บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

1.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

1.3 การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า

1.4 ระดับของภาวะซึมเศร้าและอาการแสดง

1.5 การประเมินภาวะซึมเศร้า

1.6 การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้า

2. แนวคิดเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตาย

2.1 ความหมายของการฆ่าตัวตาย

2.2 ประเภทของการฆ่าตัวตาย

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย

2.4 กระบวนการฆ่าตัวตายผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตาย

2.5 การดูแลรักษาผู้พยายามฆ่าตัวตาย

2.6 แนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการดูแลช่วยเหลือ

3. การพยาบาลผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้พยายามฆ่าตัวตาย

4. แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

4.1 ความหมายของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

4.2 ความเชื่อของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

4.3 ระดับความคิด

4.4 เป้าหมายการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

4.5 เทคนิคของการบำบัดทางความคิด

4.6 กระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

5. แนวคิดการบำบัดแบบกลุ่มของ Marram

5.1 ระยะเริ่มต้นหรือระยะการสร้างสัมพันธภาพ

5.2 ระยะดำเนินการ

5.3 ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม

5.4 การคัดเลือกสมาชิกกลุ่ม

5.5 จำนวนสมาชิก

5.6 ลักษณะการรับสมาชิก

6. โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบรายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้า

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ได้มีผู้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ต่าง ๆ กันดังนี้

วิจารณ์ วิชัยยะ (2522) ได้กล่าวถึงพื้นฐานที่สำคัญต่อภาวะซึมเศร้าว่า คือ การสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง (Self - esteem) ซึ่งเกิดจากสาเหตุหลายประการได้แก่

1. ภาพจน์ของตนเองผู้เติบโตในครอบครัวที่แตกแยกจะมองมองภาพพจน์ของตนเองไม่ดี ทำให้ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง

2. ในรายที่มโนธรรมสูงจะมีความรู้สึกว่าตนเองผิดอยู่เสมอทำให้ความภาคภูมิใจในตัวเองลดลงจะเกิดภาวะซึมเศร้า

3. ตนตามอุดมคติ ผู้ตั้งเป้าหมายในชีวิตสูงเกินไป ทำให้เกิดความขัดแย้งในตนและรู้สึกตนเองไร้ค่า ความภาคภูมิใจในตนเองจะลดลง

4. การทำงานของอีโก้ (Ego) ความสามารถ และทักษะของแต่ละบุคคล ถ้าไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตตามเป้าหมายจะทำให้ความรู้สึกภาคภูมิใจในตัวเองลดลง เมื่อความภาคภูมิใจในตัวเอง ลดลงก็จะเกิดภาวะซึมเศร้า เพราะรู้สึกว่าตนขาดความรัก ไม่มีคุณค่ารู้สึกว่าตัวเองไม่ดี จะรู้สึกว่าตนเองผิดอยู่เสมอ

สมภพ เรืองตระกูล (2542) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า จะมีอาการซึมเศร้าเด่นชัด ร่วมกับอาการสำคัญอย่างอื่น เช่น มีความรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่า และมีความคิดอยากตาย

ชัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ปฏิกิริยา ตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤต หรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออมาในรูปของ ความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์และการคิดและการรับรู้ ทั้งทางร่างกาย และพฤติกรรม ซึ่งได้แก่ โศกเศร้า เสียใจ หดหู่

อ้างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต

Priest (1983, p.16 อ้างใน กนกศรี จาดเงิน, 2543, หน้า8) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึง ภาวะจิตใจผิดปกติที่มีผลทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เป็นผลเนื่องมาจากการสูญเสีย เช่น สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียทรัพย์สิน ตำแหน่งหน้าที่ ความเป็นอิสระ และความสำคัญอื่นๆ ทำให้รู้สึกผิดหวัง รู้สึกสูญเสียเกิดความรู้สึกล้มเหลว เศร้า ไม่มีความสุข ท้อแท้ ซึ่งอารมณ์เหล่านี้เกิดขึ้นเพียงชั่วครู่หรือคงอยู่นานขึ้นอยู่กับสภาวะแวดล้อม

Beck (1967) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่มีความเครียดแสดงออกมาในรูปของความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ ความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรมซึ่งในแต่ละด้านมีลักษณะสำคัญดังนี้ ความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ได้แก่ ความโศกเศร้า หดหู่ ไม่มีอารมณ์สนใจในสิ่งต่าง ๆ ร้องไห้ ความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ ได้แก่ มีความคิดอัดมโนทัศน์ในด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต ตัดสินใจไม่ได้ บิดเบือนภาพลักษณ์ของตนเองจากความเป็นจริง ขาดแรงจูงใจ หลีกหนี พฤติกรรมถอยหนี มีความคิดฆ่าตัวตาย เพิ่มความคิดพึ่งพิงคนอื่น ความคิดล่าช้า มีความพึงพอใจที่ผิดปกติ สูญเสียแรงขับทางเพศ และความเบี่ยงเบนด้านร่างกายและพฤติกรรมต่างๆ ได้แก่ พฤติกรรมการถอยหนี เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนไปจากเดิมในทางเชื่องช้าลง

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าดังกล่าว สรุปได้ว่า บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอาการแสดงออกถึงอารมณ์เศร้า ไม่มีความสุข รู้สึกไร้ค่า และมีความคิดอยากตาย ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤติ หรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปของความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ และความเบี่ยงเบนด้านร่างกายและพฤติกรรม

1.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

สาเหตุของภาวะซึมเศร้ามีผู้อธิบายไว้หลายประการ ซึ่งขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานหรือทฤษฎีที่เป็นรากฐานให้พิจารณาถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันดังนี้ สมภพ เรืองตระกูล (2542)

1.2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (The Psychoanalytic Theory)

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์อธิบายว่า การสูญเสีย (Loss) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า การสูญเสียนี้อาจเป็นการสูญเสียในชีวิตจริง หรือเป็นเพียงการสูญเสียในมโนภาพ (Real or Fantasy) ก็ได้ การสูญเสียมักจะเป็นการสูญเสียบุคคลที่เป็นที่รักและที่พึ่งโดยการพลัดพรากจากกันตายจากกันหรือทอดทิ้งกันไป การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงานเมื่อถึงคราวเกษียณอายุทางราชการ การสูญเสียอวัยวะสำคัญของร่างกายที่มีส่วนทำให้ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองเสีย (Self Image) เช่น การเสียแขน ขา หรืออวัยวะสำคัญที่แสดงความเป็นหญิง ชาย เป็นต้นว่า การผ่าตัดมดลูก ผ่าตัดเต้านมในผู้หญิง การผ่าตัดอวัยวะเพศของผู้ชาย นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้า ยังเกิดได้จากการเปลี่ยนแปลงวิถีการ

ดำเนินชีวิตอย่างกะทันหัน เช่น เกิดความล้มเหลวในหน้าที่การงานอย่างทันที หย่าร้างกัน ย้ายถิ่นฐานที่อยู่อาศัย การเปลี่ยนแปลงวัยจากวัยหนุ่มสาว เข้าสู่วัยชราภาพ จึงเห็นได้ว่า คนสูงอายุที่ขาดเสถียรภาพและความมั่นคงทางใจจะเกิดภาวะความซึมเศร้าได้ง่าย

1.2.2 ทฤษฎีชีวเคมี (The Biochemical Theory)

ทฤษฎีชีวเคมีอธิบายว่า ภาวะ depression เกิดขึ้นจากการที่ biogenic amines ในระบบประสาทกลางลดน้อยลง โดยมีผู้ทำการศึกษา amines 2 กลุ่มใหญ่คือ

1.2.2.1 กลุ่ม Catecholamines ได้แก่ epinephrine, norepinephrine, และ dopamine

1.2.2.2 กลุ่ม Indole Amine ได้แก่ serotomin และ histamine ในจำนวนสารจำพวก biogenic amines ที่ศึกษานั้น norepineprine นั้นเป็นที่สนใจของผู้ศึกษามากที่สุด และนักชีวเคมีเชื่อว่าสารนี้มีส่วนทำให้เกิดภาวะ depression

Norepinephrine เป็น neurotransmitter ซึ่งมีคุณสมบัติในด้านการกระตุ้นเซลประสาทในสมองส่วน median forebrain ซึ่งเป็นสมองส่วนที่ทำให้คนตื่นตัว การขาดสาร norepinephrine ทำให้สมองส่วนนี้ไม่ได้รับการกระตุ้น จึงมีผลทำให้เกิดภาวะ depression สาเหตุการขาดสาร norepinephrine นั้น อาจจะเนื่องมาจากพันธุกรรมหรือองค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อม หรืออาจเกิดจากกระบวนการภายในร่างกายเอง คือ norepinephrine เกิดการแพร่กระจายไปที่อื่น ๆ หรือเกิดการดูดซึมกลับไป หรือถูกเผาผลาญเสียก่อน โดยเหตุนี้การรักษาผู้ป่วย depression ในโรงพยาบาล จึงใช้ยาปรับเพิ่มระดับ amines ในกระแสเลือด ยาประเภท Tricyclic และ Monoamine Oxidase Inhibitor (MAOI) ทั้งสองตัวแม้จะมีโครงสร้างทางเคมีและคุณสมบัติทางชีวภาพต่างกัน แต่จะมีผลทำให้ระดับ biogenic amine ในระบบประสาทกลางเพิ่มขึ้นเหมือนๆ กัน และมีผู้เชื่อว่าการทำการรักษาด้วยไฟฟ้า (electric convulsive therapy) มีผลทำให้ระดับ amines ในกระแสเลือดเพิ่มขึ้นได้

1.2.3 ทฤษฎีการเรียนรู้ (The Learning Theory)

ทฤษฎีการเรียนรู้อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้า เกิดจากการเรียนรู้มาก่อนว่าสภาพอย่างนั้นหมดหนทางแก้ไข (learned helplessness) จากประสบการณ์ที่ผ่านๆ มา บุคคลตกอยู่ในภาวะที่แก้ไขสถานการณ์หลาย ๆ อย่างไม่ตก ช่วยตนเองไม่ได้ รู้สึกตนเองไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะควบคุมและแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ความรู้สึกนี้ทำให้เกิดภาวะการปล่อยให้สถานการณ์เกิดแบบเลยตามเลย ไม่ยอมแก้ไข ประกอบกับการขาดการเสริมแรงหรือการเสริมแรงมีไม่เพียงพอ (Inadequate Reinforcement) ผลคือเกิดภาวะซึมเศร้า

1.2.4 ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญานิยม (Cognitive Learning theory)

ทฤษฎีนี้อธิบายเกี่ยวกับความซึมเศร้าว่าเกิดจากการบิดเบือนของกระบวนการคิดที่เป็นเหตุผล 3 ลักษณะ ได้แก่ ความคิดอัตโนมัติ ความคิดนำร่องและความบิดเบือนทางปัญญา (Beck, 1967)

1.2.4.1 ความคิดอัตโนมัติ เป็นความคิดแรกสุดที่ไม่ได้ผ่านกระบวนการไตร่ตรอง จะเป็นตัวกำหนดความคิดนำร่องของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์นั้นๆ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ดังนั้นการรับรู้สถานการณ์นั้นๆ จึงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามความคิดของบุคคลซึ่งอาจไม่ใช่ตามสภาพความเป็นจริงก็ได้ และจะส่งผลต่อการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งจะบิดเบือนตามการรับรู้นั้นๆ

1.2.4.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบ

ความคิดอัตโนมัติด้านลบ มาจากคำ 2 คำ ซึ่งคำว่า "ความคิดด้านลบ" หมายถึง ความคิดที่ไม่มีความสุขสบาย ส่วนคำว่า "อัตโนมัติ" หมายถึง ความคิดที่อยู่เหนือสุด เป็นความคิดแรกที่ไม่ได้ผ่ารกระบวนการไตร่ตรอง (Fennell, 1989) ความคิดอัตโนมัติด้านลบเป็นผลมาจากความผิดพลาดของกระบวนการคิด เป็นการคิดที่รับรู้และแปลผิด โดยบุคคลจะเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ครั้งแรกๆ ในชีวิต ซึ่งจะมีเหตุการณ์บางอย่างที่บุคคลไม่สามารถควบคุมได้ รูปแบบการคิดของบุคคลนั้นจะทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นๆ ทำให้บุคคลประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดหรือบิดเบือนจากความเป็นจริง และจะสะสมมาเรื่อยๆ และเมื่อบุคคลต้องประสบกับภาวะวิกฤตการประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้นบุคคลเกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ ซึ่งยังผลให้เกิดความซึมเศร้าตามมา ความซึมเศร้ายิ่งเพิ่มมากขึ้นความคิดอัตโนมัติด้านลบยิ่งเพิ่มมากขึ้นทั้งความถี่และความรุนแรง และความคิดที่มีเหตุผลกลับยิ่งลด ความคิดในด้านลบสัมพันธ์กับอารมณ์ที่ไม่มีความสุข ซึ่งความคิดในด้านลบนี้จะเกิดขึ้นเองโดยมิได้เจตนาและไม่ผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล

เนื้อหาความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ที่มีความซึมเศร้า ประกอบด้วย การมองตนในด้านลบ การแปลประสบการณ์ในด้านลบ และความคาดหวังอนาคตของตนเองในด้านลบ (Beck, 1967 : Fennell, 1989) ซึ่งได้อธิบายไว้ในหัวข้อองค์ประกอบพื้นฐานการเกิดความซึมเศร้า ความคิดที่เอนเอียงไปในทางลบ (negative biased thinking) เป็นกระบวนความคิดหลักของการเกิดความซึมเศร้า ความคิดเอนเอียงที่มุ่งไปในทางลบมักจะเกิดขึ้นในระยะแรกๆ ของชีวิต ผ่านทางประสบการณ์ส่วนบุคคล คล้ายกับการรับเอาความคิดเห็นของบุคคลอื่นที่เป็นบุคคลสำคัญมาเป็นความคิดของตนเอง ดังนั้นความคิดเห็นและความเชื่อที่ได้เรียนรู้อาจคงอยู่และเป็นตัวเหนี่ยวนำกระบวนการทางความคิดในอนาคตได้ โครงสร้างทางความคิดเหล่านี้ได้ถูกแบ่งประเภทออกเป็นการแปลความหมาย การประเมินค่า และอธิบายความหมายต่อเหตุการณ์ต่างๆ ซึ่งถูกเรียกว่า Schema โครงสร้างทางความคิดของแต่ละบุคคล อาจจะเป็นประเภทปรับเปลี่ยนได้หรือปรับเปลี่ยนไม่ถูกทาง (adaptive-maladaptive) เป็นเชิงบวก หรือ เชิงลบ แปลก หรือ ธรรมดา สำหรับผู้ป่วยที่มีความซึมเศร้าจะมีความคิดเป็นแบบที่ปรับเปลี่ยนผิดๆ เป็นไปในทางลบและมีความคิดแปลกประหลาด เช่น "ฉันเป็นผู้ล้มเหลว" "ฉันไม่เคย

ทำอะไรได้เรียบร้อยเลย" และความคิดอื่น โครงสร้างทางความคิดอาจแอบแฝงอยู่แต่จะถูกกระตุ้นโดยสถานการณ์บางอย่าง เช่น สิ่งที่คล้ายกับประสบการณ์จริงๆ ที่เคยทำให้เกิดความคิดในทางลบ หรืออาจเป็นปฏิกิริยาที่มีต่อประสบการณ์ที่เจ็บปวดเกินกว่าที่ผู้ป่วยจะทนได้ทำให้ผู้ป่วยเสียสมดุลของการพัฒนาโครงสร้างทางความคิด ดังนั้นเหตุการณ์ไม่ได้ทำให้เกิดความซึมเศร้าถ้าผู้ป่วยไม่มีความเอนเอียงอันเนื่องมาจากความคิดของโครงสร้างทางความคิดให้มีความไวต่อเหตุการณ์ประเภทนั้น สิ่งนี้จึงเป็นตัวอธิบายว่าเพราะเหตุใดบางคนจึงทนต่อเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดในชีวิตได้ แต่ขณะเดียวกันบางคนเมื่อเกิดเหตุการณ์เพียงเล็กน้อยก็จะเกิดความซึมเศร้าและขณะที่มีความซึมเศร้ามากขึ้นความรู้สึกนึกคิดจะเป็นไปในทางลบ ผู้ที่มีความซึมเศร้านั้นจะไม่สามารถมองความคิดในทางลบเหล่านี้หรือข้อมูลใดๆ ก็ตามอย่างมีจุดหมาย โครงสร้างทางความคิดที่เป็นสาเหตุของความผิดปกติของกระบวนการใช้เหตุผลที่เรียกว่า "ความคิดที่บิดเบือน" (cognitive distortion) (Beck, 1967)

1.2.4.1.2 ลักษณะเนื้อหาความคิดที่ผิดพลาด

ความคิดอัตโนมัติด้านลบ ประกอบด้วย ลักษณะและเนื้อหาของการคิดและแปลความที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง การเลือกสนใจเฉพาะประสบการณ์ด้านลบ การเลือกคิดเป็นส่วนๆโดยไม่ได้มีการคิดรวมทั้งหมด การบิดเบือนเนื้อหาข้อมูล การคิดที่มีลักษณะการคิดส่วนตัวและการด่วนลงความเห็นโดยที่รับข้อมูลไม่เพียงพอ ซึ่งลักษณะเนื้อหาความคิดโดยละเอียดมีดังนี้ (Beck, 1967, Dobson, 1988; Fennell, 1989)

1. การคิดและแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง (overgeneralization) เป็นการตัดสินใจอย่างรวดเร็วบนพื้นฐานตัวอย่างเพียงอย่างเดียว เช่น ผู้ที่มีความซึมเศร้าเมื่อทำผิดเพียงครั้งเดียวแต่จะคิดว่าตัวเองทำผิดพลาดทุกอย่าง

2. การเลือกสนใจคิดเฉพาะประสบการณ์ในทางลบเพียงด้านเดียว (selective abstraction) เช่นผู้ที่มีความซึมเศร้าจะคิดว่าตนเองไม่ได้ประสบกับความสุข ความยินดีเลยทั้งวัน เพราะในระดับภาวะรู้สึกตัวผู้ที่มีความซึมเศร้าจะไม่ตระหนักถึงความสุขความยินดี

3. ความคิดเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด (dichotomous reasoning) เช่น คิดว่าถ้าตนเองไม่สามารถทำสิ่งใดได้ครบสมบูรณ์ร้อยละร้อยก็จะไม่มีอะไรที่ต้องทำอีกเลย

4. การขยายต่อเติมเรื่องราว (magnifition) เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความคิดที่บิดเบือนไปในการประเมินค่าความสำคัญ หรือ ขนาดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น เมื่อมีเหตุการณ์ที่มากระทบตนเองเพียงเล็กน้อย ก็อาจมองว่าเหตุการณ์นั้นเป็นเรื่องรุนแรง ซึ่งเป็นผลมาจากความคิดที่บิดเบือนของตนเอง

5. ความคิดตอบสนองที่มีต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ ในลักษณะที่พิจารณาสถานการณ์เพียงด้านใดด้านหนึ่งและแสดงพฤติกรรมโต้ตอบ จนกลายเป็นบุคลิกภาพของตน (personalization) เช่น เมื่อตั้งใจจะสบตากับเพื่อนที่เดินผ่านมาแต่เพื่อนกับไม่ได้มองตนเอง อาจจะคิดว่าตนเองต้องทำอะไรบางอย่างที่ทำให้เพื่อนขุ่นเคือง

6. การด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (arbitrary inference) เช่น บางคนที่มีปัญหาในการปฏิบัติตัวตามแนวการรักษาในครั้งแรก อาจคิดว่าการรักษาจะไม่ช่วยให้ตนเองดีขึ้นหรือแผนการรักษานี้ไม่เหมาะสมกับตนเอง

จากความคิดดังกล่าว จะมีผลต่อแนวการรักษาและการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทีมสุขภาพ ความคิดอัตโนมัติด้านลบทำให้การรักษาเป็นไปอย่างได้ผลไม่เต็มที่เท่าที่ควรและมีผลทำให้ผู้ป่วยหายจากความซึมเศร้าช้าลง ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพควรจะแยกแยะทำความกระจ่างกับความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ที่มีความซึมเศร้า (Fennell, 1989)

1.2.4.1.3 การประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ

Beck ได้สร้างแบบประเมินความคิดอัตโนมัติ(AutomaticThough Questionnaire or ATQ) ขึ้นในปี 1979 จากนั้น Hollon และ Kendall ได้พัฒนาแบบประเมินนี้ในปี 1980 แบบประเมินสามารถประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ ซึ่งสัมพันธ์กับความซึมเศร้า รวมทั้งสามารถแยกแยะบุคคลที่มีความซึมเศร้า กับบุคคลที่ไม่มีความซึมเศร้าได้ และยังสามารถแยกแยะบุคคลที่มีความซึมเศร้าออกจากบุคคลที่มีปัญหาทางจิตอื่นๆ ได้ แบบประเมินประกอบด้วย ข้อคำถาม 30 ข้อ โดยให้บุคคลประเมินตนเอง แบบประเมินมีค่าความเที่ยงตรงสูง และมีความเชื่อมั่น จากการใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาคสูงถึง 0.90 รวมทั้งมีความสัมพันธ์กับแบบวัดความซึมเศร้าของ Beck 0.84 และมีความสัมพันธ์สูงกับแบบวัดความซึมเศร้าอื่นๆ ด้วย (ลัดดา แสนสีหา 2536; Dobson, 1988; Hollon & Kendall, 1980)

แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ ทั้ง 30 ข้อ ได้ถูกนำมาวิเคราะห์ปัจจัยภายในด้านต่างๆ พบว่าคะแนนที่ได้นั้นไม่มีความแตกต่างในเรื่องเพศและอายุ และผลการวิเคราะห์เป็นรายข้อพบว่าแบบประเมินสามารถสะท้อนถึงการรับรู้ของผู้ประเมินที่มีต่อตนเอง ทั้งหมด 4 ด้าน คือ ด้านแรกสะท้อนให้เห็นถึงการปรับตัวล้มเหลว และต้องการการเปลี่ยนแปลง ซึ่งมีส่วนประกอบคือ ข้อที่ 7, 10, 14, 20 และ 26 ด้านที่สอง สะท้อนให้เห็นถึงอัตมโนทัศน์และการคาดหวังในทางลบ มีส่วนประกอบคือ ข้อที่ 2, 3, 9, 21, 23, 24 และ 28 ด้านที่สาม สะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเองต่ำ มีส่วนประกอบคือ ข้อที่ 29 และ 30 (Hollon & Kendall, 1980) ส่วนในด้านต่อเหตุการณ์และต่ออนาคต แบบวัดไม่ได้กล่าวไว้ในรายละเอียด

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบของ Hollon & Kendall, 1980 เนื่องจากแบบประเมินนี้ได้พัฒนามาจากแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบของ Beck และมีค่าความสัมพันธ์กับแบบวัดความซึมเศร้าของ Beck สูงที่สุดรวมทั้งการศึกษาในครั้งนี้เป็น

การศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีของ Beck ผู้ศึกษาจึงเห็นว่าแบบประเมินนี้มีความเหมาะสมในการนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้มากที่สุด

1.2.4.2 ความคิดนำร่องหรือระบบความคิดประจำตัว เป็นโครงสร้างทางปัญญาที่ซับซ้อนเกี่ยวข้องทั้งองค์ประกอบทางจิตใจและสถานการณ์ ซึ่งเป็นปัจจัยในการทำความเข้าใจ แปลความ และจดจำข้อมูลต่างๆ ซึ่งความคิดนำร่องในผู้ที่มีความคิดซึมเศร้า มี 3 รูปแบบคือ รูปแบบความคิดทางลบต่อตนเอง รูปแบบความคิดทางลบต่อประสบการณ์ต่างๆ รอบตัว และรูปแบบความคิดทางลบต่ออนาคต

1.2.4.3 ความบิดเบือนทางปัญญา เป็นตัวเชื่อมโยงความคิดนำร่องและความคิดอัตโนมัติ เมื่อบุคคลประสบภาวะวิกฤตของชีวิต การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้นบุคคลนั้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ เป็นผลให้เกิดความซึมเศร้าตามมา ถ้ามีความคิดทางลบเพิ่มมากขึ้น ความซึมเศร้าก็จะเพิ่มมากขึ้น จะมีผลย้อนกลับให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบเพิ่มขึ้นทำให้ความคิดอย่างมีเหตุผลยิ่งลดลงและซึมเศร้ามากขึ้น

ความซึมเศร้าตามแนวทฤษฎีนี้ สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับประสบการณ์ครั้งแรก ๆ ในชีวิต เหตุการณ์บางอย่างบุคคลไม่สามารถควบคุมได้ บุคคลที่เกิดความซึมเศร้า รูปแบบการคิดจะจัดกระทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ว่า ตนเองไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นได้ และอาจจะประกอบกับบุคคลนั้นได้แรงเสริมในระดับต่ำหรือขาดแรงเสริม บุคคลจะประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดหรือบิดเบือนจากความเป็นจริงและสะสมมาเรื่อยๆ ต่อมาเมื่อบุคคลประสบภาวะวิกฤตในชีวิต การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้นบุคคลนั้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติในด้านลบ ยังผลให้เกิดความซึมเศร้าตามมา (Beck, 1967)

1.2.5 ทฤษฎีพิจารณาเหตุผล อารมณ์ (Rational Emotive theory)

ทฤษฎีนี้มีแนวคิดสำคัญว่า อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุคคลมีสาเหตุมาจาก ความคิด ความเชื่อที่ไร้เหตุผล ซึ่งบุคคลเฝ้าบอกตนเองอยู่เสมอๆ บุคคลจะรู้สึกซึมเศร้าเมื่อบุคคลนั้นคิดว่าเขาได้ประสบกับความสูญเสียครั้งยิ่งใหญ่ ซึ่งอาจจะเป็นการตายของบุคคลที่มีความสำคัญต่อเขา การสูญเสียความรัก การเสียแขนขา การเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน การล้มเหลวในการไปสู่เป้าหมาย ภาวะซึมเศร้าจะเกิดจากความเชื่อที่ไร้เหตุผลว่า “ฉันจะต้องไม่พบกับความสูญเสียแบบนี้” และบุคคลมักจะสรุปกับความสูญเสียนี้ว่ามัน “แย่และทนไม่ได้” ความสูญเสียนี้จะหมายถึงตนเองไม่ดีพอ หรือ คนอื่นๆ และโลกนี้ไม่ดีพอทำให้เหตุการณ์ความสูญเสียนี้เกิดขึ้น และความเชื่อที่ไร้เหตุผลนี้จะไปสนับสนุนความจริงที่ว่า คนที่ซึมเศร้าจะรู้สึกตกต่ำและสิ้นหวังกับอนาคตแล้ว

สรุปได้ว่า สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้ามีหลายสาเหตุผสมผสานกัน ทั้งปัจจัยทางด้านกายภาพ สังคม สิ่งแวดล้อม จิตใจ รวมไปถึงกระบวนการคิด ซึ่งในแต่ละคนบุคคลจะมีปัจจัยที่เป็นสาเหตุแต่ละอย่างไม่เหมือนกัน

1.3 การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV

Major Depressive Episode

A. มีอาการดังต่อไปนี้ห้าอาการ (หรือมากกว่า) ร่วมกันอยู่นาน 2 สัปดาห์ และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ไปจากแต่ก่อน โดยมีอาการอย่างน้อยหนึ่งข้อของ (1) อารมณ์ซึมเศร้า (2) เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข

(1) มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน โดยได้มาจากการบอกเล่าของผู้ป่วย (เช่น รู้สึกเศร้า หรือว่างเปล่า) จากการสังเกตของผู้อื่น (เช่น เห็นว่าร้องไห้)

(2) ความสนใจหรือความสุขใจในกิจกรรมต่างๆ ทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก เป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน

(3) น้ำหนักลดลงโดยมิได้เป็นจากการคุมอาหาร หรือเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ (ได้แก่ น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารแทบทุกวัน

(4) นอนไม่หลับ หรือหลับมากไปแทบทุกวัน

(5) psychomotor agitation หรือ retardation แทบทุกวัน

(6) อ่อนเพลีย หรือไร้เรี่ยวแรงแทบทุกวัน

(7) รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินควร (อาจถึงขั้นหลงผิด) แทบทุกวัน (มิใช่เพียงแค่การโทษตนเองหรือรู้สึกผิดที่ป่วย)

(8) สมาธิหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจอะไรไม่ได้ แทบทุกวัน

(9) คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อยๆ คิดอยากตายอยู่เรื่อยๆ โดยมิได้วางแผนแน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนในการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน

B. อาการเหล่านี้มิได้เข้ากับเกณฑ์ของ Mixed Episode

C. อาการเหล่านี้ก่อให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญ บกพร่องลง

D. อาการมิได้เป็นจากผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย เช่น hypothyroidism)

E. อาการไม่ได้เข้ากับ Bereavement ได้ดีกว่า ได้แก่ มีอาการคงอยู่นานกว่า 2 เดือนหลังการสูญเสียผู้ที่ตนรัก หรือมีหน้าที่บกพร่องลงมาก หมกมุ่นกับความคิดว่าตนไร้ค่าอย่างผิดปกติ มีความคิดฆ่าตัวตาย มีอาการโรคจิต หรือ psychomotor retardation

Manic Episode

A. มีช่วงที่มีอารมณ์คึกคัก แสดงความรู้สึกโดยไม่ยั้ง หรืออารมณ์หงุดหงิดที่ผิดปกติ และคงอยู่ตลอดอย่างชัดเจนนานอย่างน้อย 1 สัปดาห์ (หรือนานเท่าใดก็ได้หากต้องอยู่ในโรงพยาบาล)

B. ในช่วงที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์นี้ พบมีอาการดังต่อไปนี้อยู่ตลอดอย่างน้อย 3 อาการ (หรือสี่อาการหากมีเพียงอารมณ์หงุดหงิด) และอาการเหล่านี้รุนแรงอย่างมีความสำคัญ

(1) มี self – esteem เพิ่มขึ้นมาก หรือมีความคิดว่าตนยิ่งใหญ่ (grandiosity)

(2) ความต้องการนอนลดลง (เช่น ได้นอนเพียง 3 ชั่วโมงก็รู้สึกว่าเพียงพอแล้ว)

(3) พูดคุยมากกว่าปกติ หรือต้องการพูดอย่างไม่หยุด

(4) fight of idea หรือผู้ป่วยรู้สึกว่าความคิดแล่นเร็ว

(5) วอกแวก (distractibility) (ได้แก่ ถูกดึงความสนใจได้ง่าย แม้สิ่งเร้าภายนอกจะไม่สำคัญหรือไม่เกี่ยวเนื่องกับสิ่งที่สนใจอยู่ในขณะนั้น)

(6) มีกิจกรรมซึ่งมีจุดหมายเพิ่มขึ้นมาก (ไม่ว่าจะเป็นด้านสังคม การงาน หรือ การเรียน หรือด้านเพศ) หรือ psychomotor agitation

(7) หมกมุ่นอย่างมากกับกิจกรรมที่ทำให้เพลิดเพลิน แต่มีโอกาสสูงที่จะก่อให้เกิดความยุ่งยากติดตามมา (เช่น ใช้จ่ายอย่างไม่ยั้ง ไม่ยับยั้งใจเรื่องเพศ หรือลงทุนทำธุรกิจอย่างโง่เขลา)

C. อาการไม่เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัย Mixed Episode

D. ความผิดปกติด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นรุนแรงจนทำให้มีความบกพร่องอย่างมากในด้านการงาน หรือกิจกรรมทางสังคมตามปกติ หรือสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือทำให้ต้องอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อป้องกันอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือมีอาการโรคจิต

E. อาการมิได้เป็นจากผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา หรือการรักษาอื่นๆ) หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย (เช่น hyperthyroidism)

Mixed Episode

A. อาการเข้าได้กับเกณฑ์ทั้งของ Manic Episode และของ Major Depressive Episode แทบทุกวันในช่วงเวลาอย่างน้อย 1 สัปดาห์

B. ความผิดปกติด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นรุนแรงจนทำให้มีความบกพร่องอย่างมากในด้านการงาน หรือกิจกรรมทางสังคมตามปกติ หรือสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือทำให้ต้องอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อป้องกันอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือมีอาการโรคจิต

C. อาการมิได้เป็นจากผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา หรือการรักษาอื่นๆ) หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย (เช่น hyperthyroidsm)

Hypomanic Episode

A. มีช่วงที่มีอารมณ์คึกคัก แสดงความรู้สึกโดยไม่ยั้ง หรืออารมณ์หงุดหงิดที่ผิดปกติและคงอยู่ตลอดอย่างชัดเจนนานอย่างน้อย 4 วัน โดยเห็นชัดว่าต่างจากช่วงอารมณ์ปกติที่ไม่ซึมเศร้า

B. ในช่วงที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์นี้ พบมีอาการดังต่อไปนี้อยู่ตลอด อย่างน้อย 3 อาการ (หรือสี่อาการหากมีเพียงอารมณ์หงุดหงิด) และอาการเหล่านี้รุนแรงอย่างมีความสำคัญ

(1) มี self – esteem เพิ่มขึ้นมาก หรือมีความคิดว่าตนยิ่งใหญ่ (grandiosity)

(2) ความต้องการนอนลดลง (เช่น ได้นอนเพียง 3 ชั่วโมงก็รู้สึกว่าเพียงพอแล้ว)

(3) พูดคุยมากกว่าปกติ หรือต้องการพูดอย่างไม่หยุด

(4) fight of idea หรือผู้ป่วยรู้สึกว่าความคิดแล่นเร็ว

(5) วอกแวก (distractibility) (ได้แก่ ถูกดึงความสนใจได้ง่าย แม้สิ่งเร้าภายนอกจะไม่สำคัญหรือไม่เกี่ยวเนื่องกับสิ่งที่สนใจอยู่ในขณะนั้น)

(6) มีกิจกรรมซึ่งมีจุดหมายเพิ่มขึ้นมาก (ไม่ว่าจะเป็นด้านสังคม การงาน หรือ การเรียน หรือด้านเพศ) หรือ psychomotor agitation

(7) หมกมุ่นอย่างมากกับกิจกรรมที่ทำให้เพลิดเพลิน แต่มีโอกาสสูงที่จะก่อให้เกิดความยุ่งยากติดตามมา (เช่น ใช้จ่ายอย่างไม่ยั้ง ไม่ยับยั้งใจเรื่องเพศ หรือลงทุนทำธุรกิจอย่างโง่เขลา)

C. ระยะที่มีอาการมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ซึ่งมิใช่ลักษณะประจำของบุคคลนั้นขณะไม่มีอาการอย่างเห็นได้ชัด

D. ผู้อื่นสังเกตเห็นความผิดปกติด้านอารมณ์และการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ นี้

E. ระยะที่มีอาการ ไม่รุนแรงถึงกับทำให้กิจกรรมด้านสังคม หรือการงานบกพร่องลงมาก หรือทำให้ต้องอยู่โรงพยาบาล และไม่มีอาการโรคจิต

F. อาการมิได้เป็นจากผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา หรือการรักษาอื่น) หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย (เช่น hyperthyroidism)

1.4 ระดับของภาวะซึมเศร้าและอาการแสดง

ภาวะซึมเศร้าแบ่งออกได้เป็นระดับต่าง ๆ กัน ตามความรุนแรงและแต่ละระดับจะแสดงอาการหรือลักษณะแตกต่างกันออกไป (Beck, 1967) ได้แบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1.4.1 ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) ประเมินด้วย Beck Depression Inventory (BDI) ได้ค่าคะแนนเท่ากับ 10 – 18 คะแนน เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่นแจ่มใส อารมณ์ เศร้า เหงาหงอย ชั่วคราว ซึ่งบุคคลทั่วไปรู้สึกได้เป็นบางครั้ง บางครั้งก็มีสาเหตุเพียงพอ บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใด ๆ มักเปรียบเทียบกับตนเองกับผู้อื่น เริ่มรู้สึกไม่พอใจต่อรูปลักษณ์ของตนเอง ความตั้งใจในการทำงานต่าง ๆ เริ่มลดลง การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

1.4.2 ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) ประเมินด้วย Beck Depression Inventory (BDI) ได้ค่าคะแนนเท่ากับ 19 – 29 คะแนน ภาวะซึมเศร้าในระยะนี้จะรุนแรงขึ้น ซึ่งจะมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวหน้าที่การงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ ถึงแม้ว่าจะไม่สมบูรณ์นัก พฤติกรรมที่แสดงออก มีดังนี้

1.4.2.1 ด้านอารมณ์ เป็นผู้ที่มีความซึมเศร้า มีอารมณ์เศร้าเป็นอาการสำคัญ เช่น จะมีอารมณ์ไม่สดชื่น เศร้าสร้อย หม่นหมอง ไม่มีความสุขในการทำงานต่าง ๆ มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีกำลัง เป็นคนไม่มีความสามรถ หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย บางครั้งมีความวิตกกังวล โกรธง่าย ก้าวร้าว คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี ไม่มีความภูมิใจในตนเอง หดหู่ ไม่แจ่มใส มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ มีความสนใจต่อบุคคลอื่นลดลงและฉุนเฉียวง่าย

1.4.2.2 ด้านปัญญา ผู้ที่มีความซึมเศร้า ประเมินตนเองต่ำ เช่น มีความคิดว่าตนเองล้มเหลว ทำอะไรไม่สำเร็จ ไม่มีความสามารถ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าอนาคตสิ้นหวัง ตำหนิติเตียนตนเอง หรือรู้สึกว่าตนเองจะต้องถูกตำหนิและลงโทษ มีความยากลำบากในการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ และมองภาพลักษณ์ตนเองบิดเบือนไป ส่วนด้านกระบวนความคิดจะมีความสนใจคับแคบ ไม่มีสมาธิ ลังเล ตัดสินใจไม่ได้ คิดว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่มีความสุข ไม่มีความหมาย มีผลทำให้นอนไม่หลับ บางคนอาจต้องการฆ่าตัวตาย

1.4.2.3 ด้านแรงจูงใจ ผู้ที่มีความซึมเศร้า สูญเสียแรงจูงใจที่จะทำสิ่งต่างๆ ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกเหนื่อยง่ายและต้องการแยกตัวเองจากสังคม ในระยะแรกจะเข้าสังคมอย่างเสียไม่ได้ จะทิ้งสังคมทีละน้อยและสนใจตนเองมากขึ้น พยายามมองหาคุณค่าของตนเอง ถ้าไม่พบเริ่มไม่แน่ใจสงสัยคุณค่าของตนเอง ขาดความนับถือตนเอง ไม่มีความภูมิใจในตนเอง จากนั้นบุคคลจะเลิกสนใจตนเอง ไม่ต้องการคบเพื่อนและละทิ้งสังคม หรือต้องการที่จะตาย

1.4.2.4 ด้านร่างกายและการทำกิจกรรมต่างๆ ผู้ที่มีความซึมเศร้ามีความอยากรับประทานอาหารลดลง มีความยากลำบากในการนอนหลับ มีความต้องการทางเพศลดลงหรือไม่มีเลย รู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยตลอดเวลา น้ำหนักลดและมีความเชื่อว่าตนเองป่วยหรือมีความผิดปกติ ด้านประสาทสัมผัสทางกาย มีอาการใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก เบื่ออาหาร แต่บางรายจะแสดงอาการตรงกันข้ามคือ รับประทานอาหารมากขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้น ไม่สนใจตนเอง การเคลื่อนไหวท่าทาง และคำพูด การเคลื่อนไหวจะช้าลง ถ้าบุคคลที่มีความกระวนกระวายมาก จะมีอาการย้ำคิดย้ำทำ การพูดจาลำบาก บางครั้งไม่พูดเลย ขาดความมั่นใจ

1.4.3 ภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง (Severe depression) ประเมินด้วย Beck Depression Inventory (BDI) ได้ค่าคะแนนเท่ากับ 30 – 63 คะแนน เป็นภาวะที่บุคคลมีความเศร้าตลอดเวลาและเป็นอยู่นาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด เช่น รู้สึกไม่มีความหวัง ไร้คุณค่า ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว แทบจะไม่มีความเคลื่อนไหว บางรายอาจนั่งนิ่งเฉยๆ ในท่าเดียวนานๆ หรืออาจผุดลุกผุดนั่ง การพูดจาเป็นไปอย่างเชื่องช้า เงียบซึม ผู้ที่มีอารมณ์เศร้าระดับนี้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ และมักถอนตัวออกจากโลกความเป็นจริง ไม่เข้าสังคม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม มีความคิดที่จะพยายามฆ่าตัวตายเนื่องจากมีความหลงผิด หรือประสาทหลอน

1.5 การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้าสามารถประเมินได้จากการสัมภาษณ์หรือจากการตอบแบบสอบถามที่มีผู้สร้างขึ้น ซึ่งแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกลุ่มประชากรทั่วไปหรือกลุ่มประชากรในชุมชน มีแบบประเมินที่มีผู้สร้างขึ้นมาแบบต่าง ๆ ดังนี้

1.5.1 Zung Self – Rating Depression Scale (Zung SDS) สร้างขึ้นในปี ค.ศ.1965 โดย ซุง (Zung ,1965) แบบประเมินนี้ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ารวมทั้งอาการของการเจ็บป่วยทั้งหมด ข้อความในแบบประเมินถูกเลือกมาประเมินด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรมและอาการทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและครอบคลุมกับอาการที่กำหนดอาการของภาวะซึมเศร้าไว้ใน DSM – IV มากที่สุด แต่ไม่มีข้อความที่ครอบคลุมอาการทางร่างกายได้อย่างชัดเจน ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยใช้วิธี Split – half ในผู้ป่วยจิตเวช ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73 สำหรับการศึกษาในการสำรวจภาวะซึมเศร้าในชุมชน โดยใช้วิธีโดยใช้วิธีคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 เป็นแบบประเมินที่นิยมใช้กันมากในการประเมินความรุนแรงของอาการแสดงภาวะซึมเศร้า แบบประเมินนี้ใช้ข้อความง่าย ๆ เหมือนแบบของเบค แต่ไม่ครอบคลุมอาการทางด้านร่างกาย

1.5.2 Raskin Scale or Three – Area Severity of Depression Scale สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1988 โดย Raskin (1988) สร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรที่คัดกรองให้เข้าร่วมในการศึกษากลุ่มใหญ่ ศึกษาในศูนย์การบำบัดด้วยยา ขณะเดียวกันก็ประเมินอาการวิตกกังวลไปด้วย แบบประเมินแบ่งประเมินสภาพของกลุ่มประชากรเป็น3 อย่าง คือ ด้านประสบการณ์ประเมินด้านพฤติกรรมที่แสดงถึงภาวะซึมเศร้าในด้านปฐมภูมิ และประเมินอาการและอาการแสดงภาวะซึมเศร้าในด้านทุติยภูมิ เช่นการเปลี่ยนแปลงในการนอนหลับ การเปลี่ยนแปลงในการรับประทานอาหาร หรือการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สึกนึกคิด มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ คือ ตั้งแต่ 1 คะแนนถึง 5 คะแนน แบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค แบบประเมินนี้ได้พัฒนาขึ้น เพื่อใช้คาดคะเนอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้าซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการบำบัดรักษาด้วยยาจึงเหมาะที่จะใช้ประเมินกับกลุ่มประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และยังสามารถใช้แบบประเมินนี้วัดอาการที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากการบำบัดรักษา แม้แบบประเมินนี้จะสั้นและมีความเที่ยงตรงสูงแต่มีข้อจำกัด คือ ต้องมีข้อมูลด้านการทดสอบ และวัดการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพทางจิตก่อน จึงจะใช้แบบประเมินนี้ได้

1.5.3 Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1961โดย Beck (1961) แบบประเมินสร้างเพื่อวัดอาการแสดงออกทางพฤติกรรมต่าง ๆ ที่แสดงออกในวัยรุ่นและในผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า ได้ออกแบบเป็นมาตรฐานเพื่อประเมินสภาพความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในการจัดอันดับเพื่ออธิบายถึงการเจ็บป่วยของภาวะซึมเศร้า ข้อความในแบบประเมินนี้ได้จากการสังเกตลักษณะของผู้ป่วย ที่มีภาวะซึมเศร้าในระหว่างการทำจิตวิเคราะห์บำบัด ข้อคำถามด้านเจตคติและอาการแสดง

ได้จากกลุ่มผู้ป่วยนี้ โดยเฉพาะมีการอธิบายเป็นข้อความและจัดลำดับของแต่ละข้อความ ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ ซึ่งแต่ละข้อจะมี 4 ถึง 5 ข้อความที่อธิบายถึงอาการที่รุนแรงจากระดับต่ำถึงระดับสูง มีการให้คะแนนเป็น 4 ระดับ ในแต่ละข้อ คือ ตั้งแต่ 0 คะแนนถึง 3 คะแนนBeck ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยใช้ Spearman – Brown Correlation ในผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 409 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.93 แบบประเมินนี้มีความเชื่อมั่นภายในสูงอย่างสม่ำเสมอ แบบทดสอบนี้ใช้ในการวิจัยมา 25 ปี Beck และคณะ พบว่า เมื่อใช้แบบประเมินนี้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช จะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.76 ถึง 0.95 และเมื่อใช้กับกลุ่มนักเรียน จะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระหว่าง 0.82 ถึง 0.92 และเมื่อใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชหรือไม่ใช่กลุ่มนักเรียน จะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระหว่าง 0.73 ถึง 0.90 แบบประเมินนี้สามารถใช้วัดซ้ำได้ เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัดรักษาและมีความเที่ยงตรงสูงอย่างสม่ำเสมอทั้งในกลุ่มผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือในกลุ่มคนปกติ

1.5.4 Hamilton Rating Scale for Depression (Ham – D) สร้างขึ้นในปี ค.ศ.1960 โดยศาสตราจารย์แฮมมิลตัน (Hamilton, 1960) จิตแพทย์ชาวอังกฤษ แบบประเมินนี้สร้างมาเพื่อวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยในระยะแรก ๆ ลักษณะของอาการรุนแรงอาจใช้เพื่อ

1) หาความรุนแรงของอาการที่คาดคะเนก่อนจะให้การบำบัดรักษา

2) เป็นเกณฑ์วัดผลของการบำบัดรักษาในอาการแสดงต่าง ๆ

3) เพื่อตรวจค้นหาอาการแสดงที่กลับมาเป็นซ้ำอีก

แบบประเมินนี้ใช้ประเมินอาการแสดงโดยวิธีสังเกตอาการของผู้ป่วย และใช้วิธีคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ก่อนการบำบัดรักษา ได้ศึกษาในผู้ป่วยจำนวนมากกว่า 120 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.48 และหลังจากการบำบัดรักษาได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 ในการใช้แบบประเมินนี้ผู้ที่ใช้ประเมินต้องได้รับการฝึกมาก่อน จึงจะใช้แบบประเมินได้อย่างเหมาะสม ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินนี้จะลดลง ถ้าใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีอาการทางร่างกายมากกว่าอาการทางความรู้สึกนึกคิด

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

1.5.6 Montgomery - Asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1979 โดย Montgomery & Asberg (1979) จุดประสงค์ของการสร้างแบบประเมินนี้มี 2 ประการ คือ เพื่อวัดอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และเพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับผู้ที่เป็นจิตแพทย์และผู้เชี่ยวชาญ โดยไม่ต้องผ่านการอบรมเฉพาะทางจิตเวช เช่น พยาบาลที่ไม่ใช่พยาบาลจิตเวชก็สามารถใช้ได้ แบบประเมินนี้ถูกนำมาใช้มากในงานวิจัยด้านอาการทางจิตจากการรักษาด้วยยา แบบประเมินนี้มีทั้งหมด10 ข้อ การให้คะแนนจะต้องประกอบด้วยการสัมภาษณ์และการสังเกตสภาพทางจิตของผู้ป่วย จากการศึกษาหลายครั้ง ได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.76 ถึง 0.95 ประโยชน์ของแบบประเมินนี้ คือ เพื่อค้นหาระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย โรคซึมเศร้า โดยเฉพาะใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงในอาการแสดงที่รุนแรงที่เกิดขึ้นพร้อมกับการบำบัดรักษา เพราะอาจมีการวินิจฉัยผิดในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการรักษาด้วยยา การให้คะแนนแบบประเมินง่ายไม่ต้องผ่านการอบรม ข้อความในแบบประเมินสั้นและไม่น่าเบื่อที่จะใช้เวลาประเมิน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แบบประเมินวัดหาภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองที่ได้พัฒนามาจากของเบค (Beck, 1967) ซึ่งเรียกว่า Beck Depression Inventory (BDI) และได้ปรับปรุงเป็นฉบับภาษาไทย เพื่อใช้กับกลุ่มประชากรไทย โดย แพทย์หญิง ดวงใจ กสานติกุลและคณะ มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยด้านอารมณ์ ด้านการรับรู้ ด้านพฤติกรรม และด้านสรีระวิทยา เมื่อพิจารณาแล้วพบว่าเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้พยายามฆ่าตัวตายที่จัดเป็นผู้ป่วยจิตเวช และในการศึกษานี้เป็นแบบกลุ่มเดียววัดก่อน – หลัง ซึ่งแบบประเมินนี้สามารถใช้วัดซ้ำได้ เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัดรักษา มีความเที่ยงตรงสูงอย่างสม่ำเสมอและมีความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับ

1.6 การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้า

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) ได้กล่าวถึงการรักษา ผู้ป่วยซึมเศร้า ว่ามี 3 ด้าน คือ

1. ด้านร่างกาย

1.1 การใช้ยา มียารักษาอารมณ์เศร้า (antidepressant)ยาควบคุมอารมณ์ (lithium carbonate) และยาอื่นๆ เช่น ยากลุ่ม antipsychotics รวมถึงยาคลายกังวลต่างๆ ในการรักษาผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้า การเลือกยาแต่ละชนิดแพทย์เป็นผู้พิจารณาซึ่งยาบางกลุ่มมีผลข้างเคียงทำให้ผู้ป่วยง่วงซึมสูง บางกลุ่มมีผลต่ำและยาในกลุ่มรักษาอารมณ์เศร้าส่วนมากมีการออกฤทธิ์ช้า ฉะนั้นยาที่รับประทานเข้าไป อาจยังไม่ทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นในช่วงแรกผู้ป่วยต้องอดทนใช้ยาในระยะยาว โดยทั่วไปใช้ยานาน 16 – 20 เดือน เพื่อป้องกันการกลับมามีอาการอีกเมื่ออาการเริ่มดีขึ้นเพียงเล็กน้อย

1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) ส่วนมากเป็นทางเลือกที่นำมาใช้ร่วมกับมาใช้ร่วมกับยา โดยเฉพาะใช้ได้ดีในผู้ป่วย major depression และผู้ป่วย bipolar disorder ที่แสดงอาการหลงผิดและคิดถึงการฆ่าตัวตาย

2. การรักษาด้วยจิตบำบัด สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติทางอารมณ์ ในระดับรุนแรง การรักษาด้วยจิตบำบัดอาจกระทำได้ยาก แต่ควรมีความสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มเมื่อมีอาการ ผู้ป่วยอาการรุนแรงน้อยการใช้จิตบำบัดจะช่วยได้มาก โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาของตน ได้เรียนรู้ในการจัดการปัญหา หรือความไม่สบายใจของตน ในแนวทางที่เหมาะสมและช่วยให้เห็นคุณค่าของตนเอง

3. การจัดสิ่งแวดล้อม กรณีผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล การกระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมรักษาต่างๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจทางสังคม ในการที่ได้พบและสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นมากขึ้น ถ้าผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ครอบครัว เพื่อนและผู้ร่วมงานมีบทบาทในการช่วยเหลือได้มากในการจัดสภาพความเป็นอยู่และปรับเปลี่ยนแนวทางในการดำเนินชีวิตประจำวันให้สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วย นอกจากนี้การรักษาทางจิตสังคมก็มีความสำคัญเช่นกัน

ไพรัตน์ พฤกษ์ชาติคุณากร (2534) ได้กล่าวถึงการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าตามแนวจิตสังคม ดังต่อไปนี้

1. การรักษาแนวจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis and psychoanalytic approaches) เป้าหมายการรักษา เพื่อเปลี่ยนโครงสร้างทางบุคลิกภาพของผู้ป่วย เพิ่มความใกล้ชิดสนิทสนมและความไว้วางใจระหว่างบุคคล เรียนรู้การใช้กลไกการป้องกันทางจิตที่เหมาะสม มีความสามารถที่จะจัดการอารมณ์ต่าง ๆ ในระหว่างการรักษาส่วนใหญ่ให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์เกี่ยวกับความวิตกกังวลและความยุ่งยากใจโดยใช้เวลารักษาต่อเนื่องหลายปี ทั้งนี้เพื่อลดอาการของผู้ป่วย แก้ปัญหาโรคประสาท และเพิ่มคุณภาพชีวิต

2. การบำบัดชนิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy) เป้าหมายการรักษา

2.1 เพื่อลดอาการซึมเศร้า

2.2 เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแนวทางและวิธีการที่จะมีสัมพันธภาพที่ดีกับสังคมและบุคคลอื่น เนื่องจากการรักษานี้ใช้ระยะเวลาสั้น จึงไม่ได้พยายามสร้างบุคลิกลักษณะผู้ป่วยขึ้นมาใหม่ วิธีการรักษานี้ตระหนักถึงความสำคัญของพัฒนาการตอนต้นของชีวิต แต่เน้นความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในชีวิตปัจจุบันด้วย โดยถือว่าความขัดแย้งในอดีตจะแสดงออกมาในลักษณะของความสัมพันธ์ในปัจจุบัน

3. การรักษาตามแนวพฤติกรรมบำบัด (Behavior approaches) เป้าหมายการรักษาคือ การเพิ่มความบ่อยของปฏิกิริยาสัมพันธ์ในแง่บวกและลดปฏิกิริยาสัมพันธ์ในแง่ลบระหว่างผู้ป่วยกับสิ่งแวดล้อม การรักษาบางอย่างมีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงความสามารถทางสังคม เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นวิธีที่ได้ผลมากที่สุด ที่จะเปลี่ยนความรู้สึกและความซึมเศร้า

หลักการและเทคนิคการรักษาประกอบด้วย

3.1 การบันทึกอารมณ์และกิจกรรมทั้งในเชิงบวกและลบ

3.2 เพิ่มกิจกรรมทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องที่น่ายินดี

3.3 จัดการหรือลดเรื่องราวที่ไม่น่ายินดี

3.4 สร้างกิจกรรมหรือรูปแบบใหม่ เพื่อให้ตนเองเข้มแข็ง

3.5 เพิ่มทักษะทางสังคม

3.6 ฝึกเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

3.7 ฝึกการบริหารเวลา

3.8ฝึกทักษะความคิก การเรียนรู้

การรักษาโรคซึมเศร้าโดยวิธีการทางพฤติกรรมบำบัดมีหลายแนวทาง เช่นวิธี Self – control therapy (Rehm), social learning therapy (Lewinsohn), social skill training (Hersen and Bellack)

4. การเรียนรู้ พฤติกรรมบำบัด (Cognitive behavioral therapy) เป้าหมายการรักษาลดอาการซึมเศร้า และป้องกันการเกิดโรคซ้ำโดยการช่วยผู้ป่วยดังนี้

4.1 ชี้ให้เห็นและทดสอบความรู้ ความเข้าใจของเขาในแง่ลบ

4.2 สร้างแนวทางเลือก และแบบแผนที่ยืดหยุ่นกว่าเดิม

4.3 ซักซ้อมความรู้ ความเข้าใจและมีพฤติกรรมใหม่ โดยเปลี่ยนแนวทางที่ผู้ป่วยคิดและลดกลุ่มอาการซึมเศร้า

การรักษาผู้ป่วยโดยวิธี การเรียนรู้ พฤติกรรมบำบัด มีส่วนประกอบพื้นฐาน 3 อย่าง คือ Didactic - aspects, Cognitive techniques และ Behavioral techniques

5. การบำบัดด้วยการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ (Rational Emotive Therapy) โดยการปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่สมเหตุผลที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า มาเป็นความคิดที่มีเหตุผล

6. จิตบำบัดกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย

6.1 จิตบำบัดกลุ่มสำหรับผู้ซึมเศร้าในโรงพยาบาล (In patient group psychotherapy for depression) มีเป้าหมายคือ

6.1.1 กระตุ้นหรือสร้างให้กลุ่มมีความเหนียวแน่น

6.1.2 ทำให้มีขวัญ กำลังใจและศีลธรรม

6.1.3 ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในโลกของความเป็นจริงขึ้นมา

6.1.4 ส่งเสริมและสร้างบรรยากาศของการรักษาขึ้นในโรงพยาบาล

6.2 จิตบำบัดกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (Out patient group psychotherapy for depression)

6.3 จิตบำบัดกลุ่มชนิดการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Group cognitive therapy for depression)

6.4 การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดจิตพลวัต การประคับประคอง การแสดงความรู้สึก (Psychodynamic supportive expressive therapy of depression)

นอกจากนี้ มานิต ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษยวณิช (2542) ได้กล่าวถึงการรักษาทาง จิตสังคม (Psychosocial treatment) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในอดีตว่า การรักษาทางจิตสังคม ไม่สามารถลดอาการซึมเศร้าได้มากนัก แต่การรักษาดังกล่าวก็จัดได้ว่าเป็นการรักษาที่มีประโยชน์มากในเรื่องของการปรับตัวทางสังคม (social adjustment) สำหรับในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ได้มีผู้เสนอวิธีการรักษาทางจิตสังคมที่ให้ผลใกล้เคียงกับการรักษาด้วยยาอย่างน้อย 2 วิธี คือ Cognitive behavioral therapy (CBT) และ Interpersonal psychotherapy (IPT) แต่ผู้ป่วยจะตอบสนองต่อการรักษาทางจิตสังคมช้ากว่าการรักษาด้วยยา

Cognitive behavioral therapy (CBT) เป็นการรักษาที่มีพื้นฐานมาจากแนวคิดว่าวิธีการแปลความหมาย เหตุการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคลเป็นสิ่งที่มีผลอย่างมาก ต่อการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรมต่อเหตุการณ์นั้น ผู้ที่มีกระบวนการคิดในลักษณะที่ผิดหวังหรือหมดหวังต่ออดีต ปัจจุบันและอนาคตมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการซึมเศร้าได้ ดังนั้นการแก้กระบวนการคิดอย่างเป็นระบบจะช่วยให้ผู้ป่วยหายซึมเศร้าได้ ในการแก้ไขกระบวนการคิด ผู้ป่วยและผู้รักษาจะช่วยกันโยงความสัมพันธ์ของกระบวนการคิดในเหตุการณ์ต่างๆ กับการซึมเศร้าหลังจากนั้นจึงใช้เหตุผลต่าง ๆ มาแก้ไขกระบวนการคิดดังกล่าว ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีกระบวนการคิดที่เหมาะสมแล้วอาการซึมเศร้าก็จะลดลง

Interpersonal psychotherapy (IPT) เป็นการรักษาที่มีพื้นฐานมาจากแนวคิดว่าปัญหาในเรื่องสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationships) เป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า การรักษาโดยวิธีนี้จะเน้นที่การแก้ไขปัญหาซึ่งเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ชีวิตในปัจจุบัน (current life situations) และสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดความรู้สึกทุกข์ทรมานใจ (distress)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เลือกแนวทางในการลดภาวะซึมเศร้าตามแนวทาง การบำบัดด้วย Cognitive behavioral therapy (CBT) เนื่องจากปัจจัยเหตุที่สำคัญของภาวะซึมเศร้า คือ การที่บุคคลประสบกับภาวะวิกฤตและความคิดอัตโนมัติในทางลบ ซึ่งการประสบกับภาวะวิกฤตเป็นสิ่งที่ยากที่จะหลีกเลี่ยงหรือป้องกันได้ แต่ความคิดอัตโนมัติในทางลบซึ่งอยู่ในกระบวนการคิด บุคคลสามารถที่จะปรับเปลี่ยนเพื่อป้องกันและรักษาภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีกระบวนการคิดที่เหมาะสมแล้วอาการซึมเศร้าก็จะลดลง

2. แนวคิดเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตาย

2.1 ความหมายของการฆ่าตัวตาย

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2541) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การที่บุคคลทำให้ชีวิตของตนเองสิ้นสุดลงด้วยตัวของตัวเองและไม่ใช่อุบัติเหตุ

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2542) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง ความคิดหรือการกระทำใด ๆ ก็ตามที่หากดำเนินไปจนสำเร็จก็จะทำให้เกิดอันตรายรุนแรงจนถึงแก่ความตาย

จำลอง ดิษยวานิช (2542) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำโดยรู้ตัวเพื่อทำลายตนเอง โดยผู้ที่ฆ่าตัวตายเชื่อว่าการกระทำเช่นนี้เป็นวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด การฆ่าตัวตายจึงเป็นจิตเวชฉุกเฉินที่พบได้บ่อย ผู้รักษาควรให้ความสำคัญกับผู้ที่ฆ่าตัวตายทุกรายเพราะความผิดพลาดในการประเมินและการดูแลรักษาอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

Farberow (1980) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การทำให้ตนเองบาดเจ็บ การฆ่าตนเอง หรือเป็นการทำลายตนเอง

จากความหมายของการฆ่าตัวตายที่กล่าวมาแล้วข้างต้น สรุปได้ว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การที่บุคคลมีความคิดหรือการกระทำใดๆ โดยมีจุดประสงค์ที่จะทำให้ชีวิตของตนเองสิ้นสุด เนื่องจากไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่ว่าจะมีสาเหตุมาจากอะไรก็ตาม โดยการกระทำดังกล่าวมีทั้งที่วางแผนไว้ล่วงหน้าและไม่ได้วางแผน สำหรับบุคคลที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง หรือบังเอิญทำให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่มีเจตนาที่จะทำจริง ไม่ถือว่าเป็นการฆ่าตัวตาย จนกว่าจะมีข้อมูลที่บ่งชี้ว่า การกระทำนั้นมีเจตนาที่จะจบชีวิตตนเอง

2.2 ประเภทของการฆ่าตัวตาย

ประเภทของการฆ่าตัวตายสามารถแบ่งได้หลายวิธี ถ้าแบ่งตามพฤติกรรมการฆ่าตัวตายสามารถจำแนกตามผลลัพธ์ของการกระทำออกเป็นลักษณะตามความรุนแรงและตามความตั้งใจได้ดังนี้

2.2.1 การฆ่าตัวตายสำเร็จ (Successful suicide, committed suicide)

การฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นปรากฏการณ์หนึ่งที่เกิดขึ้นกับคนในสังคม ซึ่งกระทำไปโดยอาศัยวิธีการต่าง ๆ เพื่อจุดประสงค์ที่ทำให้ตนเองจบชีวิตลงหรือหลุดพ้นจากปัญหา อาจเป็นการกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือทางอ้อมก็ได้ ซึ่งผลสุดท้ายจบด้วยการตายของผู้ที่กระทำ

2.2.2 การพยายามฆ่าตัวตาย (Suicidal attempts)

การพยายามฆ่าตัวตาย (Suicidal attempts) หมายถึง การกระทำแบบเดียวกับการฆ่าตัวตายสำเร็จแต่ผู้กระทำรอดชีวิตทั้งๆ ที่ผู้กระทำมีความตั้งใจจริงที่จะฆ่าตัวตาย

วิจารณ์ วิชัยยะ (2533) ได้กล่าวถึงการพยายามฆ่าตัวตายว่าแบ่งเป็น3ลักษณะ คือ

1) Gestures เป็นท่าทีที่เรียกร้องความสนใจในการพยายามฆ่าตัวตาย

2) Ambivalent attempt เป็นพวกสองจิตสองใจ ลังเล มีทั้งความคิดอยากตายและไม่อยากตาย

3) Serious attempt เป็นพวกที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างจริงจังและมักจะใช้ความรุนแรง เช่น ผูกคอ ยิงตัวเอง กระโดดน้ำ กระโดดจากที่สูงแต่ไม่เสียชีวิต

2.2.3 การแสร้งกระทำการฆ่าตัวตาย หรือการมีความคิดจะฆ่าตัวตาย (Suicidal gesture หรือ suicidal idea)

การแสร้งกระทำ หรือการมีความคิดจะฆ่าตัวตาย หมายถึง การที่ผู้กระทำการฆ่าตัวตายกระทำไปโดยมีเจตนาเพียงเพื่อเรียกร้องความสนใจหรือมีวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่ง คนประเภทดังกล่าวโดยปกติจะพูดขู่ออกมาว่าอยากจะฆ่าตัวตายอย่างชัดเจน แต่จริงๆ แล้วเขาไม่อยากตายอยากอยู่มากกว่า การขู่จะฆ่าตัวตายจะใช้เพื่อวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่งมากกว่าที่จะฆ่าตัวตายอย่างจริงจัง

Farberow (1980) ได้แบ่งประเภทของการฆ่าตัวตายในแง่เจตนาซึ่งสามารถแบ่งได้ดังนี้

1) การทำลายตนเองทางตรง (Direct self destructive behavior) ได้แก่ การมีพฤติกรรมที่ทำร้ายตนเองอย่างชัดเจน

2) การทำลายตนเองทางอ้อม (Indirect self destructive behavior) ได้แก่การเจ็บป่วยเป็นโรคต่างๆ เช่น เบาหวาน หัวใจ โรคไต ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน ซึ่งไม่พยายามจะรักษาการเจ็บป่วยหรือไม่ให้ความร่วมมือกับการรักษาโรคเหล่านั้น นอกจากนี้ยังได้แก่ การติดยาเสพติด การดื่มสุรา การจงใจขับรถเร็ว การเป็นอาชญากร การเป็นโสเภณี แม้แต่การเล่นกีฬาที่เสี่ยงภัยต่าง ๆ เช่น การปีนเขา การแข่งรถ ซึ่งการทำลายตนเองทางอ้อมนี้ถือเป็นปัญหาที่น่าสนใจมากกว่าการทำลายตนเองทางตรง

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตายเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อนมีหลากหลายปัจจัยที่เป็นสาเหตุ การอธิบายเกี่ยวกับปัจจัยเหตุของการฆ่าตัวตายมีทฤษฎีและแนวคิดดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2540)

1. ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factor)

1.1 การศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท (neurotransmitter) หรือสารเคมีในสมอง (neurochemical agents) พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดอารมณ์ที่ผิดปกติ สารเหล่านั้น ได้แก่ serotonin dopamine norepinephrine และ gamma amino butric acid และพบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ มีระดับ serotonin หรือ 5-hydroxytriptamine (5-HT) ในระดับที่ต่ำกว่าปกติมาก (Barbee & Bricker, 1996)

1.2 การศึกษาความสัมพันธ์ระดับโคเลสเตอรอล (cholesterol) กับการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย จะมีระดับโคเลสเตอรอลต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่แสดงพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Modai et al as cited in Hauenstein, 1998)

2. ปัจจัยทางจิตใจ (Psychological factors)

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) อธิบายว่าเมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่ต้องสูญเสียบุคคลสำคัญ หรือสิ่งของที่ตนรัก จะเกิดความรู้สึกโกรธ เกลียดต่อบุคคล หรือสิ่งที่สูญเสียไป ผลสุดท้ายจะกลายเป็นความโกรธ ความก้าวร้าวที่พุ่งเข้าหาตนเอง และลงโทษตนเองด้วยการฆ่าตัวตาย (Freud as cited in Hauenstein, 1998)

Barbee & Bricker (1996) อธิบายองค์ประกอบของการฆ่าตัวตายตามแนวทฤษฎีจิตวิเคราะห์ว่าเกิดจาก 3 องค์ประกอบ คือ

1) ความประสงค์ที่จะฆ่า (The wish to killed) ความประสงค์นี้เป็นแรงขับที่มาจากความก้าวร้าวและมองตัวเองเสมือนเป้า ซึ่งเขาปรารถนาจะฆ่า

2) ความประสงค์ที่จะถูกฆ่า (The wish to be killed) เป็นการยอมต่อความเจ็บปวดทารุณไปจนถึงระดับความตาย ทั้งนี้เนื่องจากความเจ็บปวดนั้น เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความสุข ความสุขเช่นนี้เป็นความสำนึกผิดซึ่งเกิดจากสัญชาติญาณความก้าวร้าวที่ทำงานในระดับจิตใต้สำนึก

3) ความประสงค์ที่จะตาย (The wish to be die) แนวคิดนี้อธิบายว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายอาจจะมีจิตใต้สำนึกเชื่อว่า การฆ่าตัวตายเป็นการเปลี่ยนจิตใจใหม่ ความตายเป็นการหนีเพื่อจะได้กลับมาใหม่แต่ความเป็นจริงไม่เป็นเช่นนั้น ความขัดแย้งระหว่างจิตสำนึกและ จิตไร้สำนึกนำไปสู่การฆ่าตัวตาย

2.2 ทฤษฎีสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal theory) Sullivan (1931, 1956 cited in Barbee & Bricker, 1996) อธิบายว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากความล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธภาพกับบุคคลสำคัญในชีวิต

2.3 ทฤษฎีปัญญานิยม (cognitive theory) อธิบายถึง สาเหตุการฆ่าตัวตายตามลักษณะทางปัญญาของบุคคลบุคคลที่ฆ่าตัวตายมักมีลักษณะทางปัญญาที่คิดอยู่กับเรื่องใด เรื่องหนึ่ง การลงความเห็นเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นแบบสุดขั้วสองด้าน (Dichotomous thinking) จึงมีความจำกัดในการแก้ปัญหา การหาทางเลือกในการจัดการแก้ปัญหา ทำได้ยาก ไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่า ปัญหาต่าง ๆ ที่ตนเองประสบ เกิดจากอะไร และเกี่ยวข้องกับอะไรบ้าง นอกจากนี้ ยังมีลักษณะการคิดในทางลบ (negative thinking) มองโลกในแง่ร้าย จากลักษณะทางปัญญาดังกล่าว ทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวังท้อแท้ รู้สึกตนเองไร้ค่า ต้องการความช่วยเหลือและเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (Hauenstein, 1998)

3. ปัจจัยทางสังคม (sociological factors)

Durkheim (1951 cited in Barbee, & Bricker, 1996) เชื่อว่า การฆ่าตัวตายเกิดจากความสัมพันธ์ของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมในสังคม และแบ่งปัจจัยเหตุของการฆ่าตัวตายออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

3.1 ฆ่าตัวตายเพื่อเสียสละ (altruistic suicide) การฆ่าตัวตายที่เกิดการมีความรู้สึกผูกพันกับสังคมหรือส่วนรวมมากเกินไปบุคคล มีความยึดมั่นผูกพันต่อกลุ่มในสังคมมาก ยึดถือความอยู่รอดของกลุ่มมากกว่าของตนเอง จนสามารถเสียสละชีวิตตนเองเพื่อกลุ่ม เพื่อความอยู่รอดของกลุ่ม เป็นการทำลายชีวิตตนเองเพื่อประโยชน์ของผู้อื่น การฆ่าตัวตายจึงกระทำด้วยความมีเหตุผล ตั้งใจ กระทำโดยมีจิตสำนึกของตนเอง เพื่อหน้าที่ การงาน วินัย ศาสนา และอุดมการณ์ทางการเมือง

3.2 การฆ่าตัวตายด้วยนึกถึงแต่ตนเอง (egoistic suicide) การฆ่าตัวตายที่เกิดจากการขาดความรู้สึกผูกพันกับครอบครัวหรือสังคม หรือรู้สึกผูกพันกับครอบครัวและสังคมน้อย รู้สึกว่าตนเองไม่มีความหมาย ถูกทอดทิ้ง ขาดการช่วยเหลือ สนับสนุน เช่น คนโสด ฆ่าตัวตายมากกว่าคนที่สมรสแล้ว คนที่อยู่ในสังคมชนบท ฆ่าตัวตายน้อยกว่าคนที่อยู่ในสังคมเมือง เป็นต้น

3.3 การฆ่าตัวตายจากความคิดชั่ววูบ (anomic suicide) การฆ่าตัวตายที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคมอย่างรวดเร็ว หรือกะทันหัน ทำให้สมาชิกในสังคม เกิดความรู้สึกสับสน ปรับตัวไม่ทัน เกิดความคิดชั่ววูบ จึงทำการฆ่าตัวตาย เช่น การเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัว จากการตายของบุคคลสำคัญในชีวิต ความล้มเหลวทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

3.4 การฆ่าตัวตายจากความสุดทนในชะตาชีวิต (fatalistic suicide) การฆ่าตัวตายที่เกิดจากการถูกควบคุมและบีบคั้นมากเกินไป ทำให้เกิดความอึดอัดใจต่อสถานการณ์อย่างรุนแรง จนไม่สามารถทนได้ เช่น การฆ่าตัวตายของนักโทษ หรือเชลยศึก เป็นต้น

4. ปัจจัยด้านครอบครัวได้แก่

4.1 สถานภาพสมรส จากการศึกษาพบว่า เพศหญิงและเพศชาย ที่มีสถานภาพ สมรสคู่ อัตราการฆ่าตัวตายจะสำเร็จน้อย Hoyer & Lund (1993 cited in Hauenstein, 1998) ส่วนเพศหญิงและเพศชายที่มีสถานภาพสมรสโสด ม่าย หย่า และแยก อัตราการฆ่าตัวตายจะพบได้สูง Hulten & Wasserman (1992 cited in Hauenstein, 1998)

4.2 ประวัติบุคคลในครอบครัว/ ญาติ เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มที่จะพบได้สูงมากในครอบครัวที่เคยมีประวัติการฆ่าตัวตายมาก่อน ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในญาติสายตรงลำดับแรกของผู้ป่วยจิตเวชที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเป็น 4 เท่า ในญาติสายตรงลำดับแรกของผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มีประวัติการฆ่าตัวตาย (Hauenstein, 1998)

4.3 การแก้ไขปัญหา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีความคิดอยากฆ่าตัวตายสูง ได้แก่ การมีปัญหากับคู่สมรส ปัญหากับสมาชิกในครอบครัว ปัญหาครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตายหากปัญหานั้นไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมและทันต่อเหตุการณ์

4.4 การสื่อสาร การใช้คำพูดเสียดสีเหน็บแนมในช่วงภาวะวิกฤตของบุคคลในครอบครัว ก็เป็นตัวกระตุ้นหรือส่งเสริมให้เกิดการฆ่าตัวตายได้

4.5 บทบาท ครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่เหมาะสม จะมีการมอบหมายบทบาทและหน้าที่ให้สมาชิกแต่ละคน โดยความเห็นพ้องต้องกัน มีการปฏิบัติตามข้อตกลง ประสานกับบทบาทของสมาชิกคนอื่นๆ ด้วย ภารกิจของครอบครัวจะดำเนินไปได้อย่างเหมาะสม ถ้ามีการมอบหมายบทบาทให้ครอบคลุมถึงหน้าที่ทุกด้านที่จำเป็นต้องกระทำ และมีระบบควบคุมให้สมาชิกปฏิบัติตามบทบาทการที่ครอบครัวไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวอย่างเหมาะสม เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้เกิดการฆ่าตัวตาย เช่น คู่สมรส ที่แต่งงานแล้ว แต่อาศัยแยกกัน (ธนู ชาติธนานนท์, 2541) ดังนั้น การที่ครอบครัวแต่ละครอบครัวมีการปฏิบัติหน้าที่ของตนเองให้เหมาะสม จึงเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาสุขภาพจิตให้มีความเข้มแข็ง สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้

4.6 การควบคุมพฤติกรรม พบว่า เหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายบ่อยที่สุด คือ การถูกบิดามารดาลงโทษ (อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2539) การถูกบิดามารดาทอดทิ้ง และการถูกทารุณทางกาย (อุมาพร ตรังคสมบัติ และ อรวรรณ หนูแก้ว, 2541) ตลอดจนการมีแบบแผนการเลี้ยงดูไม่คงเส้นคงวา บางครั้งเข้มงวด บางครั้งปล่อยปละละเลย มีการเฆี่ยนตีรุนแรง และดุด่า

5. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

5.1 เพศ จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย พบว่า เพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง และเพศหญิงพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย อาจเป็นเพราะส่วนใหญ่เพศชายมักจะไม่แสวงหาความช่วยเหลือ ไม่ระบายปัญหาหรือระบายความรู้สึก ไม่สบายใจให้ผู้อื่นฟัง ซึ่งเป็นเหตุให้เพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จ (Hauenstein, 1998) และมักใช้วิธีฆ่าตัวตายที่รุนแรงและรวดเร็วมากกว่าเพศหญิง ทำให้อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าเพศหญิง (มาโนช หล่อตระกูล, 2541)

5.2 อายุ การฆ่าตัวตายพบได้ในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ช่วงอายุ 15-24 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสูงมากกว่าวัยอื่นๆ (Barbee & Bricker, 1996)

5.3 ศาสนา การฆ่าตัวตายของบุคคลที่นับถือศาสนาต่าง ๆ นั้น พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายในประเทศที่ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามจำต่ำกว่าประเทศที่ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ อาจเกิดจากความเชื่อทางศาสนาที่ว่าการฆ่าตัวตายเป็นบาป ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ถูกสังคมต่อต้านและลงโทษผู้ที่ฆ่าตัวตาย ถือว่าการฆ่าตัวตายเป็นอาชญากรรม

5.4 รายได้ เป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตในด้านการตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐาน การขาดรายได้ หรือรายได้ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความเครียดได้

5.5 ประวัติการเจ็บป่วย การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายและโรคทางจิตเวช มีความสัมพันธ์อย่างมากกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย เนื่องจากการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ซึมเศร้า เครียด และนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (Barbee & Bricker, 1996)

5.6 การใช้สารเสพติด เป็นพฤติกรรมส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการ

พยายาม ฆ่าตัวตาย เนื่องจากฤทธิ์ของสารเสพติดมีผลต่อสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์ ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ความคิดสับสน ควบคุมตนเองไม่ได้ หุนหันพลันแล่น ซึมเศร้า ผู้ที่ดื่มสุราและสูบบุหรี่มีอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็น 2.42 เท่า และ 2.31 เท่า ของผู้ที่ไม่ได้ใช้สารเสพติด หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับปานกลาง และผู้ที่หาทางออกเมื่อมีความทุกข์ใจ โดยการดื่มสุรา หรือสูบบุหรี่ มีอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็น 3.02 เท่า ของผู้ที่หาทางออกโดยการพูดคุยเรื่องไม่สบายใจกับคนใกล้ชิด หรือคนที่ไว้ใจ หรือมีความเสี่ยงมากต่อการฆ่าตัวตาย (ประยุกต์ เสรีเสถียรและคณะ, 2541)

เมื่อพิจารณาการฆ่าตัวตายในลักษณะของระบาดวิทยา ซึ่งประกอบด้วย host, agent, environment แล้วพบว่า การฆ่าตัวตายจะเกิดขึ้นหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับปฏิกิริยาซึ่งกันและกันของปัจจัยทั้ง 3 ประการ (เอมอร ชินพัฒพงศา, 2530) ได้แก่

1. ปัจจัยด้านบุคคล (Host) จากการศึกษารายงานวิจัยต่างๆ เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย พอที่จะนำมาสรุปปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในแง่ของ host ได้ดังนี้

1.1 เพศ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในอัตราส่วน 1.5 – 2.5 ต่อ 1 ส่วน ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง

1.2 อายุ การพยายามฆ่าตัวตายพบมากในผู้ที่มีอายุน้อย ในเพศหญิงอายุ 25 – 29 ปีมากที่สุด อัตราของผู้พยายามฆ่าตัวตายจะลดลงเรื่อย ๆ ตามอายุที่สูงขึ้น

1.3 สถานภาพทางสมรส การพยายามฆ่าตัวตายพบในผู้ที่เป็น โสด หม้าย หย่าร้างและแยกกันมากกว่าผู้ที่มีชีวิตคู่ราบรื่น

1.4 ระดับการศึกษา ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายพบมากในผู้ที่มีการศึกษาค่อนข้างต่ำ ในไทยส่วนใหญ่จะพบในผู้ที่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา

2. ปัจจัยด้าน Agent ได้แก่

2.1 แอลกอฮอล์ (Alcohol) สุรามีบทบาทในการก่อให้เกิดความแปรปรวน ทางจิตใจทำให้เกิดอาการประสาทหลอน เพ้อคลั่ง จนอาจทำให้เกิดการทำร้ายตนเองได้

2.2 สารมีพิษและยา (toxic agent and drug) เช่น ยาฆ่าแมลง ยาเบื่อหนู ยาฆ่าหญ้า ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยาเสพติดประเภทต่าง ๆ เช่น ยาบ้า กัญชา เป็นต้น

2.3 อาวุธต่าง ๆ ได้แก่ มีด ปืน เชือก เป็นต้น อุปกรณ์ที่ใช้ในการพยายาม ฆ่าตัวตายเหล่านี้ยังขึ้นอยู่กับการมีและความสามารถในการใช้อาวุธของแต่ละคน

2.4 โรคทางกายและทางจิต โรคบางอย่าง เช่น โรคจิตจากพิษสุรา ซิฟิลิสขึ้นสมอง โรคจิตเนื่องจากยา การเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงเรื้อรัง หรือการเจ็บป่วยทางร่างกายแบบเฉียบพลันอาจก่อให้เกิดภาวะเพ้อคลั่ง กระตุ้นให้เกิดอาการของโรคประสาทหรือความแปรปรวนทางอารมณ์ซึ่งนำไปสู่การฆ่าตัวตาย

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) ได้แก่ปัญหาต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวของผู้ป่วยนับตั้งแต่ภายในครอบครัวไปจนถึงสังคมรอบข้าง

3.1 ครอบครัว ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานที่เล็กที่สุดของสังคม มีความสำคัญเป็นอันดับแรกในการสร้างลักษณะนิสัย บุคลิกภาพของบุคคล ถ้าครอบครัวมีสภาพไม่ปกติสุขมีความไม่เป็นระเบียบในครอบครัว เช่นครอบครัวแตกแยก พ่อแม่แยกกันอยู่ ละทิ้ง เลิกร้าง ครอบครัวอยู่อย่างไม่มีการช่วยเหลือเกื้อกูลทางจิตใจ ไม่มีความผูกพัน รักใคร่กัน มีภาวะวิกฤตเกิดขึ้นในครอบครัว เช่น หัวหน้าครอบครัวประสบอุบัติเหตุ ต้องโทษจำคุกหรือล้มละลาย ครอบครัวที่บิดามารดาทะเลาะวิวาทกันอยู่เสมอ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีผลทำให้เด็กขาดความรัก ความอบอุ่น มองโลกในแง่ร้าย เศร้าหมองอาจทำให้มีบุคลิกภาพแบบ dependent ซึ่งต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่เสมอ เมื่อเกิดความรู้สึกสูญเสียผิดหวังจะเกิดความรู้สึกผิดหวังอย่างรุนแรง โศกเศร้า เสียใจมากและนานกว่าคนธรรมดา (เป็นลักษณะของผู้ป่วยโรคประสาทซึมเศร้า) ซึ่งอาจใช้กลไกป้องกันตัวเองชนิด Introjection โดยรับเอาความที่ไม่ดีเข้ามาไว้ในตนเอง ความรู้สึกไร้ค่าและอารมณ์เศร้าจะเพิ่มมากขึ้น เป็นเหตุให้คิดอยากตายและพยายามฆ่าตัวตาย

นอกจากนี้ การอบรมเลี้ยงดูและความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและครอบครัว ก็มีผลต่อการพัฒนาด้านบุคลิกภาพและสุขภาพจิตของเด็กเช่นกัน เช่น แม่ซึ่งรักลูกมากเกินไป ปกป้องลูกมากเกินไป หวงแหนคอยดูแลลูกคอยช่วยเหลือควบคุมทุกสิ่งทุกอย่าง จะมีผลทำให้เด็กขาดความเป็นตัวของตัวเอง ไม่มีความมั่นใจในตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา (Dependent)

3.2 สภาพทางสังคม ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมมากมาย มีผลทำให้คนในสังคมต้องดิ้นรน แก่งแย่งแข่งขันเพื่อความอยู่รอดของคนและครอบครัว คนในชนบทก็มีการอพยพเข้าไปในเมืองหลวง ทำให้เกิดแหล่งเสื่อมโทรมและปัญหาต่างๆ ตามมาอีกมาก เช่น การว่างงาน ค่าครองชีพ ความยากจน สถานบริการทางสุขภาพอนามัยหรือทางการศึกษา ไม่เพียงพอ อาจก่ออาชญากรรมได้ง่าย

ในสังคมที่มีความวุ่นวายมากๆ หรือมีความไม่เป็นระเบียบในสังคมย่อมมีผลกระทบต่อบุคคลที่อยู่ในสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งจิตใจและอารมณ์ของคนในสังคมย่อมมีการผันแปรจากแรงกดดันรอบด้าน พบว่าความเจริญของบ้านเมืองมีขึ้นมากเท่าใด ตนในสังคมก็จะมีโอกาสป่วยด้วยโรคจิตและโรคประสาทมากขึ้นเท่านั้น ภาวะความตึงเครียด ความวิตกกังวลและวิกฤตการณ์ต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิต หากส่งผลกระทบกระเทือนต่อชีวิตเพียงเล็กน้อยก็สามารถจะอดทนและแก้ไขได้ แต่ถ้าเป็นเรื่องหรือวิกฤตเกินกว่าบุคคลนั้นจะสามารถแก้ไขได้หรือปรับตัวได้ก็อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย

3.3 สภาพทางเศรษฐกิจ เศรษฐกิจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลทำให้เกิดภาวะวิกฤตในการดำรงชีวิตของคนในสังคม ซึ่งได้แก่ ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ การว่างงาน ภาวะเงินฝืด เงินเฟ้อ

2.4 กระบวนการฆ่าตัวตาย และผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตาย

2.4.1 กระบวนการการฆ่าตัวตาย

เมื่อบุคคลต้องประสบกับการขาดความสัมพันธ์ หรือไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ เช่น การขาดเพื่อน การไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม การสูญเสียสถานภาพทางสังคม การล้มเหลวทางเศรษฐกิจ หรือมีปัญหาทางจิตใจ เช่น สูญเสียคนรัก ตลอดจนปัญหาสุขภาพ ทางกาย เช่น เบื่อหน่ายสภาพชีวิตที่ต้องทนทุกข์ทรมาน กับการเจ็บป่วยของตนเอง หรือ จากผลของยาบางชนิด เช่น ยาคลายประสาท สุรา ยาเสพติดต่างๆ เป็นต้น ความตึงเครียดต่างๆ เหล่านี้ จะมีผลทำให้บุคคลเกิดความคับข้องใจและวิตกกังวลสูง เมื่อไรก็ตามถ้าบุคคลเหล่านี้ประสบกับความล้มเหลวจากการปรับตัว ทางออกก็ คือ การฆ่าตัวตาย ทั้งนี้ก็เพื่อจะหนีจากความกดดันต่างๆ ที่ตนกำลังประสบอยู่ การฆ่าตัวตายจึงเปรียบเสมือนทางออกสุดท้ายจากผลของความล้มเหลวในการปรับตนต่อการแก้ปัญหา คนที่ฆ่าตัวตายจำนวนมากใช้วิธีฆ่าตัวตายในครั้งแรก ๆ เป็นสัญญาณเตือนภัย เป็นการประท้วงหรือเรียกร้องความสนใจจากคนข้างเคียงหรือสังคมรอบข้าง ดังนั้น การพยายามฆ่าตัวตายจึงเป็นเสมือนการร้องขอความช่วยเหลือ (Cry for help) หรือการประชดประชันสังคม ตามแนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ การฆ่าตัวตายเป็นการแสดงออกของสัญญาณแห่งความตาย (Death Instinct) ต่อตนเอง พื้นฐานของบุคคล เหล่านี้จะมีแรงขับเกี่ยวกับความก้าวร้าวรุนแรง ครั้นเมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่ต้องสูญเสียบุคคลหรือสิ่งของที่ตนรักไป ความโกรธหรือความรุนแรงเหล่านี้ จะพุ่งเข้าหาตนเอง (Introjection) กลายเป็นโกรธเกลียดลงโทษตนเองด้วยการ ทำร้ายตนเอง (self – injury) ถ้าในระดับรุนแรงก็คือการฆ่าตัวตาย

อาการของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

สุวนีย์ กิ่งแก้ว (2545) ได้สรุปอาการของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไว้ดังนี้ อาการแสดงของผู้ที่ฆ่าตัวตายไม่ได้แสดงออกอย่างชัดเจน หรือจัดกลุ่มอาการได้เช่นเดียวกับปัญหาจิตเวชประเภทอื่น ๆ แต่เป็นการประมวลอาการ และอาการแสดงที่มีข้อบ่งชี้หรืออแนวโน้มนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้มากดังนี้

1. บุคคลที่ฆ่าตัวตายส่วนมากได้พยายามส่งสัญญาณของความกดดัน และความทุกข์ต่าง ๆ ให้ผู้อื่นรู้ โดยเชื่อว่าเกือบ 2 ใน 3 ได้พยายามสื่อความตั้งใจจะตายให้ผู้อื่นรับรู้ ซึ่งการสื่อสารอาจตรงไปตรงมา เช่น บอกถึงวันที่ตนจะตาย หรืออาจไม่ตรงไปตรงมา เช่น กล่าวว่า "เธอคงไม่ต้องมาเหนื่อยกับฉันอีกต่อไปแล้ว"

2. ผู้ป่วยที่แสดงอาการเด่นชัดของอารมณ์เศร้า (Depression) โดยเชื่อว่าการคิดถึงการฆ่าตัวตายเกิดขึ้นได้สูงมากทุกช่วงเวลาที่มีอาการซึมเศร้า ซึ่งบุคคลส่วนมากอาจคิดว่า ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายจะเกิดสูงสุด ในช่วงที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการดีขึ้น (Recovery phase) เพราะผู้ป่วยเริ่มรับรู้ปัญหาตนเองและมีพลังที่จะฆ่าตนเองได้ แต่ในความจริงแล้ว ผู้ป่วยคิดถึงการฆ่าตัวตายได้ตลอดเวลาจึงไม่ควรไว้ใจ

3. บุคคลที่แยกตัวจากสังคม หรือแสดงท่าทีของความรู้สึกหมดหวัง (Hopelessness) โดยพบว่าร้อยละ 30 ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้สำเร็จมีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน และจากผู้ฆ่าตัวตายได้สำเร็จนี้ 1 ใน 6 รายมีการทิ้งข้อความของการจะฆ่าตัวตาย หรือวางแผนการฆ่าตัวตายเอาไว้

4. บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดต่าง ๆ รวมถึงการใช้แอลกอฮอล์ โดยพบว่าร้อยละ 40 ของผู้ฆ่าตัวตาย ตรวจพบว่ามีแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดถึงร้อยละ 90

5. ผู้ป่วยในระยะกลับบ้าน (Post hospitalization) ตอนที่เตรียมตัวออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยส่วนมาก ทั้งป่วยทางกายและทางจิตมักมีอาการต่างๆ ดีขึ้น แต่จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจะเริ่มมีความรู้สึกต่างๆไม่ดีอย่างรวดเร็วและทำการฆ่าตัวตายในช่วงติดตามผลการรักษาได้สูง ในช่วง 6 เดือน 1 ปี และ 2 ปี

สรุปอาการของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการเศร้าค่อนข้างรุนแรง อาการเด่นชัด เช่น เบื่อหน่าย ท้อแท้ รู้สึกเศร้า หดหู่ใจ เบื่อหน่ายเกือบทุกอย่าง รู้สึกไร้ค่าหรือหมดหวัง แยกตัวจากสังคม คิดมาก กังวลใจ ใจลอย ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ เป็นโรคจิตมี หูแว่วเป็นเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย มีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักอย่างปัจจุบันทันด่วน ติดสุราเรื้อรัง ใช้สารเสพติด คิดอยากตาย พยายามฆ่าตัวตายหลายครั้ง มีนิสัยหุนหันวู่วาม ควบคุมตนเองไม่ดี มีการวางแผนฆ่าตัวตายและมีสัญญาณเตือน โดยการพูดบ่นและเขียนจดหมาย เป็นต้น

ดังนั้นถ้าบุคคลรอบข้างไม่ว่าจะเป็นบิดา มารดา ญาติพี่น้องหรือเพื่อนสามารถให้ความอบอุ่นทางใจแก่บุคคลเหล่านี้ได้โดยการแสดงความเข้าใจ ใส่ใจ ยอมรับฟังความทุกข์ยาก และให้ความช่วยเหลือแบ่งเบาภาระเศร้าโศกเสียใจ ความคิดฆ่าตัวตายก็จะไม่เกิดขึ้นแต่ถ้าไม่มีผู้แบ่งเบาภาระเศร้าโศกเสียใจปล่อยให้ทุกข์แล้วทุกข์อีก เมื่อความทุกข์สะสมมากขึ้นก็จะทำให้เกิดความคิดอยากฆ่าตัวตาย (Suicidal idea) และต่อมาจะมีพฤติกรรมแสดงออกว่าจะฆ่าตัวตาย เพื่อเรียกร้องความสนใจหรือเพื่อขอความช่วยเหลือทั้งๆ ที่ยังไม่อยากตายจริง ผู้ป่วยอาจบอกให้ทราบว่าจะ ฆ่าตัวตาย แล้วทำให้เห็นจริง ๆ ในระยะนี้ยังไม่รุนแรงถึงขั้นตายจริง แต่ถ้าในระยะนี้ไม่ได้รับความสนใจหรือช่วยเหลืออีก ก็จะพยายามฆ่าตัวตายจริงๆ (Attempted Suicide) ด้วยวิธีการที่ รุนแรงกว่าเดิมแต่ยังมีความหวาดกลัวการฆ่าตัวตายอยู่บ้างถ้ามาถึงขั้นนี้ยังไม่มีใครเข้าใจ พฤติกรรมของเขา ในที่สุดก็จะทำการฆ่าตัวตายจริงๆ จนสำเร็จ

การฆ่าตัวตายหากกระทำไม่สำเร็จก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ดังนั้นการพิจารณาถึงสาเหตุของการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่ยังไม่มีสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งที่อธิบายการเกิดความคิดและการพยายามฆ่าตัวตายได้อย่างชัดเจน และเชื่อว่าไม่ได้เกิดจากสาเหตุเดียว แต่เป็นผลของความทุกข์จากหลายๆ สาเหตุด้วยกัน เป็นความคับข้องใจนานัปการ ที่ซับซ้อนกดดัน ทั้งในจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก ซึ่งแต่ละคนก็มีสาเหตุและความเป็นมาแตกต่างกันไปโดยเฉพาะการเกิดภาวะซึมเศร้า

2.4.2 ผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย จำแนกได้ดังนี้

1) ผลกระทบต่อผู้ป่วย คือทำให้อาจสูญเสียชีวิต อาจเกิดความพิการทางกาย หลอดอาหารตีบเนื่องจากดื่มสารล้างห้องน้ำ สมองเสื่อมจากการขาดออกซิเจนหลังผูกคอตาย อาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม จะมีอาการเบื่ออาหาร อ่อนล้า เหนื่อยง่าย น้ำหนักลด การนอนผิดปกติ รับประทานอาหารผิดปกติ เคลื่อนไหวช้า ความ

ต้องการทางเพศลดลง ผลกระทบด้านจิตใจ ทำให้สมาธิไม่ดี รับรู้ช้า คิดช้า มีความคิดแปลก ๆ ความจำเสื่อม ตัดสินใจไม่ได้ คิดซ้ำซาก รับรู้ตนเองต่ำ ผลกระทบด้านอารมณ์ ทำให้มีความวิตกกังวล สับสน หมดหวัง เศร้า เบื่อหน่าย และผลกระทบทางด้านสังคม จะทำให้สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลงแยกตัว ผลกระทบทางด้านแรงจูงใจ ทำมีปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่นหรือบางครั้งมีความต้องการฆ่าตัวตาย

2) ผลกระทบต่อครอบครัว ครอบครัวเกิดความรู้สึกเศร้าโศก โกรธตนเองที่ไม่สามารถช่วยชีวิตผู้ตายได้ โกรธผู้ตายที่ทอดทิ้งให้เผชิญปัญหาต่างๆ ตามลำพัง เกิดความรู้สึกสับสน ว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการกระทำเช่นนั้น รู้สึกเสียหน้าอับอายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เกิดความรู้สึกเป็นตราบาปและถูกปฏิเสธต่อสังคม เพราะต้องถูกสอบสวนจากเจ้าหน้าที่ตำรวจและการเสนอข่าวของสื่อมวลชน เกิดความตึงเครียดเกิดความรู้สึกผิด เกิดความขัดแย้งภายในครอบครัว เนื่องจากมีการตำหนิบุคคลบางคนในครอบครัว

3) ผลกระทบต่อสังคม เป็นภาระของสังคม อาจเกิดปัญหาติดสารเสพติด อาจก่อคดีลักทรัพย์ อาชญากรรมเกิดความเดือดร้อน วุ่นวายแก่สังคม มีผลต่อเศรษฐกิจและรายได้ของชุมชน (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ , 2546)

4) ผลกระทบด้านวิญญาณ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต ด้องสูญเสียบทบาทหน้าที่ ทำให้ความรู้สึกในคุณค่าตนเองลดลง อาจขาดรายได้จากความพิการ เพราะประกอบอาชีพไม่ได้ บางครั้งความพิการที่เกิดขึ้นถูกซักถามบ่อยครั้ง จึงเหมือนเป็นการตอกย้ำทำให้ลืมเรื่องในอดีตที่ผิดพลาดหรือเจ็บป่วยไม่ได้ (ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2546)

จากผลกระทบด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการพยายามฆ่าตัวตาย ส่งผลให้ผู้ที่พยายาม ฆ่าตัวตายมีความรู้สึกทางลบได้ง่าย ถ้าไม่ได้รับความช่วยเหลือจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง เกิดการสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ขาดแรงจูงใจ หมดความหวัง และคิดว่า การตายเปรียบเสมือนการหลีกหนีจากความเจ็บปวดที่เขาไม่ต้องการ จึงการเป็นพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำตามมา เพราะต้องการหลีกเลี่ยงปัญหาต่าง ๆ

2.5 การดูแลรักษาผู้พยายามฆ่าตัวตาย

มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์ (2545) กล่าวถึง การรักษา ผู้พยายาม ฆ่าตัวตายไว้ดังนี้

1. รักษาผลของพฤติกรรมการฆ่าตัวตายก่อน เช่น ถ้ากินยานอนหลับให้ล้างท้อง

2. ป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ต้องให้มีผู้ดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา

3. การรักษาทางจิตเวช ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายทุกรายควรได้พบจิตแพทย์ก่อนให้กลับบ้านเพื่อประเมินความเสี่ยง การรับไว้รักษาต่อ เป็นต้น ถ้าไม่มีจิตแพทย์ ผู้ดูแลควรทำดังนี้

-รับฟังผู้ป่วยให้โอกาสผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและเหตุผลที่ผู้ป่วยต้องการฆ่าตัวตาย

-ร่วมกันกับผู้ป่วยพิจารณาถึงพฤติกรรมการฆ่าตัวตายที่ผ่านมาและความคิดจะทำซ้ำการพูดถึงการฆ่าตัวตายกับผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมาจะไม่เร้าหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความคิดที่จะฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นแต่อย่างใด ตรงข้ามผู้ป่วยที่จะพยายามฆ่าตัวตายทุกรายยังมีความลังเล (Ambivalence) กับการตายเสมอ โดยส่วนลึกนั้นยังต้องการมีชีวิตอยู่ การได้มองหาทางออกของปัญหากับแพทย์จะทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจได้ดีขึ้น หากพบว่าผู้ป่วยมีโรคทางจิตเวชอยู่ ต้องให้การรักษาหรือส่งพบจิตแพทย์โดยเร็ว ติดต่อญาติหรือบุคคลที่อาจให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยในขณะนั้นให้ได้

2.6 แนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการดูแลช่วยเหลือ

ปราโมทย์ สุคนิชย์ และพิเชษฐ์ อุดมรัตน์ (2544) กล่าวถึง แนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการดูแลช่วยเหลือ

1. ควรประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยต่อไปนี้ มีโรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท โรคพิษสุราเรื้อรัง บุคลิกภาพผิดปกติแบบหุนหันพลันแล่น มีปัจจัยทางด้านสังคม เช่น หย่าร้าง มีปัญหาทางครอบครัว ปัญหาทางเศรษฐกิจ มีความเจ็บป่วยทางกาย มีความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากตัวโรค โรคระยะสุดท้าย เช่น HIV มีภาวะซึมเศร้า ท้อแท้ ทุกข์ทรมานใจ มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย

2. หากพบผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ควรถามถึงความถี่บ่อย และความรุนแรงของความคิด ตลอดจนการเตรียมแผนการต่าง ๆ

3. การพยาบาลผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้พยายามฆ่าตัวตาย

3.1 การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

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

1. การวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยที่สำคัญ คือการฆ่าตัวตาย พยาบาลจะต้องสังเกตพฤติกรรมที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย โดยสังเกตการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและอารมณ์ ซึ่งทำได้ง่ายกว่าพฤติกรรมแยกตัวเอง เนื่องจากผู้ป่วยจะบอกกล่าวปัญหาและแสดงพฤติกรรมให้เห็นเด่นชัด

2. ลดภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องไวต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยแสดงอาการซึมเศร้ารุนแรงไม่พูดคุย พยายามทำร้ายตนเอง หรือเมื่อแสดงอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือที่ถูกต้องทันท่วงที

3. การดูแลสุขภาพอนามัย ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรด้วยตนเอง และให้ได้รับการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล รวมทั้งการแต่งกาย การขับถ่าย การนอนและการรับประทานอาหาร

เนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความสนใจต่อตนเองในเรื่องเหล่านี้ การช่วยให้ร่างกายสะอาด แต่งกายเรียบร้อย สวยงามทำให้สดชื่นและมั่นใจขึ้น

4. การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไปนั้นทำได้ด้วยการให้โอกาสผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึกท้อแท้ เสียใจ สิ้นหวังและโทมนัส ยอมรับความคิดเห็น และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการค้นหาวิธีการเผชิญปัญหาในทางที่สร้างสรรค์ สร้างความหวังใหม่ให้แก่ผู้ป่วย เสริมความมีคุณค่าให้แก่ผู้ป่วยโดยการให้ผู้ป่วยมองหาข้อดีของตนเอง ข้อสำคัญ คือ จะไม่แนะนำให้ผู้ป่วยหนีความเศร้าด้วยการพูดคุยถึงเรื่องอื่นที่สนุกสนาน เพราะจะไม่ช่วยให้ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อตนเองดีขึ้นควรหลีกเลี่ยงการให้คำปลอบใจที่ ไม่เหมาะสมการเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วย (Empathy) จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและเกิดกำลังใจดีขึ้น

5. สังเกตผลจากการรักษา เช่น ยา หรือการบำบัดด้วยกระแสไฟฟ้า ทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมถึงการบันทึกน้ำหนักตัว เพื่อการติดตามต่อไป

6. การจัดกิจกรรมและสิ่งแวดล้อม กิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย คือ การออกกำลังกาย เช่น การวิ่งหรือ เล่นกีฬา เพราะจะช่วยให้ลดความตึงเครียด ช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรงและจิตใจก็สดชื่นด้วย การให้ทำงานบ้านประเภทล้างชาม ถูบ้าน จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าถูกลงโทษและผู้ป่วยจะรู้สึกไม่สบายใจ

7. ลดความรู้สึกผิด และเสริมความรู้สึกว่าตนมีคุณค่าและมีประโยชน์ โดยการได้ดูแลตนเองและมีงานอดิเรกทำจะช่วยให้เกิดความหวังและรู้สึกมีคุณค่าและยิ่งกิจกรรมที่ทำนั้นแสดงผลสำเร็จก็จะทำให้มีกำลังใจที่จะสู้ต่อไป

8. การเตรียมผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น จะต้องช่วยให้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นพิจารณาตัดสินใจด้วยตนเองมีการพบปะพูดคุยกับครอบครัวเพื่อวางแผนร่วมกัน

3.2 การพยาบาลและการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้พยายามฆ่าตัวตาย

การพยาบาลและการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้พยายามฆ่าตัวตาย สิ่งที่ยากลำบากก็คือการติดต่อสื่อสาร เพราะผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ลังเล ไม่ไว้วางใจใคร พยาบาลต้องรู้ เข้าใจ และตระหนักถึงจุดอ่อนของผู้ป่วย เพราะเจตคติของพยาบาลจะส่งผลต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นอย่างมาก หลักสำคัญในการดูแลผู้ป่วยควรยึดหลักดังนี้

1.ให้การยอมรับ โดยให้เวลาผู้ป่วยในการระบายความรู้สึกและพฤติกรรม ผู้ป่วยมักรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่ำ ผู้ดูแลควรหลีกเลี่ยงการตีความ การปฏิเสธ หรือวิพากษ์วิจารณ์

2. แสดงให้เห็นความจริงใจ โดยแสดงออกทั้งท่าทีและคำพูด

3. แสดงความเห็นอกเห็นใจและให้กำลังใจผู้ป่วย

4. อดทนในพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย

3.3 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ปัจจุบันรูปแบบการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้มีการพัฒนาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างรวดเร็ว มีคุณภาพ มากยิ่งขึ้น บุคลากรทางสาธารณสุขและแกนนำในชุมชน โดยเฉพาะพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการช่วยเหลือ ทั้งการบริหารจัดการ ส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู ดังนี้

กรณีผู้ป่วยมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER) และรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในมีแนวทางในการช่วยเหลือ ดังนี้

1.ให้การช่วยเหลือด้านร่างกายตามระดับความรุนแรงที่พบ เช่น ล้างท้อง ให้ยาและรับเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยใน

2. เมื่อรักษาอาการทางกายเสร็จสิ้นให้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และให้การช่วยเหลือตามผลการคัดกรอง

- ไม่มีภาวะซึมเศร้า ให้การช่วยเหลือ ดูว่ามีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ เช่น เครียด วิตกกังวล ถ้าพบว่ามีปัญหาสุขภาพจิต ให้การปรึกษาในกรณีไม่มีปัญหาสุขภาพจิตให้คำแนะนำทั่ว ๆ ไป และนัดมาติดตามต่อหลังจากกลับบ้านไป 2 สัปดาห์

- มีภาวะซึมเศร้าให้การช่วยเหลือ โดยรายงานแพทย์เพื่อการรักษาให้คำปรึกษา เฝ้าระวัง ดูแลใกล้ชิด เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าทุก 2 สัปดาห์ ถ้าพบว่า มีภาวะซึมเศร้าให้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร่วมกับวางแผนการจำหน่ายกลับบ้าน ให้คำแนะนำญาติในการเฝ้าระวังผู้ป่วย เมื่อกลับไปอยู่บ้านเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย และเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน โดยการนัดมาติดตามผล และส่งต่อพื้นที่ เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องหรือติดตามเยี่ยม

สรุปรูปแบบของการบริการสำหรับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายนั้น รูปแบบในปัจจุบัน ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลประมาณ 2 – 3 วัน พยาบาลได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลด้านร่างกายและแก้ไขปัญหาที่รีบด่วน เช่น การล้างท้อง การให้ยาและให้คำปรึกษา โดยอาศัยระบบบริการที่ให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงการดูแลรักษาจากโรงพยาบาลสู่ผู้ป่วยโดยตรง ทั้งในรูปแบบการดูแลที่รับไว้รักษาและไม่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยการให้คำปรึกษา และให้คำแนะนำญาติให้เฝ้าระวังที่บ้าน การเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และส่งผู้ป่วยเพื่อติดตามเยี่ยมต่อเนื่องในชุมชนและนัดหมายมาติดตามผล พร้อมทั้งแจ้งแหล่งช่วยเหลือฉุกเฉินที่สามารถติดต่อได้ทันทีเมื่อเกิดปัญหา

3.4 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้า

การดำเนินโครงการศึกษาเพื่อใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่มีภาวะซึมเศร้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยใช้สมรรถนะและกิจกรรมที่สะท้อนบทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse: APN) ทั้ง 8 สมรรถนะดังที่ สมจิต หนุเจริญกุล (2547) กล่าวไว้ดังต่อไปนี้

1. ความสามารถในการพัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย (Care Management) การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้วิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่รับบริการที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลลพบุรี นำข้อมูลด้านสถิติของผู้ป่วยที่มารับบริการ และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ให้การวินิจฉัยทางการพยาบาล และวิเคราะห์ปัญหาที่ซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของภาวะซึมเศร้า ในเรื่องความคิดด้านลบ และพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม เพื่อวางแผนในกิจกรรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

2. การดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือจิตเวชที่ซับซ้อน (Direct Care) ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของการเจ็บป่วยทางจิตเวชปัญหาหนึ่ง ถือเป็นภาวะวิกฤตที่รุนแรง ที่นับวันจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย โดยการประเมิน วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ซับซ้อน และให้การพยาบาล ประเมินสถานการณ์ปัญหา นำข้อมูลด้านระบาดวิทยา สถิติของผู้ป่วย ความสำคัญของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อนำมาวางแผนการช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดหรือข้อสรุปที่ไม่ถูกต้อง ช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาตนเองสู่ความคิดใหม่ที่มีความสมเหตุสมผลตรงตามสภาพความเป็นจริงทำให้ผู้ป่วยสามารถมองปัญหา หรือแปลความหมายที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆ ไปในรูปแบบอื่นที่สร้างสรรค์ขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยมีความคิด (ทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต) อารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสมซึ่งมีความแตกต่างในแต่ละบุคคล ดำเนินการให้การบำบัดแบบกลุ่ม โดยมีกรอบแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยต่างๆ เป็นแนวทางในการปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนและวิธีการในการบำบัดโดยใช้วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

3. ความสามารถในการประสานงาน (Collaboration) ประสานงานกับโรงพยาบาลลพบุรี คือ ผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลหอผู้ป่วยใน อายุรกรรมชายและหญิง และเจ้าหน้าที่ทั้งภายในวิชาชีพและเจ้าหน้าที่อื่นๆ โดยชี้แจงความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินงาน เพื่อประสานขอความร่วมมืออำนวยความสะดวกในการดำเนินการศึกษาโครงการศึกษาอิสระ

4. การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) โดยสอนและฝึกทักษะในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้าให้เกิดการเรียนรู้การเผชิญปัญหาที่ถูกต้อง

เหมาะสม เช่น เรียนรู้วิธีการคิดแบบใหม่ ฝึกใช้เทคนิคการเผชิญปัญหา ให้กำลังใจผู้ป่วย เมื่อเขาทำกิจกรรมได้ และแสดงความชื่นชม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจ และเห็นคุณค่าในตนเอง

5. ความสามารถในการเป็นที่ปรึกษาในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย (Consultation) ผู้ศึกษาเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วย และพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิงในการจัดการปัญหาของผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้า การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการสร้างแนวทางการบำบัดทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วย

6. การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) ผู้ศึกษาได้นำรูป แบบการบำบัดโดยใช้วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมาใช้ในการบำบัดดูแลผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นการสร้างรูปแบบการบำบัดเป็นแบบกลุ่ม ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดหรือข้อสรุปที่ไม่ถูกต้อง ได้พัฒนาตนเองสู่ความคิดใหม่ที่มีความสมเหตุสมผลตรงตามสภาพความเป็นจริงทำให้ผู้ป่วยสามารถมองปัญหาหรือแปลความหมายที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆ ไปในรูปแบบอื่นที่สร้างสรรค์ขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยมีความคิด (ทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต) อารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสม

7. ความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ผู้ศึกษาให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการบำบัดโดยใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม รวมทั้งการรักษาข้อมูล และความลับของผู้ป่วย

8. การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) จากทบทวนวรรณกรรม เอกสารวิชาการ และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายและมีภาวะซึมเศร้า เพื่อป้องกันความรุนแรงที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ ผู้ศึกษาจึงได้ทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นสาเหตุการฆ่าตัวตาย เพื่อค้นหาวิธีการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสม และพัฒนาระบบบริการงานสุขภาพจิตและจิตเวช และจัดทำการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best practice) สำหรับผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย

9. ความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ หลังการบำบัดในแต่ละครั้งผู้ศึกษาได้ทำการประเมินผลการบำบัด ว่าผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ ตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในแต่ละครั้งของการบำบัด โดยประเมินจากเนื้อหาแบบแผนความคิดจากแบบบันทึกความสัมพันธ์ระหว่างความคิด พฤติกรรม และอารมณ์ ประเมินผลการมอบหมายการบ้าน สังเกตสีหน้าและพฤติกรรมการแสดงออก และซักถามความรู้ ความเข้าใจ เพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจ ในการเรียนรู้ความสามารถในการนำไปใช้ หลังให้การบำบัดครบ 6 กิจกรรม ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าซ้ำ ในแบบประเมินชุดเดิมกับครั้งแรก เพื่อประเมินผลการให้การบำบัดรักษา

4. แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior therapy)

แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม แยกมาจากการปรับพฤติกรรมที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ โดยที่การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด จะจัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่อยู่ภายในคือความคิดหรือปัญญาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่อยู่ภายนอก (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) ซึ่งมีการประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้มาใช้ในการจัดการแก้ไขกับปัญหาที่เผชิญในชีวิต ได้แก่ 1) ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิค (classical conditioning) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงกระบวนการเรียนรู้พฤติกรรมที่เป็นการตอบสนองทางด้านสรีระวิทยาโดยตรง ไม่สามารถควบคุมบังคับได้ 2) ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบจัดกระทำ (operational conditioning) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมที่อยู่ภายใต้ความคุมของจิตใจ 3) ทฤษฎีการเรียนแบบทางสังคม (social modeling) อธิบายไว้ว่า พฤติกรรมสามารถเรียนรู้ได้โดยอาศัยการสังเกตและการเรียนแบบ 4) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางด้านความคิด (cognitive theory) Aron Beck เป็นผู้ริเริ่มพัฒนาทฤษฎีทางด้านความคิดและได้นำมาเป็นพื้นฐานของการบำบัดทางความคิด (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัยและพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549 ; Stuart and Laraia, 2005) เป็นจิตบำบัดที่มีโครงสร้าง มีเป้าหมายและทิศทางในการบำบัดที่ชัดเจนใช้ระยะเวลาสั้น การบำบัดมุ่งเน้นแก้ไขที่สาเหตุของภาวะซึมเศร้า คือ การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบซึ่งก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า

Beck ป็นจิตแพทย์ชาวอเมริกัน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญทางจิตวิเคราะห์มีความสนใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเป็นโรคจิต โดยเฉพาะเรื่องของอาการของโรคซึมเศร้า เพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาความผิดปกติทางจิตเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีปัญหาความผิดปกติด้านความคิด และอารมณ์ จนกระทั่งปลายปี 1950 ได้เริ่มนำการบำบัดทางปัญญาไปใช้บำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์และพฤติกรรมนิยมยังไม่สามารถอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) และยังเป็นการบำบัดทางปัญญา เพื่อแก้ไขปัญหาซึมเศร้าในปี 1963 Beck สังเกตเห็นว่า ปัญญา (cognition) เป็นองค์ประกอบสำคัญ ที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าซึ่งเป็นสิ่งที่นักจิตวิเคราะห์ไม่ได้ให้ความสนใจ เขาจึงทำการศึกษาเกี่ยวกับโครงสร้างของเนื้อหาทางความคิด ของคนไข้โรคจิต พบว่าโครงสร้างของเนื้อหาทางความคิดมีลักษณะที่สม่ำเสมอและเชื่อมโยงกับลักษณะอาการทางประสาทของคนเรา อาการซึมเศร้าก็เช่นกันและพบอีกว่าคนไข้โรคจิตมักจะมีลักษณะบิดเบือนทางความคิดอย่างเป็นระบบ ซึ่งการบิดเบือนที่เกิดขึ้นนั้น เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติควบคุมไม่ได้ (Beck, 1971 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549)

ผู้ศึกษาจึงนำการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่พัฒนามาจากการบำบัดทางปัญญาของ Beck, (1979) มาใช้ในการแก้ไขความคิดอัตโนมัติในทางลบเพื่อลดภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย

4.1 ความหมายของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

Beck et al. (1979) ให้ความหมายการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมว่า เป็นการบำบัดซึ่งมีลักษณะที่สำคัญคือ เป็นการบำบัดเชิงรุกและมีทิศทาง (active and directive) มีระยะเวลาในการบำบัดที่มีขอบเขต (time-limited) และมีรูปแบบโครงสร้างชัดเจน (structured) สามารถใช้บำบัดรักษาโรคทางจิตเวชได้หลากหลาย ได้แก่ โรคซึมเศร้า วิตกกังวล โรคกลัว โดยการบำบัดมีแนวคิดอยู่บนพื้นฐานที่ว่าอารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมของคนเราส่วนใหญ่แล้วขึ้นอยู่กับแนวทางการมองโลกของบุคคลนั้นๆ

Stuart and Laraia (2005) ให้ความหมายการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมว่าเป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน มีเป้าหมายในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน ผู้รับการรักษาจะต้องมีบทบาทในการวางเป้าหมายของการรักษาร่วมไปกับผู้บำบัดรักษาด้วย

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2549) ให้ความหมายการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมว่า หมายถึง จิตบำบัดระยะสั้นรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีโครงสร้างและมีกระบวนการในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน มีเป้าหมายของการรักษาเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นปัญหา โดยใช้เทคนิคต่างๆ ของการบำบัดทางจิตมาทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2549) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการนำกระบวนการทางความคิด พฤติกรรมและความรู้สึกมาประยุกต์ใช้ โดยช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ปรับเปลี่ยนเหตุผลมุมมองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์จากเดิมที่เคยบิดเบือน กลายเป็นมุมมองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ ที่ตรงตามความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น

กล่าวโดยสรุปว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นกระบวนการบำบัดที่เน้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนของตนเอง เป็นความคิดที่ถูกต้องเหมาะสม มีเหตุมีผล อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ ความรู้สึก มีพฤติกรรมที่เหมาะสม และสามารถปรับตัวต่อสภาพปัญหาอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม ตามสภาพความเป็นจริง

4.2 ความเชื่อของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

รูปแบบของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck นี้เชื่อว่า อารมณ์ที่ผิดปกติของคนเรานั้นเป็นผลมาจากการบิดเบือนความคิดหรือการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง นอกจากนี้ยังเชื่อว่าความรู้สึกและความคิดนั้นมีความสัมพันธ์กันและมักจะเสริมแรงซึ่งกันและกันจึงเป็นผลทำให้เกิดความบกพร่องทางอารมณ์และความคิดมากยิ่งขึ้น (Beck, 1971 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) Beck กล่าวว่าอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการคิด การเข้าใจ 3 สิ่ง (Cognitive Triad) ผิดพลาด ของสามสิ่งในที่นี้ หมายถึง ตนเอง โลกและอนาคต การคิดการเข้าใจที่ผิดพลาด (Cognitive Error) เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแบบแผนการคิดไปในทางลบ (Negative Thought Schema) (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) เช่นเดียวกับ ดวงมณี จงรักษ์ (2549) กล่าวถึงความเชื่อของการบำบัด

ทางความคิดและพฤติกรรมว่า ความรู้สึกและพฤติกรรมของบุคคลถูกกำหนดจากการประเมินการรับรู้สถานการณ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการรู้คิด ความคิดที่ส่งผลลบต่อตนเองมีส่วนทำให้มีอารมณ์เสีย และมีผลกับปฏิกิริยาทางสรีระ และมีผลกับพฤติกรรมโดยเฉพาะพฤติกรรมหลีกเลี่ยง

4.3 ระดับความคิด (Beck, 1995 อ้างถึงใน ดวงมณี จงรักษ์, 2549)

Beck ได้แบ่งความคิดของคนเราออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่

ความคิดอัตโนมัติ หมายถึง คลื่นของกระแสความคิดที่ไหลผ่านสมองอยู่ตลอดเวลา เช่น วันนี้ฉันคงส่งการบ้านไม่ทัน เที่ยงนี้ฉันจะกินข้าวที่..... เป็นต้น ความคิดเหล่านี้จะแทรกอยู่ระหว่างสถานการณ์และอารมณ์ต่างๆ ซึ่งการเข้าใจความคิดอัตโนมัติเป็นประตูสำคัญที่จะช่วยเปลี่ยนอารมณ์ เพราะสิ่งที่ทำให้เกิดอารมณ์คือ การรับรู้ความหมายที่บุคคลให้กับสถานการณ์

ความเชื่อขั้นกลาง หมายถึง ความคิดที่เกิดขึ้นตามหลังความคิดอัตโนมัติมีอิทธิพลต่อความคิดที่เกิดขึ้นระหว่างนั้น ความคิดที่เกิดขึ้นมักเป็นความเชื่อหรือกฎที่สุดโต่ง

ความคิดที่เป็นแกน หมายถึง ความคิดหลักเกี่ยวกับตนเอง คนอื่น และอนาคต ทั้งในแง่บวกและแง่ลบ ความคิดเหล่านี้มีรากฐานจากประสบการณ์ในวัยเด็ก ตัวอย่างในแง่บวก เช่น ฉันเป็นคนที่มีความสามารถ ในแง่ลบ เช่น สังคมเต็มไปด้วยอันตราย เป็นต้น

Schema หมายถึง โครงสร้างความคิดที่รวมเอาความคิดที่เป็นแกนไว้ด้วย ทำหน้าที่ควบคุมการประมวลข้อมูลในเรื่องราวต่างๆ บุคคลมี Schema หลายชนิด เช่น เรื่องเพศ ศาสนา วัฒนธรรม อาชีพ ฯลฯ Schema เหล่านี้จะถูกเร้าด้วยตัวกระตุ้นที่แตกต่างกัน ข้อมูลที่สอดคล้องกับข้อมูลเดิมใน Schema ถูกบรรจุเพิ่มเข้าไป ตอกย้ำโครงสร้างของ Schema ข้อมูลที่ไม่สอดคล้องจะถูกปฏิเสธ พยาธิสภาพเกิดขึ้นเมื่อระบบหรือแบบแผนความคิดไม่เป็นกลาง ทำให้มีการแปลสถานการณ์ไปในทางลบ เป็นความล้มเหลว สูญเสีย หรืออันตราย โดยที่บุคคลนั้นไม่รู้ตัว เมื่อใดที่เขาอยู่ในภาวะที่ความรู้สึก หรือสถานการณ์สอดคล้องกับแบบแผนความคิดที่มีอยู่ ระบบความคิดจะถูกกระตุ้นและทำให้การรับรู้และการแปลสถานการณ์ทั้งปัจจุบันและอนาคตถูกควบคุมโดยระบบที่ผิดพลาด (จันทิมา องค์โฆษิต, 2545) ตัวอย่างเช่น คนที่มีความรู้สึกซึมเศร้าต่อตนเองจะรับรู้ข้อมูลทางลบที่มีต่อตน และมองไม่เห็นหรือไม่รับรู้ข้อมูลทางบวก Schema สามารถปรับเปลี่ยนได้ ถ้าบุคคลมีประสบการณ์การเปลี่ยนแปลงทางบวกซึ่งเกิดขึ้นหลังจากที่เขาได้ปรับความคิดอัตโนมัติและความเชื่อที่เป็นแกนแล้ว

ความคิดอัตโนมัติด้านลบหรือ Automatic Thought เป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติทันทีทันใด ค่อนข้างไม่มีเหตุผลและค่อนข้างไม่เป็นไปตามความเป็นจริงสามารถเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าความคิดที่บิดเบือน (Cognitive Error) (Wright and Beck, 1995) แบบแผนการคิดด้านลบประกอบไปด้วยแบบแผนต่างๆ ดังต่อไปนี้ (Stuart, 2005; จันทิมา องค์โฆษิต, 2545)

1. การสรุปเหตุการณ์แบบครอบคลุมเรื่องอื่นที่นอกเหนือออกไป (Overgeneralization) เป็นความคิดที่ไม่แยกแยะเรื่องราว มีการอนุมานหรือสรุปอย่างไม่มีหลักฐานจากประสบการณ์เดียวโดยมองทุกอย่างรวมเหมือนกันไปหมด ถ้าเกิดเรื่องที่ไม่ดีขึ้นเรื่องหนึ่งก็คิดว่าทุกอย่างที่เกิดขึ้นต่อไปก็ต้อง

ไม่ดีไปหมด เช่น การได้ฟังข่าวว่าเครื่องบินตกเครื่องหนึ่งก็ทำให้คิดไปว่าการเดินทางทางอากาศนั้นไม่ปลอดภัยไปหมด หรือการที่เพื่อนคนหนึ่งไม่ชอบตน ก็กลายเป็นคิดว่าทุกคนไม่ชอบตนไปหมด เป็นต้น

2. นำเอาเหตุการณ์ภายนอกเข้ามาสัมพันธ์กับตนโดยไม่มีเหตุผล (Personalization) เป็นการแปลเหตุการณ์ สถานการณ์ หรือพฤติกรรมภายนอกว่าเป็นตัวแสดง หรือยืนยันให้เห็นว่าตนนั้นไม่ดี เช่น เมื่อผู้ป่วยได้รับรายงานว่าลูกสาวเรียนไม่ดี ก็กลับไปคิดว่า"ฉันผิดเองที่เป็นแม่ไม่ดี" แทนการพยายามหาต้นเหตุของปัญหา การคิดเช่นนี้นำไปสู่ความรู้สึกผิด การลงโทษตัวเอง ความละอายใจและความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า

3. มีการแปลความหมายเป็น 2 สิ่งที่ตรงข้ามกันชัดเจน (ดีทั้งหมดหรือไม่มีอะไรดีเลย) (Dichotomous thinking) เป็นความคิดในลักษณะขาวหรือดำไปหมด หรือต้องสมบูรณ์ บวกหรือลบไปหมดโดยที่ไม่จำเป็น เมื่อสถานการณ์ไม่สมบูรณ์แบบเต็มร้อยก็จะเห็นเป็นตรงกันข้าม เป็นความล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง เช่น เมื่อผลงานมีความผิดพลาดเพียงจุดเดียว ก็มองว่างานนี้ล้มเหลวไปหมด

4. การมองเหตุการณ์และการมองบุคคลไปในทางร้ายหรือการมองโลกในแง่ร้าย (Catastrophizing) เป็นความคิดแบบ Overgeneralization ที่รุนแรง มีการแปลสถานการณ์หรือเรื่องที่เกิดขึ้นให้รุนแรงสุดขีด เป็นความหายนะ เช่น การที่คิดว่าสอบเข้ามหาวิทยาลัยไม่ได้แปลว่าชีวิตนี้สิ้นหวัง หมดอนาคต หรือการที่คิดว่าไม่ได้เลื่อนขั้นแปลว่าหมดความก้าวหน้าในอาชีพแล้ว

5. การเลือกเก็บรายละเอียดโดยมีการสรุป โดยยึดเอารายละเอียดส่วนหนึ่งส่วนใด โดยไม่สนใจส่วนอื่น (Selective Abstraction) ความคิดนี้เป็นความคิดที่มุ่งเน้นแต่เรื่องราว ความทรงจำหรือความหมายที่เป็นลบอยู่อย่างเดียวโดยไม่สนใจกับเรื่องที่ดีหรือที่เป็นกลาง หรือมองว่าเรื่องที่ดีนั้นไม่มีความสำคัญ ไม่นับ เช่น ผู้ป่วยย้ำคิดและกลุ้มใจหลังจากที่เพื่อนร่วมงานคนหนึ่งได้ทักท้วงผลงานของผู้ป่วย ทั้งที่ผู้ป่วยได้รับคำชมจากนาย และเพื่อนร่วมงานคนอื่นๆ ว่าผลงานดีเยี่ยมเป็นต้น

6. การสรุปไปในทางลบโดยไม่มีเหตุการณ์สนับสนุน (Arbitrary Inference) เช่น หญิงคนหนึ่งสรุปว่า"เพื่อนๆ คงไม่ชอบฉันอย่างมาก" เพราะเธอไม่ได้รับบัตรอวยพรวันเกิดจากเพื่อน

7. การที่คิดว่ารู้ว่าอีกฝ่ายคิดอย่างไรกับตน (Mind Reading) เป็นการสรุป เดา หรือการอนุมานในทางลบเกี่ยวกับความคิด ความเจตนาหรือสิ่งที่คลใจผู้อื่นโดยไม่มีหลักฐานมาสนับสนุนเช่น "พวกเขาต้องคิดว่าฉันอ้วนและน่าเกลียด"

8. การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์บางอย่างอย่างมากหรือน้อยเกินไป (Magnification / Minimization) เป็นความคิดเกี่ยวกับปัญหาหรือความผิดพลาดของตนเองถูกมองแบบขยายให้ใหญ่โตเกินความเป็นจริง (Magnification) เช่น การคิดว่าตนเองไม่เก่งเลย เพื่อนร่วมงานทุกคนเก่งกว่าตนเองหมด เป็นการขยายความคิดว่าตนไม่เก่ง จนมองว่าเพื่อนทุกคนเก่งกว่าตน

9. ความคิดที่ว่าทุกอย่างต้องสมบูรณ์แบบ (Perfectionism) เป็นการคิดที่บังคับตนเองว่าเรื่อง "ควร" หรือ "ต้อง" หรือ "น่าจะต้อง" เป็นไปตามความคาดหวังหรือความปรารถนาของตน เช่น

นักดนตรีที่ต้องเล่นเพลงที่ยากมากคิดว่าตนเอง "ต้อง" เล่นไม่พลาดเลยแม้แต่โน้ตเดียวย่อมรู้สึกผิดหวังในตนเองละอายใจหรือรู้สึกผิดได้เมื่อเกิดความผิดพลาดเพียงเล็กน้อย

10. การให้คุณค่าแก่คนใดคนหนึ่งโดยยึดรูปลักษณ์ภายนอก (Externalization of Self-Worth) เช่น "ฉันต้องดูดีตลอดเวลา"

4.4 เป้าหมายการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ และความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล การให้เหตุผลที่ไม่ถูกต้อง และการมองตนเองในด้านลบ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549; Stuart, 2005) หรือเป็นการทดแทนการประเมินเหตุการณ์เหตุการณ์ในชีวิตที่บิดเบือน ไปสู่การประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่ตรงกับความเป็นจริง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) และยังเป็นการบรรเทาอาการซึมเศร้า และป้องกันการกลับมีอาการซ้ำโดยช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาและทำการทดสอบความคิดด้านลบ (negative cognition) ช่วยให้ผู้ป่วยสร้างแบบแผนของการคิด แบบแผนอื่นๆ โดยต้องเป็นแบบแผนที่ยืดหยุ่น ช่วยผู้ป่วยซักซ้อม การคิดที่เกิดขึ้นใหม่และพฤติกรรมที่กำเนิดขึ้นใหม่ (Sadock and Sadock, 2003)

4.5 เทคนิคของการบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy**)** ที่พัฒนาขึ้นโดย เบคและคณะ (Beck et al., 1979) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การสอนผู้ป่วย (Didactic) เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive technique) และเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior technique) (Sadock and Sadock, 2003; สุชาติ พหลภาคย์, 2542) คุณลักษณะของผู้บำบัดเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการรักษา ผู้บำบัดจะต้องมีความอบอุ่น ยอมรับและเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยด้วยความจริงใจ มีความซื่อสัตย์ต่อตนเองและต่อผู้ป่วย จะต้องมีความสามารถในการใช้ทักษะและการมีปฏิสัมพันธ์ไปกับผู้ป่วย จะต้องมีการกำหนดระเบียบวาระ (agenda) ก่อนเริ่มต้นในแต่ละครั้ง มีการมอบหมายการบ้านในระหว่างการบำบัดแต่ละครั้ง และมีการสอนทักษะใหม่ ทั้งผู้ป่วยและผู้บำบัดจะต้องมีส่วนร่วมมือกันในการดำเนินการในการบำบัด ส่วนประกอบของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ (Sadock and Sadock, 2003; สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

ขั้นตอนที่ 1 การสอนผู้ป่วย (Didactic Aspects) หมายถึง ผู้บำบัดอธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับแบบแผนการคิดของผู้ป่วย (cognitive triad) โครงสร้างความคิด (schema) ที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย โดยผู้บำบัดจะต้องบอกผู้ป่วยให้รู้ถึงวิธีการและตั้งสมมุติฐานเกี่ยวกับการคิดในเรื่องใดเรื่องหนึ่งแล้วร่วมกันทดสอบสมมุติฐานที่ตั้งขึ้น และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ซึมเศร้ากับความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และเหตุผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 2 เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive Techniques) มี 4 ขั้นตอน คือ

1. การสกัดความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (eliciting automatic thought) ของผู้ป่วย หรือการค้นหา automatic thought ความคิดชนิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ หมายถึง cognition ที่คั่นอยู่ระหว่างเหตุการณ์ภายนอกที่มากระทบ (external event) ปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่มีต่อเหตุการณ์นั้น (สุชาติ พหลภาคย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003) ผู้รักษาควรฝึกให้ผู้ป่วยสังเกตผลที่เกิดขึ้นตามมาภายหลัง

เหตุการณ์ภายนอกที่มากระตุ้น ผู้ป่วยอาจรายงานเหตุการณ์ต่างๆ ที่ทำให้ไม่สบายใจหรือไม่พอใจอย่างไม่มีเหตุผลอธิบาย (วีรวุฒิ เอกมงคลกุล, 2537) โดยใช้การบันทึกด้วยตนเองซึ่งส่วนใหญ่จะใช้แนวคิด ABC ของ Ellis โดย A หมายถึง สภาพการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น B หมายถึง ความคิดหรือความเชื่อต่อสภาพการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น C หมายถึง สภาวะอารมณ์ที่เป็นผลมาจากความคิดหรือความเชื่อต่อสภาพการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) หรือ ABCs of Behavior (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549; Stuart, 2005)

2. การทดสอบความคิดชนิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (testing automatic thought) ผู้รักษาทำหน้าที่เป็นครูช่วยผู้ป่วยทดสอบว่าความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติของผู้ป่วยมีความแม่นตรงหรือมีความสมเหตุสมผลหรือตรงตามความเป็นจริงเพียงใด ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ หรือเป็นการค้นหาตีความที่เป็นไปได้อย่างอื่น (alternative possible interpretation) หรือเป็นการค้นหาว่าความคาดหวังของผู้ป่วยถูกต้องสมเหตุสมผลเพียงใด ผู้รักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกความคิดที่ผิดพลาด (inaccurate) เกินความจริง (exaggerated) ที่มักจะเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003) การตรวจสอบความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติช่วยให้ผู้ป่วยมีการแก้ไข ปรับเปลี่ยนความคิดที่เกิดขึ้นอัตโนมัติให้เหมาะสม โดยการวิเคราะห์ความคิดทัศนคติ การให้ความหมายของผู้ป่วยต่อปัญหาหรือสถานการณ์นั้นๆ เป็นการสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นถึงความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่สมเหตุสมผล และความคิดที่มุ่งแต่จะโทษตัวเอง ตระหนักถึงความคิดที่ไม่ถูกต้องแล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน (Beck et al., 1979)

3. พิสูจน์หามูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม (identifying maladaptive assumption) ในขณะที่ผู้ป่วยและผู้รักษาช่วยกันสกัดและทดสอบความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติผู้รักษาช่วยกันสกัดและทดสอบความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ผู้รักษามักจะพบมูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสมที่มีอยู่ในการคิด การเข้าใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยยึดมูลบทหรือข้อสันนิษฐานเป็นเกณฑ์มูล (underlying rule) ในการดำเนินชีวิตจนเกิดความคิดอัตโนมัติที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่พอใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองล้มเหลวและมีอารมณ์ซึมเศร้าตามมา (สุชาติ พหลภาคย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003) ในขั้นตอนนี้ Beck et al., 1979 จะเป็นการปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อให้ผู้ป่วยมีมุมมองในการคิดที่ยืดหยุ่น สมเหตุสมผล ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น โดยปรับเปลี่ยนความคิดได้จากปัจจัยเหตุของปัญหา (reattribution) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีความคิดอัตโนมัติในทางลบเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา (decatastrophizing) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมองสิ่งเร้าหรือประสบการณ์ที่ประสบ แล้วแปรความที่บิดเบือนไปในทางลบคาดการณ์ถึงเฉพาะแต่ผลลัพธ์ในทางลบ มองว่าปัญหาไม่สามารถแก้ไขได้ จึงไม่คิดหาแนวทางแก้ไขปัญหา

4. วิเคราะห์มูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม (analyzing maladaptive assumption) ขั้นตอนนี้จะคล้ายกับการทดสอบความคิดชนิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ คือเป็นการที่ผู้รักษาช่วยผู้ป่วยทดสอบว่ามูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ผู้ป่วยมีนั้นไม่เหมาะสมหรือไม่ถูกต้อง ในขั้นตอนนี้จะมีวิธีการอีกวิธีหนึ่งก็คือการชวนผู้ป่วยให้ป้องกัน (defend) ตนเองว่ามูลบทหรือข้อสันนิษฐานดีแล้วหรือยังมีมูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ดีอย่างอื่น (สุชาติ พหลภาคย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003) ในขั้นตอนนี้ Beck et al., 1979 จะเป็นการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนความคิดได้ โดยมีเข้าใจและแยกแยะความคิดอัตโนมัติในทางลบ สิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ และค้นหาแนวทางในการแก้ปัญหา เป็นวิธีการเพื่อให้ผู้ป่วยมองปัญหาในแง่มุมใหม่ ซึ่งมีลักษณะของการคิด การตีความปัญหา และวิธีการเผชิญปัญหาในแนวทางอื่น

ขั้นตอนที่ 3 เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior Techniques)

เทคนิคการปรับพฤติกรรมที่ใช้ในการบำบัดทางปัญญามีอยู่ด้วยกันหลายเทคนิค (Beck et al., 1979) เช่น

1. การจัดกิจกรรม (scheduling activity) การจัดกิจกรรมจะทำให้ผู้มีภาวะซึมเศร้ามีแรงกระตุ้นในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดอาการเฉื่อยชา หมกมุ่นกับความคิดทางลบของตนเอง ลดความคิดที่ว่าไม่สามารถในการทำสิ่งต่างๆ

2. การให้คะแนนความสำเร็จ และความพึงพอใจในการทำกิจกรรม (mastery and pleasure techniques) การให้คะแนนความสำเร็จและความพึงพอใจในการทำกิจกรรมเป็นการทำให้ผู้รับการบำบัดมีอารมณ์ที่ดีขึ้น แม้ว่าจะเป็นการชั่วคราวเป็นการให้ผู้รับการบำบัดได้ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์และพฤติกรรม ของตนเอง

3. การมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอน (graded task assignment) จะต้องมีการประเมินความสามารถของผู้รับบำบัดก่อนแล้วจึงมอบหมายงานที่เหมาะสม

4. การทำการบ้าน (Homework) ผู้บำบัดใช้เทคนิคของการมอบหมายการบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ หรือหัดมีทักษะใหม่ๆ เพราะการที่ผู้ป่วยได้หัดทำแทนการฟังและพูดในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมการให้ผู้ป่วยทำการบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้การควบคุมอาการของตน

4.6 กระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งมีกระบวนการในการบำบัด 2 ขั้นตอนมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (Stuart, and Laraia, 2005; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

3.6.1 ขั้นประเมินประเมินความคิดและพฤติกรรม เป็นกระบวนการบำบัดที่สำคัญที่สุดในการประเมินผู้ป่วย ผู้บำบัดจะประเมินสิ่งที่แสดงออก (actions) ความคิด (thoughts) และ ความรู้สึก (feeling) ของผู้ป่วยในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย การประเมินจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล และระบุปัญหาจากข้อมูล การระบุพฤติกรรมที่เป็นปัญหารวมถึงวิธีการวัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การระบุ

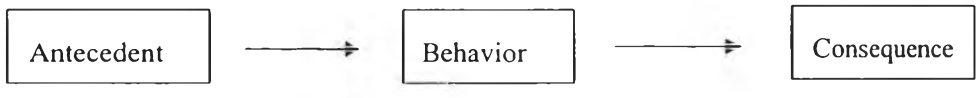
ปัญหาของผู้รับการบำบัดที่ดี ควรมีความถูกต้องชัดเจนที่สุด เบื้องต้นควรประเมินปัญหาของผู้ป่วยด้วยคำถามต่อไปนี้

ปัญหาคืออะไร? ปัญหาเกิดขึ้นที่ไหน? ปัญหาเกิดเมื่อใด? ใครหรืออะไรทำให้เกิดปัญหาขึ้น? ผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นคืออะไร? พยาบาลสามารถประเมินถึงความถี่ ความรุนแรงและระยะเวลาของการเกิดปัญหา หลังจากนั้นจะเป็นการค้นหาประสบการณ์ของผู้ป่วยในปัญหานั้นๆ โดยอาศัยการวิเคราะห์พฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน (ABCs of Behavior)

สิ่งที่เกิดขึ้นก่อน (Antecedent) หมายถึง สิ่งกระตุ้นหรือสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนพฤติกรรมนั้นๆ

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง สิ่งที่บุคคลนั้นพูดหรือกระทำ หรือแสดงออกมาให้เห็นได้

ผลที่ตามมา (Consequence) หมายถึง ผลที่เกิดจากการแสดงพฤติกรรมนั้นซึ่งจะมีผลทั้งด้านลบและด้านบวกเมื่อมีสิ่งเร้าเกิดขึ้นบุคคลจะแสดงพฤติกรรมต่างๆ ออกมาทำให้เกิดผลของการแสดงพฤติกรรมนั้น สามารถแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง A, B และ C ได้ดังนี้



Phases of behavior (Stuart, 2005: 658)

นอกจากนี้การประเมินประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีต่อปัญหาอาจกระทำได้โดยใช้ ABCs of Treatment ซึ่งประกอบด้วย

อารมณ์ (Affective) หมายถึง อารมณ์และความรู้สึกที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำที่แสดงออกมาให้เห็นได้

ความคิด (Cognitive) หมายถึง ความคิดที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

ส่วนประกอบทั้ง 3 ด้านนี้มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน อารมณ์มีผลต่อความคิด ความคิดมีผลต่อการกระทำ และการกระทำมีผลต่ออารมณ์ความรู้สึก การประเมินส่วนประกอบทั้ง 3 ด้านนี้มีส่วนในการทำความเข้าใจปัญหาและแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.6.2 ขั้นปฏิบัติการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด โดยทั่วไปการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดจะเน้นการจัดกระทำ 4 ประการ ได้แก่ การเพิ่มกิจกรรม (increasing activity) โดยเน้นให้ผู้รับการบำบัดเป็นผู้กระทำ การลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ (reducing unwanted behavior) เน้นที่พฤติกรรมที่เป็นปัญหาเท่านั้น การเพิ่มความพึงพอใจ (increasing pleasure) การจัดกระทำต้องเกิดจากความพึงพอใจของผู้รับการบำบัด และเพิ่มทักษะทางสังคม (enhancing social skills) เน้นการสร้างเสริมทักษะในการมี

ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และผู้บำบัดสามารถใช้วิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย 3 วิธี ที่สามารถผสมผสานเชื่อมโยงวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมได้ดังนี้

1. วิธีการลดความวิตกกังวล (anxiety reduction) การลดความวิตกกังวลถือเป็นเทคนิคที่นำมาใช้ในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยทำได้หลายวิธี ดังนี้

1.1 การฝึกการผ่อนคลาย (relaxation training) เป็นวิธีการลดความตึงเครียดและความวิตกกังวล หลักการของเทคนิคนี้ ได้แก่ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการตึงของกล้ามเนื้อ วิธีการที่สามารถนำมาใช้ผ่อนคลาย

1.2 การใช้เครื่องวัดสัญญาณทางชีวภาพ (bio-feedback) ที่ใช้กัน ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต ความตึงของกล้ามเนื้อ อุณหภูมิของร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยทราบว่าขณะนี้มีความตึงเครียดหรือความวิตกกังวลมากน้อยเพียงใด

1.3 การลดความไวในการตอบสนองต่อสิ่งที่กลัวอย่างเป็นระบบ (systematic desensitization) เป็นการลดพฤติกรรมการถอยหนีจากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความรู้สึกกลัว โดยให้ผู้ป่วยค่อยๆ เผชิญกับสิ่งที่กลัวอย่างเป็นระบบ

1.4 การเผชิญความกลัวสูงสุดในทันที (flooding) เป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดด้วยการเผชิญกับสิ่งที่กลัวโดยตรง ในระดับสูงสุดในสถานการณ์จริงในทันทีโดยไม่มีการฝึกผ่อนคลายหรือการให้เผชิญสิ่งที่กลัวตามลำดับขั้น ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกกลัวสูงสุดหลังจากนั้นจะลงจนหมดไป ผู้ป่วยจะเรียนรู้และเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ที่กลัวนั้นได้

1.5 การไม่ให้กระทำพฤติกรรมเพื่อลดความกลัวหรือความกังวล (response prevention) เป็นการให้ผู้ป่วยเผชิญกับสิ่งที่กลัวหรือกังวล โดยไม่ให้กระทำพฤติกรรมเพื่อลดความกลัวหรือความกังวลนั้นๆ

2. วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (cognitive restructuring) ซึ่งการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้คือ

2.1 การตรวจสอบความคิด อารมณ์ ความรู้สึก (Monitoring thoughts and feelings) การปรับเปลี่ยนความคิดเริ่มต้นด้วยการค้นหาสิ่งที่จะเป็นตัวเสริมแรงและก่อให้เกิดความคิดที่ไม่เหมาะสมและพฤติกรรมที่เป็นปัญหายังคงอยู่ ขั้นตอนที่สำคัญในลำดับแรก ได้แก่ การช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักรู้และสามารถคอยตรวจสอบความคิด และอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย โดยให้บันทึกความคิดที่ไม่เหมาะสมที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน

2.2 การถามถึงหลักฐานยืนยัน (questioning the evidence) เป็นขั้นที่สองของการบำบัด ได้แก่ การที่ผู้ป่วยและผู้บำบัดช่วยกันตรวจสอบหลักฐานที่ยืนยันหรือสนับสนุนความเชื่อของผู้ป่วย รวมไปถึงการตรวจสอบแหล่งที่มาของผู้ให้ข้อมูลด้วย ผู้ป่วยมักจะให้น้ำหนักของแหล่งข้อมูลที่สนับสนุนความคิดที่บิดเบือน จึงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสซักถามผู้บำบัดครอบครัว

และสมาชิกอื่นๆ เพื่อพิสูจน์ข้อมูลที่ผู้ป่วยตีความไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตีความได้อย่างถูกต้องและตรงกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น

2.3 การตรวจสอบทางเลือกอื่นๆ (examining alternatives) ผู้ป่วยมักจะรู้สึกว่าตนเองไม่มีหนทางแก้ไขปัญหา ขั้นตอนนี้ผู้ให้การบำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยระดมคิดวิธีการแก้ไขปัญหาหลายๆ วิธี ออกมาด้วยตนเอง ผู้บำบัดช่วยเหลือในการให้ข้อเสนอแนะวิธีการหรือแนวทางแก้ไขปัญหาที่มีประโยชน์ให้ผู้ป่วยลองพิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา

2.4 ลองให้คาดการณ์ถึงสถานการณ์ที่รุนแรงที่สุด (decatastrophizing) เป็นเทคนิคที่ให้ผู้ป่วยลองคาดการณ์ถึงสถานการณ์รุนแรงที่สุดที่อาจเกิดขึ้น ผู้บำบัดจะใช้คำถามเพื่อให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวน ประเมินสถานการณ์รุนแรงที่คาดว่าอาจจะเกิดขึ้นนั้นเป็นอย่างไร สถานการณ์เลวร้ายที่สุดที่อาจเกิดขึ้นได้แก่อะไรบ้าง ถ้าสถานการณ์นั้นเกิดขึ้นจริงจะจัดการหรือแก้ปัญหาได้หรือไม่ แล้วจะจัดการอย่างไร

2.5 การเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (reframing) เป็นวิธีเปลี่ยนมุมมองการรับรู้สถานการณ์ หรือพฤติกรรมซึ่งได้แก่การช่วยให้ผู้ป่วยได้มองปัญหาในมุมมองที่แตกต่างไปจากเดิม การให้ผู้ป่วยได้มองปัญหาในแง่มุมทั้งในข้อดีและข้อเสีย จะช่วยพัฒนาให้ผู้ป่วยมีมุมมองต่อปัญหาอย่างรอบด้าน

2.6 การหยุดความคิด (thought stopping) ปัญหาของผู้ป่วยบางปัญหาทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหยุดคิดได้ หรือเลิกคิดได้ยาก เทคนิคการหยุดความคิด สามารถใช้ได้ดีในความคิดที่เป็นปัญหาในระยะเริ่มต้น ในระยะเริ่มต้นผู้ให้การบำบัดจะช่วยผู้ป่วยในการหยุดความคิดโดยให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหาและความคิดที่เป็นปัญหา และให้ผู้ป่วยนึกถึงปัญหานั้นๆ และผู้บำบัดก็จะบอกให้ผู้ป่วยว่า “หยุด” เพื่อให้ผู้ป่วยหยุดความคิดที่กำลังคิดถึงปัญหานั้นอยู่ เมื่อผู้ป่วยสามารถหยุดความคิดนั้นได้แล้ว จึงให้ผู้ป่วยนำไปใช้หยุดความคิดในปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง

3. วิธีการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ (learning new behavior) เน้นการสร้างพฤติกรรมใหม่ในผู้ป่วย โดยมีวิธีการต่างๆ ดังนี้

3.1 การเลียนแบบ (modeling) หมายถึง วิธีการที่ใช้เพื่อสร้างรูปแบบของพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการให้เกิดขึ้น เพิ่มทักษะต่างๆ ที่ดีที่ต้องการและลดพฤติกรรมการหลีกหนี โดยให้ผู้ป่วยสังเกตบุคคลที่แสดงพฤติกรรมที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นพฤติกรรมที่ดี

3.2 การปรับแต่งพฤติกรรม (shaping) เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ โดยอาศัยวิธีการเสริมแรง (reinforcement) ดังเช่น การให้ความสนใจ หรือการให้คำชมเมื่อผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่ดีที่เหมาะสม

3.3 การให้เบี้ยอรรถกร (token economy) อาศัยหลักของการเสริมแรงหรือการให้รางวัลเมื่อผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่ดีเหมาะสม โดยจะให้สิ่งที่สามารถนำไปแลกตัวเสริมแรงที่เขาพอใจได้ เช่น ให้เหรียญเมื่อผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสม

3.4 การแสดงบทบาทสมมติ (role playing) ช่วยให้ผู้ป่วย ได้มีโอกาสฝึกซ้อมการทำพฤติกรรมที่รู้สึกว่ายากหรือลำบาก และได้รับข้อมูลย้อนกลับจากผู้บำบัด

3.5 การฝึกทักษะทางสังคม (social skills training) ทักษะทางสังคมเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับการมีชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นๆ ในสังคมปัญหาทักษะทางสังคมมักจะพบเสมอในผู้ป่วยทางจิตเวชหลายๆ ราย อาจจะใช้วิธีการชี้แนะแนวทาง (guidance) การแสดงให้เห็น (demonstration) การฝึกปฏิบัติ (practice) การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) มักใช้ในผู้ป่วยที่ขาดทักษะทางสังคม และขาดความเชื่อมั่นในตนเองและผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความโกรธ

3.6 การให้สิ่งที่ไม่พึงพอใจ (aversive therapy) เป็นการช่วยลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการโดยให้สิ่งที่ไม่น่าพึงพอใจหลังจากมีพฤติกรรมที่ไม่ต้องการให้เกิดขึ้น เช่น อาจจะให้ผู้ป่วยดีดหนังยางที่ข้อมือให้เจ็บ เมื่อมีการย้ำคิดเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ไม่ต้องการเกิดขึ้น

3.6.3 ระยะเวลาในการบำบัด

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนั้นไม่กำหนดระยะเวลาและความถี่ของการบำบัดแต่ละครั้งที่แน่นอน ซึ่งเป็นจิตบำบัดระยะสั้น อาจกำหนดจำนวนครั้งในการบำบัดตั้งแต่ 4-20 ครั้ง (Fennell, 1990; Wright & Beck, 1999) อย่างไรก็ตามพบว่าการบำบัดในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะประสบความสำเร็จได้ตั้งแต่จำนวนครั้งของการบำบัดที่น้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยและปานกลาง และมีการกำหนดปัญหาในการบำบัดที่ชัดเจน (Fennell, 1990; Gloaguen et al., 1998) การบำบัดในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงและเรื้อรังอาจกำหนดจำนวนครั้งในการบำบัดที่ยาวนานขึ้น (Wright & Beck, 1999)

5. แนวคิดการบำบัดแบบกลุ่มของ Marram (1978)

5.1 การแบ่งระยะในการบำบัด Marram ได้แบ่งระยะบำบัดแบบกลุ่มเป็น 3 ระยะ

5.1.1 ระยะเริ่มต้นหรือระยะการสร้างสัมพันธภาพ (Introductory Phase) เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่ม และสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่มต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกในตอนเริ่มต้นของกลุ่ม แสดงให้เห็นทั้งคำพูด และการกระทำว่าต้องการช่วยเหลือสมาชิกอย่างจริงใจ อธิบายให้กลุ่มเข้าใจวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่ม ระยะเวลา สถานที่ และแนวทางในการปฏิบัติของสมาชิก ผู้นำกลุ่มควรส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันอย่างอิสระ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตร และมีความมั่นคงปลอดภัย

5.1.2 ระยะดำเนินการ (Working Phase) เป็นระยะที่สมาชิกมีความไว้วางใจและมั่นใจในกลุ่ม มีความใกล้ชิดสนิทสนม กล้าระบายความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกมุ่งสนใจปัญหา ยอมรับว่าตนเองมีปัญหา ร่วมกันค้นหาและเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา โดยสมาชิก

ในกลุ่มคอยช่วยเหลือสนับสนุน ระยะนี้สมาชิกกลุ่มมีบทบาททั้งการเป็นผู้ให้และผู้รับจะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ผู้นำกลุ่มมีบทบาทสำคัญในการทำให้กลุ่มบรรลุเป้าหมาย เสริมสร้าง
กำลังใจ ความมั่นใจของสมาชิก สนับสนุนให้กลุ่มได้อภิปราย และนำแนวทางแก้ไขปัญหาที่ได้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน ต่อไป

5.1.3 ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม (Terminating the Group) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มช่วยให้สมาชิกในกลุ่มประเมินความคาดหวัง ความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาคนเอง และความสำเร็จของกลุ่ม ก่อนสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรจะบอกให้สมาชิกทราบล่วงหน้า และพยายามชี้แนะประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อสิ้นสุดการทำกลุ่ม

5.2 การคัดเลือกสมาชิกกลุ่มขึ้นอยู่ที่ความต้องการของสมาชิก วัตถุประสงค์ของการทำกลุ่ม และลักษณะของสมาชิกกลุ่มควรเป็นผู้ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาคัดเลือกสมาชิกกลุ่ม คือผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้าตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck ที่มีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ถึงระดับมาก ผลดีของการรวมกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน คือเกิดการมีความเป็นสากล การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้ตระหนักว่า คนทุกคนมีปัญหาเหมือนกันหมด ยังมีเพื่อนที่มีความทุกข์ และรุนแรงกว่า การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง จากการเรียนรู้จริง สมาชิกได้มีส่วนร่วมกันในการแก้ปัญหา มีโอกาสให้ข้อคิดต่อสมาชิกในกลุ่ม มีความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือ และเห็นความสำคัญของคนอื่นตามความรุนแรง หรือความทุกข์ทรมานมากกว่าตนเอง สมาชิกมีโอกาสได้รับคำแนะนำจากผู้นำกลุ่ม และเพื่อนสมาชิกในการเผชิญปัญหาต่างๆ เกิดการยอมรับว่าการคิดของบุคคลต่างกัน ความรุนแรงของปัญหาและการมองปัญหาต่างกัน การเข้าใจว่าทำไมตนเองจึงคิดและรู้สึกเช่นนั้น ค้นพบและเกิดการยอมรับตนเองในสิ่งที่ตนเองไม่รู้ และไม่เคยยอมรับมาก่อน

5.3 จำนวนสมาชิก ขึ้นอยู่กับปัจจัย เช่น อายุของสมาชิกกลุ่มประสบการณ์ของผู้นำกลุ่ม ประเภทกลุ่ม และปัญหาที่ต้องการ หากจำนวนสมาชิกน้อยเกินไปอาจรู้สึกอึดอัด หรือหากมีจำนวนสมาชิกกลุ่มมาก แต่ละคนจะมีโอกาสพูดน้อย ความคิดเห็นหลากหลาย และอาจเกิดกลุ่มย่อย ทำให้เกิดผลเสียในการทำกลุ่ม ทั้งนี้มีผู้ให้ความเห็นที่แตกต่างกัน เช่น Clark (1979) เห็นว่าควรมี 4-12 คน Marram (1978) เห็นว่ากลุ่มควรประกอบด้วยสมาชิก 8-12 คน ส่วนStuart & Laraia (2001) กล่าวว่าจำนวนสมาชิกที่เหมาะสมคือ 7-10 คน

5.4 ลักษณะการรับสมาชิกกลุ่ม จำแนกกลุ่มตามลักษณะได้ 2 ประเภท (Marram, 1978)

5.4.1 กลุ่มปิด (Closed Group) คือ กลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกเดียวกันตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งปิดกลุ่ม สมาชิกจะพบกันไปเรื่อยๆ โดยไม่มีการรับสมาชิกใหม่เพิ่ม มีข้อดี คือ กลุ่มจะมีการพัฒนาก้าวเข้าสู่ช่วงของการแก้ปัญหา ซึ่งจำเป็นต้องใช้ระยะเวลา และความผูกพันของสมาชิกกลุ่ม การมีสมาชิกใหม่จะขัดขวางต่อการพัฒนากลุ่มได้

5.4.2 กลุ่มเปิด (Open Group) คือกลุ่มที่มีสมาชิกบางคนออกไปแล้ว และมีการรับสมาชิกใหม่เข้ามาแทนที่เป็นระยะๆ จนกระทั่งปิดกลุ่ม การเปิดรับสมาชิกใหม่นี้จะส่งผลให้กลุ่มได้ประโยชน์ในการเพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก เกิดมุมมองใหม่ๆจากการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้จัดประสบการณ์ในการทำกลุ่มจำนวน 6 ครั้ง แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะการสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม จัดโครงสร้างของกลุ่มเป็นแบบปิด ให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้า เกิดความผูกพัน ความไว้วางใจ เกิดการเรียนรู้ และมีการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งเป็นปัจจัยบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม จากแนวคิดการบำบัดแบบกลุ่มของ Marram (1978) สามารถนำมาปฏิบัติร่วมกันกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมได้

6. โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้า

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการเกิดภาวะซึมเศร้า การพยายามฆ่าตัวตาย และการประยุกต์แนวทางการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า จากโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของสุภาวดี ธัมมะรักขิต (2550) ที่ได้พัฒนาตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของ Beck et al. (1979) เพื่อนำมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายและมีภาวะซึมเศร้าแบบกลุ่ม ผู้ศึกษาได้ยึดโครงสร้างและเนื้อหาในการบำบัดตามโปรแกรมเดิมของ สุภาวดี ธัมมะรักขิต แต่มีการปรับเปลี่ยนช่วงระยะเวลาของการดำเนินการให้มีความเหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้มีปัญหาพยายามฆ่าตัวตาย โดยปรับเปลี่ยนระยะเวลาดำเนินกิจกรรม จากสัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกันนาน 6 สัปดาห์ เป็นสัปดาห์ละ 2 ครั้งในวันจันทร์และพฤหัสบดี ครั้งละหนึ่งกิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ตามข้อตกลงของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากระยะเวลาในการรับไว้ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายเฉลี่ย 2-3 วันและจากสถิติรายงานของกลุ่มงานจิตเวชโรงพยาบาลลพบุรีที่นัดหมายติดตามผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์พบว่าผู้ป่วยมาตามนัดเพียง 34 รายจากจำนวนผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด 266 รายคิดเป็นร้อยละ 12.8 ซึ่งทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติยากต่อการเฝ้าระวังและติดตาม ผู้ศึกษาจึงวางแผนการพบผู้ป่วยครั้งแรกที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม (ชาย,หญิง) หลังจากผู้ป่วยรับไว้ในหอผู้ป่วยเป็นวันที่ 2 เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า เมื่อพบผู้ป่วยมีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 17-30 คะแนน ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าร่วมโปรแกรม และเมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมโดยมีการยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร จึงนัดผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรม การบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม โดยรวบรวมรายชื่อผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลในเดือนกุมภาพันธ์ และมีนาคม 2552 จำนวน 20 คน เพื่อดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งในวันจันทร์และวันพฤหัสบดี ครั้งละ 1 กิจกรรม ดำเนินการ 3 ขั้นตอนประกอบด้วย 6 กิจกรรม กิจกรรมละ 60-90 นาที ทำให้ในการศึกษาครั้ง

นี้ผู้ศึกษาได้ให้การบำบัดด้วยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นรายกลุ่ม แก่ผู้ที่ฆ่าตัวตาย ที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 6 ครั้ง ซึ่งถือว่ามีความเพียงพอในการทำให้เกิดประสิทธิผลต่อการบำบัด เนื่องจากการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถทำได้ตั้งแต่ 4-12 ครั้ง (สุชาติ พหลภาคย์, 2547) วัตถุประสงค์ของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมคือ ให้ผู้รับการบำบัดค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ และเปลี่ยนแปลงความเชื่อความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล การให้เหตุผลที่ไม่ถูกต้อง (อรพรรณ ลือบญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549; Stuart, 2005) ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบ ต่อเหตุการณ์ในชีวิตที่บิดเบือน สู่ชีวิตที่ตรงกับความเป็นจริง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) โปรแกรมการบำบัดประกอบด้วยกิจกรรม ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินพฤติกรรมความคิด สร้างความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของความคิดลบหลัก 3 ประการ ซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า และผลที่ตามมาจากภาวะซึมเศร้า เป็นการเตรียมความพร้อมในการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับเหตุผล วิธีการ และแนวทางของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องภาวะซึมเศร้า ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับแบบแผนความคิดอัตโนมัติทางลบ

ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิด ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ และทดสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ ซึ่งเป็นกระบวนการที่จะนำไปสู่ วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ และการประเมินพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับความคิดอัตโนมัติด้านลบ

กิจกรรมที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา ฝึกวิธีการสร้างความคิดใหม่ และเรียนรู้พฤติกรรมใหม่

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 5 ทบทวนการสกัดความคิดด้านลบ และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ โดยการฝึกวิธีการสร้างความคิดใหม่ และเรียนรู้พฤติกรรมใหม่จากสถานการณ์ตัวอย่าง

กิจกรรมที่ 6 การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมถาวร ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ยุติโปรแกรมการศึกษา แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึก ปัญหาอุปสรรค ข้อสงสัยหลังการนำทักษะที่ได้รับการพัฒนาไปใช้ของสมาชิกแต่ละคน ประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ และวัดภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมี ดังนี้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และภาวะซึมเศร้า

สกาวรัตน์ พวงลัดดา (2545) ศึกษาการปรับพฤติกรรมทางปัญญาในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า เป็นกรณีศึกษาจำนวน 1 รายมีการนัดผู้ป่วยทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง พบว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าดีขึ้นกว่าก่อนการปรับพฤติกรรมทางปัญญา มีความคิดทางบวกมากขึ้น เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากการคิดในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

อัญชลี ฉัตรแก้ว (2548) ศึกษาผลของการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงลดลงกว่าก่อนการเข้ารับการบำบัดทางปัญญา และเมื่อศึกษาในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนการเข้ารับการบำบัดทางปัญญา และคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญาทันทีและระยะติดตามหลังการบำบัดทางปัญญาสิ้นสุดลง 2 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกัน

สุจิตรา กฤติยาวรรณ (2548) ได้พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคล โดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งหลังจากที่นักศึกษาได้รับการให้คำปรึกษาแล้วพบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง และจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่านักศึกษามีการพัฒนาด้านความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล มีความคิดด้านบวกและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

กุลธิดา สุภาคุณ (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้า ผู้ของป่วยโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่าภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุภาณี กิตติสารพงษ์ (2550) ศึกษาการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการให้การปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการมีความรู้และทักษะในการให้การปรึกษาตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เพิ่มขึ้นจากเดิม เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการอบรมและผู้เข้ารับการอบรมให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โดยเฉลี่ย คนละ 2 คนเมื่อเปรียบเทียบระดับอารมณ์ซึมเศร้าของผู้ป่วยหลังให้การปรึกษา พบว่า ระดับอารมณ์ซึมเศร้าลดลง

Tian Oei., Bullbeck and Cambell (2006) ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการคิดในระหว่างที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 168 คน ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เป็นเวลา 12 สัปดาห์ มีการประเมินด้วยแบบวัด ATQ, DAS และ BDI จำนวน 3 ครั้งคือ ก่อนการบำบัด ระหว่างการบำบัด และ

ระยะสิ้นสุดการบำบัด พบว่า ความเชื่อที่ไม่เหมาะสม ความคิดอัตโนมัติด้านลบและอาการของโรคซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญระหว่างที่ได้รับการบำบัด

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย

ไพรัตน์ พฤกษชาติคุณากร (2535) ศึกษาผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2522 – 2530 โดยศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติและบัตรตรวจโรค ผลการวิจัยพบว่ามีจำนวนทั้งสิ้น 920 ราย จากจำนวนผู้ที่มารับบริการทั้งหมด 2,375,309 ราย คิดเป็นอัตราส่วน 1:2582 เป็นชาย 517 ราย (ร้อยละ56.2) อัตราส่วน ชาย : หญิง เท่ากับ 1.28:1 ส่วนใหญ่อายุ 15 - 29 ปี วิธีการที่ฆ่าตัวตายที่ใช้มากที่สุด คือ การกินยาหรือสารพิษ (ร้อยละ 88.3) ปัจจัยกระตุ้นให้ฆ่าตัวตาย คือ ความขัดแย้งระหว่างบุคคล 213 ราย ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่ทราบสาเหตุมีการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทก่อน ฆ่าตัวตาย 171 ราย (ร้อยละ 18.6) ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมี 114 ราย เป็นชาย 72 ราย (ร้อยละ 63.2) คิดเป็นอัตราส่วน ชาย : หญิง เท่ากับ 1.71:1 อัตราส่วนผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ต่อผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ เท่ากับ 8.07:1

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2538) ได้ศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายในเด็กและวัยรุ่น พบว่า วัยรุ่นที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ พบร้อยละ 95 มีโรคทางจิตเวชร่วมด้วยโดยเฉพาะโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรงและโรคซึมเศร้าเรื้อรัง แต่ในกลุ่มควบคุมนั้นพบโรคทางจิตเวชเพียงร้อยละ 28 นอกจากนี้พบว่าร้อยละ 7 มีการใช้สารเสพติด และร้อยละ 70 มีพฤติกรรมเกเร

ธนา นิลชัยโกวิทย์ และ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง (2540) ได้ศึกษาความคิดอยากฆ่าตัวตายในประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจ สภาวะสุขภาพจิตของประชาชนเขตหนองจอก ผลการวิจัยพบว่า มีความชุกของความคิดอยากฆ่าตัวตายร้อยละ 5.3 เป็นชาย 396 ราย หญิง 430 ราย อายุ 20 – 92 ปี อายุเฉลี่ย 40.2 ปี ร้อยละ 68 นับถือศาสนาอิสลาม ส่วนใหญ่แต่งงานแล้ว ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษา และ มีรายได้อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำถึงปานกลาง

ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ และคณะ (2541) ได้ศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายและความคิดอยากตายในผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 40 ราย พบว่ามีอายุเฉลี่ย 67 ปี ช่วงอายุที่มากที่สุด คือ 65 – 69 ปี อัตราส่วน ชาย หญิง เท่ากับ 1: 1.1 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ 2 ใน 3 มีสถานภาพคู่ และมีระดับการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 95 มีโรคทางกายร่วมด้วย ส่วนใหญ่ร้อยละ 82.5 ไม่เคยรับการรักษาทางจิตเวช ร้อยละ 80 ไม่ใช้สารเสพติดในปัจจุบัน ร้อยละ 85 ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ร้อยละ 70 มีความคิดอยากตายแต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำ ในกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตาย วิธีการที่ใช้บ่อยที่สุด 4 ใน 12 ราย คือการกินยาที่ได้รับจากแพทย์ รองลงไปคือ การแขวนคอ ผูกคอ พบ 3 ใน 12 ราย ปัจจัยที่ผู้ป่วยเชื่อว่าเป็นสาเหตุสำคัญของความคิดอยากตาย เนื่องมาจากปัญหาครอบครัว

ร้อยละ 47.5 รองลงมาคือทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทางกาย ร้อยละ 30 การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชส่วนใหญ่ร้อยละ42.5 มีภาวะการปรับตัวผิดปกติกับมีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล

เสาวนีย์ พัฒนอมร (2544) ได้ศึกษาความเข้าใจของนักจัดรายการวิทยุเกี่ยวกับปัญหา ฆ่าตัวตายในวัยรุ่นพบว่า ผู้ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ต้องการจะตายเพราะรู้สึกว่าไม่มีทางออกหรือทางเลือกที่ดีกว่านี้ ร้อยละ 87.17 และผู้คิดฆ่าตัวตายมีอารมณ์ซึมเศร้าร้อยละ 84.62

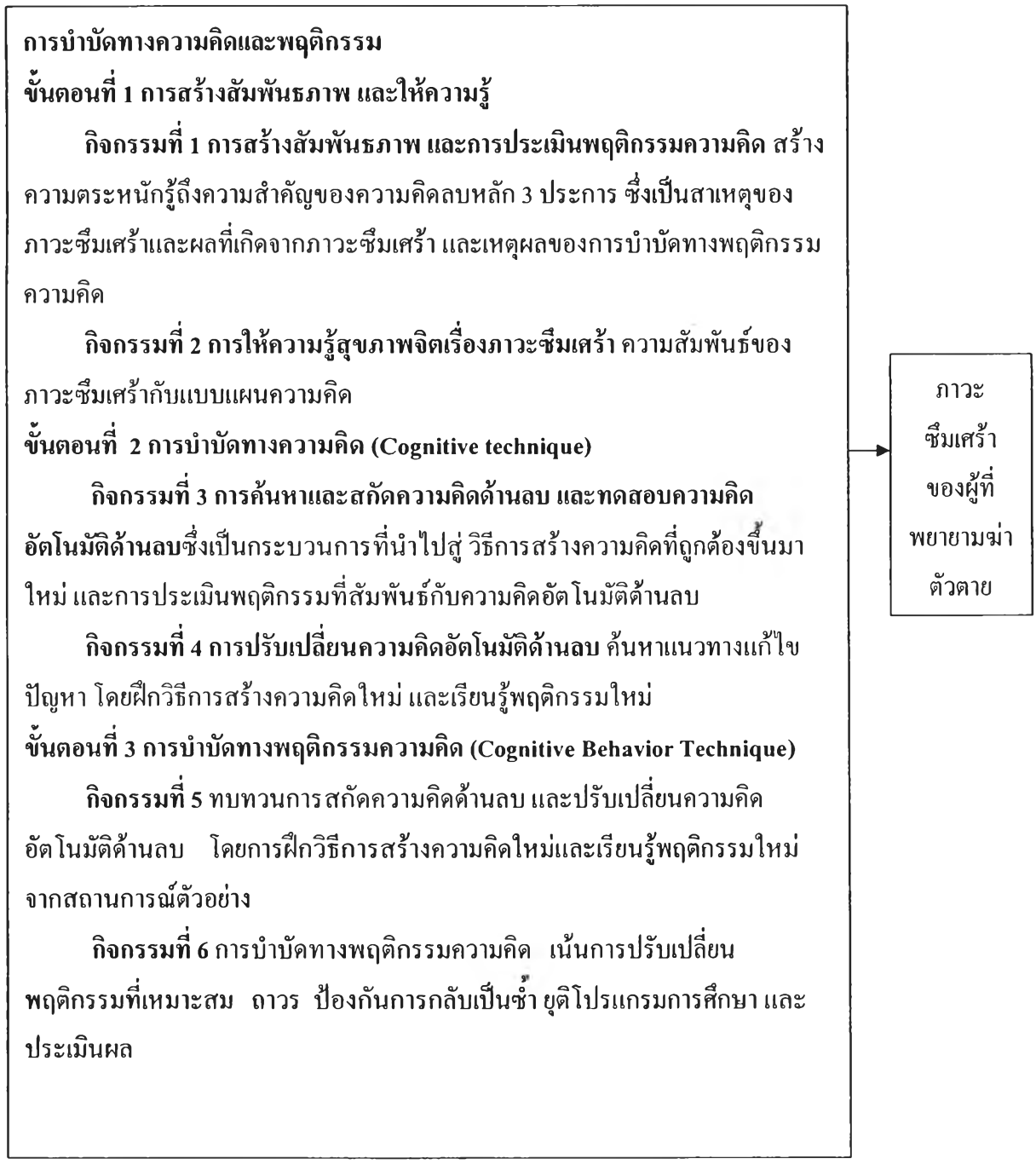
ศุภรัตน์ เอกอัศวิน (2545) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสมุทรสงคราม พบลักษณะประชากรของผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีอายะระหว่าง 15 -24 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2.3 เท่า จบการศึกษาระดับประถมศึกษา สถานภาพคู่อยู่ด้วยกัน อาชีพรับจ้าง มีความเพียงพอของรายรับ ปัจจัยด้านประชากรที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ บุคลิกภาพ สุรา เคยฆ่าตัวตายมาก่อน เคยมีอาการโรคจิต มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ เมื่อมีปัญหามักไม่ปรึกษาคนอื่นใช้วิธีเงียนระบาย

ดรุณี เลิศปรีชา (2545) ศึกษาการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง และผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตรายด้านทุกด้าน ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและการดูแลตนเองโดยทั่วไป มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

Andrew & Lewinsohn (1992) อ้างถึงใน วราภรณ์ วรรณพิรุณ (2545: 36) ได้ศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่น พบว่า วัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายจะพบร่วมกับภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติด และมีพฤติกรรมก้าวร้าว ส่วนปัจจัยเสี่ยง คือเป็น ผู้หญิงอยู่บ้านที่ไม่มีบิดา บิดามีการศึกษาน้อย เคยพยายามฆ่าตัวตาย และมีความผิดปกติทางจิตเวช

Gregory (1994) อ้างถึงใน วราภรณ์ วรรณพิรุณ (2545 : 36) ศึกษาผู้ป่วยเอสกิโมที่พยายามฆ่าตัวตาย 53 ราย ผลการวิจัยพบว่า มี 32 คน หรือร้อยละ 60 สูญเสียบิดาหรือมารดาไปเมื่ออายุ 1 – 18 ปี ร้อยละ 66 ของ 32 คนนี้เป็นการสูญเสียที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยอายุ 4 -12 ปี แยกเป็นการสูญเสียเนื่องจากบิดามารดาถึงแก่กรรม 19 ราย และเนื่องจาบิดามารดาย้ายที่อยู่แล้วไม่ติดต่อผู้ป่วยอีก 26 ราย

Hawton (1995) อ้างถึงในเสาวลักษณ์ เกศนาคินทร์ และคณะ (2544) ศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายของนักเรียนในมหาวิทยาลัยออกฟอร์ด ศึกษาจากนักเรียนผู้หญิงจำนวน 119 คน นักศึกษาชายจำนวน 97 คน ที่ส่งไปรักษาตัวที่โรงพยาบาล เนื่องจากสาเหตุพยายามฆ่าตัวตาย ในระหว่างภาคการศึกษาปี 1976 – 1990 พบว่าปัญหา คือ ปัญหาการปะทะกันระหว่างบุคคลโดยเกิดจากเพื่อน ปัญหาเรื่องการเรียน บุคลิกภาพและภาวะซึมเศร้า

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมักเป็นวัยรุ่นและวัยหนุ่มสาว มีทั้งสถานภาพสมรสโสดและมีครอบครัว เพศหญิงมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย ส่วนวิธีการที่ใช้ในการพยายามฆ่าตัวตายมักใช้วิธีการกินยาหรือสารพิษ ปัญหาส่วนใหญ่ที่เป็นปัจจัยทำให้เกิดการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่คือปัญหาชีวิตสมรส ส่วนในวัยรุ่นคือ ปัญหาการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม ความขัดแย้งระหว่างบุคคล สภาพครอบครัวแตกแยก และพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีโรคซึมเศร้าร่วมด้วย

กรอบแนวคิดการศึกษา