห่อเหี่ยว ไม่มีความสุขสบายใจ หรือสดชื่นเหมือนเดิม อารมณ์หงุดหงิดพบได้บ่อยและมักรุนแรง จนผู้ป่วยบอกว่าไม่เหมือนเดิม รู้สึกทนเสียดังหรือมีคนรบกวนไม่ได้ อยากอยู่คนเดียวเงียบๆ

อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ ที่เป็นลักษณะจำเพาะของ โรคซึมเศร้า คือ การตื่นกลางดึกแล้วหลับต่อไม่ได้หรือหลับไม่สนิท (Middle และ terminal insomnia) ผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะเบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงชัดเจน รู้สึกอ่อนเพลียตลอดทั้งวัน ผู้ป่วยหญิงอาจมี ประจำเดือนผิดปกติไป

อาการด้านอื่น ได้แก่ เชื่องช้า เฉื่อยชาลง พูดน้อย คิดนาน อาจซึม อยู่เฉยๆ ได้นานๆ ผู้ป่วยบางคนอาจมี กระสับกระส่าย มักอยู่เฉยไม่ได้ นั่งได้สักครู่ก็ต้องลุกเดินไปมา โดยมักพบใน ผู้ป่วยช่วงวัยต่อ พบบ่อยว่าสมาธิของผู้ป่วยเสื่อมลงจากเดิม เหม่อลอย หลงลืมง่าย ความคิดอ่าน เชื่องช้า ลังเล ตัดสินใจไม่แน่นอนใจ ไม่มั่นใจตนเอง ผู้ป่วยจะมองโลกภายนอกมองชีวิตของตนเอง ในแง่ลบ รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความหมายต่อใคร ผู้ป่วยบางคนมีความรู้สึกผิดหรือ กล่าวโทษตำหนิตนเองต่อสิ่งที่ตนเองได้กระทำลงไป แม้เป็นการกระทำที่ผู้อื่นเห็นเป็นเรื่องเล็กน้อย

ความคิดอยากตายพบได้ถึงร้อยละ 60 และพบฆ่าตัวตาย ร้อยละ 15 ในช่วงแรกผู้ป่วย อาจแค่รู้สึกเบื่อชีวิต ไม่ทราบจะมีชีวิตอยู่ต่อไปทำไม เมื่ออาการเป็นมากขึ้นจะรู้สึกอยากตาย อยากวิ่งให้รถชน ต่อมาจะคิดถึงการฆ่าตัวตาย เริ่มมีการคิดถึงวิธีการ มีการวางแผน จนถึง การกระทำการฆ่าตัวตายในที่สุด ในผู้ป่วยไทยพบไม่น้อยที่มาหาแพทย์ด้วยอาการทางร่างกาย

มีอาการเวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย ปวดเรื้อรังตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย แต่เมื่อซักประวัติเพิ่มเติมจะพบว่ามีอาการอื่นๆ ของโรคซึมเศร้าร่วมด้วย (มานิช หล่อตระกูล, 2547)

ระดับภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งตามระดับความรุนแรงได้ 3 ระดับดังนี้ มา (Beck, 1967)

ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่น ไม่แจ่มใส อารมณ์เศร้า เหงาหงอยชั่วคราว ซึ่งบุคคลทั่วไปก็รู้สึกได้ในบางครั้ง โดยอาจมีสาเหตุเพียงพอ หรือบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใด มักเปรียบเทียบตัวเองกับผู้อื่น มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ในทางลบ เริ่มมีความรู้สึกไม่พอใจต่ออุปนิสัยของตนเอง ความตั้งใจในการทำงานต่างๆ เริ่มลดลง มีความต้องการช่วยเหลือ คำแนะนำ การเอาใจใส่ปลอบโยน การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น หลับยากกว่าปกติ หรือตื่นเช้ากว่าปกติ

ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate depression) ภาวะซึมเศร้าในระดับนี้จะรุนแรงขึ้นจนถึงมีผลกระทบต่อชีวิต ครอบครัว และการทำงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ แม้ว่าจะไม่สมบูรณ์ มักมีอาการเศร้ามากขึ้น เป็นในช่วงเช้า และจะดีขึ้นในตอนกลางวัน รู้สึกไม่มีความสุข เบื่อหน่ายต่อสิ่งแวดล้อม อ่อนเพลีย รู้สึกว่ามีพลังกำลังน้อยลง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ความสามารถ มักตำหนิตนเอง หงุดหงิด ร้องไห้ง่าย โกรธง่าย ก้าวร้าว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกายและสุขภาพตนเองปรากฏมากขึ้น รู้สึกว่ามีความเปลี่ยนแปลงไป มีความต้องการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์แวดล้อม และสังคม จะทิ้งสังคมทีละน้อย อาจมีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย การนอนหลับ ผิดปกติ ความอยากรับประทานอาหารลดลงจนกระทั่งไม่อยากรับประทานอาหาร และน้ำ น้าหนักลด ความต้องการทางเพศลดลง

ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe Depression) จะมีความอารมณ์ซึมเศร้าตลอดเวลา มีความรู้สึกสิ้นหวังมอง ตนเองด้านไม่ดี ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว มีความต้องการหลีกเลี่ยง หลบซ่อน ไม่มีการเข้าร่วมสังคมใดๆ เลย ลักษณะอารมณ์เหมือนไม่มีความรู้สึก รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง มองอนาคตมืดมน และสิ้นหวัง หหมดความสนใจสิ่งต่าง ๆ การตัดสินใจเสียแม้แต่เรื่องง่าย ๆ ในชีวิตประจำวันแทบจะไม่มีการเคลื่อนไหว มักจะนั่งอยู่เฉยๆ กับที่ตลอดเวลา อยู่ในท่าเดียวนาน ๆ หรืออาจอยู่ไม่นิ่ง ผุดลุกผุดนั่งไม่สนใจต่อตนเอง ดูแลตนเองไม่ได้ นอนหลับไม่สนิทหรือนอนไม่หลับ มักรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียตลอดเวลา หหมดความสนใจในเรื่องเพศ ผู้ที่อยู่ในระยะนี้อาจจะถอนตัวออกจากโลกของความเป็นจริง มีความหลงผิด และมีความคิดฆ่าตัวตาย

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความคิดในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง ประสบการณ์เดิมที่ไม่ดีในชีวิตการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ความไม่สมดุลของสารเคมีในสมอง

บางตัว หรือหลายสาเหตุร่วมกันทำให้บุคคลมองตนเอง มองโลก และสิ่งต่างๆ ในแง่ลบ ตนเองแย่มาก ไม่ดี ไร้ค่า ตลอดเวลา โทษตำหนิตนเองต่อสิ่งที่ตนเองได้กระทำลงไป แม้เป็นการกระทำที่ผู้อื่นเห็นเป็นเรื่องเล็กน้อย ทุกอย่างน่าเบื่อ ไม่มีความสุข น่าเศร้าหมอง ไม่มั่นใจตนเอง รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มี ความหมายต่อใคร มีความคิดอยากตาย และมีแผนที่จะฆ่าตัวตายรวมถึงลงมือฆ่าตัวตาย

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้าสิ่งที่ยากลำบากก็คือการติดต่อสื่อสาร เพราะผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นผู้ป่วยมีลักษณะลังเล ไม่ไว้วางใจใคร พยาบาลต้องรู้ เข้าใจ และตระหนักถึงจุดอ่อนของผู้ป่วยซึมเศร้า เพราะเจตคติของพยาบาลจะส่งผลต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นอย่างมาก หลักสำคัญในการดูแลผู้ป่วยควรยึดหลักดังนี้

- 1) การยอมรับ พยาบาลใช้การยอมรับ โดยให้เวลาผู้ป่วยในการระบายความรู้สึก และพฤติกรรม ผู้ป่วยมักรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่ำ ผู้ดูแลควรหลีกเลี่ยงการตีความ การปฏิเสธ หรือวิพากวิจารณ์
- 2) ความจริงใจ การแสดงออกทั้งท่าที และคำพูดอย่างจริงใจไม่เสแสร้ง
- 3) ความเห็นอกเห็นใจ พยายามให้กำลังใจผู้ป่วย โดยทบทวนให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสิ่งที่ เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยจัดสถานการณ์ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสระบายความรู้สึก ทางลบ ความทุกข์ทรมาน เจ็บปวด และแสดงความเห็นใจ เข้าใจ สนับสนุนผู้ป่วย ทั้งความคิด คำพูดและท่าที
- 4) ความอดทน ในพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย

การดูแลช่วยเหลือควรเน้นสิ่งเหล่านี้

- 1) สภาพทั่วไปของผู้ป่วย ลักษณะทางด้านร่างกายสุขภาพอนามัย การแต่งตัว ความสะอาด การดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม การดูแล บุคลิกภาพทั่วไป ความต้องการด้านอาหาร ยาและการพักผ่อนและการออกกำลังกาย
- 2) กิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน การจัดการกับภาระงาน ภาระรับผิดชอบในชีวิต ในบทบาทหน้าที่การงาน
- 3) การจัดการกับอารมณ์ของตนเอง การควบคุมอารมณ์ การมีสมาธิในการปฏิบัติ กิจกรรมต่าง ๆ
- 4) ระมัดระวังพฤติกรรม ทำร้ายตนเองและผู้อื่น รวมถึงการทำลายสิ่งของให้การดูแล อย่างใกล้ชิด สังเกตอาการและช่วยเหลือด้วยความเป็นมิตร

- 5) สร้างสัมพันธภาพและสนับสนุนการเรียนรู้ใหม่ที่ถูกต้องเกี่ยวกับตนเองผู้อื่นและสังคม
- 6) สนับสนุนให้กำลังใจอย่างถูกต้องและเหมาะสม

3. การให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษาเป็นการใช้พื้นฐานของความเข้าใจมนุษย์และสัมพันธภาพ ความจริงใจ ความเห็นใจ ในการช่วยเหลือให้ผู้รับบริการเข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหาของตนเอง เข้าใจสิ่งแวดล้อมยอมรับตนเอง สิ่งแวดล้อม และตัดสินใจเลือกวิถีทางในการคิด การกระทำตลอดจนการใช้ศักยภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม

3.1 ความหมายของการให้คำปรึกษา

โรเจอร์ (Rogers, 1942) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาจะพยายามใช้หลักของสัมพันธภาพ ในการช่วยเหลือให้ผู้รับคำปรึกษา สามารถเข้าใจตนเองไปในทิศทางที่เหมาะสม

Good (1945) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาไว้ว่า เป็นการให้ความช่วยเหลือเป็นรายบุคคลในปัญหาทางด้านส่วนตัว การศึกษาและอาชีพ ซึ่งข้อเท็จจริงทั้งหมดที่จำเป็นได้ถูกนำมาศึกษาและวิเคราะห์พร้อมทั้งหาวิธีที่จะแก้ปัญหานั้น และด้วยความช่วยเหลือของผู้เชี่ยวชาญ แหล่งทรัพยากรของโรงเรียน และสังคม การสัมภาษณ์เป็นส่วนตัว จะทำให้ผู้รับการแนะแนวได้รับการสอนให้รู้จักตัดสินใจด้วยตนเอง

เพพินสกี (Pepinsky, 1954) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาคือ การประสานสัมพันธระหว่างบุคคลสองคนคือผู้ให้คำปรึกษาและผู้ขอรับคำปรึกษาซึ่งเกิดขึ้นในสภาพการณ์ที่มีแบบแผนทางชีวภาพ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้เกิดความสะดวกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษา

สมิธ (Smith, 1955) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษาช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาในการวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถเลือกวางโครงการและปรับตัวได้เหมาะสมตามความต้องการ

แพตเตอร์สัน (Patterson, 1959) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้ขอรับคำปรึกษาตั้งแต่หนึ่งคนขึ้นไปหรือมากกว่า โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้วิธีการทางจิตวิทยาและพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีบุคลิกภาพเพื่อช่วยเหลือให้ผู้มาขอรับคำปรึกษามีสุขภาพจิตดีขึ้น

วิลเลียมสัน (Williamson, 1965) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาคือการช่วยให้ผู้มีปัญหาสามารถรับรู้กระจ่างแจ้งในปัญหาของตนเองแก้ปัญหาของตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ออร์พอร์ด ลีออนูธว็ชชั (2532) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาคือการช่วยเหลือบุคคลให้มีสุขภาพดีสมบูรณ์ที่สุด ทั้งสุขภาพทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ โดยอาศัยเทคนิควิธีการของการให้คำปรึกษาและพื้นฐานความรู้ในด้านสุขภาพอนามัยของผู้ให้คำปรึกษา เพื่อช่วยให้บุคคลรู้และเข้าใจตนเอง ยอมรับเกี่ยวกับสุขภาพของตน ปรับตนเองในด้านสุขภาพ รวมถึงเจตคติ ค่านิยม และการปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมจนมีความสมบูรณ์ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต

รวมความสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาคือ กระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้ความรู้ เทคนิควิชาการ ทักษะต่างๆ ช่วยเหลือชี้แนะผู้รับบริการปรึกษาได้รู้จักตนเองและตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเองได้ เพื่อให้เกิดความสบายใจ และดำรงชีวิตอย่างปกติสุข เป็นการหาแนวทางช่วยเหลือบุคคลได้สมหวังในระดับที่เหมาะสม เข้าใจตนเอง และสามารถช่วยเหลือตนเองได้ เข้าใจสิ่งแวดล้อมรอบตนเอง ปรับปรุงตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสมช่วยบรรเทาความเจ็บปวดทางใจ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

ดังนั้นการให้คำปรึกษาทางการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีภวนิยม หมายถึง กระบวนการในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตายที่ผ่านกระบวนการประเมิน การสังเกต การสัมภาษณ์ ชักประวัติและการใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การให้คำปรึกษาตามแนวคิดภวนิยม(Existentialism) ที่เน้น การช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจความหมายของการมีชีวิต มีเป้าหมายในการ ดำรงชีวิต และมีอิสระในการเลือกที่จะดำเนินชีวิตตามความต้องการของตนเองเพื่อให้ตระหนักถึงคุณค่าของการมีชีวิตโดยอาศัยความรู้ที่ร่วมในการให้การพยาบาลและติดตามเยี่ยมที่บ้านเพื่อยืนยันความก้าวหน้าในการแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการอย่างเป็นระบบ

องค์ประกอบเบื้องต้นในการให้คำปรึกษา

1. การจูงใจ (Motivation factor)
2. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับคำปรึกษากับผู้ให้คำปรึกษา (The Counselor-Counselor Relationship)
3. ความรับผิดชอบในการตัดสินใจของผู้ให้คำปรึกษา (The Counselor s' Decision Making Responsibility)
4. การเคารพในสิทธิส่วนตัวที่ผู้ให้คำปรึกษามีต่อผู้รับคำปรึกษาในขณะสนทนา (Counselor s' respect for the privacy of communication)

หลักเบื้องต้นในการให้คำปรึกษา

1. มุ่งให้เกิดการช่วยเหลืออย่างเป็นกระบวนการ
2. ควรปฏิบัติต่อผู้รับคำปรึกษาแต่ละบุคคลอย่างที่เขาเป็นอยู่
3. กระบวนการให้คำปรึกษาจะเกิดขึ้นด้วยความยินยอมพร้อมใจของผู้รับบริการ
4. ผู้รับบริการต้องเข้าใจตนเองและเลือกตัดสินใจด้วยตนเอง
5. ให้โอกาสผู้รับคำปรึกษาแสดงออกอย่างอิสระ
6. รักษาความลับของผู้รับบริการคำปรึกษา
7. ยอมรับพฤติกรรมของผู้รับการปรึกษา
8. ผู้ให้คำปรึกษาต้องศึกษาปัญหาและพฤติกรรมต่างๆของผู้รับคำปรึกษาตามหลักวิชาการโดยศึกษาและวิเคราะห์ไปพร้อมกัน

คุณสมบัติของผู้ให้คำปรึกษา

1. ด้านการรับรู้สภาพทั่วไป
 - 1.1 ต้องยอมรับธาตุแท้ของมนุษย์ประกอบด้วยร่างกายและจิตใจ
 - 1.2 รู้จักและเข้าใจมนุษย์อย่างลึกซึ้ง
2. ด้านการยอมรับผู้อื่น
 - 2.1 มนุษย์สามารถแก้ไขปรับปรุงตนเองตลอดจนพัฒนาตนเองได้
 - 2.2 ผู้ให้คำปรึกษาควรมีไมตรีจิตและเป็นมิตรกับบุคคลทั่วไป
 - 2.3 มองเห็นคุณค่า และความดีของมนุษย์
3. ด้านตัวผู้ให้คำปรึกษา
 - 3.1 สามารถรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้อื่นได้
 - 3.2 ยอมรับตนเองว่ามีความพอเพียง
 - 3.3 มีความยุติธรรมกล้าเปิดเผย
 - 3.4 เป็นผู้สนับสนุนและให้กำลังใจผู้รับคำปรึกษา
 - 3.5 มุ่งประโยชน์และตัวผู้รับคำปรึกษาเป็นสำคัญ
 - 3.6 ใจกว้าง มองโลกในแง่ดี ในประเด็นการให้คำปรึกษาเป็นสำคัญ
 - 3.7 มีปฏิภาณไหวพริบดี
 - 3.8 มีอารมณ์ขัน
 - 3.9 เก็บความลับของผู้ให้คำปรึกษาได้

ประเภทของการให้คำปรึกษา

1. การให้คำปรึกษาแบบชี้นำ

เป็นการให้คำปรึกษาที่ยึดตัวผู้ให้คำปรึกษาเป็นศูนย์กลางและเน้นหนักในเรื่องการวินิจฉัยปัญหา เพื่อให้เข้าใจถึงปัญหาก่อนที่จะให้คำปรึกษา

2. การให้คำปรึกษาแบบไม่ชี้นำ

เป็นการให้คำปรึกษาที่ถือเอาผู้รับคำปรึกษาเป็นสำคัญ ผู้ให้คำปรึกษาเป็นเพียงผู้รับฟังปัญหาและปล่อยให้ผู้รับคำปรึกษาตัดสินใจแก้ปัญหาเอง

3. การให้คำปรึกษาแบบให้โอกาสเลือก

เป็นการให้คำปรึกษาที่ผสมผสานแบบชี้นำและไม่ชี้นำเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพของปัญหาบุคลิกภาพของตัวบุคคล

องค์ประกอบของการให้คำปรึกษา

สัมพันธภาพในการให้คำปรึกษา

ในการให้คำปรึกษาไม่ว่าจะวิธีการใดก็ตาม สิ่งที่ต้องเป็นหัวใจของการให้คำปรึกษาก็คือ " สัมพันธภาพ " ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้มารับคำปรึกษาในการสร้างสัมพันธภาพต้องอาศัยสิ่งต่าง ๆ ต่อไปนี้

1. การสร้างบรรยากาศ (Rapport) ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องพยายามสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรอบอุ่นเป็นกันเอง มีความจริงใจ แสดงออกถึงความสนใจในปัญหาของผู้มารับบริการอย่างจริงจัง ต้องไวต่ออารมณ์ความรู้สึกและความต้องการของผู้รับคำปรึกษาสามารถทำให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกสบายใจไว้วางใจในตัวผู้ให้คำปรึกษา
2. การยอมรับ (Acceptance) ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องยอมรับผู้มารับคำปรึกษาโดยไม่มีเงื่อนไขไม่ว่าจะอยู่ในสภาพอย่างไร รู้สึกอย่างไร จะต้องให้ความเคารพนับถือในสิทธิและควมมีคุณค่าของบุคคล ซึ่งจะแสดงออกให้เห็นถึงความปรารถนาและความจริงใจที่จะให้การช่วยเหลือ
3. ความเข้าใจ (Understanding) เป็นหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาที่จะต้องพยายามติดตามทำความเข้าใจถึงความรู้สึก ความคิด และสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาพยายามจะบ่งบอกให้ทราบ ทั้งทางตรงและทางอ้อม
4. การมีความรู้สึกร่วม (Empathy) (ให้คำปรึกษาจะต้องนำความรู้สึกของตนเข้าไปร่วมกับผู้มารับคำปรึกษาด้วยเป็นการเอาใจเขามาใส่ใจเรา สามารถที่จะรู้สึกและบรรยายถึงความนึกคิดของบุคคลอื่นได้

5. การแสดงความเอาใจใส่ (Attentiveness) เป็นท่าทีและบุคลิกของผู้ให้คำปรึกษาที่จะต้องให้ความสนใจ เอาใจใส่ และอาศัยทักษะการฟังและสังเกตติดตามเรื่องราวของผู้รับคำปรึกษา ซึ่งจะนำไปสู่บรรยากาศของสัมพันธภาพที่ดี
6. ความเชื่อ (Beliefs) ผู้ให้คำปรึกษาควรมีความเชื่อ มนุษย์ทุกคนมีความสามารถที่จะเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ ถ้าเขาอยู่ในสถานการณ์ที่เหมาะสม และเชื่อว่า มนุษย์ทุกคนย่อมต้องการอิสระที่จะคิดและทำสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง (อพรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2547:9)

จุดประสงค์(Purpose) วัตถุประสงค์สำคัญของการให้ปรึกษาที่ผู้ให้คำปรึกษาพึงระลึกไว้อยู่เสมอก็คือ การร่วมมือระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเป็นอิสระรับรู้รายละเอียดเกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมมีความรับผิดชอบต่อตนเอง กล้าที่จะเผชิญกับโลก และพร้อมที่จะตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเอง

3.2 เทคนิคการให้คำปรึกษา

การเริ่มต้นให้คำปรึกษา (Opening the interview)

การเริ่มต้นให้คำปรึกษาจำเป็นต้องอาศัยทักษะในการนำ หรือเริ่มสนทนา บรรยากาศของการเริ่มต้นการให้คำปรึกษาควรมีความอบอุ่นและเป็นกันเอง ในกระบวนการของการให้คำปรึกษาโดยทั่วไปนั้น ผู้ให้คำปรึกษามักจะรอให้ผู้รับคำปรึกษาเป็นผู้เริ่มต้นโดยบอกถึงสาเหตุที่มาพบแต่ถ้าผู้รับคำปรึกษารู้สึกตื่นเต้นหรือลำบากใจในการแสดงออกผู้ให้คำปรึกษาก็จำเป็นต้องพยายามหาทางช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความสบายใจ

- 1.1 การนำเข้าสู่การสนทนาโดยตรง (Direct Leading) เป็นการกระตุ้นให้การสนทนาดำเนินต่อไป อีกทั้งช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ขยายความเรื่องราวที่กำลังสนทนาให้ชัดเจนยิ่งขึ้นนอกจากนี้ยังสามารถช่วยผู้รับคำปรึกษาได้เข้าถึงเรื่องราวที่ตนกำลังพูดให้แจ่มชัดยิ่งขึ้น
- 1.2 การนำสนทนาให้เข้าประเด็น (Focusing) บางครั้งผู้รับคำปรึกษาอาจเกิดความสับสนในเรื่องที่กำลังสนทนากัน โดยเฉพาะในตอนต้นของการสนทนาเกี่ยวกับปัญหาของผู้รับคำปรึกษา กลวิธีนี้จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทราบถึงประเด็นที่กำลังคุยกันได้แน่ชัด อันเป็นการช่วยให้ได้มองถึงปัญหานั้นอย่างเจาะจงลงไป

การตั้งคำถาม (Questioning)

ผู้ให้คำปรึกษาอาจใช้คำถามเพื่อหาข้อมูลของผู้มารับคำปรึกษา หรืออาจใช้คำถามเพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเอง หรือใช้เพื่อสะท้อนความรู้สึกและทัศนคติ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้และยอมรับตนเอง ในการตั้งคำถามควรใช้ในลักษณะกลาง ๆ เป็นคำถามปลายเปิด จะดีกว่าการใช้คำถามปลายปิดที่จำกัดการตอบ เช่น ถามว่า "คุณปวดศีรษะใช่ไหม" จะได้ผลน้อยกว่าการพูดว่า "ลองเล่าให้ฟังถึงอาการของคุณ"

การสอบซัก (Probing)

เป็นการตั้งคำถามตรงที่ปัญหาเพื่อถามข้อมูล กลวิธีนี้ใช้ได้ดีในกรณีที่ผู้รับคำปรึกษาพยายามเลี่ยงที่จะกล่าวถึงจุดสำคัญของปัญหาตลอดเวลา การใช้วิธีนี้ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องระมัดระวังไม่ใช้พุ่มเพื่อยเพราะการรีบเร่งกระบวนให้คำปรึกษาเร็วเกินกว่าที่ผู้รับคำปรึกษาพร้อมที่จะพูดถึงปัญหาของเขา จะทำให้สัมพันธ์ภาพล้มเหลว การซักถามตรง ๆ นี้ ถือเป็นกลวิธีให้คำปรึกษาแบบนำทางไป

การเงียบ (Silence) และการฟัง (Listening)

เป็นกลวิธีที่ให้ผู้รับคำปรึกษาพูดหรือเล่าเรื่องราวของตนเองโดยผู้ให้คำปรึกษาใช้วิธีการเงียบ เพื่อคอยฟังเรื่องราวต่างๆ แสดงถึงความสนใจและยอมรับผู้ให้คำปรึกษาไม่ควรวิตกกังวลว่าบรรยายจะเงียบเกินไป และไม่จำเป็นต้องหาวิธีทำลายความเงียบ เพราะจะเป็นการขัดขวางความรู้สึกของผู้รับบริการที่กำลังนึกคิดทบทวนเรื่องราวอยู่ แต่ต้องดูจังหวะไม่ทิ้งช่วงจนเกิดความเงียบนานเกินไป

การให้ความกระจ่าง (Clarification)

เป็นกลวิธีที่ผู้ให้คำปรึกษาพยายามสะท้อนความรู้สึกนึกคิดของผู้มารับคำปรึกษา แสดงให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นว่าตนเองเข้าใจและแจ่มแจ้งในเรื่องที่เป็นปัญหานั้นๆ โดยสรุปคำพูดเรื่องราวและสิ่งที่สังเกตได้ให้ผู้รับคำปรึกษากระจ่างแจ้ง เข้าใจในปัญหาของเขา ซึ่งอาจจะเป็นผลให้สามารถมองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาได้

การทบทวนประโยค (Paraphrasing)

หมายถึงการพูดซ้ำประโยคที่ผู้รับคำปรึกษาพูดมาแต่ใช้ถ้อยคำน้อยลง ขณะเดียวกันก็ยังคงความหมายเดิมอยู่ จุดประสงค์ของการทบทวนประโยคก็เพื่อจะบอกให้ผู้รับคำปรึกษาทราบว่า ผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจเรื่องราวที่ผู้รับคำปรึกษาพูดมา และยังติดตามเรื่องราวของผู้รับคำปรึกษาอยู่

การสรุป (Summarizing)

คือการพยายามรวบรวมความคิดของผู้รับคำปรึกษาที่ได้เป็นตอน ในการสรุปต้องอาศัยการจำเรื่องราวที่พูดได้เป็นอย่างดีสิ่งที่พึงระวังคืออย่านำเอาความคิดใหม่เพิ่มเติม

การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of Feeling)

เป็นการทำความเข้าใจข้อความหรือคำพูดของผู้รับคำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้ขอความเห็น ที่ไม่แสดงความรู้สึกของผู้พูดมากกว่าเนื้อหาสาระ แสดงถึงความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา วิธีนี้ใช้เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเผชิญกับความรู้สึกของตนเอง สามารถแสดงออกด้วยวาจาโดยปราศจากความวิตกกังวล

การตีความ (Interpreting)

เป็นกลวิธีที่ผู้ให้คำปรึกษากล่าวบางอย่างที่มีความหมายสืบเนื่องจากที่ผู้รับคำปรึกษากล่าวไปแล้วการตีความหมายจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจแจ่มแจ้งเร็วขึ้น โดยที่ผู้รับคำปรึกษายังคิดไม่ถึง และถ้าสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้รับคำปรึกษาดีจะมีประโยชน์มาก

การชี้แนะ (Suggesting)

เป็นวิธีการที่ผู้รับคำปรึกษาใช้บ่อย เพราะผู้รับคำปรึกษามักเข้ามาหาผู้ให้คำปรึกษาเพื่อหวังว่าจะได้รับข้อเสนอแนะต่าง ๆ แต่การเสนอแนะของผู้ให้คำปรึกษาเน้นจะต้องมุ่งเพื่อส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษารู้จักตนเอง มีวินัยในตนเอง มากกว่าการเสนอการแก้ไขปัญหาโดยตรง

การแสดงความเห็นชอบ (Approval)

เป็นกลวิธีที่ส่งเสริมสนับสนุนหรือให้กำลังใจแก่ผู้รับคำปรึกษาในการคิดและตัดสินใจของเขาอาจแสดงความเห็นชอบด้วยเป็นการพัฒนาทักษะในการนำตนเองของผู้รับคำปรึกษา

การให้ความมั่นใจ (Assurance)

เป็นการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับคำปรึกษาในการเลือกและตัดสินใจในเรื่องราวของตนจะใช้วิธีนี้ก็ต่อเมื่อผู้ให้คำปรึกษามีจุดประสงค์ในใจและได้ใคร่ครวญแล้วว่าไม่เกิดผลเสียที่หลัง

การเผชิญหน้า (Confrontation)

การเผชิญหน้าเป็นกลวิธีหนึ่งที่ใช้ผู้ให้คำปรึกษาจะบอกถึงความรู้สึกและความคิดเห็นของตนเองต่อผู้รับคำปรึกษาโดยตรงไปตรงมาเพื่อช่วยผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจถึงความรู้สึกนึกคิดตลอดจนพฤติกรรมของตนเองให้ถูกต้องตรงความเป็นจริงมากขึ้น

การทำทนาย(Challenge)

เป็นวิธีการที่ค่อนข้างเสี่ยง เพราะเป็นการปฏิเสธผู้รับคำปรึกษาตรง ๆ เป็นการดูถูกอย่างสุภาพผู้ให้คำปรึกษาที่ใช้วิธีนี้จะต้องมั่นใจในใจสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาเป็นอย่างดีแล้ว

การไม่ยอมรับ (Rejection)

เป็นกลวิธีที่ผู้ให้คำปรึกษาจะใช้เมื่อเห็นว่าผู้รับคำปรึกษาแสดงความคิดเห็นที่ผิดไปจากความจริง หรือแสดงออกถึงความคิดที่เพ้อฝันมากเกินไป ผู้ให้คำปรึกษาจะแสดงการไม่ยอมรับ เพื่อดึงให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนแปลงแนวความคิดใหม่

3.3 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาตามแนวคิดทฤษฎีภวนิยม (Existentialism)

การให้คำปรึกษาเชิงภวนิยม (Existentialism) เน้นให้คำปรึกษากับผู้ที่รับคำปรึกษาที่มีทุกขระดับความรู้สึกซึ่งเป็นทุกข์เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตที่เป็นไปในลักษณะที่เลือนลอย ไร้จุดหมาย เป็นทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่ใช้แก้ปัญหาสำหรับผู้ที่มีทุกขระดับอารมณ์และความรู้สึกโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานว่า ความหมายของความเป็นมนุษย์คืออะไร ทฤษฎี Existentialism นี้ยืนยันที่จะไม่ตัดสินมนุษย์ จุดสนใจของผู้ให้คำปรึกษาทฤษฎีนี้อยู่ที่เงื่อนไขของความเป็นมนุษย์ ซึ่งรวมถึงความสามารถที่จะมีสติเป็นของตนเอง มีอิสระในการเลือกตัดสินใจในโชคชะตาของตนเอง แต่จะต้องรับผิดชอบต่อผลที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจ อีกทั้งวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคลที่เป็นไปอย่างไร้ความหมายอันแตกต่างไปจากผู้อื่น ก็เป็นจุดสนใจของทฤษฎี เช่นกัน ทฤษฎีนี้เชื่อว่า พัฒนาการทางบุคลิกภาพของคนปรกติขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละคน ความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองพัฒนามาจากสภาพความเป็นทารก ความคิดหลักของมนุษย์ ได้แก่ ข้อกำหนดที่ต้องปฏิบัติของตนเอง และความต้องการที่จะก้าวไปข้างหน้าอันเป็นความต้องการที่จะแสดงออก หรือต้องการจะเป็นอะไรสักอย่าง ซึ่งเป็นวิถีการที่มีทิศทางในอนาคต และเน้นที่การมีสติก่อนที่จะลงมือกระทำใด ๆ

Existentialism เน้นศึกษาเรื่องการเป็นมนุษย์และลักษณะเฉพาะของมนุษย์ ที่ทำให้มนุษย์มีปรากฏการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต เช่น ความรัก ความต้องการ อิสระส่วนตัว (Personal freedom) ความมานะ ความโลภ การบ้าอำนาจ ความอามัหิต ศาสนา วิทยาศาสตร์ ศิลปะ ศิลธรรม โดยเชื่อว่า ความคิด ความเชื่อ ความคาดหวัง การแปลและความหมายส่วนตัวของประสบการณ์ และความ รู้สึกเกี่ยวกับตนเอง (Self perception) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมนุษย์

ทฤษฎีนี้เชื่อว่ามนุษย์มีอิสระภาพ ที่จะแสวงหากำหนดกฎเกณฑ์ที่จะหาความหมายให้กับชีวิตของตนเอง มีอิสระเสรีภาพเฉพาะตัวและไม่สามารถจะทำนายพฤติกรรมของมนุษย์ล่วงหน้าได้ การที่คนเราจะกระทำหรือไม่กระทำสิ่งใด หรือเลือกที่จะเป็นผู้ให้หรือผู้รับเรื่องหนึ่งเรื่องใดก็ตาม เราจะต้องรับผิดชอบต่อการกระทำและผลที่เกิดจากการตัดสินใจของตนเอง การที่คนเราจะมีชีวิตอยู่ก็เพื่อที่จะหาความหมายให้กับชีวิตของตนเอง ซึ่งความหมายของชีวิตหรือความชอบของชีวิตแต่ละคนย่อมแตกต่างกันออกไป

การดูแลแนวนี้เน้น นำความรู้เรื่องมนุษย์ มาช่วยให้เข้าใจถึงธรรมชาติของพฤติกรรม และปัญหาของมนุษย์จากอีกมุมมอง ที่ช่วยให้เห็นภาพรวมของปัญหาได้กว้างและชัดเจนขึ้น ทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพดีขึ้น โดยให้ความสนใจและความหวังในเรื่องความเป็นมนุษย์ที่มีศักดิ์ศรี มีความสามารถและศักยภาพที่จะพัฒนาให้บรรลุถึงเป้าหมายของการเป็นตนเองที่สมบูรณ์ ดังนั้นการดูแลจะช่วยเสริมลักษณะพิเศษของมนุษย์ เช่นความสามารถในการเลือก

(Choice) ความสร้างสรรค์ (Creativity) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกาย จิตใจ และวิญญาณ และสมรรถภาพที่จะรู้จักตัว ความเป็นอิสระ และความรับผิดชอบ เพื่อที่จะนำมาพัฒนาตนเองให้มีทักษะในการแก้ปัญหา ใหู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความนับถือในตนเอง (Self respect) และเพิ่มคุณภาพชีวิตของตนให้มีความสนใจต่อความหมายของการมีชีวิตอยู่ ความตาย อิสรภาพ ความรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น รวมความถึงการมีชีวิตแบบมีคุณค่า มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงตนเอง (Self awareness) แล้วยังช่วยให้ผู้ป่วยมองปัญหาให้กว้างออกไปจากปัญหาที่เป็นเรื่องของความหมายของชีวิตมนุษย์เพื่อใช้เป็นหลักการในการตัดสินใจรับผิดชอบต่อชีวิตตนปรัชญาแนวนี้มองว่า ชีวิตคือการตัดสินใจเลือก ทุกคนต้องรับผิดชอบต่อทางเลือกของตน และต้องประสบกับผลของการเลือกนั้นของตน การดูแลแนวทวินิยมให้ความสำคัญต่อบุคคลปัจจุบัน ไม่โยนไปที่อดีต และให้ความสนใจกับสิ่งที่กำลังรู้สึกหรือรู้สึกได้ขณะนี้ มากกว่าเรื่องของจิตใต้สำนึก

การดูแลเน้นความสำคัญที่การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ดังนั้นการให้การยอมรับ ความเห็นใจ และความเข้าใจผู้ป่วยของผู้ดูแลเป็นจุดที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ และเข้าใจถึงประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต และความรู้สึกรู้สึกของตนเองที่แท้จริง ทำให้สามารถยอมรับตนเอง และเห็นได้ว่าตนเองเท่านั้นต้องเป็นผู้รับผิดชอบต่อการกระทำหรือพฤติกรรมและชีวิตของตนเอง รวมทั้งตนเองเท่านั้นที่จะเป็นผู้สามารถพัฒนาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองเพื่อแก้ไขและขจัดปัญหาจิตใจ(จันทิมา อองศ์โมเชิต, 2545: 14-15)

Existentialism นี้ให้ความสำคัญศักดิ์ศรีของมนุษย์มาก เมื่อผู้รับคำปรึกษาจะมาปรึกษาเพื่อขอให้ช่วยตัดสินใจ ผู้ให้คำปรึกษาจะไม่ยอมตัดสินใจให้แต่จะพยายามกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาพยายามตัดสินใจเลือกทางออกด้วยตนเองโดยผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นผู้เสนอแนะแนวทางหลายๆ แนวทางให้ผู้รับคำปรึกษาได้มีโอกาสเลือกโดยหลักว่าไม่มีใครจะช่วยท่านได้ดีเหมือนท่านช่วยตัวท่านเอง

Existentialism นี้ ไม่ยอมรับในเรื่องพรหมลิขิต เพราะถือว่ามนุษย์เกิดมามีทางเลือกสามารถความหมายของชีวิตได้อย่างอิสระมีเสรีภาพต่อการกำหนดเกณฑ์ความหมายของชีวิต (Meaning of life) ของตนเอง ทั้งในการให้ (Give) การรับ (Take) และการเลือก (Choice) สิ่งต่างๆ สำหรับชีวิต การให้ (Give) เราจะให้อะไรสำหรับชีวิตได้บ้างทั้งในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสังคม เช่น การประหยัด ไม่ใช้จ่ายฟุ่มเฟือยหรือการบริจาคโลหิต เพื่อช่วยเพื่อนมนุษย์ เป็นต้น

การรับ (Take) เราจะรับอะไรเข้ามาได้บ้าง ซึ่งทฤษฎีนี้ถือว่าทั้งความสุขและความทุกข์เป็นสิ่งที่เราสามารถจะรับเข้ามาในชีวิต การเลือก (Choice) เราจะเลือกรับ เลือกคิด เลือกทำอย่างไรเพื่อให้เป็นประโยชน์แก่ชีวิต สำหรับการเลือกนี้เป็นเรื่องของผู้ที่เกิดความขัดแย้งขึ้นในใจ ซึ่งการที่เราเลือกกระทำหรือไม่กระทำก็ถือว่าการเลือกทั้งสิ้น ทั้งในการให้ (Give) การรับ (Take) และการเลือก (Choice) เป็นสิ่งที่มนุษย์สามารถตัดสินใจเลือกกระทำได้อย่างมีอิสระ

เสรีภาพ (Freedom) แต่เมื่อมนุษย์ได้ตัดสินใจเลือกกระทำลงไปแล้วเขาจะต้องรับผิดชอบต่อสิ่งที่เขาได้ตัดสินใจกระทำลงไป

คำปรึกษาแบบภวนิยม (Existentialism) มองว่าคนคือความไม่แน่นอน ไม่มีแก่นสาร ความรู้เป็นสิ่งที่ทำให้มนุษย์มีความอิสระ มีเสรีภาพในการเลือก และรับผิดชอบตนเอง แนวคิดในแบบภวนิยม (Existentialism) มองว่าไม่มีใครเป็นอะไรมาก่อนเก่า ไม่มีสิ่งใดถูกกำหนดให้เป็นโดยมือที่มองไม่เห็น ไม่มีสิ่งใดมีอำนาจเหนือการกระทำของตัวมนุษย์เอง สรรพสิ่งที่จะบังเกิด ล้วนแล้วแต่ถูกสร้างขึ้นมานำมือคนล้วน ๆ (ศรีเรือน แก้วกังวาล ,2547)

Existentialists เชื่อว่าผู้ที่ปรับตัวไม่ได้ คือ ผู้ที่รู้สึกตนว่าไม่มีความคงอยู่ (Nonbeing) คือความรู้สึกว่าตนประสบความล้มเหลว ควบคุมวิถีชีวิตของตนเองไม่ได้ ชีวิตไร้คุณค่า ไม่มีใครช่วยเขาได้ปล่อยชีวิตตามยถากรรมโดยไม่สนว่าจะเกิดอะไรขึ้นต่อไปรู้สึกว่าจะมีอะไรล่องไปด้วยดีตามที่มุ่งหวัง มีความรู้สึกไม่มั่นใจในการตัดสินใจต่าง ๆ กล่าวคือ มีตัวตนอยู่แต่ขาดอิสรภาพ ไม่สามารถควบคุมชีวิตของตนเองรู้สึกว่าจะตนเองอยู่ภายใต้อำนาจของสิ่งแวดล้อม ไม่มีความหมายในชีวิต ขาดจุดยืน รู้สึกว่าต้องทำตามอย่างคนหมู่มากไปหมด ไม่มีความเป็นตัวของตัวเอง ความรู้สึกตนไม่มีความคงอยู่ (Nonbeing) หมายถึง ลักษณะของคนที่ยาไปแล้วด้านจิตใจนั่นเอง Existentialists จะสนใจอนาคตมากกว่าอดีตและปัจจุบัน โดยมีหลักว่าผู้ที่มีสุขภาพจิตดีคือผู้ที่ตระหนักและมีความหวังว่าตนมีอนาคต(พงพันธ์ พงษ์โสภา ,2544: 103-107)

อาจกล่าวโดยสรุปว่าจุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาทางการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีภวนิยมคือเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษารู้จักตนเองเข้าใจถึงศักยภาพของตนเองเข้าใจโลกและสิ่งแวดล้อมอย่างเต็มที่ ทราบวิธีการจัดอุปสรรคที่มาขัดขวางการเพิ่มพูนศักยภาพภายในตนเอง โดยให้ผู้รับคำปรึกษาใช้ศักยภาพของตนเอง ในการเลือกหาความหมายในชีวิตให้เหมาะสมกับตนเองอย่างมีอิสระเสรีและรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนเองได้เลือกโดยเน้นสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับ โดยผสมผสานเทคนิคต่างเพื่อให้ผู้รับสามารถเข้าตนเองและสามารถค้นพบความมีคุณค่าในตนเอง และตัดสินใจทางเลือกของตนเอง

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมและหลักการพิจารณามนุษย์ ของ Existentialism
สรุปได้ดังนี้(พงพันธ์ พงษ์โสภา ,2544: 103-107)

1. มนุษย์เป็นผู้สร้างวิถีชีวิตและความเป็นไปได้ในอนาคตของตนเองด้วยการตัดสินใจของเขาเอง แต่เสรีภาพในการตัดสินใจและการกระทำต่างๆของมนุษย์นั้นต้องคำนึงถึงขอบข่ายของสิ่งแวดล้อม เป็นต้นว่ากฎหมาย รากฐานทางเศรษฐกิจและสังคม

2. มนุษย์มีความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองได้ ถ้าเขามีความต้องการและมุ่งมั่นที่จะกระทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น
3. การตัดสินใจเลือกกระทำสิ่งต่าง ๆ เป็นความรับผิดชอบของมนุษย์ ซึ่งเขาจะต้องรับผิดชอบต่อผลแห่งการตัดสินใจของเขา นั่นหมายความว่ามนุษย์ต้องรับผิดชอบต่อความคงอยู่ ตลอดถึงความ เป็นอยู่ในปัจจุบันและอนาคตของเขา
4. มนุษย์อาจเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมได้ไม่มากนัก แต่เขาสามารถเลือกการตอบสนองได้และทำให้มีความสุขได้โดยการยอมรับความจริง
5. มนุษย์ต้องอาศัยอยู่ในโลก ดังนั้นเราจำเป็นต้องเข้าใจโลกและมีความรับผิดชอบต่อฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของผู้สร้างสรรคโลก
6. มนุษย์รู้จักตนเองได้จากการที่เขาปฏิบัติสัมพันธ์กับคนทั่วไป ทั้งนี้เพราะได้มีโอกาสเห็นปฏิกิริยาที่ผู้อื่นมีต่อตน
7. การกระทำของมนุษย์ขึ้นอยู่กับการที่เขาคิดหรือรู้สึกอย่างไร
8. จุดหมายของมนุษย์ คือการเป็นคนที่ยึดถือได้มีศักดิ์ศรีเพิ่มขึ้นและแสวงหาความหมายในชีวิต
9. มนุษย์ต้องลงมือกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ใช่หวังให้ฟ้าดินมาดลบันดาล
10. บุคคลแต่ละคนควรช่วยเหลือกันในอันที่จะพยายามให้เกิดความเข้าใจถึงความรู้สึกซึ่งกันและกัน เพราะมนุษย์ไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ตามลำพังจำเป็นต้องปรึกษาหารือกับผู้อื่น ความทุกข์ยาก หรือปัญหาของบุคคลจะได้รับการช่วยเหลือได้จากบุคคลที่ผ่านโลกมามากกว่า หรือบุคคลที่ประสบปัญหามาก่อนและจะเป็นการโหดร้ายอย่างมาก ถ้าท่านไม่ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์เพราะคนเราต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน
11. มนุษย์จะรู้สึกเปล่าเปลี่ยวอ้างว้าง เมื่อไม่สามารถรักษาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น หรือเมื่อไม่สามารถตัดสินใจได้ หรือมีชีวิตที่ปราศจากเป้าหมายในอนาคต
12. มนุษย์เป็นสิ่งที่มียู่ คงอยู่และเป็นกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมเสมอ มีเสรีภาพที่จะตัดสินใจและสร้างจุดหมาย มนุษย์เป็นสิ่งที่ชีวิตที่มีเป้าหมายในอนาคตและมีเสรีภาพมากกว่าที่จะอยู่ในฐานะเป็นหนึ่งในกลุ่ม
13. ชีวิตของมนุษย์เป็นสิ่งที่มีความหมาย โดยแต่ละคนให้ความหมายกับชีวิตของตนเองตั้งจุดมุ่งหมายเองแต่ละบุคคลมีค่านิยมของตนเป็นหลักในการดำเนินชีวิต
14. มนุษย์มีความตระหนักแท้ในตนเอง(Self Awareness) การกระทำต่างจะเป็นไปโดยรู้ตัวหรือมีสติ

3.4 กระบวนการพยาบาล(สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

กระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ

- 1.3 การประเมินทางการพยาบาล เป็นขั้นตอนแรกของการใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วยการรวบรวมข้อมูลทางด้านกายภาพ จิตใจ อารมณ์
- 1.4 การวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาจากขั้นตอนที่ 1 โดยใช้ทักษะการตัดสินใจทางคลินิก การคิดอย่างมีวิจารณญาณ ความสามารถในการย้อนรำลึกและการนำความรู้ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการจัดกลุ่มข้อมูลสันนิษฐาน แปลกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบความถูกต้องเพื่อพิจารณาข้อมูลเพื่อกำหนดวินิจฉัยทางการพยาบาล
- 1.5 การวางแผนการพยาบาล เป็นขั้นตอนที่ 3 ของกระบวนการพยาบาล ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนของการกำหนดวัตถุประสงค์ กำหนดเกณฑ์การประเมินผล และกำหนดกิจกรรมการพยาบาล
- 1.6 การปฏิบัติการพยาบาล เป็นขั้นตอนของการนำขั้นตอนไปใช้ในการปฏิบัติการจริง โดยอาศัยทักษะ ด้านสติปัญญา ทักษะด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และทักษะด้านการใช้เทคนิคในการจัดการต่าง ๆ
- 1.7 การประเมินผลทางการพยาบาล เป็นขั้นตอนในการตัดสินคุณค่าเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการบำบัดทางการพยาบาลโดยเปรียบเทียบผลการพยาบาลกับวัตถุประสงค์ที่วางไว้

กระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนต่าง ๆ ตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพเพื่อระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ และการประเมินผล การใช้กระบวนการพยาบาลจำเป็นต้องใช้ร่วมกับองค์ความรู้ต่าง ๆ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการให้คำปรึกษาตามแนวคิดทวนิยม

กระบวนการให้คำปรึกษาทั่วไปสู่กระบวนการให้คำปรึกษาทางการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีภวนิยม

จากการทบทวนวรรณกรรมรูปแบบของกระบวนการให้คำปรึกษาเดิมนั้นมิได้กล่าวถึงขั้นตอนในการประเมินและระบบติดตามประเมินผลอย่างชัดเจนโดยกระบวนการให้คำปรึกษาพูดถึงกระบวนการเริ่มต้น การดำเนินการให้คำปรึกษา และยุติการให้คำปรึกษา และยังไม่มีการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาทางการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีภวนิยมขึ้น ผู้ศึกษาจึงพัฒนารูปแบบจากกระบวนการพยาบาลผสมผสานกับการให้คำปรึกษาตามแนวภวนิยม โดยเริ่มจากการการประเมินและวินิจฉัยทางการแพทย์และวางแผนให้การช่วยเหลือโดย การให้คำปรึกษาตามแนวคิดภวนิยมและมีการติดตามประเมินผล เพื่อให้การช่วยเหลือเป็นระบบที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมดังนั้นการให้ คำปรึกษาทางการพยาบาลจึงเป็นการให้คำปรึกษาโดยการผสมผสานแนวคิดจากกระบวนการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย การประเมินคัดกรองจากการสังเกต และร่วมกับใช้เครื่องมือคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิตในการวินิจฉัย สร้างสัมพันธ์และช่วยเหลือโดยให้คำปรึกษาตามแนวคิดภวนิยม(Existentialism) ใช้เทคนิคต่างๆ อย่างผสมผสานกลมกลืนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับกระบวนการเผชิญความเครียด ความคิดและอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม มีระบบการติดตามประเมินผลเพื่อติดตามความก้าวหน้าอย่างเป็นระบบ

3.5 การให้คำปรึกษาทางการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีภวนิยม

การให้คำปรึกษาทางการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีภวนิยมคือ

กระบวนการประเมิน สังเกต สัมภาษณ์ และคัดกรองด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และให้การช่วยเหลือโดยให้ คำปรึกษาตามแนวคิดภวนิยม(Existentialism) และติดตามประเมินผล อย่างเป็นระบบ

3.5.1 กระบวนการประเมินและการรวบรวมข้อมูล

การประเมินเป็นกระบวนการแรกและสำคัญที่สุดของกระบวนการพยาบาล เน้นที่การรวบรวมข้อมูลเพื่อเป็นพื้นฐานในการวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการที่เป็นปัญหาและคาดว่าจะมีปัญหา โดยใช้กระบวนการการสังเกต สัมภาษณ์ และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิตและแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิตในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งต้องอาศัยทักษะที่ จำเป็นที่จะใช้คือเทคนิคการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างสัมพันธ์ภาพด้วยท่าทีที่เป็นมิตร รับฟังด้วยความตั้งใจ ไม่ตัดสินการกระทำเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ใช้คำถามที่เป็นกลางเพื่อให้ผู้รับบริการได้ระบาย เน้นให้พูดถึงอารมณ์และความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ป่วยโดย

อาจใช้การสะท้อนความรู้สึก (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2540: 17-18; วารินทร์ ถาน้อย 2544, 24-34)

การประเมินผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายนั้นต้องระมัดระวังในการรวบรวมข้อมูลมากโดยข้อมูลที่สำคัญมีดังนี้ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541)

1. ข้อมูลส่วนบุคคล เช่นสถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย แบบแผนการดำเนินชีวิต อาชีพ
2. อาการและอาการแสดงต่าง ๆ ที่บ่งชี้ถึงความคิดฆ่าตัวตาย
3. ความตั้งใจหรือแผนการที่ต้องการจะตาย
4. บุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลสำคัญของผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายที่จำเป็นในการให้กำลังใจ

3.5.2 การวินิจฉัยด้วยแบบประเมินคัดกรองผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าซึ่งพัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต ซึ่งแบบคัดกรองมี 3 องค์ประกอบ คือ
 1. Mood Component 2. Cognitive Behavior 3. Somatic Component มีคำถาม 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ 0.88 อำนาจจำแนกระหว่างคนปกติและผู้มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.001$ และค่า Cut off point ที่ใช้ในการคัดเลือกรวมตัวอย่างเป็นตั้งแต่ 6 ข้อ หมายถึงมี ภาวะซึมเศร้า
2. แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพัฒนาขึ้นจากเครื่องมือมาตรฐานของต่างประเทศ เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย ซึ่งข้อคำถามมีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องความคิดฆ่าตัวตาย ความตั้งใจในการฆ่าตัวตายและเหตุปัจจัยที่จะส่งผลให้คนมีความคิดที่จะฆ่าตัวตายลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรฐานประมาณค่า 2 ระดับ คือ มี และไม่มี แบบคัดกรองมี 3 องค์ประกอบ คือ การแสดงเจตนา ความคิดฆ่าตัวตาย ภาวะความเครียดและประวัติที่เกี่ยวกับกับการเจ็บป่วยที่มีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต มีคำถาม 10 ข้อ มีความเชื่อมั่นของเครื่องมือ 0.719 อำนาจจำแนกระหว่างคนปกติและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 แปลผล ตอบมี 2 ข้อ หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ควรได้รับการปรึกษา ค่าความไวเท่ากับ 84.2%

3.5.3 การวางแผนเป้าหมายในการให้คำปรึกษาทางการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีภวนิยม เป้าหมายระยะสั้น

เพื่อป้องกันอันตรายและให้กำลังใจโดยผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายไม่พยายามฆ่าตัวตาย และสามารถบอกถึงความรู้สึกในการคิดฆ่าตัวตาย โดยทำความเข้าใจความรู้สึกที่แท้จริงของตนเองให้รู้จักตนเอง มองเห็นคุณค่าแห่งตนเอง มีทางเลือกให้ตนเองและมีแนวทางดำเนินชีวิตที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง

เป้าหมายระยะยาว

รู้จักตนเองรับรู้ความมีคุณค่าแห่งตนเอง มองเห็นเป้าหมายในชีวิต มีทางเดินของชีวิตตาม ที่ตนเองเลือกอย่างพอใจ มีวิธีการเผชิญปัญหาและการจัดการกับปัญหาของตนเองอย่างเหมาะสม เป็นระบบและไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย

3.5.4 การให้คำปรึกษาทางการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีภวนิยมต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การให้คำปรึกษาทางการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีภวนิยม เป็นปฏิบัติการกรรมการพยาบาล โดยการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้แนวคิดของการให้คำปรึกษาภวนิยม (Existentialism) โดยเน้นให้ผู้ป่วยค้นพบความหมายของการมีชีวิตอยู่ มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต และมีทางเลือกที่ตนเองพึงพอใจรวมถึงยินดีรับผลของการตัดสินใจโดยอิสระ ส่งเสริมการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง

เริ่มจากพยาบาลต้องสร้างสัมพันธภาพให้เกิดบรรยากาศของความอบอุ่นเป็นกันเองและไว้วางใจ พยายามสร้างบรรยากาศให้เกิดความคุ้นเคย สบายใจและเกิดความมั่นคงปลอดภัย ยอมรับพฤติกรรมและความคิดของผู้ป่วย รับฟังผู้ป่วยระบายความไม่สบายใจออกมา โดยไม่มีการตัดสิน หรือตีค่าจากพยาบาล คำนึงถึงความเป็นส่วนตัว ให้เกียรติ เอื้ออาทรและร่วมทุกข์ร่วมสุข กับผู้ป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกถึงความเป็นบุคคล คุณค่า ศักดิ์ศรีของตนเอง มี Empathy เป็นการนำความรู้สึกของผู้อื่นมาใส่ใจ เพื่อเข้าใจให้ถ่องแท้โดยไม่สูญเสียความเป็นส่วนตัวของ ตัวเอง รับฟังและมีเทคนิคในการสื่อสารกับผู้ป่วย พยาบาลจะต้องฟังอย่างตั้งใจ ติดตาม ฟังโดยไม่ตัดสินโต้แย้ง หรือวิพากษ์ วิจารณ์ มีความไว สัมผัสถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่อาจแสดงออกทางท่าทาง คำพูดหรือน้ำเสียง รู้จักเก็บความหรือวิเคราะห์ความหมายได้ครบถ้วน

เพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบตนเอง รู้จักตนเอง เพื่อให้บุคคลที่รับรู้เรื่องราวเกี่ยวกับตนเองตรงกับความเป็นจริงตามธรรมชาติที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ ทั้งในด้านความคิด ความรู้สึก ค่านิยม พฤติกรรมตนเองที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆ และความรู้สึกสำนึกในตนเอง บุคคลที่มองเห็นตนเองได้ตรงกับความจริงนั้น จะสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

โดยให้ผู้ป่วยได้เล่าเหตุการณ์จากที่ประสบกับผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้บุคคลได้ระบาย ทำความเข้าใจกับความคิด ความรู้สึกของตนเอง ทำให้เพิ่มการยอมรับและเพิ่มความรับผิดชอบ ต่อสิ่งที่ตนเลือก ช่วยให้ผู้เปลี่ยนแปลง ตลอดจนจนทำให้พบความหมายของชีวิตอย่างแท้จริง และเป็นการพัฒนาตนและส่งเสริมสุขภาพจิต

นอกจากนี้พยาบาลอาจเลือกใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้แสดงออกถึงความต้องการที่แท้จริง โดยการเลือกการใช้การสื่อสารที่เหมาะสมกับสถานการณ์

เช่น เทคนิคให้ระบายความรู้สึกนึกคิด เทคนิคการทำให้กระจ่างด้านค่านิยม เทคนิคกระตุ้นการสนทนา เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักตนเองอย่างถ่องแท้ และสามารถค้นพบความหมายในชีวิตของตนเองด้วยตนเอง มองเห็นทางเลือกที่เหมาะสมกับตนเอง สร้างกำลังใจจุดประกายความหวังให้กับผู้ป่วย โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีต ในเรื่องที่น่าประทับใจในทางที่ดี ความรู้สึกประทับใจต่างๆ เช่น ความสามารถที่ตนเองประจักษ์คุณความดีที่ได้เคยกระทำ เป็นต้น ทำให้เกิดกำลังใจ มีเป้าหมายในการเพียรพยายามต่อสู้เพื่อการกลับคืนสู่สภาพการณ์ที่ดีอีกครั้ง ส่วนประสบการณ์ที่ไม่ดี โดยเฉพาะเรื่องราวที่ทำให้ปวดร้าวใจ อาจใช้เทคนิคให้ทบทวนความหมาย เพื่อให้ได้ระบายความรู้สึกผิดไถ่โทษ และอารมณ์อื่นๆ เกิดความรู้สึกให้อภัยและได้รับการอภัย

ปลูกเร้ากำลังใจโดยให้ผู้ป่วยได้รู้จักใช้คำพูด หรือการแสดงออกต่างๆ ที่เป็นการให้กำลังใจแก่ตนเอง และพยายามที่จะสู้ เช่น "ฉันต้องทำให้ได้"

กำหนดเป้าหมายในชีวิต จากความเชื่อที่ว่าเป้าหมายที่ตั้งใจไว้จะต้องบรรลุผล จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวังในชีวิต พยายามต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายที่เป็นจริงและมีผลต่อความเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นโดยเป็นเป้าหมายที่ผู้ป่วยต้องเลือกด้วยตัวเองอย่างอิสระและสมัครใจและยอมรับผลของการตัดสินใจที่จะเกิดขึ้นต่อไป

กำหนดเป้าหมาย เพื่อเป็นการรู้จักตนเองในด้านความเชื่อ ค่านิยม มโนคติที่บุคคลนับถือ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล การรู้จักตนเองช่วยให้ไม่เกิดปัญหาเมื่อผู้อื่นตัดสินใจอะไรที่ขัดกับความรู้สึกหรือค่านิยมของตน และช่วยในการหลีกเลี่ยงการตัดสินใจพฤติกรรมของผู้อื่น โดยยึดเอาค่านิยม ความเชื่อของตนเองเป็นปทัสสถาน การกำหนดเป้าหมายอาจให้ผู้ป่วยจัดลำดับสิ่งสำคัญในชีวิต 3 อย่าง หรือการถามตนเองเกี่ยวกับสิ่งสำคัญในชีวิตหรือสิ่งที่อยากจะทำ

สามารถเผชิญปัญหา ซึ่งเป็นการทำความเข้าใจตนเองเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาของตนเองว่า เมื่อตนเผชิญปัญหาจะเลือกเผชิญปัญหาอย่างไร และทำไมจึงเลือกวิธีเผชิญปัญหาในลักษณะนั้น การเรียนรู้แบบแผนในการเผชิญปัญหา รวมทั้งความมุ่งมั่นของบุคคลที่พยายามจะหาวิธีการเผชิญปัญหาจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้การที่บุคคลจะพัฒนาการรู้จักตนเองในด้านการรับรู้ความรู้สึกของตนเองนั้น อาจฝึกฝนโดยการฟังตนเอง คือ การสำรวจความรู้สึกของตนในขณะนั้นว่า เรามีความรู้สึกนึกคิดอะไรขึ้นมา และค้นหาสาเหตุของการรู้สึกที่เรามีอยู่ว่าเกิดจากอะไร การสำรวจจะต้องทำอย่างซื่อตรงต่อตนเอง เป็นการเปิดเผยความรู้สึกของตนเองและฟังผู้อื่นพูด คือ การให้ผู้อื่นบอกลับให้เรารับรู้ว่า คนอื่นมองตัวเราอย่างไร การบอกลับให้เรารับรู้ว่า คนอื่นมองตัวเราอย่างไร

เมื่อผู้ป่วยมีการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม หากปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาที่อยู่ในวิสัยที่จะแก้ไขได้ การเผชิญปัญหาและหาวิธีการแก้ไขอย่างมีระบบระเบียบหลายแง่มุม แล้วเลือกวิธีที่ดี

ที่สุดไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมแล้วก็คือว่าเป็นการแก้ปัญหาที่ได้ผลและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าคุณค่ามีความสามารถและภาคภูมิใจในความสำเร็จของตนเอง การให้คำปรึกษาทางการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีภูวนิยมที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

ครั้งที่ 1

ประเมิน โดยใช้กระบวนการการสังเกต สัมภาษณ์

- แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต
- แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต

วินิจฉัย ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

แผนการพยาบาล

- เป้าหมายระยะสั้น
- เป้าหมายระยะยาว

การให้คำปรึกษา

- สร้างสัมพันธภาพ กับผู้ป่วย
- การดำเนินแก้ไข้ปัญหาโดยเน้น
 - การระบายปัญหาอย่างอิสระ
 - การมองหาความหมายในชีวิต
 - การกำหนดเป้าหมายในชีวิต
 - การพิจารณาทางเลือก
- ระยะสั้นสุด

ครั้งที่ 2 *

ให้คำปรึกษา

- สร้างสัมพันธภาพ ผู้ป่วย
- การดำเนินการแก้ไข้ปัญหาโดยเน้น
 - มองหาวิธีทางเพื่อไปถึงเป้าหมายชีวิต
 - การพิจารณาทางเลือก
 - วิธีการดำเนินชีวิตที่ตนเองเลือก
- ระยะสั้นสุด

ครั้งที่ 3

ติดตามให้คำปรึกษาที่บ้าน

- สร้างสัมพันธภาพผู้ป่วยและครอบครัว
- การดำเนินการแก้ไขปัญหโดยเน้น
 - ทบทวนการดำเนินชีวิตในครอบครัวและสังคมอย่างมีเป้าหมายที่ตนเองเลือก
 - ทบทวนแนวปฏิบัติเพื่อการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม
- ระยะเวลาสิ้นสุด

* เนื่องจากปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคนมีความซับซ้อนยากง่ายต่างกันจำนวนครั้งจึงสามารถปรับตามความเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด แต่ผู้ป่วยทุกคนต้องผ่านโปรแกรมอย่างน้อย 3 ครั้ง

3.5.5 การประเมินผล

ขั้นตอนนี้หมายถึงการตัดสินใจให้การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยว่าบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนดไว้หรือไม่ ภายใต้การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีระบบเพื่อนำมาใช้ประกอบการยุติการให้การพยาบาล โดยในระบบการประเมินในที่นี้ ผู้ศึกษาจะติดตามประเมินที่บ้านของผู้ป่วยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลว่าผู้รับบริการสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมายตามที่ตนเองเลือกและทบทวนแนวปฏิบัติเพื่อการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม(อำพน นวลโคกสูง, 2540:126-18) โดยมีแนวทางในการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม มีการแก้ไขปัญหอย่างเป็นระบบ และ เป้าหมายในการดำเนินชีวิต มองเห็นคุณค่าในชีวิต สามารถดำเนินชีวิตในวิถีทางที่ตนเองได้เลือกอย่างสุขสงบ โดยไม่คิดถึงการทำตัวตาย

ข้อเสนอแนะ

คำแนะนำการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมระดับแรกและมีบทบาทสำคัญต่อสมาชิกในครอบครัวทุกวัย เพราะหน้าที่สำคัญของครอบครัวนอกจากการอบรมเลี้ยงดูบุตรเพื่อให้พัฒนาเป็นบุคคลที่มีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ยังมีหน้าที่ให้ความรักและความอบอุ่น ครอบครัวเป็นแหล่งให้ความรักต่อกันได้เสมอ หากเกิดอุปสรรคหรือผิดหวัง ครอบครัวจะเป็นแหล่งให้กำลังใจและปลอบใจ ให้สามารถกับจัดอุปสรรคต่าง ๆ ให้ผ่านพ้นไปได้ ดังนั้นการสนับสนุนครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลสมาชิกในครอบครัว เมื่อเกิดปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งการสนับสนุนทางความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน เป็นสัมพันธภาพแห่งความใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกว่าเป็นที่รักและได้

รับการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักได้รับจากบุคคลใกล้ชิดเช่น คู่สมรส สมาชิกในครอบครัว ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งมีภาวะซึมเศร้าอยู่แล้วหากได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ที่เพียงพอจะทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถระบายสิ่งคับข้องใจต่าง ๆ ได้อย่างรู้สึกปลอดภัย

สำหรับผู้ที่มีสัมพันธภาพไม่ดีกับคนในครอบครัว ไม่มีความเข้าใจและผูกพันกับผู้ใดอย่างแท้จริง อาจนำไปสู่ความวิตกกังวล ซึมเศร้า และเป็นส่วนผลักดันให้เกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

การมีกิจกรรมร่วมกันการอยู่ด้วยกันและการใช้เวลาทำสิ่งต่างๆ ร่วมกัน ก่อให้เกิดสัมพันธภาพในครอบครัวที่แน่นแฟ้น และเกิดความใกล้ชิดสนิทสนมกัน มีการเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน เช่นการไปเที่ยวชมสถานที่ต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้เป็นการใช้เวลาอยู่ด้วยกันอย่างมีคุณภาพและมีคุณค่าซึ่งเมื่อคนในครอบครัวประสบปัญหา ก็จะแสดงความเอาใจใส่ ช่วยเหลือให้สามารถเผชิญปัญหาไปได้ โดยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ในทางตรงกันข้ามหากขาดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวต่างคนต่างอยู่ เมื่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งประสบปัญหาและไม่ได้รับความเห็นอกเห็นใจ ความเข้าใจ จะเกิดความรู้สึกคับข้องใจ และตัดสินใจหนีปัญหาโดยการฆ่าตัวตายได้

การสื่อสารภายในครอบครัว เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างบุคคลในครอบครัว ซึ่งอาจเป็นการสื่อสารโดยใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด การสื่อสารที่ดีต้องชัดเจนและตรงต่อบุคคลเป้าหมาย การสื่อสารที่เปิดเผยต่อกันจะช่วยให้เกิดความเข้าใจนำไปสู่การเพิ่มความรัก ความผูกพันที่ดีต่อกัน การสื่อสารที่มักมีปัญหาคือเมื่อเกิดความรู้สึกนึกคิดไม่ตรงกันหรือเมื่ออีกฝ่ายอารมณ์ไม่ดี ซึ่งผลของการสื่อสารที่ล้มเหลว อาจนำไปสู่การใช้ความรุนแรงหรือเกิดความขัดแย้ง ไม่เข้าใจกันและเป็นปัญหาในที่สุด

การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว เป็นการที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมของคนที่มีสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน การปฏิสัมพันธ์กัน ทำให้มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารประสบการณ์และความคิด ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้แยกจากสังคม และมีชีวิตที่น่าเบื่อหน่าย การแลกเปลี่ยนให้ข้อมูลหรือคำแนะนำซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่หรือตอบสนองการกระทำของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเอง นอกจากนี้การให้ข้อมูลที่เหมาะสมสามารถช่วยเหลือบุคคลปรับตัวในทางที่เหมาะสมได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย มีดังนี้

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2538) ได้ศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายในเด็กและวัยรุ่นพบว่า วัยรุ่นที่ฆ่าตัวตายสำเร็จพบว่าร้อยละ 95 มีโรคจิตเวชร่วมด้วยโดยเฉพาะโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรง และ โรคซึมเศร้าเรื้อรัง

ธนา นิลชัยโกวิท และจักรกฤษณียิ่งสูง (2540) ได้ทำการศึกษาความคิดอยากฆ่าตัวตาย ในประชากรเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2539 จำนวน 826คนพบช่วงอายุที่สูงสุดของประชากรที่มีความคิดฆ่าตัวตายคือ 31-40ปี โดยตัวแปรที่สามารถทำนายความคิดฆ่าตัวตายได้ดีที่สุดคือ การมีปัญหาสุขภาพ การเจ็บป่วยทางกาย การมีบุคคลในครอบครัวเสียชีวิต และการมีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อน

อุมาพร ดั่งคสมบัติ และอรพรรณ หนูแก้ว (2541). ได้ทำการศึกษาสภาพจิตของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในนักเรียน ม. 1-3 ใน จ. อ่างทอง จำนวน 257 ราย พบว่า ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีความคิดที่จะฆ่าตัวตายซ้ำอีกโดยเฉพาะในระยะ 1 ปี หลังจากการพยายามฆ่าตัวตายเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เข้ามากระทบ จึงควรมีการเฝ้าระวังและให้คำปรึกษาแนะแนวเพื่อป้องกันปัญหาที่ตามมา

เสงี่ยม สารบัณฑิตกุลและคณะ (2539) ศึกษาการฆ่าตัวตาย 7 จังหวัด ภาคตะวันออก เชียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จและญาติผู้พยายามฆ่าตัวตาย

ณ โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย จำนวน 202 ราย พบว่าร้อยละ 77.72 ไม่เคยมีประวัติฆ่าตัวตายมาก่อน ปัจจัยด้านจิตใจที่ตัดสินใจฆ่าตัวตายเนื่องจากรู้สึกว่าเป็นคนไร้ค่าพบมากที่สุด รองลงมาเป็นการตัดสินใจหนีปัญหาที่แก้ไม่ตก การเจ็บป่วยเรื้อรัง

ชมัยพร ทิพย์สุวรรณ(2545) โดยใช้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจในผู้มีความคิดฆ่าตัวตายแบบมีโครงสร้างพบว่า ระดับความวิตกกังวลหลังได้รับความช่วยเหลือด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับความช่วยเหลือด้านจิตใจมีความสัมพันธ์ทางลบต่อกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.012 ปัจจัยด้านรายได้มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการศึกษาครั้งนี้ ทำให้เกิดความมั่นใจว่า การให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจในผู้มีความคิดฆ่าตัวตายแบบมีโครงสร้างสามารถช่วยเหลือผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีความวิตกกังวล ลดลง

เสาวนีย์ พัฒนอมร(2544) ได้ศึกษาความเข้าใจของนักจัดรายการวิทยุเกี่ยวกับปัญหา

ฆ่าตัวตายในวัยรุ่นพบว่าผู้ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ต้องการจะตายเพราะรู้สึกว่ามีทางออกหรือทางเลือกที่ดีกว่านี้ ร้อยละ 87.17 และผู้คิดฆ่าตัวตายทุกรายมีอารมณ์ซึมเศร้าร้อยละ 84.62

ดรุณี เลิศปรีชา (2545) ศึกษาการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง และผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตรายด้านทุกด้าน ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

ฮอว์ตัน (Howton, 1995) ได้ศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายของนักเรียนในมหาวิทยาลัยออกซ์ฟอร์ด ศึกษาจากนักเรียนผู้หญิงจำนวน 119 คน นักศึกษาชายจำนวน 97 คน ที่ส่งไปรักษาตัวที่โรงพยาบาล เนื่องจากสาเหตุพยายามฆ่าตัวตาย ในระหว่างภาคการศึกษาปี 1976-1990 พบว่าปัญหาคือ ปัญหาการปะทะกันระหว่างบุคคลโดย เกิดจากเพื่อน ปัญหาเรื่องการเรียน บุคลิกภาพ และภาวะซึมเศร้า (Howton, 1995 อ้างในเสาวลักษณ์ เกศนาคินทร์ และคณะ 2544)

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวส่วนใหญ่ปัจจัยที่ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายที่สามารถทำนายความคิดฆ่าตัวตายได้ดีที่สุดคือ การมีปัญหาสุขภาพ การเจ็บป่วยทางกาย การมีบุคคลในครอบครัวเสียชีวิต และการมีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนปัจจัยด้านจิตใจที่ตัดสินใจฆ่าตัวตายเนื่องจากรู้สึกว่าคุณเป็นคนไร้ค่าพบมากที่สุด รองลงมาเป็นการตัดสินใจหนีปัญหาที่แก้ไม่ตก และมีโรคจิตเวชร่วมด้วยโดยเฉพาะโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรง ผู้คิดฆ่าตัวตายทุกรายมีอารมณ์ซึมเศร้า ผู้ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ต้องการจะตายเพราะรู้สึกว่ามีทางออกหรือทางเลือกที่ดีกว่านี้ ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีความคิดที่จะฆ่าตัวตายซ้ำอีกโดยเฉพาะในระยะ 1 ปี หลังจากการพยายามฆ่าตัวตายเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ พบว่าการให้คำปรึกษา สามารถช่วยเหลือผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่ปรากฏผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาทางการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีภวนิยมโดยตรง มีแต่ผลงานวิจัยที่พบว่าการให้คำปรึกษามีผลต่อผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงและความคิดฆ่าตัวตายอย่างไร ดังนั้นจึงนำเสนอผลงานวิจัยที่ใกล้เคียงดังนี้

ชัมย์พร ทิพย์สุวรรณ(2545) โดยใช้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจในผู้มีความคิดฆ่าตัวตายแบบมีโครงสร้างพบว่า ระดับความวิตกกังวลหลังได้รับความช่วยเหลือด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับความช่วยเหลือด้านจิตใจมีความสัมพันธ์ทางลบต่อกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.012 ปัจจัยด้านรายได้มีความ

สัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้เกิดความมั่นใจว่า การให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจในผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายแบบมีโครงสร้างสามารถช่วยเหลือผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีความวิตกกังวลลดลง

วรภรณ์ อภินาพงศ์(2545) พบว่า ผลการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังการพยายามฆ่าตัวตาย ระดับความซึมเศร่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่0.05

บุปผชาติ ขุนอินทร์(2541) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาและระดับประคองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการบำบัดด้วยเคมีโดยใช้แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและรูปแบบความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ทลชิวมา (อ้างใน วรภรณ์ อภินาพงศ์,2545) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษา แบบพิจารณาอารมณ์และเหตุผลกับการให้คำปรึกษาแบบระดับประคองต่อวัยรุ่นซึมเศร่าพบว่า ไม่มี ความแตกต่างกันระหว่างการบำบัดทั้งสองอย่างแต่ทั้งสองการบำบัดช่วยให้ภาวะซึมเศร่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร่าในผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทำให้บุคคลต่าง ได้ทบทวนตัวเองได้ระบายความรู้สึกที่กดกันอยู่ และได้เรียนรู้ที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้คำปรึกษาซึ่งเป็นตัวอย่างที่ดีในการเรียนรู้ที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การให้คำปรึกษาทางการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีภวนิยม

ครั้งที่ 1

ประเมิน โดยใช้กระบวนการการสังเกต สัมภาษณ์

- แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต
- แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต

วินิจฉัย ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

วางแผน เป้าหมายระยะสั้น - มีทางเลือกให้ตนเองไม่คิดฆ่าตัวตาย
เป้าหมายระยะยาว - รู้จักตนเอง รับผิดชอบต่อชีวิต

การให้คำปรึกษา

- สร้างสัมพันธภาพ กับผู้ป่วย
- การดำเนินการแก้ไขปัญหโดยเน้น
 - การระบายปัญหาอย่างอิสระ
 - การมองหาความหมายในชีวิต
 - การกำหนดเป้าหมายในชีวิต
 - การพิจารณาทางเลือก
- ระยะสิ้นสุด

ครั้งที่ 2 *

ให้คำปรึกษา

- สร้างสัมพันธภาพ ผู้ป่วย
- การดำเนินการแก้ไขปัญหโดยเน้น
 - มองหาวิธีทางเพื่อไปถึงเป้าหมายชีวิต
 - การพิจารณาทางเลือก
 - วิธีการดำเนินชีวิตที่ตนเองเลือก
- ระยะสิ้นสุด

ครั้งที่ 3

ประเมินผลและติดตามให้คำปรึกษาที่บ้าน

- สร้างสัมพันธภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว
- การดำเนินการแก้ไขปัญหโดยเน้น
 - ทบทวนเป้าหมายการดำเนินชีวิตในครอบครัวและสังคมตามที่ตนเองเลือก
 - ความสามารถในการปรับตัว รับผิดชอบต่อชีวิต
 - ทบทวนแนวปฏิบัติเพื่อการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม
- ระยะสิ้นสุด

-
- ภาวะซึมเศร้า
 - ความคิดฆ่าตัวตาย