

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
 - 1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - 1.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า
 - 1.3 ระดับของภาวะซึมเศร้าและอาการแสดง
 - 1.4 การประเมินภาวะซึมเศร้า
 - 1.5 การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้า
 - 1.6 การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า
2. แนวคิดเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตาย
 - 2.1 ความหมายของการฆ่าตัวตาย
 - 2.2 ประเภทของการฆ่าตัวตาย
 - 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย
 - 2.4 ผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตาย
 - 2.5 การดูแลรักษาผู้พยายามฆ่าตัวตาย
 - 2.6 แนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการดูแลช่วยเหลือ
 - 2.7 บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการพยาบาลผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย
3. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย
4. แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล และอารมณ์
 - 4.1 การพัฒนาวิธีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์
 - 4.2 เป้าหมายของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์
 - 4.3 ขั้นตอนการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์
 - 4.4 บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์
5. โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ ของผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย
 - 6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์และภาวะซึมเศร้า

1.แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าถูกใช้ในหลาย ๆ ความหมายเช่น เป็นสภาวะทางอารมณ์หรือปฏิกิริยาตอบสนอง เป็นอาการ อาการแสดง กลุ่มอาการ และเป็นโรคหรืออาการผิดปกติทางคลินิก (Stuart, 2001) ภาวะซึมเศร้าเป็นการแสดงออกถึงอารมณ์และความรู้สึกหงอยเหงา เศ็ง เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ หมดหวัง เกิดขึ้นเมื่อมีการสูญเสีย ผิดหวัง มีสถานการณ์ที่น่าสลดใจและเกิดเป็นครั้งคราว แล้วหายไปเอง สามารถทำงานหรือกิจกรรมอื่น ๆ ให้เป็นผลสำเร็จได้ ถือว่าเป็นอารมณ์ปกติที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันของทุกคนในตลอดช่วงชีวิต (ศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2546; Townsend, 1999) และยังหมายรวมถึงภาวะการตอบสนอง หรือการปรับตัวที่ผิดปกติต่อการสูญเสียเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยและมีมานานแล้ว (Stuart, 2001) การปรับตัวที่ผิดปกติต่อการสูญเสียทำให้เกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกผิดและความรู้สึกไร้ค่า มีลักษณะของความรู้สึกเศร้าหมอง อาจเป็นส่วนหนึ่งของการเจ็บป่วยอื่น ๆ (McPhee, Papadakis, & Tierney Jr., 1996; Videbeck, 2001; Townsend, 1999) ภาวะซึมเศร้า จึงเป็นสภาวะทางจิตใจที่เกี่ยวกับอารมณ์เศร้า มีความรู้สึกเศร้า สิ้นหวัง ขาดความสนใจและความสนุกสนานในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และอาจมีอาการทางร่างกายร่วมด้วยเช่น ความต้องการในการรับประทานอาหารเปลี่ยนไป แบบแผนการนอนถูกรบกวน สมาธิลดลง มีความคิดเกี่ยวกับการตายหรือฆ่าตัวตาย (Eggenberge, Hawoth, Munden, & Stockslager, 2002)

นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าหมายถึง ภาวะที่จิตใจหม่นหมอง เศร้า ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ต่ำหนิตนเอง ความรู้สึกนี้คงอยู่เป็นเวลานาน และเกี่ยวพันกับความสูญเสีย (สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย, 2536) ซึ่งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจและหมดอารมณ์สนุกสนานเพลิดเพลินหรือหมดอาลัยตายอยาก เป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไปจนมีผลกระทบในด้านสังคมและอาชีพ ทำให้มีพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไปกลายเป็นคนแยกตัวเงียบซึม และสมรรถภาพในการเรียนหรือทำงานลดลง โดยมีอาการร่วมในด้านต่าง ๆ คือ อาการทางร่างกาย (vegetative) เช่น รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ น้ำหนักลด ทางพฤติกรรมคำพูด (psychomotor) เหม่อลอย คิดช้า พูดช้า เคลื่อนไหวช้า แยกตัวไม่ยอมพบหน้าหรือพูดคุยกับใคร อาการทางความคิด (cognitive) คิดเรื่องร้าย ๆ มองโลกมองสภาพทุกอย่างในด้านลบไปหมด ขาดสมาธิ และขาดความมั่นใจในตนเอง วิตกกังวล ติดสินใจไม่ได้แม้แต่ในเรื่องเล็กน้อย ท้อแท้ รู้สึกตนเอง ไร้ค่า มีความคิดอยากตายหรือฆ่าตัวตาย (ดวงใจ กสานติกุล, 2536, 2542) นอกจากนี้Beck(1967) ได้กล่าวไว้ว่าภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการ และอาการแสดง (depression as a syndrome or symptom-complex) ที่มีความเบี่ยงเบนในด้านอารมณ์ ด้าน

ความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม โดยมีอาการเศร้า หดหู่ มีความคิดในทางลบต่อตนเอง ต่ำหนิตนเอง รู้สึกตนเองไร้ค่า ท้อแท้ หมดหวัง แยกตัวจากสังคม ไม่สนใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีความคิดอยากตาย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าที่กล่าวมาข้างต้น ภาวะซึมเศร้าเป็นคำที่สามารถใช้อธิบายในความหมายที่แตกต่างกันตามระดับความซับซ้อนของพยาธิสภาพทางด้านจิตใจ ซึ่งมี 3 ความหมาย ดังนี้ (Beck, 1967)

1. ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจหรือมีอาการเศร้า ที่เกิดขึ้นได้ชั่วคราว (transient state of sadness) ในคนทั่วไปเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์บางอย่างที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ เศร้าใจหรือหมดหวัง

2. ภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการและอาการแสดงที่แปรปรวนในด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม (depression as a syndrome or symptom-complex) คือมีอาการเศร้า เหนงา หดหู่ มีความคิดในทางลบต่อตนเอง ต่ำหนิตนเอง หลีกหนีจากสังคม เก็บตัว มีความต้องการที่จะตาย มีการเปลี่ยนแปลงของการทำกิจกรรมคือ มีอาการกระวนกระวาย หรือเซื่องช้า และมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น น้ำหนักลด เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ทั้งนี้เกิดจากความผิดปกติของพยาธิสภาพทางด้านจิตใจ ซึ่งมีระดับความผิดปกติ ตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงรุนแรงตามพยาธิสภาพของจิตใจ ภาวะซึมเศร้าในความหมายนี้อาจจะเป็นกลุ่มอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นร่วมกับโรคทางจิตเวชอื่นหรือโรคทางกาย ซึ่งมีระยะของการเกิดอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าหลังจากเจ็บป่วยด้วยโรครดังกล่าวแล้ว แต่ไม่ได้หมายความถึงโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของแพทย์ แม้ว่าการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็คในแบบที่ 2 (Beck Depression Inventory II [BDI II]) จะมีการปรับระยะเวลาในการประเมิน อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าอาจเทียบเคียงภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงกับโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตครั้งที่ 4 (DSM-IV) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันได้ก็ตาม (Burt & IsHak, 2002)

3. ภาวะซึมเศร้า หมายถึง โรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของแพทย์ ซึ่งจะมีอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า มีช่วงระยะเวลาการเกิดอาการและอาการแสดง มีการพยากรณ์โรค การตอบสนองต่อการรักษา และสามารถคาดคะเนถึงสาเหตุของการเกิดโรคได้ และการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตครั้งที่ 4-TR (DSM-IV-TR) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA cited in Sadock & Sadock, 2003) มีเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ดังนี้คือ มีอารมณ์เศร้าเกือบตลอดเวลา และเป็นติดต่อกันเกือบทุกวัน หรือความกระตือรือร้น ความรู้สึกสนุกสนานในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำเคยชอบลดลง

มาก เป็นตลอดเวลาเกือบทั้งวันติดต่อกันเกือบทุกวัน และจะต้องมีอาการแสดงต่าง ๆ เหล่านี้ร่วมด้วยอย่างน้อย 5 อาการในทั้งหมด 9 อาการ ได้แก่ มีอารมณ์เศร้า เจอเมยเฉื่อยชา มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักคือน้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัว ในระยะเวลา 1 เดือน นอนไม่หลับหรือนอนหลับมากเกินไป มีการเคลื่อนไหวช้าหรือมากเกินไป เหนื่อยง่าย รู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิด ความสามารถ ในการคิดลดน้อยลงหรือมีความลังเลใจ มีความคิดฆ่าตัวตาย โดยมีอาการแสดงติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์

(Keltner & Warren, 2003)

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าที่กล่าวมาข้างต้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้ความหมายของภาวะซึมเศร้าตามความหมายของ Beck (1967) ที่กล่าวว่าภาวะซึมเศร้า หมายถึงกลุ่มอาการ และอาการแสดง (depression as a syndrome or symptom-complex) ที่มีความเบี่ยงเบนในด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม โดยมีอาการเศร้า หดหู่ มีความคิดในทางลบต่อตนเอง ต่ำหนิตนเอง รู้สึกตนเองไร้ค่า ท้อแท้หมดหวังแยกตัวจากสังคม ไม่สนใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีความคิดอยากตาย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น

1.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า สาเหตุของภาวะซึมเศร้าสามารถอธิบายได้โดยทฤษฎีต่าง ๆ ซึ่งสามารถสรุปเป็น 2 ด้าน คือ สาเหตุด้านชีววิทยา และสาเหตุด้านจิตสังคม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.2.1 สาเหตุด้านชีววิทยา (biological cause) ซึ่งสามารถอธิบายด้วยทฤษฎีต่าง ๆ ดังนี้ ทฤษฎีชีวเคมี (biochemical theory) ทฤษฎีนี้เกิดขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950 โดยกล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการบกพร่องหรือความผิดปกติของการทำงานในระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system) โดยมีความเข้มข้นของสารสื่อประสาท คือ acetylcholine dopamine serotonin และnorepinephrine ลดลง (Bailey, Sauer, & Herrell, 2002) การลดลงของnorepinephrine จะทำให้เกิดความรู้สึกไม่มีความสุขหรือไม่มีความหมายในการมีชีวิตอยู่ ไม่มีพลัง สมองและความต้องการทางเพศลดลง และการลดลงของserotonin จะทำให้เกิดอาการเบื่ออาหาร หงุดหงิดง่าย การควบคุมตนเองและความต้องการทางเพศลดลง (Varcariolis, 2002) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกระบวนการเผาผลาญ หรือความไว (sensitivity) ของตัวรับ (receptor) ของสารสื่อประสาทดังกล่าวมีความผิดปกติ รวมถึงความผิดปกติของการเผาผลาญของสารสื่อประสาทกลุ่มอื่น ๆ เช่น acetylcholine dopamine และ GABA แล้วส่งผลให้กระบวนการเผาผลาญของสารสื่อประสาท norepinephrine และ serotonin ผิดปกติได้ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542; Varcariolis, 2002; Keltner & Warren, 2003) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการเผาผลาญกลูโคสในสมองของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่าการเผาผลาญของกลูโคสลดลง และจะกลับคืนสู่ปกติเมื่อภาวะ

ซึมเศร้าได้รับการรักษาให้หาย (Videbeck cited in Frisch & Frisch, 2002; Shives & Isaacs, 2002)

ทฤษฎียีนส์หรือพันธุกรรม (genetic theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะการบกพร่องในพันธุกรรมที่ถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง (Frisch & Frisch, 2002) จากการศึกษาทางด้านพันธุกรรมพบว่าคู่แฝดไข่ใบเดียวกันที่คนหนึ่งมีภาวะซึมเศร้า คู่แฝดอีกคนหนึ่งมีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 54 ขณะที่คู่แฝดคนละใบพบมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 24 (Videbeck, 2001) และการศึกษาพบว่าบุตรที่เกิดจากบิดามารดาที่มีภาวะซึมเศร้า บุตรมีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าประมาณ 15-45 (Robert, 2000) นอกจากนี้มีการศึกษาถึงอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในฝาแฝด พบว่าอัตราการเกิดโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ในฝาแฝดมีร้อยละ 32 ถึง 67 ซึ่งพ่อหรือแม่หรือทั้งพ่อและแม่เคยป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามามาก่อน (Keltner & Warren, 2003)

1.2.2 สาเหตุด้านจิตสังคม (psychosocial cause) สามารถอธิบายด้วยทฤษฎีต่าง ๆ ดังนี้

1.2.2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากความขัดแย้งในจิตใต้สำนึก เนื่องมาจากความคับข้องใจในระยะปาก (oral stage) อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดบุคลิกภาพแบบหลงรักตัวเอง (narcissistic personality) เมื่อบุคคลประสบกับความสูญเสีย ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียจริงหรือการสูญเสียที่ผู้ป่วยเข้าใจไปเองจะมีผลทำให้ตัวตน (ego) ลดต่ำลงหรือถูกทำลายลงไป ซึ่งตัวตนเป็นตัวกลางในการแสดงออกของบุคลิกภาพ เป็นที่ตั้งของสติและเป็นสื่อกลางระหว่างสัญชาตญาณกับสิ่งแวดล้อมภายนอกซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ (perception) ความจำ (memory) การตัดสินใจ (judgement) ความมีเหตุผล (reasoning) การแก้ปัญหา (problem solving) และการตัดสินใจในการกระทำ (decision making) ซึ่งเกี่ยวข้องกับควมมีเหตุผล (logical) และความถูกต้องเหมาะสม (correct) เมื่อตัวตนลดต่ำลงหรือถูกทำลาย ไม่สามารถปลดปล่อยตนเองจากความซึมเศร้าและความรู้สึกสูญเสียได้ทำให้บุคคลมีความคิดทางลบต่อตนเอง รู้สึกไม่มีคุณค่าไม่มีความหมายใด ๆ (Frisch & Frisch, 2002)

1.2.2.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ความสิ้นหวัง (learned helplessness theory) ของ Seligman (Seligman cited in Wilson, Spence, & Kavanang, 1989) อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลอยู่ในภาวะที่แก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ ไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และรู้สึกตนเองไม่มีอำนาจควบคุมและแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (helplessness) ทำให้เกิดการปล่อยสถานการณ์แบบเลยตามเลยไม่แก้ไขประกอบกับขาดแรงเสริม (inadequate reinforcement) ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า Seligman พัฒนาแนวคิดนี้มา

จากการทดลองทางจิตวิทยา โดยสังเกตพฤติกรรมของสุนัขที่ถูกไฟฟ้าอ่อน ๆ กระตุ้นอยู่ตลอดเวลา ไม่ว่าสุนัขจะกระโดดหรือเห่า จนในที่สุดสุนัขยอมแพ้ไม่พยายามหนีจากการถูกไฟฟ้ากระตุ้นอีก พบว่าภาวะการยอมจำนนที่เกิดจากการเรียนรู้สามารถเกิดได้ในมนุษย์ สรุปตามแนวคิดนี้ภาวะซึมเศร้าอาจเกิดจากถูกลดโทษ พ่ายแพ้ ล้มเหลว สูญเสีย หรือการประสบกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ ไม่ว่าจะแก้ไขปัญหาวีชีวิตอย่างไรก็จะไม่ประสบผลสำเร็จทั้งสิ้นแล้วพัฒนาให้เกิดการเรียนรู้ความสิ้นหวังเกิดขึ้น (Shives & Isaacs, 2002)

1.2.2.3 ทฤษฎีปัญญานิยม (cognitive theory) เป็นทฤษฎีที่มีแนวคิดที่ว่าตัวแปรภายในบุคคล คือ ปัญญาที่มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก ซึ่งBeck (1967) ได้เสนอ ภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดทฤษฎีปัญญานิยมซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐานสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ความคิดอัตโนมัติในทางลบ (cognitive triad) โครงสร้างทางความคิด (schema) หรือความเชื่อ (belief) (Kwon & Oei cited in Freeman & Oster, 1998) และความคิดที่บิดเบือน (cognitive errors or faulty information processing) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ความคิดอัตโนมัติในทางลบ (cognitive triad) หมายถึง ความคิดหลัก 3 ประการ ที่บิดเบือนในทางลบ คือ ความคิดที่บุคคลมองตนเอง ประสบการณ์ที่กำลังดำเนินไปและอนาคตของตนเองในทางลบ (Beck et al., 1979)

1) การมองตนเองในทางลบ (negative view of self) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองว่าบกพร่อง ไม่มีค่า ไร้ประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดความบกพร่องทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ จริยธรรมในตนเอง มองว่าตนเองไม่เป็นที่น่าปรารถนาเนื่องมาจากความบกพร่องที่ตนคิดขึ้นเอง มีแนวโน้มที่จะโทษตนเองเมื่อเกิดความผิดพลาดต่าง ๆ ขึ้น โดยคิดว่าความผิดพลาดทั้งหมดเป็นความผิดพลาดของตนเอง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยิ่งลดต่ำลงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2) การมองเหตุการณ์ที่เผชิญในทางลบ (negative view of ongoing experiences) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ตนเองเผชิญอยู่ในเชิงความสูญเสีย การถูกใส่ร้ายเป็นประจำ รู้สึกถูกบีบบังคับและถูกเรียกร้องจากสังคมรอบตัวจะมองชีวิตเต็มไปด้วยภาวะ อุปสรรค หรือเหตุการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด โดยมองว่าเป็นโลกแห่งความพ่ายแพ้ โลกแห่งการถูกลดโทษ ทั้งหมดนี้จะลดคุณค่าของตนเองลง และเมื่อบุคคลต้องพบกับเหตุการณ์ใด ๆ ก็จะไปแปลเหตุการณ์นั้นไปในทางลบ ตามประสบการณ์ที่ตนเองเคยประสบมาจึงส่งผลทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบ และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

3) การมองอนาคตในทางลบ (negative view of the future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จะคิดและทำนายว่าความยากลำบากหรือความทุกข์ยากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด ขณะที่มองไปข้างหน้าก็พบแต่ชีวิตที่มีแต่ความยากลำบากที่ไม่มีวันลดน้อยลงมีแต่ความ

คับข้องใจและการสูญเสียทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สูญเสียความหวังในอนาคตทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา โครงสร้างทางความคิด (schema) หรือความเชื่อ (belief) (Freeman & Oster, 1998) เป็นรูปแบบที่ซับซ้อนของความคิดที่ถูกสร้างขึ้นจากประสบการณ์ในวัยเด็กที่เกี่ยวข้องกับความคิดความเข้าใจต่อสถานการณ์ต่าง ๆ และการพัฒนาโครงสร้างทางความคิดยังขึ้นอยู่กับเลี้ยงดูหรือการได้รับการช่วยเหลือและการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา

โครงสร้างทางความคิดเป็นปัจจัยที่สำคัญในการแปลความหมาย การประเมินค่า และการอธิบายความหมายของเหตุการณ์ต่าง ๆ ลักษณะโครงสร้างทางความคิดของบุคคลมีทั้งลักษณะที่ปกติ (adaptive) และลักษณะที่บิดเบือน (maladaptive) สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดเป็นประเภทที่บิดเบือนไปในทางลบหรือมีความเชื่อที่ไร้เหตุผล (Ellis, 1994) และมีลักษณะความเชื่อเฉพาะตัว (idiosyncratic) เช่น "ฉันเป็นบุคคลล้มเหลว" "ฉันไม่เคยทำอะไรได้เรียบร้อยเลย" เป็นต้น โครงสร้างทางความคิดหรือความเชื่อจะแฝงอยู่ภายในบุคคลและจะถูกกระตุ้นโดยเหตุการณ์ บางอย่างคล้ายกับประสบการณ์จริงที่เคยทำให้เกิดความคิดทางลบหรืออาจเป็นปฏิกิริยาที่มีต่อประสบการณ์ที่เจ็บปวดเกินกว่าที่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทนได้ ทำให้บุคคลนั้นเสียสมดุลของการพัฒนาโครงสร้างทางความคิดหรือความเชื่อ ดังนั้นเหตุการณ์ไม่ได้ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าถ้าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่มีความบิดเบือนของโครงสร้างทางความคิดหรือการมีความเชื่อที่ไร้เหตุผลต่อ เหตุการณ์นั้น ๆ โครงสร้างทางความคิดหรือความเชื่อนี้จึงเป็นตัวอธิบายว่าเพราะเหตุใดบุคคลจึงทนต่อเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดในชีวิตได้แตกต่างกัน ขณะที่ภาวะซึมเศร้ามากขึ้นความคิดจะเป็นไปในทางลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านั้นจะไม่สามารถมองความคิดในทางลบเหล่านี้หรือข้อมูลใด ๆ ได้ตามความเป็นจริง โครงสร้างทางความคิดหรือความเชื่อจึงเป็นสาเหตุความผิดปกติของกระบวนการใช้เหตุผลเรียกว่าเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (cognitive errors or faulty information processing) ซึ่งลักษณะเนื้อหาความคิดที่บิดเบือนโดยละเอียดมีดังนี้

1) การด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (arbitrary inference) เป็นกระบวนการคิดที่ด่วนสรุปในเหตุการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้น หรือไม่ปฏิบัติตามเหตุการณ์จริง เช่น มีปัญหาในการปฏิบัติตัวตามการรักษาภาวะซึมเศร้าแบบก่อน ๆ อาจคิดว่าการรักษาแบบใหม่นี้ไม่เหมาะสมกับตนเองและจะไม่ช่วยให้ตนเองมีอาการดีขึ้นเป็นต้น

2) การเลือกสนใจคิดเฉพาะด้านลบ (selective abstraction) คือการคิดมุ่งแต่ความสนใจในรายละเอียดของบริบทโดยละเอียดในส่วนที่สำคัญของสถานการณ์นั้น ๆ หรือคิดว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเป็นเช่นเดียวกับประสบการณ์ต่าง ๆ ในทางลบที่ผ่านมา เช่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า คิดว่าตนเองไม่ได้ประสบกับความสุข ความพึงพอใจเลยทั้งวัน เพราะผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะ ไม่ตระหนักถึงความสุขหรือความพึงพอใจที่เกิดขึ้น

3) การคิดและการแปลความมากกว่าพื้นฐานความเป็นจริง (overgeneralization) เป็นการคิดที่สรุปรวมว่าเหตุการณ์หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยนั้น เป็นเหตุการณ์หรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองทั้งหมด เป็นการตัดสินใจอย่างรวดเร็วบนพื้นฐาน ตัวอย่างเพียงเล็กน้อยและมากเกินไปจนความเป็นจริง เช่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเมื่อทำผิดเพียงครั้งเดียวแต่ จะคิดว่าตนเองทำผิดพลาด

4) การขยายความ การต่อเติมหรือการตัดทอนเรื่องราว (magnification and minimization) เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการคิดที่ประเมินค่าความสำคัญหรือขนาดของ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นผิดพลาดไปหรือประเมินไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความคิดที่บิดเบือน เช่น เมื่อมี เหตุการณ์ที่มากระทบตนเองเพียงเล็กน้อย ก็อาจมองว่าเหตุการณ์นั้นเป็นเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ ต่อตนเองอย่างรุนแรง เป็นต้น มักจะให้ความสำคัญแก่สิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งมาก เกินไปหรือน้อยเกินไป

5) มีการคิดเอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่ได้มีความเกี่ยวข้องกับ ตนเอง (personalization) มักนำตนเองเข้าไปเป็นธุระกับเรื่องต่าง ๆ เป็นความคิดตอบสนองต่อสิ่ง เร้าที่เข้ามากระทบในลักษณะที่พิจารณาสถานการณ์เพียงด้านใดด้านหนึ่ง เช่น เมื่อตั้งใจจะสบตา กับเพื่อนที่เดินผ่านมาแต่เพื่อนกลับไม่ได้มองตนเอง อาจคิดว่าตนเองต้องทำอะไรบางอย่างที่ทำให้ เพื่อนโกรธ เป็นต้น

6) การคิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ (dichotomous thinking) เป็นความคิดที่โน้มเอียงไปในด้านใดด้านหนึ่งอย่างเต็มที่ เช่น คิดว่า ตนเองมีข้อบกพร่อง เป็นคนเลวไม่ใช่คนดี เป็นต้น ซึ่งในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดโน้มเอียง ไปในทางลบมากกว่าทางบวก

แนวคิดหลัก 3 ประการที่กล่าวมาแล้วคือ ความคิดอัตโนมัติในทางลบ (cognitive triad) โครงสร้างทางความคิด (schema) หรือความเชื่อ (belief) (Kwon & Oei cited in Freeman & Oster, 1998) และความคิดที่บิดเบือน (cognitive errors or faulty information processing) มีความเชื่อมโยงกันในการเกิดภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือน หรือความเชื่อที่ไร้เหตุผลซึ่งแฝงตัวอยู่ในบุคคล จะถูกกระตุ้นเมื่อ บุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤติของชีวิต ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ใกล้เคียงกับที่บุคคลเคย ประสบมาในอดีต โครงสร้างความคิดที่บิดเบือนหรือความเชื่อที่ไร้เหตุผลจะประเมินและแปลผล เหตุการณ์นั้นไปในทางลบ กระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง เหตุการณ์ที่เผชิญ และอนาคต มีลักษณะการบิดเบือนของความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง เช่น การดาวน์ลง ความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ การเลือกสนใจคิดเฉพาะด้านลบ การขยายต่อเติมหรือ การลดความสำคัญของเรื่องราว เป็นต้น การเกิดการบิดเบือนของความคิดดังกล่าวเกิดขึ้น

อัตโนมัติ ไม่มีการไตร่ตรอง ไม่สามารถควบคุมไม่ให้คิดอย่างนั้นได้ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความเชื่อหรือคิดว่ามีความเป็นไปได้ต่อความคิดนั้น และความคิดที่บิดเบือนจะมีความเชื่อมโยงกับอารมณ์ที่แสดงออกมา ดังนั้นเมื่อมีความคิดอัตโนมัติในทางลบ และเกิดการบิดเบือนของความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงจึงส่งผลให้เกิดอาการของภาวะซึมเศร้าซึ่งจะแสดงออกในด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรมตามมา ภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลย้อนกลับให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบเพิ่มมากขึ้นทั้งความถี่และความรุนแรง เกิดการบิดเบือนทางความคิดมากยิ่งขึ้นทำให้ความคิดที่มีเหตุผลยิ่งลดลงและเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้นเรื่อย ๆ จะเห็นว่าภาวะซึมเศร้านั้นเกิดขึ้นได้จากหลาย ๆ สาเหตุ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานทางทฤษฎี จากการวิเคราะห์งานวิจัยของDobson (1989), Gloaguen (1998) และ Harrington (1998) พบว่าจากทฤษฎีต่าง ๆ ที่ได้อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า ทฤษฎีปัญญานิยมนี้ ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายว่าสามารถอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน

1.3 ระดับของภาวะซึมเศร้าและอาการแสดง ภาวะซึมเศร้าแบ่งออกได้เป็นระดับ ต่าง ๆ กัน ตามความรุนแรงและแต่ละระดับจะแสดงอาการหรือลักษณะแตกต่างกันออกไป Beck (1991) ได้แบ่งภาวะซึมเศร่าดังนี้

1.3.1 ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) ประเมินด้วย Beck Depression Inventory ได้ค่าคะแนนเท่ากับ 11 – 16 คะแนน เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่นแจ่มใส อารมณ์ เศร้า เหงาหงอยชั่วคราว ซึ่งบุคคลทั่วไปรู้สึกได้เป็นบางครั้ง บางครั้งก็มีสาเหตุเพียงพอ บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใด ๆ มักเปรียบเทียบกับตนเองกับผู้อื่น เริ่มรู้สึกไม่พอใจต่ออุปนิสัยของตนเอง ความตั้งใจในการทำงานต่าง ๆ เริ่มลดลง การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

1.3.2 ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) ประเมินด้วย Beck Depression Inventory (BDI) ได้ค่าคะแนนเท่ากับ 17 – 20 คะแนน ภาวะซึมเศร้าในระยะนี้จะรุนแรงขึ้น ซึ่งจะมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวหน้าที่การงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ถึงแม้ว่าจะไม่สมบูรณ์นัก พฤติกรรมที่แสดงออก มีดังนี้

1.3.2.1 ด้านอารมณ์ เป็นผู้ที่มีความซึมเศร้า มีอารมณ์เศร้าเป็นอาการสำคัญ เช่น จะมีอารมณ์ไม่สดชื่น เศร้าสร้อย หม่นหมอง ไม่มีความสุขในการทำงานต่าง ๆ มีความรู้สึกที่ตนเองไร้ค่า ไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีกำลัง เป็นคนไม่มีความสามารถ หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย บางครั้งมีความวิตกกังวล โกรธง่าย ก้าวร้าว คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี ไม่มีความภูมิใจในตนเอง หดหู่ ไม่แจ่มใส มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ มีความสนใจต่อบุคคลอื่นลดลงและเฉื่อยง่าย

1.3.2.2 ด้านปัญญา ผู้ที่มีความซึมเศร้า ประเมินตนเองต่ำ เช่น มีความคิดว่าตนเองล้มเหลว ทำอะไรไม่สำเร็จ ไม่มีความสามารถ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าอนาคตสิ้นหวัง ต่ำหนิติเตียนตนเอง หรือรู้สึกว่าตนเองจะต้องถูกตำหนิและลงโทษ มีความยากลำบากในการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ และมองภาพลักษณ์ตนเองบิดเบือนไป ส่วนด้านกระบวนการความคิดจะมีความสนใจคับแคบ ไม่มีสมาธิ ลังเล ตัดสินใจไม่ได้ คิดว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่มีความสุข ไม่มีจุดหมาย มีผลทำให้นอนไม่หลับ บางคนอาจต้องการฆ่าตัวตาย

1.3.2.3 ด้านแรงจูงใจ ผู้ที่มีความซึมเศร้า สูญเสียแรงจูงใจที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกเหนื่อยง่ายและต้องการแยกตัวเองจากสังคม ในระยะแรกจะเข้าสังคมอย่างเสียไม่ได้ จะทิ้งสังคมทีละน้อยและสนใจตนเองมากขึ้น พยายามมองหาคุณค่าของตนเอง ถ้าไม่พบเริ่มไม่แน่ใจ สงสัยคุณค่าของตนเอง ขาดความนับถือตนเอง ไม่มีความภูมิใจในตนเอง จากนั้นบุคคลจะเลิกสนใจตนเอง ไม่ต้องการคบเพื่อนและละทิ้งสังคม หรือต้องการที่จะตาย

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

1.3.3 ภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง (Severe depression) ประเมินด้วย Beck Depression Inventory (BDI) ได้ค่าคะแนนเท่ากับ 31 – 63 คะแนน เป็นภาวะที่บุคคลมีความเศร้าตลอดเวลาและเป็นอยู่นาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด เช่น รู้สึกไม่มีความหวัง ไร้คุณค่า ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว แทบจะไม่มีเคลื่อนไหว บางรายอาจนั่งนิ่งเฉย ๆ ในท่าเดียววน ๆ หรืออาจผุดลุกผุดนั่ง การพูดจาเป็นไปอย่างเชื่องช้า เจ็บซึม ผู้ที่มีอารมณ์เศร้าระดับนี้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ และมักถอนตัวออกจากโลกความเป็นจริง ไม่เข้าสังคม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม มีความคิดที่จะพยายามฆ่าตัวตายเนื่องจากมีความหลงผิด หรือประสาทหลอน

1.4 การประเมินภาวะซึมเศร้า การประเมินภาวะซึมเศร้าจากอาการและอาการแสดง มีการประเมินได้ 2 ประเภท คือ การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และการสังเกต (interviewer and observer rated scale) และการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง (self-report) สามารถสรุปได้ดังนี้

1.4.1 การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการใช้ผู้สัมภาษณ์และการสังเกตประกอบด้วย

1.4.1.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในระยะแรก ๆ ที่ใช้อย่างกว้างขวางในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งอยู่ในโรงพยาบาลและใช้ในงานวิจัย มีคำถาม 24 ข้อ เน้นการประเมินด้านอารมณ์ซึมเศร้า อาการทางกาย ความวิตกกังวล ความรู้สึกหงุดหงิดกระวนกระวาย และการหยั่งรู้ ใช้ระยะเวลาในการประเมิน 15 นาที ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินหรือผู้สังเกต (interrater reliability) ของแบบประเมินระหว่าง 0.65 ถึง 0.90 (Rehm et al. cited in Burt & IsHak, 2002) และจากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากกว่า 300 คน คำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 (Reynolds & Kobak cited in Yonkers & Samson, 2000) และมีค่าความตรงของเครื่องมือโดยมีค่าความสัมพันธ์ระหว่าง HRSD กับแบบประเมินภาวะซึมเศร้าอื่นที่ผู้ใช้ผู้สัมภาษณ์หรือสังเกตด้วยกันระหว่าง 0.80 ถึง 0.90 (APA cited in Burt & IsHak, 2002) แต่ความตรงของเครื่องมือจะอยู่ในระดับต่ำลงเมื่อใช้ในกลุ่ม ผู้สูงอายุหรือกลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางกาย (Linden et al. cited in Burt & IsHak, 2002) ข้อดีของ แบบประเมินนี้ คือ มีความไวต่ออาการที่เปลี่ยนแปลงในโรคซึมเศร้า แต่อาการซึมเศร้าในแบบประเมินนี้ยังขัดแย้งกับคำจำกัดความของภาวะซึมเศร้าในคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตครั้งที่ 4-TR (DSM-IV-TR) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน และในบางข้อคำถามที่แสดงถึงอาการซึมเศร้าอาจไม่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า การใช้แบบประเมินนี้ผู้ประเมินควรได้รับการฝึกมาก่อนจึงจะเหมาะสม (Burt & IsHak, 2002)

1.4.1.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของRaskin Depression Scale สร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การประเมินจะครอบคลุมเรื่องของคำพูด พฤติกรรมและอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในรายที่เคยเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นที่ไม่ใช่อาการซึมเศร้า มีคำถามจำนวน 3 ข้อ โดยใช้เวลาประเมิน 5 นาที มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ 0.88 ใช้ง่ายสะดวก เนื่องจากมีคำถามน้อย แต่แบบประเมินนี้เกณฑ์การวัดไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์การวัดในคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตครั้งที่ 4-TR (DSM-IV-TR) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน และการประเมินสามารถวัดการเปลี่ยนแปลงของอาการภาวะซึมเศร้าบางอาการได้เท่านั้น (Burt & IsHak, 2002)

1.4.1.3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของMontgomery-Asberg Depression Rating Scale พัฒนาขึ้นโดยMontgomery & Asberg(1979) เพื่อให้ประเมินอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง ความเปลี่ยนแปลงในการรักษา เป็นเครื่องมือสำหรับจิตแพทย์และผู้เชี่ยวชาญโดยไม่ต้องผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวช มีข้อคำถาม 10 ข้อ ใช้เวลา

ประมาณ 15 นาที ค่าความเชื่อมั่นระหว่าง ผู้ประเมินหรือผู้สังเกต (interrator reliability) ของ เครื่องมือเท่ากับ 0.97 และมีความตรงของเครื่องมือโดยมีค่าความสัมพันธ์ระหว่าง MADRS กับ HRSD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นิยามของภาวะซึมเศร้าไม่ครอบคลุมกับที่ใช้ในปัจจุบันและต้องใช้ การสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกตสภาพจิต จึงจะได้ผลที่สมบูรณ์ (Burt & IsHak, 2002)

1.4.2 การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง นิยมนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในการพัฒนางานบริการและงานวิจัย เนื่องจากประหยัดเวลาในการเก็บข้อมูลและเก็บ ข้อมูลซ้ำได้ ประกอบด้วย

1.4.2.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck สร้างขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1961 โดย Beck และคณะ ใช้ชื่อว่า Beck Depression Inventory (BDI) เพื่อวัดอาการแสดงออกใน พฤติกรรมต่าง ๆ ของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่และได้ออกแบบเป็นมาตรฐานในการ ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเพื่อที่จะติดตามการเปลี่ยนแปลงความรุนแรงของภาวะ ซึมเศร้าตลอดเวลา หรือเพื่ออธิบายถึงลักษณะอาการเจ็บป่วยในภาวะซึมเศร้า ข้อคำถามในแบบ ประเมินนี้ได้จากการสังเกตผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระหว่างการบำบัดแบบ จิตวิเคราะห์ มี คำถามทั้งหมด 21 ข้อ และในปี ค.ศ. 1991 ได้ปรับปรุงคำถามที่มีระดับความรุนแรงซ้ำกันและช่วง ระยะเวลาที่มีอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าที่ประเมินเป็น 1 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมถึง วันที่ประเมินและเปลี่ยนชื่อใหม่เป็น (BDI-IA) การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้ สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.76 ถึง 0.95 เมื่อใช้แบบประเมินใน กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช มีค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.82 ถึง 0.92 เมื่อใช้แบบประเมินในกลุ่มนักเรียน และมี ค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.73 ถึง 0.90 เมื่อใช้แบบประเมินในกลุ่มที่ไม่ใช่ผู้ป่วยจิตเวชและนักเรียน มีค่า ความตรงของเครื่องมือโดยจะมีค่าความสัมพันธ์ในระดับสูงกับแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่ได้ มาตรฐานอื่น ๆ (Beck, 1991) แบบประเมินนี้ถูกใช้อย่างกว้างขวางในการศึกษาเกี่ยวกับการรักษา ภาวะซึมเศร้าเพื่อที่จะประเมินการเปลี่ยนแปลงในอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าและใช้ในการคัด กรองผู้ป่วยที่อาจจะมีภาวะซึมเศร้าและต้องการการรักษา เมื่อคัดกรองแล้วพบภาวะซึมเศร้า จะต้องมีการสัมภาษณ์และใช้เครื่องมืออื่นประกอบการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า แต่แบบประเมินนี้ยังไม่ ครอบคลุมอาการของภาวะซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความ ผิดปกติทางจิตครั้งที่ 4 (DSM-IV) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันในข้อคำถามเกี่ยวกับการเพิ่ม ความอยากอาหาร การนอนหลับมากขึ้น และอาการกระวนกระวายและเซื่องซึม

ในปี ค.ศ. 1996 Beck ได้ปรับปรุงแบบประเมินใหม่และใช้ชื่อว่า Beck Depression Inventory II ซึ่งมีการปรับปรุงคำถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องความอยากรับประทาน อาหารเพิ่มขึ้น การนอนหลับมากกว่าปกติ อาการกระวนกระวายและเซื่องซึม และช่วงระยะเวลา ของการมีอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าที่ประเมินเป็น 2 สัปดาห์รวมวันที่ประเมิน เพื่อให้

สอดคล้องตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตครั้งที่ 4 (DSM-IV) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันโดยมีจำนวนคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.93 เมื่อใช้กับนักศึกษาในวิทยาลัย และ 0.92 เมื่อใช้กับผู้ป่วยนอก และมีค่าความตรงของเครื่องมือโดยมีค่าความสัมพันธ์กับแบบประเมิน Symptom Checklist 90-Revised ในส่วนของการประเมินภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 0.76 และมีค่าความสัมพันธ์กับแบบประเมิน Minnesota Multiphasic Personality Inventory ในส่วนของการประเมินภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 0.6 ข้อดีของแบบประเมินคือ ถูกทำให้เป็นมาตรฐาน สอดคล้องตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตครั้งที่ 4 (DSM-IV) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน และมีการศึกษาการใช้แบบประเมินในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย เช่น ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยโรคทางกาย และในกลุ่มอายุ เพศและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน แต่แบบประเมินนี้จะมีความยากต่อผู้ประเมินในการประเมินอาการและอาการแสดงของตนเองในช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาเพราะความรุนแรงของอาการ และอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าอาจมีการเปลี่ยนแปลงในช่วงระยะเวลาดังกล่าวและประโยชน์ในการใช้ประเมินในการติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าจะลดลงเพราะจะต้องเว้นช่วงระยะเวลาในการประเมินที่นานมากขึ้น และต้องเสียค่าใช้จ่ายที่สูงในการนำแบบประเมินมาใช้

1.4.2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Zung (Self-Rating Depression Scale [Zung SDS]) เป็นแบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยประเมินอาการด้านอารมณ์ด้านความคิด และด้านร่างกาย (Sakamoto et al. cited in Burt & IsHak, 2002) มีคำถาม 20 ข้อ ใช้เวลา 15 ถึง 20 นาที การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีการแบ่งครึ่ง (split-half reliability) เท่ากับ 0.73 ในกลุ่มประชากรจิตเวช (Zung cited in Yonkers & Samson, 2000) และมีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.79 ในการสำรวจในชุมชน (Knight et al. cited in Yonkers & Samson, 2000) และมีความตรงของเครื่องมือโดยมีค่าความสัมพันธ์ระหว่าง Zung SDS กับ HRSD ตั้งแต่ 0.68 ถึง 0.76 ในการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยนอกที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งอยู่ในระหว่างการได้รับการรักษาในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 แบบประเมินนี้นิยมใช้ในการประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและสามารถใช้วัดภาวะซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ วัยรุ่น ผู้สูงอายุ ทั้ง ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมถึงผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางกายแต่แบบประเมินจะมีความไวต่ำในการประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะในระดับรุนแรง เมื่อเทียบกับแบบประเมินอื่นและ ไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์การวินิจฉัยของคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตครั้งที่ 4-TR (DSM-IV-TR) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันในเรื่องของความคิดฆ่าตัวตายและอาการทางจิต

1.4.2.3 แบบประเมินระดับความผิดปกติของภาวะซึมเศร้าในชุมชน (CES-D) พัฒนาโดย Radloff (1977) ซึ่งปรับปรุงมาจากแบบประเมินของ Zung แบบประเมินของ Beck แบบประเมินของ Raskin และแบบประเมิน Minnesota Multiphasic Personality Inventory Depression Scale ซึ่งจะประเมินอาการ เกี่ยวกับความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีข้อคำถาม 20 ข้อ ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ และใช้ในประชากรโดยทั่วไป ใช้เวลาประเมิน 5 ถึง 10 นาที ตรวจสอบคุณภาพโดยมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ระหว่าง 0.85 ถึง 0.90 มีข้อดี คือ ใช้ระยะเวลาสั้น ใช้กลุ่มตัวอย่างได้หลากหลาย ข้อจำกัด คือ แบบประเมินนี้ไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าของคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตครั้งที่ 4 (DSM-IV) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันในเรื่องอารมณ์เบื่อหน่าย การมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ความรู้สึกผิดและอาการทางด้านร่างกาย (Burt & IsHak, 2002)

1.5 การรักษาภาวะซึมเศร้า การช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวทางการช่วยเหลือตามสาเหตุของการเกิดภาวะ ซึมเศร้า คือ การช่วยเหลือด้านชีววิทยาหรือการใช้ยาต้านอารมณ์เศร้า และการช่วยเหลือทางด้าน จิตสังคม เช่น การบำบัดโดยใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล พฤติกรรมบำบัด และการบำบัดทางปัญญา โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.5.1 การช่วยเหลือด้านชีววิทยา ได้แก่การใช้ยาต้านอารมณ์เศร้า ซึ่งใช้ในผู้ที่มีอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง เช่น มีอารมณ์เศร้าตลอดเวลาพร้อมกับมีอาการทางร่างกาย เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Cohen & Hart, 1995) ยาต้านอารมณ์เศร้าประกอบด้วยยาต้านอารมณ์เศร้าในกลุ่มต่าง ๆ คือ ยาต้านอารมณ์เศร้ากลุ่ม TCAs (Tricyclic Antidepressants) ยาต้านอารมณ์เศร้ากลุ่ม MAOIs (Monoamine Oxidase Inhibitors) ยาต้านอารมณ์เศร้ากลุ่ม SSRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) และยาต้านอารมณ์เศร้ากลุ่ม NAs (Newer Antidepressants) จากสมมุติฐานที่กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการลดลงของสารสื่อประสาท norepinephrine และ serotonin ในสมอง ยาต้านอารมณ์เศร้าในกลุ่มต่าง ๆ เหล่านี้จะออกฤทธิ์ต่อ norepinephrine และ serotonin ซึ่งมีได้หลายลักษณะ เช่น การยับยั้งการดูดกลับ (reuptake inhibition) การยับยั้งการทำลายหรือการกระตุ้นหรือการยับยั้งการทำงานของตัวรับ (receptor) มีผลทำให้เกิดการส่งผ่าน norepinephrine และ serotonin เพิ่มขึ้นภาวะซึมเศร้าจึงลดลง การใช้ยาต้านอารมณ์เศร้าใช้ระยะเวลาในการออกฤทธิ์ประมาณ 2 ถึง 3 สัปดาห์ (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545; วนิดา พุ่มไพศาลชัย และ สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์, 2544)

1.5.2 ช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม เป็นการช่วยเหลือที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความรุนแรง ของอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าและช่วยทำให้ผู้รับการบำบัดให้ความร่วมมือ โดยนิยมใช้

ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง มีแนวทางการช่วยเหลือตามกรอบแนวคิดของแต่ละทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า (สุชาติ พหลภาคย์, 2542; Sadock & Sadock, 2003) ดังต่อไปนี้

1.5.2.1 การบำบัดโดยใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal therapy) เป็นการบำบัดแบบจิตบำบัดประเภทใช้ระยะเวลาสั้น เหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าชนิดอารมณ์ซึมเศร้าด้านเดียว ช่วยให้พัฒนาวิธีการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นดีขึ้น ซึ่งทำให้ความต้องการทางอารมณ์ได้รับการตอบสนอง ลดอารมณ์ซึมเศร้าและเพิ่มความภาคภูมิใจ แก้ไขความสับสนในบทบาทของตนเอง (Sauer, & Herrell, 2002)

1.5.2.2 พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) ของ Ferster (Ferster cited in Kazdin, 2001) อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริม พฤติกรรมบำบัดมีหลักการว่าเมื่อพฤติกรรมเปลี่ยนอารมณ์และความคิดจะเปลี่ยนตามไปด้วย ดังนั้นจึงบำบัดเพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นซึ่งเป็นการเสริมแรงด้านบวก และลดความขัดแย้งซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบลง การพบแต่เหตุการณ์ดี ๆ จะทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้รับการบำบัดดีขึ้น

1.5.2.3 การบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) มีพื้นฐานความเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการรับรู้ที่บิดเบือนไม่ถูกต้อง เลือกลงใจแต่ในแง่ลบของเหตุการณ์และไม่เป็นความจริงวิธีการคือช่วยให้บุคคลเข้าใจและค้นหาความคิดด้านลบแล้วปรับเปลี่ยนการคิดไปอีกทางที่ยืดหยุ่นและเป็นทางบวก นอกจากนี้ยังพบว่า การบำบัดทางปัญญาสามารถลดภาวะซึมเศร้าและป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (Gloaguen et al., 1998) การบำบัดทางปัญญามีอยู่หลายวิธี เช่น การบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) ของ Beck (1979) โดยมีแนวคิดพื้นฐานตามทฤษฎีปัญญานิยมว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง เหตุการณ์ที่เผชิญและอนาคต ดังนั้นการบำบัดจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับการบำบัดค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบของตนเอง ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบตามความเป็นจริง ปรับเปลี่ยนโครงสร้างความคิดให้ยืดหยุ่นและตรงกับความเป็นจริง เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่เป็นความคิดที่เหมาะสมทำให้ภาวะซึมเศร่าลดลง และพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (rational emotive behavior therapy) ของ Ellis (1994) เป็นวิธีการปรับเปลี่ยนความเชื่อเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาอารมณ์จากความเชื่อ การประเมินค่า การแปลความ และปฏิภิกิริยาที่มีต่อเหตุการณ์ในชีวิตโดยเชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าของบุคคลเกิดจากการที่บุคคลมีความเชื่อที่ไร้เหตุผลต่อเหตุการณ์ที่เผชิญหรือสิ่งเร้าที่มากระตุ้น ส่งผลทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง เหตุการณ์ที่เผชิญและอนาคต พฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์เป็นการช่วยให้บุคคลค้นหาความเชื่อที่ไร้เหตุผลและฝึกโต้แย้งกับความเชื่อที่ไร้

เหตุผลโดยใช้ รูปแบบการคิดแบบทฤษฎีบุคลิกภาพ ABC (Activating event: Beliefs: Consequences) (ABC theory) จนปรับเปลี่ยนเป็นความเชื่อที่มีเหตุผลโดยอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง ทำให้ไม่เกิดหรือลดการเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง เหตุการณ์ที่เผชิญและอนาคตส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (Ellis, 1994; Dryden, 1993; Santrock, 2000)

1.6 การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ , 2543: กรมสุขภาพจิต, 2548)

1.6.1 การวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยที่สำคัญ คือการฆ่าตัวตาย พยาบาลจะต้องสังเกตพฤติกรรมที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย โดยสังเกตการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและอารมณ์ ซึ่งทำได้ง่ายกว่าพฤติกรรมแยกตัวเอง เนื่องจากผู้ป่วยจะบอกกล่าวปัญหาและแสดงพฤติกรรมให้เห็นเด่นชัด

1.6.2 ลดภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง วัตถุประสงค์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยแสดงอาการซึมเศร้ารุนแรงไม่พูดคุย พยายามทำร้ายตนเอง หรือเมื่อแสดงอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือที่ถูกต้องทันที่

1.6.3 การดูแลสุขภาพอนามัย ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรด้วยตนเอง และได้รับการดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล รวมทั้งการแต่งกาย การขับถ่าย การนอนและการรับประทานอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความสนใจต่อตนเองในเรื่องเหล่านี้ การช่วยให้ร่างกายสะอาด แต่งกายเรียบร้อยสวยงามทำให้สดชื่นและมั่นใจขึ้น

1.6.4 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไปนั้นทำได้ด้วยการให้โอกาสผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึกท้อแท้ เสียใจ สิ้นหวังและโหม่นสยยอมรับความคิดเห็น และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการค้นหาวิธีการเผชิญปัญหาในทางที่สร้างสรรค์ สร้างความหวังใหม่ให้แก่ผู้ป่วย เสริมความมีคุณค่าให้แก่ผู้ป่วยโดยการให้ผู้ป่วยมองหาข้อดีของตนเอง ข้อสำคัญ คือ จะไม่แนะนำให้ผู้ป่วยหนีความเศร้าด้วยการพูดคุยถึงเรื่องอื่นที่สนุกสนาน เพราะจะไม่ช่วยให้ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อตนเองดีขึ้นควรหลีกเลี่ยงการให้คำปลอบใจที่ไม่เหมาะสมการเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วย (Empathy) จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและเกิดกำลังใจดีขึ้น

1.6.5 สังเกตผลจากการรักษา เช่น ยา หรือการบำบัดด้วยกระแสไฟฟ้า ทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมถึงการบันทึกน้ำหนักตัว เพื่อการติดตามต่อไป

1.6.6 การจัดกิจกรรมและสิ่งแวดล้อม กิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย คือ การออกกำลังกาย เช่น การวิ่งหรือ เล่นกีฬา เพราะจะช่วยให้ลดความตึงเครียด ช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรง

และจิตใจก็สดชื่นด้วย การให้ทำงานบ้านประเภทล้างชาม ถูบ้าน จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณใส่ใจ และผู้ป่วยจะรู้สึกไม่สบายใจ

1.6.7 ลดความรู้สึกผิด และเสริมความรู้สึกว่าตนมีคุณค่าและมีประโยชน์ โดยการได้ดูแลตนเองและมีงานอดิเรกทำ จะช่วยให้เกิดความหวังและรู้สึกมีคุณค่าและยิ่งกิจกรรมที่ทำนั้นแสดงผลสำเร็จก็จะทำให้มีกำลังใจที่จะสู้ต่อไป

1.6.8 การเตรียมผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น จะต้องช่วยให้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นพิจารณาตัดสินใจด้วยตนเองมีการพบปะพูดคุยกับครอบครัวเพื่อวางแผนร่วมกัน

2. แนวคิดเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตาย

2.1 ความหมายของการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตาย หรือ อัตวินิบาตกรรม ถ้าพิจารณาตามรากศัพท์มาจากคำต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ อັตต (sui) หมายถึง ตนเอง (self) ผสมกับวินิบาต (cide) หมายถึง การทำลาย การฆ่า (murder) กรรม หมายถึง การกระทำ

รวมความแล้วการฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำที่เป็นการฆ่า หรือทำลายตนเอง ถ้าหากพิจารณาความหมายทำให้มองเห็นว่า การฆ่าตัวตาย คือ พฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นได้ทำร้ายตนเองเพื่อให้เกิดการสิ้นสุดชีวิตของตน นอกจากนี้ได้มีผู้ให้ความหมายของการฆ่าตัวตายแตกต่างกันดังนี้

อำเภอวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การที่บุคคลทำให้ชีวิตของตนเองสิ้นสุดลงด้วยตัวของตัวเองและไม่ใช่อุบัติเหตุ

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง ความคิดหรือการกระทำใด ๆ ก็ตามที่หากดำเนินไปจนสำเร็จก็จะทำให้เกิดอันตรายรุนแรงจนถึงแก่ความตาย

จำลอง ดิษยวานิช (2545) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำโดยรู้ตัวเพื่อทำลายตนเอง โดยผู้ที่ฆ่าตัวตายเชื่อว่าการกระทำเช่นนี้เป็นวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด การฆ่าตัวตายจึงเป็นจิตเวชฉุกเฉินที่พบได้บ่อย ผู้รักษาควรให้ความสำคัญกับผู้ฆ่าตัวตายทุกรายเพราะความผิดพลาดในการประเมินและการดูแลรักษาอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

Farberow (1980) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การทำให้ตนเองบาดเจ็บ การฆ่าตนเอง หรือเป็นการทำลายตนเอง

จากความหมายของการฆ่าตัวตายที่กล่าวมาแล้วข้างต้น สรุปได้ว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การที่บุคคลมีความคิดหรือการกระทำใด ๆ โดยมีจุดประสงค์ที่จะทำให้ชีวิตของตนเองสิ้นสุด เนื่องจากไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่ว่าจะมีความสาเหตุมาจากอะไร

2.2 ประเภทของการฆ่าตัวตาย

ประเภทของการฆ่าตัวตายสามารถแบ่งได้หลายวิธี ถ้าแบ่งตามพฤติกรรมการฆ่าตัวตายสามารถจำแนกตามผลลัพธ์ของการกระทำออกเป็นลักษณะตามความรุนแรงและตามความตั้งใจได้ดังนี้ (ภิมศักดิ์ บุญเจียร, 2541)

2.2.1 การฆ่าตัวตายสำเร็จ (Successful suicide , committed suicide)

นักวิชาการหลาย ๆ ท่านได้ให้ความหมายของการฆ่าตัวตายสรุปได้ว่า การฆ่าตัวตายเป็นการกระทำเพื่อทำร้ายตนเอง เพื่อจุดประสงค์ที่จะทำให้ชีวิตของตนเองจบลงโดยเจตนา และยังหมายถึง ปრაกฏการณ์หนึ่งทางสังคมที่เกิดขึ้นเมื่อความสัมพันธ์และความเข้ากันได้ดีกับสังคม (social integration) หรือข้อกำหนดทางสังคม (social regulation) มีความไม่เหมาะสมซึ่งเกิดจากการที่มีภาวะดังกล่าวมากเกินไปหรือน้อยเกินไป

สรุปได้ว่า การฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นปรากฏการณ์หนึ่งที่เกิดขึ้นกับคนในสังคม ซึ่งกระทำไปโดยอาศัยวิธีการต่าง ๆ เพื่อจุดประสงค์ที่ทำให้ตนเองจบชีวิตลงหรือหลุดพ้นจากปัญหา อาจเป็นการกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือทางอ้อมก็ได้ ซึ่งผลสุดท้ายจบด้วยการตายของผู้ที่กระทำ ขณะเดียวกันยังคงมีความแตกต่างถึงแรงผลักดันที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมนั้น ๆ

2.2.2 การพยายามฆ่าตัวตาย (Suicidal attempts)

การพยายามฆ่าตัวตาย (Suicidal attempts) หมายถึง การกระทำแบบเดียวกับการฆ่าตัวตายสำเร็จแต่ผู้กระทำรอดชีวิตทั้ง ๆ ที่ผู้กระทำมีความตั้งใจจริงที่จะฆ่าตัวตาย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) แบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ

2.2.2.1 Gestures เป็นท่าทีที่เรียกร้องความสนใจในการพยายามฆ่าตัวตาย

2.2.2.2. Ambivalent attempt เป็นพวกสองจิตสองใจ ลังเล มีทั้งความคิดอยากตายและไม่อยากตาย

2.2.2.3 Serious attempt เป็นพวกที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างจริงจังและมักจะใช้ความรุนแรง เช่น ผูกคอ ยิงตัวเอง กระโดดน้ำ กระโดดจากที่สูงแต่ไม่เสียชีวิต

2.2.3 การแสรังกระทำการฆ่าตัวตาย (Suicidal gesture หรือ suicidal idea)

การแสรังกระทำ หรือการมีความคิดจะฆ่าตัวตาย หมายถึง การที่ผู้กระทำการฆ่าตัวตายกระทำไปโดยมีเจตนาเพียงเพื่อเรียกร้องความสนใจแต่จริง ๆ แล้วเขาไม่อยากจะตายอยากอยู่มากกว่า การฆ่าตัวตายจะใช้เพื่อวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่งมากกว่าที่จะฆ่าตัวตายอย่างจริงจัง

Farberow (1980) ได้แบ่งประเภทของการฆ่าตัวตายในแง่เจตนาซึ่งสามารถแบ่งได้ดังนี้

1) การทำลายตนเองทางตรง (Direct self destructive behavior) ได้แก่ การมีพฤติกรรมที่ทำร้ายตนเองอย่างชัดเจน

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

นอกจากนี้ Kramer (1992) ได้แบ่งประเภทของการฆ่าตัวตายออกกว้าง ๆ ดังนี้

1) Intentional suicide เป็นการฆ่าตัวตายอย่างตั้งใจจริง เป็นการทำร้ายตนเองในขณะที่มีสติสัมปชัญญะดี

2) Psychotic suicide เป็นการกระทำใด ๆ ที่ไม่ถึงแก่ความตาย เป็นต้นว่า การตัดอวัยวะส่วนที่ไม่ได้ออกจากร่างกาย

3) Automatization suicide เป็นการฆ่าตัวตายที่กระทำขณะปราศจากความรู้สึก เช่น ผู้ที่กินยานอนหลับแล้วกระทำสิ่งใด ๆ โดยไม่มีสติที่จะคำนึงถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

4) Chronic suicide บุคคลที่อยู่โดยการทำร้ายตนเองมาเป็นระยะเวลานาน เช่น พวกที่ใช้สารต่าง ๆ ในทางที่ผิด ดื่มสุราเรื้อรังทั้งที่เป็นโรคตับ

5) Manipulation suicide เป็นการพยายามกระทำวิธีต่าง ๆ เพื่อแสดงความตั้งใจจริงในการเตือน หรือขอความช่วยเหลือ เป็นต้นว่าการกรีดข้อมือตนเอง

6) Accidental suicide เป็นการพยายามกระทำสิ่งใด ๆ แล้วมีผลตรงกันข้ามและถึงแก่ความตายไปในที่สุด เช่น การที่บุคคลต้องการความช่วยเหลือแต่คู่สมรสกลับมาช้ากว่าปกติและไม่สามารถช่วยชีวิตได้ บุคคลเหล่านี้คาดคิดในการวางแผนขอความช่วยเหลือ

7) Neglect suicide เป็นการฆ่าตัวตายเนื่องจากการละเลยเอาใจใส่สุขภาพตัวเอง เช่น คนที่ป่วยเป็นโรคหัวใจแล้วไม่เอาใจใส่ต่อคำแนะนำของแพทย์ทำให้ถึงแก่ความตาย

8) Probability suicide บุคคลที่ดำรงชีวิตด้วยการเสี่ยงโชค เช่น นักแข่ง

9) Self – destruction suicide บุคคลที่ชอบทำร้ายตนเอง เช่น พวกที่ชอบอยู่ในที่มีความร้อนมากเกินไป หรือผู้ที่สูบบุหรี่จัด

10) Suicidal threats บุคคลที่ชอบขู่ว่าจะฆ่าตัวตาย เป็นบุคคลที่พูดถึงการฆ่าตัวตายแต่ไม่เคยมีความตั้งใจที่จะกระทำ

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตายเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อนมีหลากหลายปัจจัยที่เป็นสาเหตุ การอธิบายเกี่ยวกับปัจจัยเหตุของการฆ่าตัวตายมีทฤษฎีและแนวคิดดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2540)

2.3.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factor)

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

2.3.1.2 การศึกษาความสัมพันธ์ระดับCholesterolกับการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย จะมีระดับ Cholesterol ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่แสดงพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Hauenstein, 1998)

2.3.2 ปัจจัยทางจิตใจ (Psychological factors)

2.3.2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) อธิบายว่าเมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่ต้องสูญเสียบุคคลสำคัญ หรือสิ่งของที่ตนรัก จะเกิดความรู้สึกโกรธเกลียด ต่อบุคคล 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) เป็นการยอมต่อความเจ็บปวดทรมานไปจนถึงระดับความตาย ทั้งนี้เนื่องจากความเจ็บปวดนั้น เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความสุข ความสุขเช่นนี้เป็นความสำนึกผิดซึ่งเกิดจากสัญชาตญาณความก้าวร้าวที่ทำงานในระดับจิตใต้สำนึก

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

2.3.2.2 ทฤษฎีสัมพันธระหว่างบุคคล (interpersonal theory) ของ Sullivan

(1931, 1956 cited in Barbee & Bricker, 1996) อธิบายว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากความล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธภาพกับบุคคลสำคัญในชีวิต

2.3.2.3 ทฤษฎีปัญญานิยม (cognitive theory) อธิบายถึง สาเหตุการฆ่าตัวตายตามลักษณะทางปัญญาของบุคคลบุคคลที่ฆ่าตัวตายมักมีลักษณะทางปัญญาที่ติดอยู่กับเรื่องใด เรื่องหนึ่ง การลงความเห็นเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นแบบสุดขั้วสองด้าน (dichotomous thinking) จึงมีความจำกัดในการแก้ปัญหา การหาทางเลือกในการจัดการแก้ปัญหา ทำได้ยาก ไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่า ปัญหาต่าง ๆ ที่ตนเองประสบ เกิดจากอะไร และเกี่ยวข้องกับอะไรบ้าง (Arffa, 1983; Bartifai et al cited in Rickeman & Houfek, 1995) นอกจากนี้ ยังมีลักษณะการคิดในทางลบ (negative thinking) มองโลกในแง่ร้าย จากลักษณะทางปัญญาดังกล่าว ทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ รู้สึกตนเองไร้ค่า ต้องการความช่วยเหลือและเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (Hauenstein, 1998)

2.3.3 ปัจจัยทางสังคม (sociological factors)

Barbee&Bricker(1996) เชื่อว่า การฆ่าตัวตายเกิดจากความสัมพันธ์ของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมในสังคม และแบ่งปัจจัยเหตุของการฆ่าตัวตายออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

2.3.3.1 ฆ่าตัวตายเพื่อเสียสละ (altruistic suicide) การฆ่าตัวตายที่เกิดการมีความรู้สึกผูกพันกับสังคมหรือส่วนรวมมากเกินไปบุคคล มีความยึดมั่นผูกพันต่อกลุ่มในสังคมมาก ยึดถือความอยู่รอดของกลุ่มมากกว่าของตนเอง จนสามารถเสียสละชีวิตตนเองเพื่อกลุ่ม เพื่อความอยู่รอดของกลุ่ม เป็นการทาลายชีวิตตนเองเพื่อประโยชน์ของผู้อื่น การฆ่าตัวตายจึงกระทำด้วยความมีเหตุผล ตั้งใจ กระทำโดยมีจิตสำนึกของตนเอง เพื่อหน้าที่ การงาน วิทยาศาสตร์ และอุดมการณ์ทางการเมือง

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

2.3.3.3 การฆ่าตัวตายจากความคิดชั่ววูบ (anomic suicide) การฆ่าตัวตายที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคมอย่างรวดเร็ว หรือกะทันหัน ทำให้สมาชิกในสังคมเกิดความรู้สึกสับสน ปรับตัวไม่ทัน เกิดความคิดชั่ววูบ จึงทำการฆ่าตัวตาย เช่น การเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัว จากการตายของบุคคลสำคัญในชีวิต ความล้มเหลวทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

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

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายมีลักษณะทางปัญญาที่คิดอยู่กับเรื่องใด เรื่องหนึ่ง การลงความเห็นเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นแบบสุดขั้วสองด้าน มีความจำกัดในการแก้ปัญหา การหาทางเลือกในการจัดการแก้ปัญหาทำได้ยาก ไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่า ปัญหาต่าง ๆ ที่ตนเองประสบ แท้จริงแล้วเกิดจากอะไร ยังมีลักษณะการคิดในทางลบ (negative thinking) มองโลกในแง่ร้าย จากลักษณะทางปัญญาดังกล่าว ทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ รู้สึกตนเองไร้ค่า

2.3.4 ปัจจัยด้านครอบครัวได้แก่

2.3.4.1 สถานภาพสมรส จากการศึกษาพบว่า เพศหญิงและเพศชาย ที่มีสถานภาพสมรสคู่ อัตราการฆ่าตัวตายจะสำเร็จน้อย (Hoyer & Lund, 1993; McIntosh as cited in Hauenstein, 1998) ส่วนเพศหญิงและเพศชายที่มีสถานภาพสมรสโสด ม่าย หย่า และแยก อัตราการฆ่าตัวตายจะพบได้สูง (Hauenstein, 1998)

2.3.4.2 ประวัติบุคคลในครอบครัว/ ญาติ เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มที่จะพบได้สูงมากในครอบครัวที่เคยมีประวัติการฆ่าตัวตายมาก่อน (Malone et al. As cited in Hauenstein, 1998) ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในญาติสายตรงลำดับแรกของผู้ป่วยจิตเวชที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเป็น 4 เท่า ในญาติสายตรงลำดับแรกของผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มีประวัติการฆ่าตัวตาย (Hauenstein, 1998)

2.3.4.3 การแก้ไขปัญหา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีความคิดอยากฆ่าตัวตายสูง ได้แก่ การมีปัญหากับคู่สมรส ปัญหากับสมาชิกในครอบครัว ปัญหาครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตายหากปัญหานั้นไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมและทันต่อเหตุการณ์

2.3.4.4 การสื่อสาร การใช้คำพูดเสียดสีเหน็บแนมในช่วงภาวะวิกฤตของบุคคลในครอบครัว (สุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย และคณะ, 2542) ก็เป็นตัวกระตุ้นหรือส่งเสริมให้เกิดการฆ่าตัวตายได้

2.3.4.5 บทบาท ครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่เหมาะสม จะมีการมอบหมาย บทบาทและหน้าที่ให้สมาชิกแต่ละคน โดยความเห็นพ้องต้องกัน มีการปฏิบัติตามข้อตกลง ประสานกับบทบาทของสมาชิกคนอื่น ๆ ด้วย ภารกิจของครอบครัวจะดำเนินไปได้อย่างเหมาะสม ถ้ามีการมอบหมายบทบาทให้ครอบคลุมถึงหน้าที่ทุกด้านที่จำเป็นต้องกระทำ และมีระบบควบคุม ให้สมาชิกปฏิบัติตามบทบาทการที่ครอบครัวไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวอย่างเหมาะสม เป็นอีกปัจจัยหนึ่งส่งเสริมให้เกิดการฆ่าตัวตาย เช่น คู่สมรส ที่แต่งงานแล้ว แต่อาศัยแยกกัน (ธนุชาติธนานนท์, 2541) ดังนั้น การที่ครอบครัวแต่ละครอบครัวมีการปฏิบัติหน้าที่ของตนเองให้เหมาะสม จึงเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาสุขภาพจิตให้มีความเข้มแข็ง สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้

2.3.4.6 การตอบสนองทางอารมณ์ วนิดา พุ่มไพศาลชัย (2544) ศึกษา ลักษณะการเลี้ยงดูของพ่อแม่กับความคิดฆ่าตัวตายของเด็กวัยรุ่น ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี กำลังเรียนอยู่ในระดับมัธยมในเขตภาคเหนือ จำนวน 1,184 คน ผลการวิจัยพบว่า เด็กวัยรุ่นที่พ่อ ปฏิบัติตรงกับที่ลูกต้องการจะมีความคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่าวัยรุ่นที่พ่อละเลยไม่ได้เลี้ยงดู ใน ลักษณะที่ลูกต้องการอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งมีอยู่ 3 ลักษณะคือ การแสดงความรัก ความอบอุ่นต่อ ลูกเสมอ ให้ความสำคัญกับลูกจนลูกรู้สึกมีคุณค่า ทำกิจกรรมร่วมกับลูกบ่อย ๆ ส่วนลักษณะการ เลี้ยงดูของแม่ที่ปฏิบัติตรงกับที่ลูกต้องการแล้วพบว่าอัตราการคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่าวัยรุ่นที่แม่ ละเลยไม่ได้ปฏิบัติตามที่ลูกต้องการอย่างมีนัยสำคัญ มี 5 ลักษณะ ได้แก่ การแสดงความรักความ อบอุ่นต่อลูกเสมอ เป็นห่วงเป็นใยลูกตลอดเวลา เอาใจใส่ถามทุกข์สุขลูกเป็นประจำ ให้ความสนิท สนมกับลูก และคอยสนับสนุนช่วยเหลือเมื่อลูกมีปัญหา

2.3.4.7 การควบคุมพฤติกรรม พบว่า เหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิด พฤติกรรมฆ่าตัวตายบ่อยที่สุด คือ การถูกบิดามารดาลงโทษ การถูกบิดามารดาทอดทิ้ง และการ ถูกทารุณทางกาย (อุมาพร ตรังคสมบัติ และ อรวรรณ หนูแก้ว, 2541) ตลอดจนการมีแบบ แผนการเลี้ยงดูไม่คงเส้นคงวา บางครั้งเข้มงวด บางครั้งปล่อยปละละเลย มีการเขียนตีรุนแรง และ ดุด่า (ขนิษฐา บำเพ็ญผล และคณะ, 2542) และการที่ในวัยเด็กถูกละเลย ไม่ได้รับการดูแลเอาใจ ใส่ การขาดรูปแบบพฤติกรรมที่เหมาะสม (ทัศนีย์ ดันทวีวงศ์ และคณะ, 2542)

2.3.5 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

2.3.5.1 เพศ จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พบว่า เพศ ชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง และเพศหญิงพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย อาจ เป็นเพราะส่วนใหญ่ เพศชายมักจะไม่แสวงหาความช่วยเหลือ (Hauenstein, 1998) และมักใช้วิธี ฆ่าตัวตายรุนแรงและรวดเร็วมากกว่าเพศหญิงทำให้อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าเพศหญิง (มา โนช หล่อตระกูล, 2541)

2.3.5.2 อายุ การฆ่าตัวตายพบได้ในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ช่วงอายุ 15-24 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุ (Barbee & Bricker, 1996) สำหรับประเทศไทย พบว่า ช่วง อายุ 20-34 ปี มีการฆ่าตัวตายมากที่สุด (สำนักนโยบายและแผน, 2539)

2.3.5.3 ศาสนา การฆ่าตัวตายของบุคคลที่นับถือศาสนาต่าง ๆ นั้น พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายในประเทศที่ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามจำต่ำกว่าประเทศ ที่ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (Dickstra & Gulbinat, 1993) อาจเกิดจากความเชื่อทาง ศาสนาที่ว่า การฆ่าตัวตายเป็นบาป (Coleman, Butcher, & Carson, 1980)

2.3.5.4 รายได้ เป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตในด้านการตอบสนอง ต่อความต้องการขั้นพื้นฐาน การขาดรายได้ หรือรายได้ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความเครียดได้

2.3.5.5 ประวัติการเจ็บป่วย การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายและโรคทางจิตเวช มีความสัมพันธ์อย่างมากกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย เนื่องจากการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ซึมเศร้า เครียด และนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (Barbee & Bricker, 1996)

2.3.5.6 การใช้สารเสพติด เป็นพฤติกรรมส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการพยายาม ฆ่าตัวตาย เนื่องจากฤทธิ์ของสารเสพติดมีผลต่อสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์ ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ความคิดสับสน หุนหันพลันแล่น ซึมเศร้า (Wilson & Kneisl, 1996)

3. แนวคิดสาเหตุภาวะซึมเศร้าในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ภาวะซึมเศร้านั้นสามารถก่อให้เกิดพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายได้ สาเหตุเกิดจากเมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์วิกฤติต่าง ๆ ในชีวิต เช่น สูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก บุคคลนั้นจะมีลักษณะทางปัญญาที่คิดอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่งแบบสุดขั้วสองด้านมีการจำกัดในการแก้ปัญหา การหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหา ไม่สามารถวิเคราะห์ปัญหาที่ตนเองประสบ มีความคิดในทางลบ มองโลกในแง่ร้าย ก่อให้เกิดความรู้สึกหมดหวังท้อแท้ รู้สึกตนเองไร้ค่า ผลสุดท้ายจะกลายเป็นความโกรธ ความก้าวร้าวที่พุ่งเข้าหาตนเองด้วยการฆ่าตัวตาย (Freud as cite in Hauenstiein, 1998) หรือจะคิดแต่เรื่องร้าย ๆ มองโลกมองสภาพทุกอย่างในด้านลบไปหมด ขาดสมาธิ และขาดความมั่นใจในตนเอง วิตกกังวล ตัดสินใจไม่ได้แม้แต่ในเรื่องเล็กน้อย ท้อแท้ รู้สึกตนเอง ไร้ค่า ในที่สุดมีความคิดอยากตายหรือฆ่าตัวตายตามมา (ดวงใจ กสานติกุล, 2536, 2542)

4. แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์

4.1 ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์

Ellis (1994) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ คือวิธีการปรับเปลี่ยนความเชื่อเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และพฤติกรรมของผู้รับการปรึกษา ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาอารมณ์จากความเชื่อ การประเมินค่า การแปลความ และปฏิกิริยาที่บุคคลมีต่อเหตุการณ์ในชีวิต โดยใช้วิธีการต่าง ๆ เช่น สอน แนะนำ ชี้แนะ อธิบาย สาธิตย้อนกลับ โน้มน้าวหรือกระตุ้น เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาค้นหาความเชื่อที่ไร้เหตุผลที่มีต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่มากระตุ้น แล้วจำแนก วิเคราะห์ และได้แย้งกับความเชื่อที่ไร้เหตุผลเหล่านั้นจนสามารถพัฒนาความเชื่อที่มีเหตุผลขึ้นมาแทน โดยใช้รูปแบบการคิดแบบทฤษฎีบุคลิกภาพ ABC (ABC theory) โดยเป็นการบำบัดทางจิตใจ ได้มีการพัฒนาขึ้นในช่วงปี ค.ศ. 1950 Ellis ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาคลินิกชาวอเมริกัน และได้พิมพ์หนังสือเผยแพร่ขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1962 คือ Reason and Emotion in Psychotherapy ใช้ชื่อว่า การบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (Rational Emotive Therapy [RET]) การบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ของEllis มีลักษณะทางปัญญา

(cognitive) เป็นหลัก แต่ก็ยังมีลักษณะทางพฤติกรรม (behavior) และ อารมณ์ (emotive) เป็นส่วนประกอบที่สำคัญอยู่ด้วย และถึงแม้ว่าพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ จะได้นำหลักการของการบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญา (Cognitive Behavior Therapy [CBT]) มาใช้ด้วยแต่ก็มีความแตกต่างกัน คือ การบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญา มุ่งเน้นที่จะแก้ปัญหาทางพฤติกรรม ในขณะที่การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์นั้นได้มุ่งเน้นที่การแก้ปัญหาทางอารมณ์ที่มากับปัญหาทางพฤติกรรมด้วย (Ellis , 1994)

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์

1. แนวคิดเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ มีความเชื่อว่ามนุษย์เป็นผู้ที่มีทั้งเหตุผลและไร้เหตุผลมาตั้งแต่แรกเกิด ความมีเหตุผลและไร้เหตุผลนี้จะอยู่ในตัวมนุษย์ตลอดไปเว้นแต่จะได้เรียนรู้แนวคิดใหม่ และมนุษย์ไม่ได้ถูกรบกวนจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แต่สิ่งที่มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่สำคัญของมนุษย์คือ ความเชื่อที่มีเหตุผลและไร้เหตุผลเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น ซึ่งเป็นระบบความคิดที่ไม่ยืดหยุ่นที่มนุษย์มีต่อเหตุการณ์นั้น ๆ (Ellis , 1995) โดยธรรมชาติของมนุษย์ต้องการปกป้องตนเอง แสวงหาความสุข ความรัก และต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ต้องการมีชีวิตในด้านบวกอยู่ตลอดเวลา แต่อย่างไรก็ตามยอมเป็นไปไม่ได้ที่มนุษย์จะมีชีวิตด้านบวกเพียงด้านเดียว ดังนั้นการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์จะช่วยให้มนุษย์ได้เข้าใจตนเอง เหตุการณ์ที่เผชิญหรือโลก และดำเนินชีวิตต่อไปในอนาคตได้อย่างมีความสุข (Coley, 1996, 2000)

2. บทบาทของการให้คุณค่าทางความคิด ในกระบวนการคิด ชั้นแรกบุคคลจะรับรู้ต่อสิ่งที่เกิดขึ้นผ่านสัมผัสทั้งห้าก่อน จากนั้นสมองก็ทำการอธิบายว่าอะไรเกิดขึ้นบ้าง เสร็จแล้วก็ทำการตัดสินใจประเมินว่าสิ่งนั้นเป็นอย่างไร จึงทำการให้คุณค่าต่อการประเมินนั้นเป็นด้านบวก ด้านลบ ดีหรือไม่ดี อันตรายหรือไม่อันตราย

3. ลักษณะความคิดที่มีเหตุผลและความคิดที่ไร้เหตุผล ความคิดหรือความเชื่อสำคัญที่ทำให้เกิดอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม คือ ความคิดแบบ "ควรจะ" และ "ต้อง" ซึ่งเป็นความคิดที่ไม่ยืดหยุ่น เอลลิสได้กล่าวว่า อารมณ์ต่าง ๆ เช่น วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ปฏิเสธ ไมโหอย่างรุนแรง รู้สึกผิด และภาวะวิกลจริตนั้นเริ่มต้นและจะดำเนินต่อไปด้วยระบบความเชื่อที่ไร้เหตุผลที่ก่อตัวขึ้นมาตั้งแต่ในวัยเด็ก

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรม เอลลิส (Ellis, 1994) ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ดังนี้

4.1 มนุษย์มีทั้งความคิดที่มีเหตุผลและไร้เหตุผล เมื่อได้ใช้ความคิดที่มีเหตุผล มนุษย์จะมีอารมณ์ พฤติกรรมที่เหมาะสม เป็นผู้มีความสามารถและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.2 อารมณ์ที่ไม่เป็นสุขหรือพฤติกรรมของอาการทางโรคประสาท เป็นผลจากความคิดที่ไร้เหตุผล เช่น ความคิดที่ลำเอียง ความคิดที่มีอคติ การยึดมั่นในตนเองสูงมากเกินไป เป็นต้น โดยที่อารมณ์จะเกิดควบคู่ไปกับความคิดอย่างต่อเนื่อง

4.3 ความคิดไร้เหตุผลเกิดจากการเรียนรู้ที่ไม่เป็นเหตุเป็นผลในอดีต ซึ่งอาจเรียนรู้จากบิดามารดา และการปลุกฝังทางวัฒนธรรม

4.4 มนุษย์พูดหรือคิดโดยใช้สัญลักษณ์หรือภาษา การที่พูดหรือคิดอย่างไร้เหตุผลบ่อย ๆ จะเป็นผลให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ และพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน

4.5 อารมณ์ไม่เป็นสุขไม่ได้เป็นผลมาจากสถานการณ์หรือเหตุการณ์ภายนอก แต่เป็นผลมาจากความคิดของบุคคลต่อเหตุการณ์นั้น ๆ

4.6 ความคิดที่ว่าตนไร้ความสามารถและนำไปสู่อารมณ์ทางลบนั้นสามารถขจัดให้หมดไป โดยสร้างการรับรู้ ความคิดที่มีเหตุผลขึ้นมาทดแทน

5. ทฤษฎีบุคลิกภาพ ABC (ABC theory) เป็นหัวใจของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ซึ่งเชื่อว่าอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลเนื่องมาจากความเชื่อที่มีเหตุผล และไร้เหตุผลต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น

การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์นั้น มีรูปแบบการคิดโดยได้ประยุกต์มาจากการคิดแบบทฤษฎีบุคลิกภาพ ABC (Activating event: Beliefs: Consequences) (ABC theory) ซึ่งประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ เหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น คือ A (Activating event) ความเชื่อของบุคคลต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น คือ B (Beliefs) และอารมณ์หรือพฤติกรรมที่เกิดมาจากความเชื่อที่มีต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น คือ C (Consequences) โดยผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทในการอธิบาย ชี้แจงให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของทั้ง 3 องค์ประกอบ และ Ellis ได้เพิ่มอีก 2 องค์ประกอบ ได้แก่ การโต้แย้งกับความเชื่อที่ไร้เหตุผลที่มีต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น คือ D (Disputing) และ ผลที่เกิดจากการโต้แย้งกับความเชื่อที่ไร้เหตุผล คือ E (Effects) ซึ่งมีด้วยกัน 3 ลักษณะ ได้แก่ ผลทางด้านความคิด (cognitive effects) ผลทางด้านอารมณ์ (emotional effects) และ ผลทางด้านพฤติกรรม (behavioral effects)

4.2 เป้าหมายของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ สำหรับเป้าหมายหลักของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ คือการสอนให้ผู้ป่วยสามารถสืบค้นและเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอารมณ์ความรู้สึก และมีพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมขึ้น ตลอดจนสามารถดำรงชีวิตด้วยความสุข โดย

4.2.1 ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักว่าความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล ก่อให้เกิดปัญหา ด้านอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่เหมาะสม และจะส่งผลให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อไปด้วย ดังนั้น ผู้ป่วยควรได้รับความช่วยเหลือให้รู้จักวิธีคิดอย่างมีเหตุผล รู้จักการควบคุมและเอาชนะอารมณ์ ความรู้สึกที่ไม่เหมาะสม ซึ่งการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ได้จำแนกอารมณ์ที่ เหมาะสมกับอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมออกจากกันอย่างชัดเจน

4.2.1.1 อารมณ์ที่เหมาะสม (appropriate feelings) คือภาวะอารมณ์ที่ ช่วยผลักดันในบุคคลสามารถตอบสนองสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้

4.2.1.2 อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (inappropriate emotions) คือ ภาวะ อารมณ์ที่ต้องขัดขวางการตอบสนองสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นของบุคคลมิให้ไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ ได้แก่ อารมณ์ที่แสดงถึงความวิตกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง และรู้สึกไม่มีคุณค่า

2. ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตด้วยตนเองได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

4.2.1.3 ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อชีวิตของตนเอง รักการพึ่งพา ตนเองอย่างเต็มกำลังความสามารถของตน สามารถแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นด้วยตนเองได้ เป็นส่วนใหญ่

4.2.1.4 ช่วยให้ผู้ป่วยสนใจและยอมรับในคุณค่าของตนเองและของ บุคคลอื่น ซึ่งจะช่วยให้มีการปรับตัวในการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นได้ด้วยความสุข

4.2.1.5 ช่วยให้ผู้ป่วยมีวิธีการคิดเชิงวิทยาศาสตร์กล่าวคือ สามารถ นำเอาข้อมูล เหตุผลและวิธีการเชิงวิทยาศาสตร์ ไปใช้ประโยชน์กับตนเองและการติดต่อสัมพันธ์ กับผู้อื่นได้

4.2.1.6 ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในตนเองและยอมรับตนเองตามความ เป็นจริง

4.2.1.7 ช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักวิเคราะห์เหตุการณ์และสิ่งต่าง ๆ อย่าง ใคร่ครวญรอบคอบ มีเหตุผล และด้วยสติปัญญา สามารถยอมรับในความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้

4.2.1.8 ช่วยให้ผู้ป่วยมีความอดทนอดกลั้นต่อความผิดพลาดของผู้อื่นได้

4.2.1.9 ช่วยให้ผู้ป่วยมีความยืดหยุ่นทางความคิดเปิดใจกว้าง

4.3 ขั้นตอนการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ขั้นตอนการให้ คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (เจียร์นีย์ ทรงชัยกุล, 2543)

4.3.1 ขั้นเริ่มต้นกระบวนการให้ความช่วยเหลือ ผู้ให้คำปรึกษาควรช่วยให้ผู้ป่วย เกิดความรู้สึกอบอุ่นเป็นกันเอง สามารถระบายความคิดความเชื่อของตนได้อย่างอิสระได้รับการ ยอมรับ โดยปราศจากเงื่อนไข และได้รับความเห็นอกเห็นใจอย่างจริงใจ

4.3.2 ขั้นตอนงานให้ความช่วยเหลือ มีวิธีการดำเนินการให้ความช่วยเหลือซึ่งมุ่งเน้นการช่วยให้ผู้ป่วยละทิ้งความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล

4.3.3 ขั้นตอนการให้ความช่วยเหลือ ช่วยให้ผู้ป่วยทบทวนความเปลี่ยนแปลงและความก้าวหน้าที่เกิดขึ้นกับตัวเขา เช่น มีอารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม ซึ่งความเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ล้วนมีรากฐานมาจากการที่ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนมาเป็นบุคคลที่มีความเชื่ออย่างมีเหตุผล

4.4 บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2552) กล่าวว่า พยาบาลจิตเวชผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงปัญหาของตน และฝึกหัดแก้ไขอย่างเต็มใจเพื่อจะได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนและเนื่องจากการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์เน้นถึงความสำคัญของความคิดซึ่งเป็นตัวบั่นทอนทำลายบุคคล ผู้ให้คำปรึกษาทำหน้าที่เปรียบเหมือนครูผู้สอน และผู้ป่วยเปรียบเหมือนนักเรียน โดยจะพยายามให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาสาเหตุของปัญหาที่แท้จริง และเผชิญกับปัญหาโดยใช้สติปัญญา ตลอดจนเทคนิคสำคัญดังนี้

4.4.1 การสอน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่หรือเกิดความเข้าใจบางสิ่งบางอย่างที่เรียนรู้มาก่อนให้ถูกต้องยิ่งขึ้น

4.4.2 เทคนิคการโต้แย้ง เพื่อหาเหตุผลมาเปลี่ยนความคิดที่ผิดให้ถูกต้อง

4.4.3 เทคนิคการตั้งคำถามที่ยั่วุทำทลาย เพื่อใช้สติปัญญาค้นหาเหตุผลแก้ปัญหา

4.4.4 เทคนิคการเจาะประเด็น การตั้งคำถามเพื่อเจาะไปที่ปัญหา

4.4.5 การให้การบ้านไปทดลองปฏิบัติการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ประสบการณ์ ทดลองนำหลักการที่ได้ไปปฏิบัติ

4.4.6 การสอบซักประวัติ เพื่อทราบถึงสาเหตุในอดีตและมีผลกระทบต่อความรู้สึกนึกคิดในปัจจุบัน

4.4.7 การวิเคราะห์ปัญหาและการคาดคะเน จะช่วยชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่าการที่มีความคิดอย่างไรเหตุผลหรือมีความเชื่อมั่นอย่างผิด ๆ นี้ได้เกิดอะไรขึ้น และหากยังคงความคิดหรือความเชื่อเช่นนี้ต่อไปผลที่เกิดขึ้นตามมาจะเป็นอย่างไร

5. โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล และอารมณ์ ของผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย

ผู้ศึกษาได้ศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ของEllis (1994) โดยทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่ามนุษย์เกิดมาพร้อมกับการคิดที่มีเหตุผลแต่มีแนวโน้มที่จะคิดไปในทางที่ผิด และมักจะตกเป็นเหยื่อของความเชื่อที่ไร้เหตุผลและปฏิบัติตนไปตามความเชื่อเหล่านั้น ระบบความเชื่อของบุคคลจึงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ โดยบุคคลเมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤติของชีวิตระบบความเชื่อของบุคคลจะแปลผลเหตุการณ์ไปในทางลบส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าซึ่งเชื่อมโยงกับแนวคิดภาวะซึมเศร้าของBeck (1967) สิ่งเหล่านี้จะมีผลเกี่ยวข้องกับความรู้สึกและพฤติกรรมทำให้กลายเป็นคนที่ไร้เหตุผล และความคิดที่ไร้เหตุผลนี้จะทำให้บุคคลใช้อารมณ์เหนือเหตุผลเกิดพฤติกรรมที่ไร้เหตุผล เช่น การพยายามทำร้ายตนเองตามมาได้ โดยผู้ศึกษาประยุกต์จาก โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ของ วราภรณ์ วรรณพิรุณ (2545) ซึ่งเป็นการฝึกให้ผู้ป่วยได้มีการปรับเปลี่ยนความคิดของตนเองให้เป็นความคิดที่มีเหตุผลประกอบไปด้วยกิจกรรม 5 ขั้นตอน ดังนี้

ครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศและอธิบายแนวคิดการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ เป็นการทำความรู้จักซึ่งกันและกัน ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความอบอุ่นใจ ใจวางใจ ได้ระบายความรู้สึกไม่สบายใจและความทุกข์จากเหตุการณ์ที่ตนเองกำลังประสบอยู่ ได้เข้าใจในปัญหาของตนอย่างชัดเจน และเข้าใจถึงผลต่อความเครียดที่มีต่อร่างกาย และจิตใจ สามารถวิเคราะห์และเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความเชื่อและผลกระทบต่อพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของตนเอง ตามรูปแบบ ABC ส่งผลให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเข้าใจตนเอง ตระหนักถึงความคิดที่ไร้เหตุผลที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าและก่อให้เกิดพฤติกรรมการ ฆ่าตัวตายของตน

ครั้งที่ 2 การฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง จากการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัญหาของตนเองตามรูปแบบ ABCDE ของ Ellis การให้คำปรึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นให้ผู้รับปรึกษาเข้าใจลักษณะความคิดที่มีเหตุผลและไม่มีเหตุผล และเข้าใจขั้นตอนการฝึกคิดอย่างมีเหตุผลตามรูปแบบ ABCตระหนักในคุณค่าของตนเอง ส่งผลให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดการเรียนรู้ การปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่มีเหตุผล พัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง มีทักษะการคิดเชิงบวกและพิจารณาทางเลือกอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง มีแนวทางการเผชิญปัญหาและการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม ลดและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า

ครั้งที่ 3 การฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง จากการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัญหาของตนเองอีกครั้งตามรูปแบบ ABCDE ของ Ellis การให้คำปรึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นให้ผู้รับปรึกษาเข้าใจลักษณะความคิดที่มีเหตุผลและไม่มีเหตุผล และเข้าใจขั้นตอนการฝึกคิดอย่างมีเหตุผลตาม

รูปแบบ ABC เกิดความคิดเชิงบวก ส่งผลให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดการเรียนรู้ การปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่มีเหตุผล มีทักษะการคิดเชิงบวก มีแนวทางการเผชิญปัญหาและการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม ลดและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า

ครั้งที่ 4 การฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง จากสถานการณ์ที่กำหนด ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองตามรูปแบบ ABCDE ของ Ellis จากสถานการณ์ที่ผู้ให้คำปรึกษาได้กำหนดขึ้น และวิเคราะห์ผลการฝึกคิดอย่างมีเหตุผล ร่วมกับการเสริมแรงทางบวกมุ่งเน้นให้ผู้รับคำปรึกษามีประสบการณ์และเกิดทักษะในการคิดอย่างมีเหตุผล สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการคิดแบบไม่มีเหตุผล

ครั้งที่ 5 การฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองจากสถานการณ์ที่กำหนดและปัจจัยนิเทศ การให้คำปรึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทราบ ความก้าวหน้าในพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึกที่ผู้รับคำปรึกษามีต่อตนเอง การเรียนรู้และเสริมสร้างความสามารถของตนเอง เสริมสร้างความมั่นใจในการนำทักษะที่ได้รับไปใช้ในชีวิตประจำวันและให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิถีปฏิบัติที่เหมาะสม เมื่อเกิดความไม่สบายใจ เป็นการป้องกันมิให้เกิดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรม การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำอีก

6.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายและภาวะซึมเศร้า

ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร (2545) ศึกษาผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและผู้ที่มีฆ่าตัวตายสำเร็จที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติและบัตรตรวจโรค ผลการวิจัยพบว่า มีจำนวนทั้งสิ้น 920 ราย จากจำนวนผู้ที่มารับบริการทั้งหมด 2,375,309 ราย คิดเป็นอัตราส่วน 1:2582 เป็นชาย 517 ราย (ร้อยละ 56.2) อัตราส่วน ชาย : หญิง เท่ากับ 1.28:1 ส่วนใหญ่อายุ 15 - 29 ปี วิธีการที่ฆ่าตัวตายที่เ้มามากที่สุด คือ การกินยาหรือสารพิษ (ร้อยละ 88.3) ปัจจัยกระตุ้นให้ฆ่าตัวตาย คือ ความขัดแย้งระหว่างบุคคล 213 ราย ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ทราบสาเหตุมีการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทก่อน ฆ่าตัวตาย 171 ราย (ร้อยละ 18.6) ผู้ที่มีฆ่าตัวตายสำเร็จมี 114 ราย เป็นชาย 72 ราย (ร้อยละ 63.2) คิดเป็นอัตราส่วน ชาย : หญิง เท่ากับ 1.71:1 อัตราส่วนผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ต่อผู้ที่มีฆ่าตัวตายสำเร็จ เท่ากับ 8.07 :1

ศุภรัตน์ เอกอัศวิน(2545)ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสมุทรสงคราม พบลักษณะประชากรของผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 15 -24 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2.3 เท่า จบการศึกษาระดับประถมศึกษา สถานภาพคู่อยู่ด้วยกัน

อาชีพรับจ้าง มีความเพียงพอของรายรับ ปัจจัยด้านประชากรที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ บุคลิกภาพ สุรา เคยฆ่าตัวตายมาก่อน เคยมีอาการโรคจิต มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ เมื่อมีปัญหาไม่ปรึกษาคนอื่น ใช้วิธีเขียนระบายความทุกข์

ดรุณี เลิศปรีชา (2545) ศึกษาการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง และ ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตรายด้านทุกด้าน ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสาร ที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและการดูแลตนเองโดยทั่วไป มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2548) ได้ศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายในเด็กและวัยรุ่น พบว่า วัยรุ่นที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ พบร้อยละ 95 มีโรคทางจิตเวชร่วมด้วยโดยเฉพาะโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรง และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง แต่ในกลุ่มควบคุมนั้นพบโรคทางจิตเวชเพียงร้อยละ 28 นอกจากนี้พบว่า ร้อยละ 7 มีการใช้สารเสพติด และร้อยละ 70 มีพฤติกรรมเกเร

ธนา นิลชัยโกวิทย์ (2550) ได้ศึกษาความคิดอยากฆ่าตัวตาย ในประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจ สภาวะสุขภาพจิตของประชาชนเขตหนองจอก ผลการวิจัยพบว่า มีความชุกของความคิดอยากฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 5.3 เป็นชาย 396 ราย หญิง 430 ราย อายุ 20 – 92 ปี อายุเฉลี่ย 40.2 ปี ร้อยละ 68 นับถือศาสนาอิสลาม ส่วนใหญ่แต่งงานแล้ว ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษาและมีรายได้อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำถึงปานกลาง

ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ (2551) 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 ในกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตายวิธีการที่ใช้บ่อยที่สุด 4 ใน 12 ราย คือการกินยาที่ได้รับจากแพทย์ รองลงไปคือ การแขวนคอ ผูกคอ พบ 3 ใน 12 ราย ปัจจัยที่ผู้ป่วยเชื่อว่าเป็นสาเหตุสำคัญของความคิดอยากตาย เนื่องมาจากปัญหาครอบครัว ร้อยละ 47.5 รองลงมาคือทุกข์ทรมานจาก

ความเจ็บป่วยทางกาย ร้อยละ 30 การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชส่วนใหญ่ร้อยละ 42.5 มีภาวะการปรับตัวผิดปกติกับมีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล

Andrew & Lewinsohn (1992) ได้ศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่น พบว่า วัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายจะพบร่วมกับภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติด และมีพฤติกรรมก้าวร้าว ส่วนปัจจัยเสี่ยง คือเป็น ผู้อยู่อาศัยในบ้านที่ไม่มีบิดา บิดามีการศึกษาน้อย เคยพยายามฆ่าตัวตาย และมีความผิดปกติทางจิตเวช

Gregory (1994) ศึกษาผู้ป่วยเอสกิโมที่พยายามฆ่าตัวตาย 53 ราย ผลการวิจัยพบว่า มี 32 คน หรือร้อยละ 60 สูญเสียบิดาหรือมารดาไปเมื่ออายุ 1 - 18 ปี ร้อยละ 66 ของ 32 คนนี้เป็น การสูญเสียที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยอายุ 4 -12 ปี แยกเป็นการสูญเสียเนื่องจากบิดามารดาถึงแก่กรรม 19 ราย และเนื่องจากบิดามารดาย้ายที่อยู่แล้วไม่ติดต่อผู้ป่วยอีก 26 ราย

Hawton (1995) ศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายของนักเรียนในมหาวิทยาลัย Oxford ศึกษาจากนักเรียนผู้อยู่อาศัยจำนวน 119 คน นักศึกษาชายจำนวน 97 คน ที่ส่งไปรักษาตัวที่โรงพยาบาล เนื่องจากสาเหตุพยายามฆ่าตัวตาย ในระหว่างภาคการศึกษาปี 1976 - 1990 พบว่า ปัญหา คือ ปัญหาการปะทะกันระหว่างบุคคลโดยเกิดจากเพื่อน ปัญหาเรื่องการเรียน บุคลิกภาพ และภาวะซึมเศร้า

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมักเป็นวัยรุ่นและวัยหนุ่มสาว มีทั้งสถานภาพสมรสและไม่มีครอบครัว เพศหญิงมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย ส่วนวิธีการที่ใช้ในการพยายามฆ่าตัวตายมักใช้วิธีการกินยาหรือสารพิษ ปัญหาส่วนใหญ่ที่เป็น ปัจจัยทำให้เกิดการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่คือปัญหาชีวิตสมรส ส่วนในวัยรุ่นคือ ปัญหาการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม ความขัดแย้งระหว่างบุคคล สภาพครอบครัวแตกแยกและพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย

6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพิจารณาเหตุผลและอารมณ์

ชนิดา อิงคสุวรรณ (2543) ได้ศึกษาผลการเปรียบเทียบการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ กับการเสนอตัวแบบที่มีต่อการลดภาวะซึมเศร้าด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนเบญจมราชรังสฤษฎิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักเรียนที่มีคะแนนจากแบบประเมินอารมณ์เศร้า CES-D ตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไป และได้คะแนนจากแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวน้อยกว่า 1.00 จำนวน 18 ราย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ 2. กลุ่มการเสนอตัวแบบ 3. กลุ่มควบคุม กลุ่มละ 6 ราย โดยฝึกโปรแกรม 10 ครั้ง ๆ ละ 50 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่านักเรียนในกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม มีภาวะซึมเศร้ามลดลง ต่ำกว่ากลุ่ม

ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะหลังทดลอง และในระยะติดตามผล มีเพียงกลุ่มการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์เท่านั้นที่มีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กนกศรี จาดเงิน(2543)ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการฝึกสมาธิแบบอาณาปานสติกับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนอนุบาลชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่มีคะแนนจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าในเด็ก CDI ตั้งแต่คะแนนที่ 15 – 21 จำนวน 74 ราย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 7 คน คือ 1. กลุ่มการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ 2. กลุ่มฝึกสมาธิแบบอาณาปานสติ และ 3. กลุ่มควบคุมโดยฝึกโปรแกรมละ 12 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที เป็นเวลา 12 วัน ผลการวิจัยพบว่านักเรียนในกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ มีภาวะซึมเศร้า ลดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมโดยฝึกโปรแกรมละ 12 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที เป็นเวลา 12 วัน ผลการวิจัยพบว่านักเรียนในกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ มีภาวะซึมเศร้า ลดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05ในระยะทดลองและติดตามผลส่วน ที่ได้รับการฝึกสมาธิแบบอาณาปานสติ มีภาวะซึมเศร้าลดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะติดตามผลเพียงระยะเดียว และพบว่าภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผล ลดต่ำกว่ามากกว่าระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วราภรณ์ วรณพิรุณ (2545) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเนื้อที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังการพยายามฆ่าตัวตาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าลดลง

Margolis (1992) ได้ศึกษาผลของการใช้การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์จำนวน 4 ราย ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินด้วยแบบทดสอบความซึมเศร้าของBeck (1991) เป็นชายและหญิงอย่างละ 2 ราย ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์มีความซึมเศร้า ความเบื่อหน่าย ท้อแท้ และมีความคิดที่ไร้เหตุผลลดลง

Charles Anthony (2000) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ โดยทำการเปรียบเทียบกับกลุ่มการตระหนักรู้ทางอารมณ์ (emotion awareness training) มีชื่อย่อว่า EAT ที่มีต่ออัตมโนทัศน์ความคิดที่ทำร้ายตนเอง การวิตกกังวล และทัศนคติต่อโรงเรียน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนเกรด 3 จำนวน 97 ราย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ กลุ่มที่ 2 ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ และการฝึกตระหนักรู้ทางอารมณ์ กลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์

กับการตระหนักรู้ทางอารมณ์ สามารถลดความวิตกกังวลและสามารถลดความคิดที่เป็นผลร้ายต่อตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Tsushima (2000) ได้ศึกษาผลของการเปรียบเทียบการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์กับการบำบัดแบบประคับประคองต่อเด็กวัยรุ่นที่ซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียน 10 คน และเด็กบ้านอุปถัมภ์ 8 คน ทำแบบทดสอบ RADS (Reynald adolescent depression scale) และแบบทดสอบ BDI อยู่ในเกณฑ์ซึมเศร้า ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบประคับประคอง ใช้เวลา 10 สัปดาห์ ครั้งละ 45 นาที ต่อกลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า ไม่มีความแตกต่างระหว่าง การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์กับการบำบัดแบบประคับประคองแบบกลุ่ม ทำให้วัยรุ่นมีอาการซึมเศร้ามลดลง

จากงานวิจัยข้างต้น สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ช่วยทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการคิดอย่างมีเหตุผล มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นดีขึ้น ลดภาวะซึมเศร้า ความท้อแท้ ลดความคิดในการทำร้ายตนเอง และมีระดับสุขภาพจิตสูงขึ้น

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล และอารมณ์
ครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศและอธิบายแนวคิดการให้คำปรึกษาแบบ
พิจารณาเหตุผล และอารมณ์ การดำเนินการโดย

1. สร้างสัมพันธภาพรายบุคคลกับผู้ป่วยและประเมินภาวะซึมเศร้า BDI. ของ Beck (1991)
2. ให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกที่เป็นปัญหา (A), ค้นหาความคิดที่ไม่มีเหตุผล (B) และแสดงความสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่ไม่มีเหตุผลกับอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (ABC)

ครั้งที่ 2 การฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง การดำเนินการโดย

1. ให้ความรู้เรื่องความคิดที่มีเหตุผลและไม่มีเหตุผล
2. ฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผล (ABCDE)
3. สร้างแรงจูงใจและฝึกคิดเชิงบวก

ครั้งที่ 3 การฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง การดำเนินการโดย

1. ให้ความรู้เรื่องความคิดที่มีเหตุผลและไม่มีเหตุผล
2. ฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผล (ABCDE) และ สร้างแรงจูงใจ, ฝึกคิดเชิงบวก

ครั้งที่ 4 การฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองจากสถานการณ์ที่กำหนด การดำเนินการโดย

1. ฝึกการคิดเพื่อเตรียมตัวดำเนินชีวิตที่เหมาะสม
2. ฝึกคิดอย่างมีเหตุผลในสถานการณ์ที่กำหนด (ABCDE)

ครั้งที่ 5 การฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองจากสถานการณ์ที่กำหนดและปัจเจกนิเทศ การดำเนินการโดย

1. ประเมินผลการฝึกคิดอย่างมีเหตุผล, ประเมินภาวะซึมเศร้า
2. เตรียมตัวดำเนินชีวิตอย่างอิสระ เน้นการนำทักษะการคิด อย่างมีเหตุผลไปใช้ในชีวิตประจำวัน (ABCDE) และประเมินความคิดอัตโนมัติ ด้านลบ (ATQ) ของ Beck (1979)

ภาวะ
ซึมเศร้า