

การสังเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคล
ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การสังเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคล
ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

นายสุริยะ จงแพ

ผู้ศึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรินทร์ นันทจันทร์,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภณ แสงอ่อน,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ภักดี,

พย.ค.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

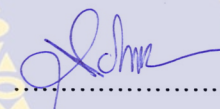
สารนิพนธ์

เรื่อง

การสังเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคล
ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2552



นายสุริยะ จงแพ

ผู้ศึกษา



ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสทธิณ แสงอ่อน,

Ph.D. (Nursing)

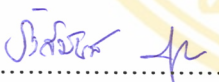
กรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันทนา มณีศรีวงศ์กุล,

D.N.Sc.

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



นางสาวรังสมันต์ สุนทรไชยา,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรินทร์ นินทนันท์,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์



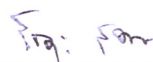
ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล



ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,

พ.บ.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ นันทจันทร์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสภณ แสงอ่อน ประธานกรรมการ และกรรมการควบคุมสารนิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และอาจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา ประธานกรรมการ และกรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาส่วนตัวเพื่อให้ความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และให้กำลังใจผู้ศึกษามาโดยตลอด จนเป็นผลให้สารนิพนธ์สำเร็จสมบูรณ์ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษา

ขอขอบพระคุณ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในการอนุเคราะห์ทุนการศึกษาตลอดหลักสูตรการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลนภาลัย หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน และหัวหน้างานส่งเสริมสุขภาพ ที่กรุณาสนับสนุนการศึกษา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน และทีมเจ้าหน้าที่งานสุขภาพจิตที่ช่วยสละเวลาเพื่อปฏิบัติงานแทนในระหว่างการศึกษา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหารที่ช่วยเหลือด้านจัดพิมพ์เอกสาร ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนภาลัย รวมทั้งนักเรียนรุ่นพี่และเพื่อนๆ นักศึกษาปริญญาโท และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา และอุปสรรคต่าง ๆ และให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องสมุดของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี สำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดสถาบันกัลยาราชนครินทร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครบุรี โรงพยาบาลนภาลัย โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าจังหวัดสมุทรสงคราม และห้องสมุดสถาบันและหน่วยงานอื่นๆ ที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการสืบค้นข้อมูล ตำรา เอกสาร พร้อมทั้งช่วยสืบค้นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ให้คำปรึกษา และให้ความช่วยเหลือในทุก ๆ ด้าน

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณบิดาและมารดา และขอบคุณบุคคลในครอบครัวและญาติมิตร ที่ให้ความรักความเข้าใจ ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือผู้ศึกษาเป็นอย่างดี

สุริยะ จงแพ

การสังเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

A SYNTHESIS OF LITERATURE ON INDIVIDUAL COUNSELING FOR SUICIDE ATTEMPTS

สุริยะ จงแพ 4937010 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ศึกษานิพนธ์ : พชรินทร์ นันทจันทร์ Ph.D. (Nursing), โสภณ แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยใช้การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากแหล่งข้อมูลสารสนเทศ และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ มีวรรณกรรมที่นำมาศึกษา 12 เรื่อง ผลการศึกษาได้สาระสำคัญเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายดังนี้ 1) ผลลัพธ์ของการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย: การบำบัดทุกรูปแบบช่วยลดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ แบบโลโกเทอราปี (Logo Therapy) และแบบทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส (Neuro-Linguistic Programming) ช่วยเพิ่มความเข้มแข็งในการมองโลก แบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง แบบแนวคิดซาตียร์ (Satir Model) และแบบทฤษฎีเผชิญความจริง ช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ แบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมและแบบการพยาบาลองค์รวมช่วยลดภาวะซึมเศร้า และแบบการบำบัดทางจิตวิทยาแบบสั้น (Brief Psychological Intervention) ช่วยลดความคิดฆ่าตัวตาย 2) ผู้บำบัด: อาจเป็นพยาบาลหรือบุคลากรในทีมสุขภาพจิตที่ทำหน้าที่ให้การปรึกษา 3) ผู้รับการบำบัด: ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร ไม่มีความคิดผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรง และไม่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงทางกาย 4) การบำบัดที่ใช้ร่วม: การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่ม องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: พยายามฆ่าตัวตาย / การให้การปรึกษารายบุคคล / ซึมเศร้า

168 หน้า

A SYNTHESIS OF LITERATURE ON INDIVIDUAL COUNSELING FOR SUICIDE ATTEMPTS

SURIYA JONGPHAE 4937010 RAMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PATCHARIN NINTACHAN, Ph.D. (NURSING), SOPIN SANGON, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

This study aimed to analyze and synthesize research literature on individual counseling for suicide attempts. Research evidence was gathered from information databases and electronic databases. A total of 12 research studies were selected in this study. Major findings regarding individual counseling for suicide attempts are as follows. First, as regards the effects of individual counseling for suicide attempts, it was found that all types of therapy can reduce repeated suicide attempts. Logo Therapy and Neuro-Linguistic Programming can increase Sense of Coherence; Person-Centered Therapy, Satir Model, and Reality Therapy can increase Self-Esteem; Rational Emotive Behavioral Therapy and Holistic Nursing Program can reduce depression, and Brief Psychological Intervention can decrease suicidal ideation. Secondly, therapists can be nurses, or healthcare team members who are in charge of counseling. Thirdly, patients who received therapy were individuals with at least one suicidal attempt, aged 15 years or older with no communication problems, no serious mental disorders, and no severe physical illnesses. Finally, the therapies used together with individual counseling included muscle relaxation, participatory learning, or group processes. The findings of the this study can be subsequently implemented to more effectively provide care to patients who have made suicide attempts.

KEY WORDS: SUICIDE ATTEMPTS / INDIVIDUAL COUNSELING / DEPRESSION

168 pages.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์	4
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	4
คำนิยามศัพท์	4
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	5
การฆ่าตัวตาย	6
ความหมายของการฆ่าตัวตาย	6
ประเภทของการฆ่าตัวตาย	6
สาเหตุและปัจจัยของการฆ่าตัวตาย	7
ลักษณะของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	11
ผลกระทบของการฆ่าตัวตาย	11
การบำบัดรักษาผู้พยายามฆ่าตัวตาย	13
บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย	15
การให้การปรึกษารายบุคคล	17
แนวคิดเกี่ยวกับการให้การปรึกษา	17
เป้าหมายของการให้การปรึกษารายบุคคล	18
ขั้นตอนการให้การปรึกษารายบุคคล	18
เทคนิคการให้การปรึกษารายบุคคล	19
ทฤษฎีการให้การปรึกษารายบุคคล	21

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย	33
บทที่ 3 กระบวนการในการศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์	34
การสืบค้นงานวิจัย และหลักฐานอ้างอิงจากแหล่งข้อมูล	34
การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ	40
บทที่ 4 ผลการศึกษา	44
บทที่ 5 การอภิปรายผล	64
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	77
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	85
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	101
บรรณานุกรม	118
ภาคผนวก	127
ประวัติผู้ศึกษา	168

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงฐานข้อมูล ชุดคำสำคัญที่ใช้สืบค้นข้อมูล และจำนวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบ และนำมาใช้ในการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย	36
2	แสดงผลการประเมินระดับคุณภาพของงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย	41
3	แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบโปรแกรมในการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย	46
4	แสดงผลลัพธ์และแบบประเมินที่ใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย	60
5	สรุปผลการถ่วงกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย	128

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข ในแต่ละปีจะมีคนฆ่าตัวตายทั่วโลกประมาณ 1,000,000 คน และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตหนึ่งใน 10 อันดับแรกของโลก (Ellis, 2006) ประเทศไทยพบอัตราการฆ่าตัวตายสูงเป็นอันดับที่ 71 ของโลก และเป็นอันดับที่ 4 ของทวีปเอเชีย และในปี พ.ศ. 2540- 2545 พบอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ 6.9, 8.1, 8.6, 8.4, 7.7 และ 7.8 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2549) จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่าอัตราการพยายามฆ่าตัวตายเท่ากับ 51.4 ต่อแสนประชากร (อภิชัย มงคล, สุพิน พิมพ์เสน, ปัดพงษ์ เกษมสมบูรณ์, นุศราพร เกษมสมบูรณ์ และประสงค์ สิงห์นาง, 2545) และแต่ละปีจะมีผู้พยายามฆ่าตัวตายเท่ากับ 20,500- 21,500 รายต่อปี (อภิชัย มงคล และคณะ อ้างในอภิชัย มงคล และทวี ตั้งเสรี, 2547) มีจำนวนบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายมากกว่าจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 10- 20 เท่า (WHO, 1999) ซึ่งกลุ่มดังกล่าวมีโอกาสทำซ้ำและมีโอกาสฆ่าตัวตายสำเร็จ

การฆ่าตัวตายซ้ำมีความสำคัญทางสาธารณสุข เนื่องจากผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายจะกระทำซ้ำจนสำเร็จสูงถึง 100 เท่าของผู้ที่ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย และจำนวนครั้งในการพยายามฆ่าตัวตายที่มากขึ้นจะเพิ่มโอกาสในการทำสำเร็จสูงขึ้น (ศุภรัตน์ เอกอัสวิน, 2547) จากการศึกษาพบว่าอัตราการทำร้ายตนเองมากกว่า 1 ครั้ง เท่ากับ 5.5 ต่อแสนประชากร และยังพบว่า อัตราการฆ่าตัวตายซ้ำ ปี พ.ศ. 2546- 2547 เท่ากับ 3.7 และ 3.9 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2548) ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น ส่วนสาเหตุของการฆ่าตัวตายซ้ำพบว่าส่วนใหญ่ในเพศหญิงเกิดจากมีภาวะซึมเศร้า และเพศชายเกิดจากมีอาการทางจิต (อภิชัย มงคล และคณะ, 2547) ดังนั้นกลุ่มผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการเฝ้าระวัง เพื่อป้องกันการกลับทำซ้ำ โดยการดูแลช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน และต่อเนื่องตามสาเหตุ และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม

การฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกันหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม ซึ่งมีปัจจัยในระดับบุคคลเป็นสาเหตุที่สำคัญ ได้แก่ ความเครียด ความรู้สึกไร้ค่า (Wilburn & Smith, 2005) ความเข้มแข็งในการมองโลก (A Sense of Coherence, SOC) ต่ำ (Mehlum, 1998; Edward & Holden, 2001) ภาวะซึมเศร้า (ศุภรัตน์ เอกอัสวิน, 2545) และมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง (ดร.ฉวี เลิศปรีชา, 2545) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม เช่น ปัญหา

สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว (เขมิกาญจน์ ไพฑูรย์, ถนนอมศรี อินทนนท์ และวันดี สุทธิรังสี, 2551; ปรากฏ บุญยวงศ์วิโรจน์, สมควร หาญพัฒนชัยกูร และบารมี จรัสสิงห์, 2547) เป็นต้น ส่วนปัจจัยกระตุ้นส่วนใหญ่มาจากความน้อยใจคนใกล้ชิด รองลงมาได้แก่ ปัญหาความรัก ความเจ็บป่วย ด้วยโรคเรื้อรังหรือความพิการ (อภิชัย มงคล และคณะ, 2545)

การฆ่าตัวตาย ทั้งการฆ่าตัวตายสำเร็จและไม่สำเร็จ ก่อให้เกิดความสูญเสียต่อตนเอง ครอบครัว สถาบันและองค์กร สังคม และประเทศชาติเป็นอย่างมาก จากการศึกษาพบว่าค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของบุคคลที่กระทำการฆ่าตัวตายอยู่ระหว่าง 730 ถึง 290,423 บาท (บุปผชาติ รักษาจันทร์ และวันดี แก้วเสียง, 2547) และการฆ่าตัวตายทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Year, DALYs) ในเพศชายเท่ากับ 83,252 DALYs และในเพศหญิงเท่ากับ 25,434 DALYs นอกจากนี้ยังเป็นภาวะหรือโรคที่ทำให้บุคคลเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Year Lost due to premature death: YLLs) โดยในเพศชายเท่ากับ 159,640 YLLs จัดอยู่ในลำดับที่ 5 และในเพศหญิงเท่ากับ 58,177 YLLs จัดอยู่ในลำดับที่ 10 ของประเทศ ซึ่งสร้างความสูญเสียให้แก่ครอบครัวและสังคมโดยรวมเป็นจำนวนเงินอย่างน้อย 5,500 ล้านบาทต่อปี (อภิชัย มงคล, 2544) การฆ่าตัวตายอาจก่อให้เกิดความพิการ หรือทุพพลภาพ จนไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ และอาจเกิดการกลับมาทำซ้ำ จนเป็นภาระในการดูแลแก่ผู้อื่น ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัวเกิดความทุกข์จากภาวะเครียด วิตกกังวล หวาดระแวง และความรู้สึกเป็นตราบาปของครอบครัว นอกจากนี้ยังเกิดผลกระทบต่อบุคคลต่าง ๆ ที่ต้องใช้ทรัพยากรอย่างมากในการดูแลช่วยเหลือกลุ่มบุคคลดังกล่าว และแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นภาระของประเทศ

การช่วยเหลือบุคคลกลุ่มนี้มีหลายรูปแบบ ได้แก่ การรักษาด้วยยา การช็อกไฟฟ้า และการบำบัดทางจิตสังคม เช่น การให้การปรึกษารายบุคคล จิตบำบัดรายบุคคล กลุ่มจิตบำบัด และครอบครัวบำบัด เป็นต้น และการให้การช่วยเหลือเหล่านี้ต้องอาศัยการดูแลโดยสหวิชาชีพ ซึ่งพยาบาลจิตเวชเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในทีมให้การดูแลรักษา เนื่องจากพยาบาลมีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอนของการบำบัดตั้งแต่ 1) การค้นหา คัดกรองบุคคลที่มีปัญหา 2) การส่งเสริมการเรียนรู้ในผู้ที่มีความรู้ในผู้ที่มีปัญหา ให้สามารถปรับตัว รู้สึกตนเองมีคุณค่า พึ่งพาตนเอง และอยู่ในสังคมได้ 3) การให้การปรึกษารายบุคคล และรายกลุ่ม 4) การจัดกลุ่มกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และครอบครัวในเรื่องของความเจ็บป่วย การสื่อสาร การแก้ไขปัญหา การเผชิญปัญหา และความเครียด 5) การส่งเสริมให้ชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหา และ 6) การประสานงานส่งต่อผู้ป่วย บริการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง (กรมสุขภาพจิต, 2548; ฉวีวรรณ คำเวียงสา, 2550; รัชฎาพร ธรรมน้อย, 2548; ศรชนก สุทวาทัน, 2548; Shives, 2005) ซึ่งการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายเหล่านี้เป็นไปตามขอบเขต และสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ที่กำหนดโดยสภาการพยาบาล ได้แก่ “การมีความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาสุขภาพจิต หรือจิตเวชที่ซับซ้อน การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การจัดการ และการประเมินผลลัพธ์ การเสริมสร้างพลังอำนาจ การสอน การฝึก การเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ และการประสานงาน” (สภาการพยาบาล, 2546, หน้า 20- 21) ซึ่งบทบาทหน้าที่ที่สำคัญอย่างหนึ่งของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชคือ การเป็นผู้ให้การปรึกษารายบุคคลในผู้พยายามฆ่าตัวตาย

จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายจะแปรผันตามลักษณะของปัจเจกบุคคล (Durkheim, 1897 อ้างใน เพชร ปาสรานนท์, 2547) การให้การปรึกษารายบุคคลเป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตาย โดยพบว่าช่วยแก้ไขปัญหาคือเป็นปัจจัยในระดับบุคคลของผู้พยายามฆ่าตัวตาย เช่น ลดภาวะซึมเศร้า (กมลรัตน์ ช้วนินิ, 2547; วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545; สุวิมล ผู้ดี, 2548) เพิ่มความเข้มแข็งในการมองโลก (จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546) และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547; สุวิมล ผู้ดี, 2548) เป็นต้น การให้การปรึกษารายบุคคลเป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลเพื่อช่วยให้เข้าใจตนเอง และสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น และสามารถวางแผนในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีทักษะในการแก้ปัญหาต่าง ๆ มากยิ่งขึ้น (ดวงมณี จงรักษ์, 2548; วัชร ททรัพย์มี, 2547; Hansen, Rossberg & Cramer, 1994; Higdon, 2004) การให้การปรึกษารายบุคคลมีทฤษฎีพื้นฐานต่าง ๆ ที่จะใช้เป็นแนวทางในการให้การปรึกษา เช่น การให้การปรึกษาแบบจิตวิเคราะห์ (Corey, 2005; Gladding, 2004; Neukrug, 2007; Seligman, 2006) การให้การปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Corey, 2005; Kottlor & Shepard, 2008) การให้การปรึกษาโดยใช้เทคนิคการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม (ดวงมณี จงรักษ์, 2548; Gladding, 2004) การให้การปรึกษาตามแนวคิดซาทียร์ (ณรงค์ สุภัทรพันธ์ และ นางพาง ลิ้มสุวรรณ, 2547; Neukrug, 2007) เป็นต้น การศึกษาวิจัยที่นำการให้การปรึกษารายบุคคลมาใช้ในการบำบัดผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายนั้น พบว่า ให้ผลลัพธ์ไปในทิศทางเดียวกัน เช่น การให้การปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person- Centered Therapy) มีผลให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และมีภาวะซึมเศร้าลดลง (สุวิมล ผู้ดี, 2548) การให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม (Rational- Emotive Behavioral Therapy) มีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (กมลรัตน์ ช้วนินิ, 2547) และการให้การปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดซาทียร์ (Satir Model) แก่ผู้รอดชีวิตจากการฆ่าตัวตาย พบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น (มัลลิกา พูลสวัสดิ์, 2549) เป็นต้น

บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะต้องมีการเฝ้าระวัง และให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน และต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการทำซ้ำ ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน มีหน้าที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ซึ่งครอบคลุมการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จึงสนใจที่จะทบทวน วิเคราะห์ และสังเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่

พยายามฆ่าตัวตาย อันจะทำให้ผู้ศึกษามีความเข้าใจ และนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

วัตถุประสงค์

เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในประเด็นต่อไปนี้

1. รูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบโปรแกรม
2. ผู้ให้การบำบัด
3. ผู้รับการบำบัด
4. สถานที่ในการให้การบำบัด
5. แบบประเมินที่ใช้ในการวิจัย
6. ผลลัพธ์ของการบำบัด

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

คำนิยามศัพท์

การให้การปรึกษารายบุคคล (*Individual counseling*) หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือบุคคล โดยใช้แนวคิดทฤษฎี และวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมทักษะในการจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนาตนเองในระดับสูงสุด โดยที่ผู้รับการปรึกษาสามารถตัดสินใจ และเลือกกระทำด้วยตนเอง โดยที่ผู้บำบัดอาจเป็นพยาบาล นักจิตวิทยา จิตแพทย์ หรือบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพจิตและจิตเวช

ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (*Suicide attempts*) หมายถึง บุคคลที่กระทำเพื่อให้ตนเองเสียชีวิต ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง หรือเพื่อให้ตนเองเกิดอันตรายรุนแรงจนถึงแก่ความตาย แต่กระทำไม่สำเร็จ

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิเคราะห์และสังเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าวรรณกรรม ทบทวนงานวิจัยและเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

การฆ่าตัวตาย

ความหมายของการฆ่าตัวตาย

ประเภทของการฆ่าตัวตาย

สาเหตุและปัจจัยของการฆ่าตัวตาย

ลักษณะของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ผลกระทบของการฆ่าตัวตาย

การบำบัดรักษาผู้พยายามฆ่าตัวตาย

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย

การให้การปรึกษารายบุคคล

แนวคิดเกี่ยวกับการให้การปรึกษา

เป้าหมายของการให้การปรึกษารายบุคคล

ขั้นตอนการให้การปรึกษารายบุคคล

เทคนิคการให้การปรึกษารายบุคคล

ทฤษฎีการให้การปรึกษารายบุคคล

การให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตาย

ความหมายของการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตาย (suicide) หรือ อัตตวินิบาตกรรม มาจากคำว่า อัตต (sui) หมายถึง ตนเอง ผสมกับ วินิบาต (cide) หมายถึง การทำลาย การฆ่า และกรรม ซึ่งหมายถึงการกระทำ (พจนานุกรมไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2538) รวมความแล้วการฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำที่เป็นการฆ่าหรือทำลายตนเองเพื่อให้เกิดการสิ้นสุดของชีวิต นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายของการฆ่าตัวตายไว้ดังนี้

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2542) ให้คำจำกัดความว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง ความคิดหรือการกระทำใด ๆ ก็ตามที่หากดำเนินไปจนสำเร็จจะเกิดอันตรายรุนแรงจนถึงแก่ความตาย

จำลอง ดิษยวานิช (2542) ให้ความเห็นว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำโดยรู้ตัวเพื่อทำลายตนเอง โดยผู้ที่ฆ่าตัวตายเชื่อว่าการกระทำเช่นนี้เป็นวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด

ฟาร์บีโรว์ (Farberow, 1980) ให้คำจำกัดความว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การทำให้ตนเองบาดเจ็บ ฆ่าตนเอง หรือเป็นการทำลายตนเอง

จากความหมายของการฆ่าตัวตายข้างต้น สรุปได้ว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การที่บุคคลมีความคิด หรือการกระทำใด ๆ โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะทำให้ชีวิตของตนเองสิ้นสุด เนื่องจากไม่อยากมีชีวิตอยู่ ไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใดก็ตาม ซึ่งการกระทำความดังกล่าวนั้นมีทั้งวางแผนล่วงหน้า และไม่ได้วางแผน ส่วนบุคคลที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง หรือ บังเอิญทำให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่มีเจตนาที่จะทำจริง ไม่ถือว่าเป็นการฆ่าตัวตาย จนกว่าจะมีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าการกระทำนั้นมีเจตนาที่จะจบชีวิตตนเอง

ประเภทของการฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย พบว่ามีผู้ให้ทรรศนะเกี่ยวกับพฤติกรรมของการฆ่าตัวตายที่คล้ายคลึงกัน จึงได้รวบรวมและจัดประเภทไว้ดังนี้ (กิเมศักดิ์ บุญเจียร, 2541; Shives, 2005; Stuart, 2005)

ความคิดฆ่าตัวตาย (Suicidal ideation) เป็นความคิดว่าตนเองไม่สมควรมีชีวิตอยู่ต่อไป โดยหมกมุ่นอยู่กับความคิดที่จะทำลายชีวิตของตนเองมากขึ้น จนกระทั่งคิดวางแผนฆ่าตัวเอง ซึ่งยังไม่เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

การขู่จะฆ่าตัวตาย (Suicide threat) เป็นพฤติกรรมที่เป็นสัญญาณเตือนจากผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย ที่แสดงออกทางคำพูด หรือการกระทำทั้งทางตรง หรือทางอ้อม ซึ่งจะเกิดขึ้นก่อนมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

การแสวงงการฆ่าตัวตาย (Suicide gestures) เป็นการพยายามฆ่าตัวตายโดยผู้กระทำไม่ได้ตั้งใจที่จะจบชีวิตตนเอง

การพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide attempt) เป็นการกระทำเพื่อทำลายตนเองซึ่งอาจนำไปสู่การเสียชีวิต ความพิการ ความบาดเจ็บ หรือไม่ได้รับอันตรายใด ๆ

การฆ่าตัวตายสำเร็จ (Completed suicide หรือ Committed suicide) เป็นการกระทำเพื่อทำลายตนเองโดยอาศัยวิธีการต่าง ๆ เพื่อจุดประสงค์ที่จะทำให้ตนเองจบชีวิต หรือหลุดพ้นจากปัญหา อาจเป็นการกระทำอย่างตรงไปตรงมา หรือทางอ้อมก็ได้ ซึ่งผลสุดท้ายจบด้วยการตายของผู้กระทำ

สาเหตุและปัจจัยของการฆ่าตัวตาย

พฤติกรรมฆ่าตัวตายมีแนวคิด ทฤษฎี และผลการศึกษาต่าง ๆ อธิบายเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตาย ดังนี้

1. ปัจจัยระดับบุคคล

ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors)

การศึกษาการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท (neurotransmitter) หรือสารเคมีในสมองมนุษย์ (neurochemical agents) พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดอารมณ์ที่ผิดปกติ สารเหล่านั้นได้แก่ serotonin, dopamine, norepinephrine และ gamma amino butyric acid และพบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ มีระดับ serotonin หรือ 5-hydroxytryptamine (5-HT) ในระดับที่ต่ำกว่าปกติมาก (Bardee & Bricker, 1996) และจากการศึกษาความสัมพันธ์ของระดับโคเลสเตอรอล (cholesterol) กับการฆ่าตัวตายพบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะมีระดับโคเลสเตอรอลต่ำกว่าปกติ (Shaffer, 2005) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจะพบระดับคอร์ติซอล (cortisol) ที่เกี่ยวข้องกับระบบปัสสาวะเพิ่มมากขึ้น และพบว่าต่อมหมวกไตมีขนาดใหญ่ขึ้น (Andreasen & Black, 2001)

ปัจจัยทางจิตใจ (Psychological factors)

- ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) อธิบายว่า เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่ต้องสูญเสียบุคคลสำคัญ หรือสิ่งของที่ตนรัก จะเกิดความรู้สึกโกรธเกลียดต่อบุคคล หรือสิ่งที่สูญเสียไป ซึ่งผลสุดท้ายจะกลายเป็นความโกรธ หรือความก้าวร้าวที่พุ่งเข้าหาตนเอง และลงโทษตนเองด้วยการฆ่าตัวตาย (Freud cited in Hauenstein, 1998) เพราะคิดว่าตนเองไม่ดี ไร้ค่า ล้มเหลว และหมดหวังในชีวิต นอกจากนี้ยังมีความเชื่อว่าบุคคลที่ฆ่าตัวตายจะมีสัญชาตญาณแห่งความตาย (Death instinct) ที่ปรารถนาจะทำลายตนเอง (Shaffer, 2005)

- ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive theory) อธิบายถึงสาเหตุการฆ่าตัวตายตามลักษณะทางปัญญาของบุคคล บุคคลที่ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะมีลักษณะทางปัญญาที่ติดอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง การลงความเห็นเป็นแบบสุดขั้วสองด้าน (dichotomous thinking) จึงมีความจำกัดในการ

แก้ปัญหา มีลักษณะการคิดในทางลบ (negative thinking) มองโลกในแง่ร้าย ทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ รู้สึกตนเองไร้ค่า ต้องการความช่วยเหลือ และเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (Hauenstein, 1998 อ้างใน กมลรัตน์ ช้วนินิ, 2548) เพชรา ปาสรานนท์ (2547) ศึกษาทฤษฎีการฆ่าตัวตาย พบว่า เจตนาของการฆ่าตัวตายมาจากการนำความคับข้องใจของตนเองมาแสดงออกอย่างรุนแรงเพื่อประชดผู้คนรอบข้าง เพื่อแสดงความโกรธ ความไม่พอใจของตนเอง และลงโทษตัวเอง ซึ่งเป็นความกดดันที่มีอยู่ในตนเองผสมกับความผิดพลาด ผิดหวังที่ถือว่าเป็นความล้มเหลวในจิตใจของตนเอง

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความรู้สึกไร้ค่าเป็นปัจจัยทางจิตใจที่สำคัญที่เป็นสาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตาย (Wilburn & Smith, 2005) ซึ่ง จรรยา ชาญญาติ (2539) ได้ศึกษาการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่าความรู้สึกและอารมณ์ก่อนการพยายามฆ่าตัวตายที่พบมากที่สุดคือ ความรู้สึกสิ้นหวัง ไร้ค่า และมีความคิดอยากตาย พัทธี วิลาชัย และอมรรัตน์ หาญจริง (2550) พบว่า ความรู้สึกน้อยใจ ไร้คุณค่า การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์มากกว่าแก้ปัญหา และการมีความคิดแบบหาทางออกไม่ได้ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตาย ส่วนความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นอีกปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เมลัม (Mehlum, 1998) ศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลก และความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่นชาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ เมื่อเกิดปัญหาหรือสถานการณ์ดังเครียดในชีวิตจะหลีกเลี่ยงปัญหาโดยมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมากกว่าบุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จากการศึกษาของ เอ็ดเวิร์ด และ โฮลเด็น (Edward and Holden, 2001) พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกและการจัดการกับปัญหาด้านอารมณ์มีผลต่อพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ส่วนด้านภาวะซึมเศร้า ปราชญ์ บุญขวงศิริโรจน์ และคณะ (2547) พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้า 18.5 เท่า และ สุภรัตน์ เอกอัศวิน (2545) ยังพบว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตาย คือ ภาวะซึมเศร้า และด้านการดูแลตนเอง พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง (ครุณี เลิศปรีชา, 2545)

นอกจากปัจจัยทางด้านชีวภาพ และจิตใจแล้วยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายในระดับบุคคล ดังนี้

เพศ จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย พบว่า เพศชาย ฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง ส่วนเพศหญิงมีการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย (Shaffer, 2005) และจากการศึกษาของ สุภรัตน์ เอกอัศวิน (2545) ยังพบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2.3 เท่า

การเจ็บป่วย และการใช้สารเสพติด การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย และโรคทางจิตเวช มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย เนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง

ซึมเศร้า เครียด และนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (Bardee & Bricker, 1996) แอนเดรียสัน และแบลค (Andreasen and Black, 2001) ให้ความเห็นว่าปัจจัยทางคลินิกที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายคือ การได้รับการวินิจฉัยด้วยภาวะซึมเศร้า คิดสุราเรื้อรัง โรคจิตเภท และเคยมีประวัติการฆ่าตัวตาย ส่วนการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายนั่น เนื่องจากฤทธิ์ของสารเสพติดมีผลต่อสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์ ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ความคิดสับสน ควบคุมตนเองไม่ได้ หุนหันพลันแล่น และซึมเศร้า (Wilson & Kneisl, 1996) ซึ่งอาจทำให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

บุคลิกภาพ การศึกษาพบว่าผู้ที่มีปัญหาบุคลิกภาพแบบ Borderline personality disorder ซึ่งมีลักษณะอารมณ์ไม่คงที่ มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง และพบว่าร้อยละ 84 ของผู้ที่มีลักษณะดังกล่าวเคยฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้ง (Shirley, et al., 2004; Oquendo, Carballo, Stanley & Brodsky, 2006)

2. ปัจจัยระดับครอบครัว

ปัจจัยทางด้านครอบครัวมีความสำคัญต่อการฆ่าตัวตาย เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานทางสังคมที่สำคัญที่สุด และมีอิทธิพลสูงต่อการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกอยู่ร่วมกันด้วยความสงบสุข มีความรักใคร่ ห่วงใย ผูกพัน และเอื้ออาทรต่อกัน หากสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อกัน และทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม สมาชิกในครอบครัวจะมีสุขภาพจิตดี ครอบครัวเป็นระบบหนึ่งในสังคม ประกอบด้วยสมาชิกซึ่งมีบทบาทและหน้าที่ต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน เพื่อกองสภาวะปกติในครอบครัว โดยสมาชิกในครอบครัวมีหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกทางชีวภาพ ได้แก่ สิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตอย่างเพียงพอในด้านจิตใจ โดยให้ความรัก ความเอาใจใส่ อบรมเลี้ยงดูสมาชิกให้เป็นผู้ที่มีคุณภาพในสังคม ซึ่งส่วนใหญ่จะถือว่าครอบครัวทำหน้าที่เหมาะสม ต่อเมื่อครอบครัวสามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกได้อย่างเพียงพอ ทั้งทางวัตถุ จิตใจ และจิตวิญญาณ แต่ถ้าสมาชิกครอบครัวทำสิ่งที่ตรงกันข้ามจะเกิดความเครียด ซึ่งอาจทำให้ปฏิสัมพันธ์หยุดชะงัก ถ้าสามารถปรับแก้ได้ ความสัมพันธ์ในครอบครัวจะกลับมาเหมือนเดิม ถ้าปรับแก้ไม่ได้อาจเกิดปัญหาตามมา ตั้งแต่คิดทำร้ายตัวเองไปจนถึงการพยายามฆ่าตัวตาย (ประเวช ดันดิพิวัฒนสกุล, 2549)

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีความคิดอยากฆ่าตัวตายสูง ได้แก่ การมีปัญหาเกี่ยวกับคู่สมรส และปัญหาเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งพบว่าผู้ที่อยู่กับคู่สมรสมีความเสี่ยงสูงในการพยายามทำร้ายตนเองมากกว่ากลุ่มอื่น .598 เท่า แต่อัตราการฆ่าตัวตายจะสำเร็จน้อยกว่ากลุ่มที่เป็นโสด หรือไม่อยู่กับคู่สมรส (ปราชญ์ บุญขวงศิริโรจน์ และคณะ, 2547) ส่วนการใช้คำพูดเสียสติ เหน็บแนมในช่วงภาวะวิกฤตของบุคคลในครอบครัว เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้น หรือส่งเสริมให้เกิดการฆ่าตัวตาย (สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย, 2542) และในผู้ที่มีปัญหาสัมพันธ์ภาพในครอบครัว โดยเฉพาะการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ การขาดความยืดหยุ่น และความบกพร่องในการปฏิบัติตามบทบาทเป็น

ส่วนหลักันให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (เขมิกัญญ์ ไพฑูรย์ และคณะ, 2551) นอกจากนี้การตอบสนองทางอารมณ์ของครอบครัวยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย สมหมาย เลาหะจินดา และวนิดา พุ่มไพศาลชัย (2543) ศึกษาลักษณะการเลี้ยงดูของบิดา มารดากับความคิดฆ่าตัวตายของเด็กวัยรุ่น พบว่า เด็กวัยรุ่นที่บิดา มารดาปฏิบัติตนตรงกับที่บุตรต้องการ จะมีความคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่าวัยรุ่นที่บิดา มารดาปฏิบัติตรงกันข้าม และละเลยไม่ได้เลี้ยงดู ซึ่ง แวงเกอร์ (Wanger, 1997) พบว่า การมีความสัมพันธ์ไม่ดีระหว่างบุตรกับบิดา หรือมารดา ส่งผลให้บุตรมีความคิด และพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าบุตรที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับบิดาหรือมารดา

3. ปัจจัยระดับสังคม และสิ่งแวดล้อม

แนวคิดของ ดอร์คไฮม์ (Durkheim cited in Bardee and Bricker, 1996) เชื่อว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากอิทธิพลของสังคม เนื่องจากความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีต่อสังคม ซึ่งแบ่งปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

ฆ่าตัวตายเพื่อเสียสละแก่สังคม (Altruistic suicide) เป็นการฆ่าตัวตายที่เกิดจากมีความรู้สึกผูกพันกับสังคมมากเกินไป จนสามารถเสียสละชีวิตตนเอง เพื่อความอยู่รอดของกลุ่ม ซึ่งเป็นการทำลายชีวิตตนเองเพื่อประโยชน์ของผู้อื่น

การฆ่าตัวตายด้วยนึกถึงแต่ตนเอง (Egoistic suicide) เป็นการฆ่าตัวตายที่เกิดจากการขาดความรู้สึกผูกพันกับสังคม รู้สึกว่าตนเองไม่มีความหมาย ถูกทอดทิ้ง เช่นผู้ที่อยู่ในสังคมชนบทจะฆ่าตัวตายน้อยกว่าผู้ที่อยู่ในสังคมเมือง เป็นต้น

การฆ่าตัวตายจากความคิดชั่ววูบ (Anomic suicide) เป็นการฆ่าตัวตายที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคมอย่างรวดเร็ว ตัวอย่างการเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัว เช่น จากการตายของบุคคลสำคัญในชีวิต หรือ ความล้มเหลวทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

การฆ่าตัวตายจากความสุดทนในชะตาชีวิต (Fatalistic suicide) เป็นการตายที่เกิดจากการถูกสังคมควบคุม และบีบคั้นมากเกินไป ทำให้เกิดความรู้สึกกดดันต่อเหตุการณ์อย่างรุนแรง จนไม่สามารถทนได้ เช่น การฆ่าตัวตายของนักโทษ หรือเชลยศึก เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยสังคมอื่น ๆ ที่อาจเป็นปัจจัยสนับสนุนการฆ่าตัวตาย เช่น ปัญหา ค่านิยมการบริโภควัตถุ การว่างงาน ปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ปัญหารักร่วมเพศ ปัญหาความไม่เป็นธรรมในสังคม และการเกิดพฤติกรรมการเล่นแบบ จากการศึกษาของ กรรณิการ์ เถาหมอ และ สิริมา เนาวรัตน์ (2542) พบว่า ข่าวสารตามสื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายอาจมีผลทำให้เกิดพฤติกรรมการเล่นแบบการทำร้ายตนเองในกลุ่มเด็กและเยาวชน หรือผู้ที่ประสบภาวะวิกฤต

ลักษณะของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ผู้ที่คิดและพยายามฆ่าตัวตายมักจะมองการฆ่าตัวตายว่าเป็นทางออกเพียงทางเดียวที่มีอยู่ในขณะนั้น และมองว่าการตายเป็นทางเลือกที่ดีกว่าการทนอยู่กับปัญหา หรือความเจ็บปวดทางจิตใจที่เผชิญอยู่ ซึ่งมีความรู้สึกถูกบีบคั้นจากปัญหาจนทนไม่ได้ จึงต้องหยุดการรับรู้ลง และการตายเปรียบเสมือนการหลีกเลี่ยงจากความเจ็บปวดที่ไม่ต้องการ อย่างไรก็ตามผู้ที่ตกอยู่ในภาวะจิตใจเช่นนี้ ส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกไม่แน่ใจ ทางหนึ่งอยากตายเพื่อจบปัญหาลง อีกทางหนึ่งไม่อยากตายเพราะยังมีหวังทางใจ ซึ่งอาจเป็นบิดามารดา คู่ครอง หรือบุตรหลาน หรือยังมีความกลัวตายอยู่ จิตใจจึงสับสนวุ่นวาย เมื่อมีเหตุมากระทบเพียงเล็กน้อยอาจตัดสินใจทำร้ายตนเอง และ พบว่าบุคคลส่วนใหญ่ที่มีความคิดฆ่าตัวตายจะส่งสัญญาณทางตรงและทางอ้อมเกี่ยวกับการทำร้ายตนเองให้กับบุคคลอื่นทราบ (Videbeck, 2006)

อาการแสดงของผู้ที่ฆ่าตัวตาย ไม่ได้แสดงออกอย่างชัดเจน หรือจัดกลุ่มอาการได้เช่นเดียวกับปัญหาทางจิตเวชอื่นๆ แต่เป็นการประมวลอาการ และอาการแสดงที่มีข้อบ่งชี้ หรือแนวโน้มนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้มาก สุวนีย์ เกียรติแก้ว (2545) ได้สรุปลักษณะของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไว้ดังนี้ 1) บุคคลที่ฆ่าตัวตายส่วนมากจะพยายามส่งสัญญาณของความกดดัน และความทุกข์ต่าง ๆ ให้ผู้อื่นรู้ 2) ผู้ป่วยที่แสดงอาการเด่นชัดของอารมณ์เศร้า (depression) ซึ่งการคิดถึงการฆ่าตัวตายเกิดขึ้นได้สูงมากทุกช่วงเวลาที่มียารมณ์ซึมเศร้ารุนแรง 3) บุคคลที่แยกตัวจากสังคม หรือแสดงท่าทีของความรู้สึกหมดหวัง (hopelessness) และ 4) บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดต่าง ๆ รวมถึงการใช้แอลกอฮอล์

จะเห็นได้ว่าลักษณะของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนั้น ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการเศร้า ก่อนข้างรุนแรง อาการเด่นชัด เช่น รู้สึกเศร้า ท้อแท้ หดหู่ใจ เบื่อหน่าย รู้สึกไร้ค่า หรือหมดหวัง แยกตัวจากสังคม คิดมาก กังวลใจ ใจลอย ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ เป็นโรคจิต มีหูแว่วเป็นเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย มีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักอย่างปัจจุบันทันด่วน ดิศสุราเรื้อรัง หรือใช้สารเสพติด คิดอยากตาย พยายามฆ่าตัวตายหลายครั้ง มีนิสัยหุนหันว้าว ความควบคุมตนเองได้ไม่ดี มีการวางแผนฆ่าตัวตาย และมีสัญญาณเตือน โดยการพูด หรือเขียนจดหมาย เป็นต้น

ผลกระทบของการฆ่าตัวตาย

ปัญหาการฆ่าตัวตาย ทั้งกระทำสำเร็จหรือไม่สำเร็จย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ดังนี้

ผลกระทบต่อบุคคล การฆ่าตัวตายไม่สำเร็จจะเกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย และจิตใจ เช่น มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน รู้สึกเบื่ออาหาร อ่อนล้า น้ำหนักลด การนอนผิดปกติ การรับประทานอาหารผิดปกติ การเคลื่อนไหวช้า ความต้องการทางเพศลดลง หรืออาจเกิดความพิการทางกาย ทำให้มี

ความวิตกกังวล สับสน หมดหวัง เศร้า เบื่อหน่าย สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง แยกตัว แรงจูงใจลดลง ทำให้มีปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทางด้านจิตวิญญาณทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต ต้องสูญเสียบทบาทหน้าที่ หรือ ทำให้ความรู้สึกในคุณค่าตนเองลดลง (Maurer, 1986 อ้างในกมลรัตน์ ชวณิก , 2547) และจากการศึกษาของ นิตยา เฉลิมกุล ชะลอ ชูพงษ์ และมณฑิพย์ บริสุทธิ์ (2542) พบว่า บุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายจะถูกสมาชิกในครอบครัวทอดทิ้ง ไม่สนใจดูแล และถูกซ้ำเติมให้รู้สึกผิด ซึ่งผลกระทบต่าง ๆ ข้างต้นอาจทำให้เกิดความต้องการฆ่าตัวตายซ้ำ

ผลกระทบต่อครอบครัว การฆ่าตัวตายทำให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกเสียใจ รู้สึกสับสนว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการกระทำเช่นนั้น รู้สึกอับอายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เกิดความรู้สึกเป็นตราบาป ถูกปฏิเสธจากสังคม เกิดความตึงเครียด เกิดความรู้สึกผิด เกิดความขัดแย้งในครอบครัวเนื่องจากการดำเนินบุคคลในครอบครัว หรืออาจทำให้บุคคลในครอบครัวเกิดความวิตกกังวล เพราะกลัวว่าจะกระทำซ้ำ จึงต้องใช้เวลาคูแ่อย่างใกล้ชิด ในระยะแรกอาจต้องหยุดการประกอบอาชีพ ซึ่งเป็นเหตุให้ครอบครัวขาดรายได้ หรือในกรณีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นผู้นำครอบครัว และมีบุตรกำลังศึกษาเล่าเรียน เป็นการสร้างผลกระทบทางด้านจิตใจแก่บุตร ทำให้ขาดผู้ดูแลอบรมสั่งสอน ขาดผู้สนับสนุนทางการศึกษา เกิดครอบครัวแตกแยก และอาจเป็นเด็กมีปัญหาในสังคม (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, 2542)

ผลกระทบต่อสังคม และประเทศชาติ การฆ่าตัวตายเกิดผลกระทบต่อองค์กรในสังคม โดยเฉพาะสถานบริการสุขภาพต้องรับภาระในการดูแลผู้มีปัญหาและครอบครัว สถาบันและหน่วยงานทางการศึกษาต้องดูแลปัญหาของนักเรียนนักศึกษามากขึ้น นักวิจัยในสถาบันเพื่อการศึกษาวิจัยต่าง ๆ ต้องศึกษาค้นคว้ามากขึ้น องค์กรอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาทั้งภาครัฐบาล และเอกชนต้องทำงานอย่างหนัก และยังอาจส่งผลให้เกิดปัญหาติดสารเสพติด อาชญากรรม เกิดความเดือดร้อนวุ่นวายแก่สังคม และมีผลต่อเศรษฐกิจและรายได้ของชุมชน (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2546) นอกจากนี้ยังเกิดพฤติกรรมการเล่นแบบการทำร้ายตนเองในกลุ่มเด็ก และเยาวชน หรือผู้ที่ประสบภาวะวิกฤต (กรรณิการ์ เถาหมอ และ สิริมา เนาวรัตน์, 2542) ส่วนผลกระทบต่อประเทศชาติ ทำให้สูญเสียงบประมาณของประเทศในการดูแลช่วยเหลือ ป้องกัน และแก้ไข้ปัญหา เกิดการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ และเศรษฐกิจของประเทศ ซึ่งเป็นการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ก่อนวัยอันควร (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) จากการศึกษา พบว่า บุคคลที่กระทำการฆ่าตัวตายมีค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลอยู่ระหว่าง 730 ถึง 290,423 บาท (บุปผชาติ รักษาจันทร์ และคณะ, 2547) และเกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Year, DALYs) ในเพศชายเท่ากับ 83,252 DALYs และในเพศหญิงเท่ากับ 25,434 DALYs นอกจากนี้ยังเป็นภาวะหรือโรคที่ทำให้บุคคลเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Year Lost due to premature death: YLLs) โดยในเพศชายเท่ากับ 159,640 YLLs อยู่ในลำดับ ที่ 5 และในเพศหญิงเท่ากับ 58,177 YLLs อยู่ใน

ลำดับที่ 10 ของประเทศ ซึ่งสร้างความสูญเสียให้แก่ครอบครัว และสังคมโดยรวมเป็นจำนวนเงินอย่างน้อย 5,500 ล้านบาทต่อปี (อภิชัย มงคล, 2544) นอกจากนี้ยังทำให้ประเทศชาติเสียภาพลักษณ์ ขาดความสงบสุข และความมั่นคง เนื่องจากอัตราการฆ่าตัวตายเป็นเครื่องบ่งชี้ดัชนีความสุขของประเทศ

การบำบัดรักษาผู้พยายามฆ่าตัวตาย

วิธีการบำบัดรักษาผู้พยายามฆ่าตัวตายในปัจจุบันได้แก่ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยการช็อกไฟฟ้า (Kim, Marangell & Yudofsky, 2006) และการรักษาทางจิตสังคมบำบัดในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย สรุปได้ดังนี้

การรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)

การรักษาผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะเน้นการรักษาด้วยยา โดยเฉพาะในรายที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ หรือมีอาการทางจิตเวช (Videbeck, 2006) และต้องประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (Hales & Yudofsky, 2004) นอกจากนี้ยังต้องประเมินอาการทางจิตเวชอื่น ๆ เช่นอาการก้าวร้าว เป็นต้น เพื่อพิจารณาให้ยาอย่างเหมาะสม ยาที่ให้ คือยาในกลุ่ม Antidepressants, Mood Stabilizers, Antiepileptic Mood Stabilizers, Antipsychotic และ Anxiolytics (Kim, et al., 2006)

การรักษาด้วยการช็อกไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy, ECT)

การรักษาด้วยการช็อกไฟฟ้าใช้รักษาได้ผลดีมากในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้า รู้สึกไร้ค่า สิ้นหวัง มีความคิดดำนิและโทษตัวเอง หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549)

จิตสังคมบำบัดในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (Psychosocial therapy)

การบำบัดทางจิตสังคมในผู้พยายามฆ่าตัวตายมีวัตถุประสงค์หลายอย่าง ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการกลับทำซ้ำ โดยการช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเข้าใจตนเอง และพัฒนาทักษะในการจัดการกับปัญหา เป็นต้น ซึ่งมีวิธีต่าง ๆ ดังนี้

การให้การปรึกษารายบุคคล (Individual counseling)

จากการศึกษา พบว่า มีการนำหลักการ กระบวนการ และเทคนิคในการให้การปรึกษารายบุคคลมาใช้ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยมีเป้าหมายในเชิงป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ เช่น การให้การปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (สุวิมล ผู้ดี, 2548) การให้การปรึกษาแนวโลโกเทอราปี (Logo Therapy) พบว่า ช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และมีภาวะซึมเศร้าลดลง (พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546) และการให้การปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส (Neuro- Linguistic Programming) พบว่า ทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงขึ้น (จุฑาธิปหมื่นจันทร์, 2547) เป็นต้น

จิตบำบัดรายบุคคล (Individual psychotherapy)

จิตบำบัดรายบุคคลใช้ได้ผลดีในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จากการศึกษา พบว่า การใช้ Cognitive Behavioral Therapy (CBT) ร่วมกับ Problem- Solving Skills Training ในผู้ที่พยายามทำร้ายตนเอง พบว่า มีความคิดฆ่าตัวตายลดลง และมีทักษะในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น (Raj, Kumaraiah & Bhide, 2001) นอกจากนี้การใช้ Dialectical Behavior Therapy (DBT) คือการให้การบำบัดทางพฤติกรรม (Behavioral Intervention) อย่างผสมผสาน และยาวนาน โดยการฝึกฝนเพื่อปรับปรุงให้เกิดการยอมรับในตนเอง ฝึกความกล้าแสดงออกเพื่อลดความขัดแย้งในตนเอง ฝึกการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ และ ฝึกความอดทนต่อความเครียด พบว่า ได้ผลดีในการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (Shaffer, 2005)

จิตบำบัดรายกลุ่ม (Group psychotherapy)

กระบวนการจิตบำบัดรายกลุ่มมีความจำเป็นต่อการสร้างเสริมพลังทางจิตใจของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จากผลการศึกษาของ กมลวรรณ สุขบรรวัฒน์ (2549) พบว่า การใช้โปรแกรมกลุ่มการสร้างเสริมพลังอำนาจ มีผลทำให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมดูแลตนเองมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า การใช้กระบวนการกลุ่มในการสร้างความเข้มแข็งทางใจมีผลให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายสามารถปรับกระบวนการความคิดของตนเอง มีทักษะในการเผชิญปัญหา และมองเห็นคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้ไม่มีการฆ่าตัวตายซ้ำ หรือฆ่าตัวตายสำเร็จ (พัชรี คำธิตา, อัมพวรรณ ถากาศ และ ชนาภานต์ แสนสิงห์ชัย, 2550)

ครอบครัวบำบัด (Family therapy)

การส่งเสริมให้เกิดการสื่อสารที่ดี และการตอบสนองที่เหมาะสมในครอบครัวเป็นสิ่งที่ควรพัฒนาในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (Hales & Yudofsky, 2004) เบญจมาภรณ์ รุ่งสาธ (2548) ศึกษาการใช้โปรแกรมการให้การปรึกษารอบครัวต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดฆ่าตัวตายลดลงหลังได้รับ โปรแกรม ส่วน นภัสศิริ คำสอน (2548) ศึกษาการใช้โปรแกรมการให้การปรึกษารอบครัวต่อสัมพันธภาพในครอบครัว และความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายสูงขึ้น และความคิดฆ่าตัวตายลดลงหลังได้รับโปรแกรมข้างต้น

นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาแนวทางการช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตาย โดยการศึกษาการใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อภาวะซึมเศร้า และความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ภาวะซึมเศร้าลดลงหลังจากการใช้ระบบดังกล่าว (จารุวรรณ บุญไมตรีสัมพันธ์, 2547) และ ฐิติพร ยากองโค (2550) ได้ศึกษาการประเมินผลการใช้ข้อกำหนดการป้องกัน การฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ พบว่า ผู้ป่วยที่เคยพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 100 ไม่มีการฆ่าตัวตายซ้ำในระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาล เมื่อติดตามผล 3 เดือนหลังจำหน่าย พบว่าร้อยละ

ละ 65.4 มาตรวจตามนัด และกลับมารับรักษาซ้ำด้วยสาเหตุการพยายามฆ่าตัวตายจากร้อยละ 12.50 เหลือเพียงร้อยละ 3.8

การให้การปรึกษารายบุคคลมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากพบว่าช่วยแก้ไขปัญหาคือเป็นปัจจัยในระดับบุคคล เช่น ลดภาวะซึมเศร้า (กมลรัตน์ ชวณิณี, 2547; วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545; สุวิมล ผู้ดี, 2548) เพิ่มความเข้มแข็งในการมองโลก (จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546) และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (สุวิมล ผู้ดี; มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549) เป็นต้น ดังนั้นการให้การปรึกษารายบุคคลจึงเป็นการบำบัดที่สำคัญอย่างหนึ่งในการช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตาย

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย

การบำบัดรักษาผู้พยายามฆ่าตัวตายดังกล่าวข้างต้นต้องอาศัยการดูแลโดยสหวิชาชีพซึ่งพยาบาลจิตเวชเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในทีมให้การดูแลรักษา เนื่องจากพยาบาลมีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอนของการบำบัดตั้งแต่ การค้นหา คัดกรองบุคคลที่มีปัญหา การส่งเสริม การเรียนรู้ในผู้ที่มีปัญหา ให้สามารถปรับตัว รู้สึกตนเองมีคุณค่า พึ่งพาตนเอง และอยู่ในสังคมได้ การให้การปรึกษารายบุคคล รายกลุ่ม และรายครอบครัว การจัดกลุ่มกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องของความเจ็บป่วย การสื่อสาร การแก้ไขปัญหา การเผชิญปัญหา และความเครียด การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหา และการประสานงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยและบริการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง โดยที่อาจสรุปบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายตามกระบวนการพยาบาลได้ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2548, จีวีวรรณ คำเวียงสา, 2550; ครุณี เลิศปรีชา, 2545; อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2545; Shives, 2005)

การประเมินภาวะสุขภาพ

บทบาทของพยาบาลในการประเมินผู้พยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ การประเมินสภาพร่างกาย หลังจากพยายามฆ่าตัวตาย เช่น การบาดเจ็บต่าง ๆ การประเมินทางด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกไร้ค่าและหมดหวัง การประเมินด้านสังคม เช่น ความขัดแย้งในครอบครัว การมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ และการขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม การประเมินด้านจิตวิญญาณ เช่น ความเชื่อความศรัทธาทางศาสนาและวัฒนธรรม ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่ขัดขวางหรือสนับสนุนพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ยังต้องประเมินพฤติกรรม วิธีการและการวางแผนฆ่าตัวตาย การประเมินโรคทางจิตเวช โรคทางกาย การใช้สารเสพติด การประเมินบุคลิกภาพ ทักษะในการแก้ไขปัญหา และประวัติการฆ่าตัวตายของบุคคลในครอบครัว

การวินิจฉัยการพยาบาล

บทบาทของพยาบาลในการวินิจฉัยการพยาบาลผู้พยายามฆ่าตัวตาย จะต้องพิจารณาถึงความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพ เพื่อนำมาวินิจฉัยการพยาบาลได้อย่าง

ถูกต้อง และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อตอบสนองกับปัญหาและความต้องการของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เช่น มีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ และมีภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

การวางแผนการพยาบาล

การวางแผนการพยาบาลผู้พยายามฆ่าตัวตาย พยาบาลจะต้องคำนึงถึงเป้าหมายทั้งในระยะสั้น เช่น การลดภาวะซึมเศร้า และการเพิ่มคุณค่าในตนเอง และในระยะยาว เช่น การส่งเสริมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิต และส่งเสริมการพัฒนาทักษะในการจัดการกับปัญหา เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ รวมถึงการส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม และการประสานงานส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

การปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลมีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตายในด้านต่าง ๆ แบบองค์รวมดังนี้

- 1) ด้านร่างกาย ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย การจัดให้มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด การจัดให้ได้รับประทานอาหารและยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การดูแลสุขภาพอนามัย การจัดให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ การสังเกตพฤติกรรม และการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- 2) ด้านจิตใจ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อการบำบัด การส่งเสริม และช่วยเหลือให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น ซึ่งอาจทำได้โดยการให้การปรึกษารายบุคคล และ/หรือรายกลุ่ม การจัดกิจกรรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญปัญหา การฝึกเทคนิคการคลายเครียด เป็นต้น
- 3) ด้านสังคม ได้แก่ การให้การปรึกษารอบครัว การสนับสนุนให้ญาติ บุคคลในครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการส่งต่อเพื่อการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง และ
- 4) ด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การสนับสนุนความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมที่มีส่วนช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินผลการพยาบาล

ในการประเมินผลการพยาบาลผู้พยายามฆ่าตัวตาย พยาบาลจะต้องประเมินผลให้ครอบคลุมการปฏิบัติการพยาบาลทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย เช่น ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความปลอดภัย และไม่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำขณะอยู่ในโรงพยาบาล ด้านจิตใจ เช่น ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่แสดงคำพูดเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายและการวางแผนฆ่าตัวตาย ด้านสังคม เช่น ผู้พยายามฆ่าตัวตายสามารถระบุแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ และด้านจิตวิญญาณ เช่น ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมของตนเอง ที่จะช่วยป้องกันความคิดฆ่าตัวตาย เพื่อเป็นการวิเคราะห์และสรุปผลลัพธ์ในการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย

การดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายเหล่านี้เป็นไปตามขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่กำหนดโดยสภาการพยาบาล ได้แก่ “การมีความสามารถ

ในการดูแลกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือจิตเวชที่ซับซ้อน การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การจัดการ การประเมินผลลัพธ์ การเสริมสร้างพลังอำนาจ การสอน การฝึก การเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ และการประสานงาน นอกจากนี้บทบาทการพยาบาลขั้นสูงยังรวมถึง การพัฒนา การจัดการและกำกับระบบ การดูแล (care management) การเป็นที่ปรึกษา (consultation) ให้กับทีมงานในการจัดการแก้ไขปัญหา การเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลง (change agent) และการใช้เหตุผลและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม” (สภาการพยาบาล, 2546 หน้า 20- 21) ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จะเห็นได้ว่าบทบาทหน้าที่ที่สำคัญอย่างหนึ่งของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายก็คือ การมีความสามารถเป็นผู้ดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย โดยวิธีการให้การปรึกษารายบุคคล

การให้การปรึกษารายบุคคล

แนวคิดเกี่ยวกับการให้การปรึกษา

การให้การปรึกษา เป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การปรึกษาซึ่งเป็นนักวิชาชีพที่ได้รับการฝึกอบรมกับผู้รับการปรึกษา ซึ่งต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้เข้าใจตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อมมากขึ้น ได้ปรับปรุงทักษะในการตัดสินใจ และทักษะในการแก้ปัญหา ตลอดจนปรับปรุงความสามารถในการพัฒนาตนเอง (วัชร ทรัพย์มี, 2547)

ฮานเซน และคณะ (Hansen, et al., 1994) ให้ความเห็นว่าการให้การปรึกษาเกิดมาจากศาสตร์หลายสาขา เช่น จิตวิทยา สังคมวิทยา และมานุษยวิทยา เป็นต้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้บุคคลพัฒนาในระดับสูงสุด โดยมีความรู้สึกที่ดีทั้งในด้านส่วนตัว และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ฮิกดอน (Higdon, 2004) ให้ความเห็นว่าการให้การปรึกษา คือ การสร้างข้อตกลงที่อาศัยการมีสัมพันธภาพระหว่างกันบนพื้นฐานของการยอมรับทางจริยธรรม ภายใต้การใช้แนวคิด และทฤษฎี

ควมณี จงรักษ์ (2548) ได้สรุปไว้ว่าการให้การปรึกษา คือ กระบวนการช่วยเหลือ ระหว่างผู้ให้การปรึกษา และผู้รับการปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีความเข้าใจตนเอง และสิ่งแวดล้อมดีขึ้น และได้รับการพัฒนาอย่างเต็มที่ เพื่อให้รู้จักช่วยเหลือตนเอง และสามารถตัดสินใจเลือกกระทำด้วยตนเองได้ในที่สุด

ดังนั้นการให้การปรึกษาจึงเป็นกระบวนการช่วยเหลือโดยใช้แนวคิดทฤษฎี และวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมทักษะในการจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนาตนเองในระดับสูงสุด โดยที่ผู้รับการปรึกษาสามารถตัดสินใจ และเลือกกระทำด้วยตนเอง

เป้าหมายของการให้การศึกษารายบุคคล

การให้การปรึกษาทางจิตวิทยามีจุดมุ่งหมายช่วยให้บุคคลเข้าใจถึงปัญหาทางจิตใจอย่างชัดเจน และป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเองอย่างเต็มที่ (primary prevention) ช่วยให้บุคคลจัดการกับปัญหาก่อนที่จะกลายเป็นปัญหาร้ายแรง (secondary prevention) และ ช่วยให้บุคคลจัดการกับปัญหาก่อนที่จะมีปัญหาร้ายแรงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง (tertiary prevention) (Sternberg, 2000)

เป้าหมายการให้การศึกษารายบุคคล แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ เป้าหมายเฉพาะหน้า (immediate goal) คือ การช่วยให้บุคคลสามารถลดความกดดันทางอารมณ์ หรือความวิตกกังวลในขณะนั้น เป้าหมายระดับกลาง (intermediate goal) คือ การช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และเห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหานั้นด้วยตนเอง และ เป้าหมายสูงสุด (ultimate goal) คือ การช่วยเหลือบุคคลให้สามารถใช้ศักยภาพภายในตัวเองได้อย่างเต็มที่ เพื่อการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขตามความต้องการ (ควมฉนิ จงรักษ์, 2548)

ขั้นตอนการให้การศึกษารายบุคคล

กิบสัน และ มิทเชลล์ (Gibson and Mitchell, 1999) ได้เสนอขั้นตอนการให้การศึกษารายบุคคลไว้ ดังนี้

การสร้างสัมพันธภาพ โดยการเคารพซึ่งกันและกัน มีความซื่อสัตย์ ความเป็นอิสระ และการสื่อสารอย่างเปิดเผย

การสำรวจ และวินิจฉัยปัญหา โดยมุ่งประเด็นรายละเอียดไปที่ประสบการณ์ในอดีต และเหตุการณ์ในปัจจุบัน ความรู้สึก และอารมณ์ของผู้รับการปรึกษา รวมทั้ง ทักษะคิด การให้คุณค่า และแนวคิดเกี่ยวกับตนเอง นอกจากนี้ยังต้องสำรวจความคิดเกี่ยวกับการจัดการกับปัญหา เหตุผลในการตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้ของผู้รับการปรึกษา จากนั้นจึงวินิจฉัยปัญหา โดยกำหนดปัญหาอย่างเจาะจง และมีความเข้าใจต่อปัญหาร่วมกัน และค้นหาข้อมูลที่ต้องการเพื่อให้เกิดความเข้าใจปัญหาอย่างเต็มที่ และรวบรวมอย่างเป็นระบบ เพื่อนำมาวิเคราะห์พฤติกรรม และปัญหาของผู้รับการปรึกษา

การวางแผนเพื่อจัดการกับปัญหา เป็นกระบวนการต่อเนื่องจากการกำหนดปัญหา โดยการระดมสมอง เพื่อค้นหาแนวทางที่เป็นไปได้ในการจัดการกับปัญหา จากนั้นร่วมกันพิจารณาผลที่เกิดจากแนวทางแก้ปัญหานั้น และจัดลำดับความสำคัญโดยเริ่มจากแนวทางที่ดีที่สุด และเป็นไปได้มากที่สุด และตัดสินใจที่จะจัดการกับปัญหาตามแนวทางนั้น ๆ

การจัดการกับปัญหา และยุติการปรึกษา เป็นกระบวนการสุดท้าย เพื่อสร้างความชัดเจนในการจัดการกับปัญหา โดยผู้ให้การปรึกษาจะสนับสนุนผู้รับการปรึกษาในการเผชิญกับปัญหานั้น ๆ และเป็นแหล่งประ โยชน์ในการติดตาม และให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

เทคนิคการให้การปรึกษารายบุคคล

เทคนิคการปรึกษามีจุดประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้รับการปรึกษา และเพื่อส่งเสริมกระบวนการให้การปรึกษาให้บรรลุวัตถุประสงค์ ได้แก่ การฟัง การตั้งคำถาม การทบทวน การสะท้อนความรู้สึก การทำให้กระจ่าง การสรุป การท้าทายและการแปลความ เป็นต้น ซึ่งเทคนิคต่าง ๆ ที่นิยมนำมาใช้มีดังนี้ (ดวงมณี จงรักย์, 2548; อัญสุรีย์ ศิริโสภณ และนวรรตน์ สุวรรณพ้อง, 2546; Coon & Mitterer, 2008; Neukrug, 2007; Okun, 2002)

การฟัง (Listening)

เทคนิคการฟังมีส่วนสำคัญในกระบวนการให้การปรึกษา การฟังเป็นการช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้พูดถึงสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนประกอบด้วย ทักษะย่อย ๆ หลายประการ ได้แก่ การเอาใจใส่ต่อภาษาพูด และอวัจนภาษาที่สื่อสารออกมา การส่งเสริมให้ผู้พูดรู้สึกมีความอิสระที่จะเปิดเผย การพัฒนาความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้พูด นอกจากนี้การฟังที่ดีจะช่วยเอื้อประโยชน์ในการให้การปรึกษาคือ การแสดงความรู้สึกเห็นใจ ไม่ขัดจังหวะ เป็นผู้ให้ และไม่คาดหวังที่จะได้รับสิ่งต่าง ๆ แสดงให้ผู้พูดได้รู้ว่ากำลังสนใจฟังสิ่งที่เล่าด้วยความตั้งใจ และถามในบางครั้งเพื่อให้เกิดความชัดเจน

การตั้งคำถาม (Questions)

การตั้งคำถามจะช่วยได้มากในการบรรลุจุดหมายของการให้การปรึกษา ซึ่งทำให้ทราบภูมิหลังของผู้รับการปรึกษา เปิดเผยประเด็นต่าง ๆ ที่สำคัญ และเป็นการท้าทายอย่างสุภาพเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือช่วยสนับสนุนให้ผู้รับการปรึกษาสำรวจตนเองได้อย่างลึกซึ้งมากขึ้น ส่วนคำถามที่ใช้อาจเป็นคำถามปลายเปิด หรือ คำถามปลายปิด คำถามปลายเปิดเป็นคำถามที่นิยมใช้โดยทั่วไป และมีประสิทธิภาพมากกว่าคำถามปลายปิด คำถามปลายเปิด เช่น “คุณรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น” เป็นต้น ส่วนคำถามปิดหมายถึง คำถามที่ผู้ตอบไม่ต้องบอกรายละเอียด เช่นคำถามที่ลงท้ายด้วยการตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” คำถามปลายปิดมีแนวโน้มจะทำให้การสื่อสารหยุดชะงัก และสร้างกรอบให้ผู้รับการปรึกษา มักจะใช้ในกรณีที่จำเป็น เช่น เมื่อต้องการความชัดเจนมากขึ้น เป็นต้น นอกจากนี้คำถามปิดมีความเหมาะสม เมื่อผู้ถามต้องการข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงในยามวิกฤต เช่น การฆ่าตัวตาย ตัวอย่างเช่น “เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนหรือไม่” และ “มีบุคคลในครอบครัวเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายหรือไม่” เป็นต้น

การสะท้อน (Reflection)

เทคนิคการสะท้อนจะช่วยให้ผู้ให้การศึกษาได้รับรู้ และเข้าใจความคิด อารมณ์ และความรู้สึกของผู้รับการปรึกษา ซึ่งผู้ให้การศึกษาจะช่วยให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยใช้ภาษาพูด และภาษาท่าทาง เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ตระหนักถึงอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง และช่วยให้เข้าใจปัญหาของตนเองได้ดีขึ้น

การใช้ความเงียบ (Using silence)

เทคนิคการใช้ความเงียบเป็นช่วงเวลาที่ผู้ให้การศึกษาไม่ได้สื่อสารกับผู้รับการปรึกษาโดยใช้ภาษาพูด ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ความเงียบบวก และ ความเงียบลบ โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้ทบทวนความคิด อารมณ์และความรู้สึกของตนเอง

การสรุป (Summarizing)

การสรุปเป็นเทคนิคที่มีความสำคัญอย่างมากต่อเนื้อหาทางความคิด ความรู้สึก และข้อมูลสำคัญอื่น ๆ ที่ผู้รับการปรึกษาได้สื่อสารออกมา เพื่อให้ผู้ให้การศึกษาจะได้นำข้อความที่มีความหมายสำคัญไปใช้เชื่อมโยงกับบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ และให้เกิดความชัดเจนโดยปราศจากการคาดเดาความคิดต่าง ๆ ของผู้รับการปรึกษา

การทำทนาย (Confrontation)

การทำทนายมักสื่อความหมายทางลบที่ให้ความรู้สึกไม่ดี ในบริบทของการให้การศึกษา การใช้เทคนิคนี้ได้ดีที่สุดคือการทำทนายอย่างอ่อนโยน และแฝงเร้น ซึ่งผู้รับการปรึกษาไม่รู้ว่าตนเองถูกทำทนาย บางครั้งทักษะนี้ถูกเรียกว่าการสะท้อนความไม่สอดคล้องกันของผู้รับการปรึกษา ซึ่งผู้ให้การศึกษาสังเกตเห็นได้ ดังนั้น ผู้ให้การศึกษาจึงทำหน้าที่ชี้ให้ผู้รับการปรึกษาได้รับรู้ถึงการบิดเบือนของตนเองอย่างสุภาพ ในการสะท้อนความไม่สอดคล้องนั้น ๆ

การแปลความ (Interpretation)

เทคนิคนี้จะนำมาใช้หลังจากที่ผู้ให้การศึกษาได้ตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้รับการปรึกษา การแปลความเป็นการเสนอข้อสังเกตต่อผู้รับการปรึกษา โดยมีจุดประสงค์เพื่อส่งเสริมการเข้าใจตนเอง และปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างลึกซึ้ง การแปลความกระทำได้หลายระดับ ทั้งการเปิดเผยแรงจูงใจ และความปรารถนาในระดับจิตใต้สำนึก การเชื่อมโยงในระดับจิตสำนึกจากพฤติกรรมปัจจุบันกับพฤติกรรมในอดีต โดยการเน้นการแปลความหมายที่อยู่เบื้องหลังพฤติกรรม

การให้ข้อมูล (Giving information)

การให้ข้อมูลเป็นการให้คำแนะนำต่อผู้รับการปรึกษาเพื่อจัดการกับปัญหา ถึงแม้ว่าผู้ให้การศึกษาจะแสดงบทบาทอย่างมากเพียงใดในการให้คำแนะนำ แต่สุดท้ายผู้รับการปรึกษาจะต้องตัดสินใจเลือกวิธีการด้วยตนเอง นอกจากนี้ผู้ให้การศึกษาอาจจะให้ข้อมูลและความรู้เพิ่มเติม เมื่อพบว่า

ผู้รับการปรึกษาคือความรู้และความเข้าใจ อย่างไรก็ตามควรให้คำแนะนำเฉพาะเวลาที่ผู้รับการปรึกษามอง และควรระมัดระวังคำแนะนำเชิงตำหนิ เช่น ทำไมคุณไม่ทำอย่างนั้น เป็นต้น

ทฤษฎีการให้การปรึกษารายบุคคล

ทฤษฎีการให้การปรึกษามีหลักการโดยทั่วไปที่จะนำบุคคลไปสู่การตระหนักรู้ในตนเอง และเปิดเผยตนเองให้อยู่ในโลกของความเป็นจริงมากขึ้น และช่วยเพิ่มการรับรู้คิดและความรู้สึกของตนเองให้ชัดเจนขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยแปลความหมายสิ่งที่อยู่ในระดับลึกของจิตใจ ซึ่งจะมุ่งประเด็นไปที่ปัจจุบัน อดีต หรือ อนาคต เพื่อนำไปสู่กระบวนการในการฟื้นฟูสภาพตนเอง (Kottler & Shepard, 2008) ทฤษฎี การให้การปรึกษาจึงมีความสำคัญในฐานะเป็นเครื่องนำทางเพื่อให้ผู้ให้การปรึกษาได้ตระหนักถึง วัตถุประสงค์ กระบวนการ และกลวิธีในการให้การปรึกษา ตลอดจนหลักการเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ทฤษฎีการให้การปรึกษารายบุคคลที่สำคัญมีดังนี้

การให้การปรึกษาแบบจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Counseling)

การให้การปรึกษาแบบจิตวิเคราะห์ได้รับการยอมรับให้เป็นต้นแบบของการให้การปรึกษา และการทำจิตบำบัด โดยได้รับอิทธิพลจากแนวคิดพื้นฐาน จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ผู้ก่อตั้งทฤษฎีจิตวิเคราะห์ คือ ฟรอยด์ (Freud) ชาวออสเตรีย ซึ่งได้เติบโตในยุคที่วิทยาศาสตร์มีความเจริญก้าวหน้าอย่างมาก เพราะอิทธิพลของความคิดทางวิทยาศาสตร์ ทำให้ฟรอยด์เกิดแรงบันดาลใจให้สามารถพัฒนาทฤษฎีจิตวิเคราะห์ได้สำเร็จ (ดวงมณี จงรักษ์, 2548) ฟรอยด์เชื่อว่าบุคคลมีสัญชาตญาณของการมีชีวิตอยู่เป็นแรงขับที่สนับสนุนการมีชีวิต ได้แก่ ความหิว ความปรารถนา และ พลังทางเพศ และ สัญชาตญาณแห่งความตาย (Neukrug, 2007) ฟรอยด์ กล่าวถึงบุคลิกภาพว่า ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ส่วน คือ อิด (Id) อีโก้ (Ego) และซูเปอร์อีโก้ (Superego) ซึ่งมีการพัฒนาอย่างเต็มที่เมื่ออายุ 5 ปี (Corey, 2005; Gladding, 2004; Neukrug, 2007; Seligman, 2006) อิด เป็นส่วนที่มีมาตั้งแต่เกิด เป็นแหล่งพลังงานทางจิต (psychic energy) ความก้าวร้าว และสัญชาตญาณทางเพศ อีโก้ พัฒนาขึ้นภายหลังที่ทารกมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ทำหน้าที่เป็นตัวกลางระหว่าง อิด กับโลกภายนอก โดยปฏิบัติตามหลักความเป็นจริง (reality principle) ซูเปอร์อีโก้ เป็นส่วนของศีลธรรม และกติกาสังคม เป็นตัวแทนของอุดมคติ และกระตุ้นให้มีพฤติกรรมเพื่อความสมบูรณ์มากกว่าความเป็นจริง (ดวงมณี จงรักษ์; Neukrug) ทฤษฎีนี้ได้มีการอธิบายการใช้กลวิธีป้องกันทางจิตของบุคคล (defense mechanism) เพื่อลดความวิตกกังวล และอธิบายระยะพัฒนาการ และพฤติกรรมในระดับจิตไร้สำนึก ซึ่งการเข้าใจดีจะช่วยให้นักบำบัดเข้าใจวิถีชีวิตของตนเอง

ส่วนเป้าหมายของการปรึกษามีดังนี้ 1) ช่วยให้ผู้บุคคลได้ตระหนักถึงจิตใต้สำนึกของตนเองมากขึ้น 2) ช่วยให้ผู้บุคคลแก้ไขปัญหที่เกิดจากระยะพัฒนาการ และ 3) ช่วยให้ผู้บุคคลแก้ไขปัญหเกี่ยวกับ

ความต้องการทางด้านสังคม (Gladding, 2004) ขั้นตอนการปรึกษาแบบจิตวิเคราะห์ แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้ (Arlow, 2000 อ้างใน ดวงมณี จงรักษ์, 2548) 1) ขั้นเปิด (opening phase) คือขั้นรวบรวมข้อมูลทั้งหมดของผู้รับการปรึกษา 2) ขั้นพัฒนาการถ่ายโอน (development of transference) 3) ขั้นดำเนินการ (working through) และ 4) ขั้นยุติการถ่ายโอน (resolution of transference) ส่วนเทคนิคและวิธีการต่างๆ ที่ใช้ได้แก่ การเชื่อมโยงอิสระ (free association) การวิเคราะห์การถ่ายโอน (analysis of transference) การวิเคราะห์ความฝัน (dream analysis) และการแปลความหมายจากการต่อต้าน (interpretation resistance) (Flanagan, 2004; Gladding, 2004; Neukrug, 2007)

การให้การปรึกษาแบบแอดเลอร์ (Adlerian Counseling)

การให้การปรึกษาแบบแอดเลอร์ เป็นการพัฒนาศาสตร์ทางด้านจิตวิทยา พฤติกรรมมนุษย์ และสังคมวิทยา โดยมี อัลเฟรด แอดเลอร์ (Alfred Alder) เป็นเจ้าของทฤษฎี (Capuzzi & Gross, 1999) แนวคิดของ Adlerian Counseling มุ่งเน้นให้บุคคลได้พัฒนาทางด้านสังคมให้ดีขึ้น และให้ความสำคัญกับการพัฒนาด้านสุขภาพของชีวิตมนุษย์ และยึดถือพฤติกรรมในระดับจิตสำนึก มากกว่าจิตใต้สำนึก ซึ่งเป็นหลักในการพัฒนาบุคลิกภาพ และมีหลักความเชื่อที่มนุษย์มีความพยายามอย่างมากที่ต้องการประสบความสำเร็จ กระบวนการนี้เรียกว่า ความพยายามที่จะเป็นบุคคลที่สมบูรณ์แบบ นอกจากนี้ยังมีความเชื่อว่า บุคคลมีสิ่งสำคัญในชีวิต 3 อย่าง ได้แก่ สังคม การงานและความสัมพันธ์ทางเพศ (Gladding, 2004) การให้การปรึกษาแบบแอดเลอร์ มีเป้าหมายดังนี้ 1) เพื่อส่งเสริมความสนใจทางสังคม 2) ลดความรู้สึกด้อยค่า และส่งเสริมกำลังใจ 3) เปลี่ยนวิถีชีวิตของบุคคล 4) เปลี่ยนแรงจูงใจ หรือค่านิยมที่ผิด และ 5) สนับสนุนส่งเสริมให้บุคคลตระหนักถึงความเท่าเทียมกันทางสังคม และบำเพ็ญประโยชน์ต่อส่วนรวม (ดวงมณี จงรักษ์, 2548)

ส่วนขั้นตอนการให้การปรึกษา ซิลิกแมน (Seligman, 2006) ได้เสนอไว้ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพ และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีผู้ให้การปรึกษาจะมุ่งเน้นไปที่การกระทำของผู้รับการปรึกษามากกว่าการประเมินบทบาทหน้าที่ และการทำงาน การคำนึงถึงเหตุการณ์ในปัจจุบันมากกว่าในอดีตและอนาคต มุ่งประเด็นไปที่พฤติกรรมมากกว่าความเป็นบุคคล มุ่งเน้นที่ความพยายามมากกว่าผลลัพธ์ และให้ความสนใจแรงจูงใจจากภายในบุคคลมากกว่าภายนอก 2) ประเมินวิเคราะห์ และทำความเข้าใจผู้รับการปรึกษา และปัญหาที่เกิดขึ้นโดยการประเมินการดำเนินชีวิตของบุคคล ครอบครัว และเครือข่าย ความฝัน และบ่งชี้พฤติกรรมที่เป็นปัญหา 3) การเรียนรู้ใหม่ การตระหนักและสร้างพฤติกรรมให้เกิดความเคยชิน โดยเน้นแรงจูงใจที่เป็นเหตุผลมากกว่าแรงจูงใจที่มาจากจิตใต้สำนึก และการยอมรับจากผู้รับการปรึกษาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และ 4) การเพิ่มแรงจูงใจ การประเมินผล การยุติการให้การปรึกษา และการติดตามผล

การให้การปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person- Centered Counseling)

การให้การปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางมีหลักการพื้นฐานมาจากจิตวิทยา แนวมนุษยนิยม ผู้ก่อตั้งทฤษฎีคือ คาร์ล โรเจอร์ส (Carl Rogers) (Corey, 2005) โดยมีสมมติฐานของทฤษฎีคือ มนุษย์มีการเจริญเติบโตที่มุ่งไปสู่การมีคุณค่าในตนเอง โดยกระบวนการพัฒนาตามธรรมชาตินี้มุ่งไปสู่การยกระดับการพัฒนาทางจริยธรรม อารมณ์และพฤติกรรมให้สูงขึ้น ซึ่งสามารถทำให้ง่ายขึ้นโดยผู้ช่วยเหลือที่เชี่ยวชาญ ที่มีความสามารถในการกระตุ้นความสามารถของบุคคลที่มีอยู่ตามธรรมชาติ (Kottler, et al., 2008) การให้การปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางจะเน้นที่ผู้รับการปรึกษาเป็นสำคัญ ผู้ให้การปรึกษาเป็นเพียงผู้รับฟังปัญหา และช่วยให้ผู้รับการปรึกษามองเห็นปัญหาของตน โดยเชื่อว่ามนุษย์มีความเป็นปัจเจกบุคคล มีสิทธิส่วนบุคคล เป็นผู้มีเหตุผล มุ่งความก้าวหน้า และกล้าเผชิญความจริง และมีความสามารถแก้ปัญหาของตนได้ แนวคิดของทฤษฎีนี้มีเงื่อนไขที่ส่งเสริมพัฒนาทางจิตใจได้แก่ 1) ความจริงแท้ (genuineness) คือการปราศจากการเสแสร้งทางความคิด และการกระทำของผู้ให้การปรึกษา 2) การยอมรับทางบวกอย่างไม่มีเงื่อนไข (unconditional positive regard) คือการทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า ได้รับการแสดงความห่วงใย และการยอมรับ และ 3) การมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (empathic understanding) คือความเข้าใจผู้รับการปรึกษาอย่างเห็นอกเห็นใจ (Gladding, 2004)

จุดมุ่งหมายของการให้การปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง เน้นที่ผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง ซึ่งจะไม่นำที่ตัวปัญหา (Gladding, 2004) วัชร ทรัพย์มี (2546) กล่าวถึงจุดมุ่งหมายไว้ดังนี้ 1) เพื่อให้ผู้รับการปรึกษายอมรับความจริง พิจารณาตนเอง และสภาพแวดล้อมได้สอดคล้องกับข้อเท็จจริงโดยไม่บิดเบือน หรือเก็บกดประสบการณ์ของตน ปราศจากความรู้สึกว่าได้รับการคุกคามด้านจิตใจ และหลีกเลี่ยงการใช้กลไกป้องกันทางจิตในการแก้ปัญหา 2) เพื่อให้เปิดรับสถานการณ์โดยพิจารณาสิ่งต่าง ๆ อย่างกว้างขวางในหลายแง่มุม 3) เพื่อให้มีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น ลดความรู้สึกหดหู่ ท้อแท้ใจ เพื่อมีกำลังใจต่อสู้ชีวิตใหม่ และพร้อมที่จะเลือกดำเนินชีวิตด้วยตนเอง 4) เพื่อให้รู้สึว่าตนเองมีคุณค่าเพิ่มขึ้น และพยายามที่จะพัฒนาตนเอง และ 5) เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งด้านส่วนตัว และการทำงาน เป็นต้น สรุปได้ว่าจุดมุ่งหมายของการให้การปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง เป็นการขจัด ลดความทุกข์ทางอารมณ์ และเปลี่ยนแปลงความรู้สึกของผู้รับการปรึกษา นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ผู้รับการปรึกษาเป็นตัวของตัวเอง และสามารถดำเนินชีวิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม

แพทเทอร์สัน (Patterson, 1996) แบ่งการให้การปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางออกเป็น 7 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะที่ผู้รับการปรึกษาไม่เต็มใจที่จะพูดเกี่ยวกับตนเอง แต่จะสื่อสารเฉพาะเรื่องทั่ว ๆ ไป 2) ระยะที่ผู้รับการปรึกษาอยู่ในสถานะที่เริ่มจะเปลี่ยนแปลง และเริ่มสนใจที่จะสื่อสารกับผู้ให้การ

ปรึกษา แต่ยังไม่ยอมรับว่าเป็นความรู้สึกหรือปัญหาของตนเอง 3) ระยะที่ผู้รับการปรึกษาเริ่มแสดงออกอย่างอิสระกับความรู้สึกของตนเอง โดยเล่าความรู้สึกและประสบการณ์ที่เป็นด้านลบเป็นส่วนใหญ่ 4) ระยะยอมรับความรู้สึกของตนเอง และความรู้สึกเข้าใจ และเห็นใจที่ผู้ให้การศึกษาแสดงออกมา โดยเริ่มแยกแยะความรู้สึกของตนเองได้มากขึ้น และเริ่มรับผิดชอบปัญหาของตนเอง 5) ระยะแสดงความรู้สึกต่าง ๆ ออกมาอย่างเสรี และรับรู้ประสบการณ์ในปัจจุบันได้ดีขึ้น พร้อมทั้งจะเผชิญปัญหาของตนเองด้วยความรับผิดชอบ แต่ยังมีความสงสัย และความกังวล 6) ระยะที่ความรู้สึกและประสบการณ์ต่าง ๆ ได้รับการยอมรับจากตนเองอย่างเต็มที่โดยไม่มีการปฏิเสธหรือต่อต้าน โดยมีการแสดงออกอย่างเป็นธรรมชาติ และ 7) ระยะที่ผู้รับการปรึกษาเป็นตัวของตัวเองอย่างเต็มที่ และพร้อมที่จะพัฒนาต่อไป โดยสามารถรับรู้ความรู้สึกและประสบการณ์ใหม่ที่เป็นจริงได้อย่างรวดเร็ว สามารถตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพและรู้จักตนเองเพิ่มขึ้น

ส่วนเทคนิคการให้การศึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ทำโดยสำรวจปัจจัยที่ส่งเสริมการรักษา และมุ่งประเด็นไปที่การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับการปรึกษาเพื่อสะท้อนความรู้สึก และเปิดโอกาสให้ระบายอารมณ์ นอกจากนี้ ยังต้องสังเกตสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาสื่อสารออกมาทั้งที่เป็นภาษาพูด และอวัจนภาษา เพื่อแปลความหมายภายใต้สิ่งเหล่านั้น และตอบสนองต่อผู้รับการปรึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจในระดับที่ลึกซึ้งมากขึ้น (Kottler, et al., 2008) ซึ่ง กลอเซอร์ และโบซาร์ท (Glauser and Bozarth, 2001) ให้ความเห็นว่าสัมพันธภาพที่ดี และมีคุณภาพมีความสำคัญมากกว่าการใช้เทคนิคต่าง ๆ และ เกลดดิ้ง (Gladding, 2004) ให้ความเห็นว่า การฟังอย่างตั้งใจ การสะท้อนความคิด และความรู้สึก การสร้างความชัดเจน การสรุป การเผชิญหน้ากับสิ่งต่าง ๆ และการถามนำโดยใช้คำถามปลายเปิด จะช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การศึกษา และผู้รับการปรึกษา

การให้การศึกษาแบบอัตถิภาวะนิยม (Existential Counseling)

รอลโล เมย์ (Rollo May) และ วิคเตอร์ เฟรงค์ (Viktor Frankl) เป็นผู้ที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการให้การศึกษาแบบ Existential ในช่วงปี 1905- 1997 การให้การศึกษาแบบอัตถิภาวะนิยม มีแนวคิดมุ่งเน้นที่การเลือก และการกระทำอย่างอิสระ และการมีความหมายในชีวิต ได้แก่ 1) การกระทำที่ประสบความสำเร็จในชีวิต 2) ประสบการณ์ที่มีคุณค่าในชีวิต และ 3) การค้นหาทัศนคติที่ถูกต้องและเหมาะสม จุดมุ่งหมายของการให้การศึกษา คือการช่วยให้บุคคลได้ตระหนักถึงความสำคัญของความหมายในชีวิต การตอบสนอง ความเป็นอิสระและความเป็นอิสระในตนเอง (Gladding, 2004) การมีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตน ตลอดจนมุ่งมั่นที่จะพัฒนาตนเองอย่างเต็มที่ (วัชร ทรัพย์มี, 2547) ซึ่ง ดวงมณี จงรักษ์ (2548) ได้กล่าวถึงขั้นตอนของการให้การศึกษา ไว้ดังนี้

ระยะแรก เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพในระดับเข้มข้นระหว่างผู้ให้การศึกษา และผู้รับการปรึกษา โดยผู้ให้การศึกษาพยายามทำความเข้าใจผู้รับการปรึกษา สนับสนุนให้พูดคุย

เกี่ยวกับ ค่านิยม ความเชื่อ ภูมิหลังในอดีต การตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ที่ได้กระทำไปแล้ว รวมทั้งสิ่งที่ไม่กล้า หรือไม่สามารถตัดสินใจได้ ผู้ให้การศึกษานับสนุนให้ผู้รับการปรึกษาเล่าถึงความวิตกกังวล ความกลัวที่ซ่อนเร้นอยู่ หรือความรู้สึกอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับมิติของการดำรงชีวิต

ระยะที่สอง ผู้ให้การปรึกษาร่วมกับผู้รับการปรึกษาพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของการตัดสินใจทางเลือกใหม่ ความกล้าที่จะรับผิชอบในความหมายใหม่ ผู้ให้การปรึกษาพยายามช่วยให้ผู้รับการปรึกษากล้าที่จะเป็นตัวของตัวเองอย่างแท้จริง และกระตุ้นให้มองเห็นจุดมุ่งหมาย และศักยภาพที่มีอยู่แต่ปฏิเสธ หรือไม่ได้นำมาใช้

ระยะที่สาม หลังจากผู้รับการปรึกษาดัดนิสัยที่จะดำเนินชีวิตใหม่ ผู้ให้การปรึกษานับสนุนให้ผู้รับการปรึกษานำแนวทางชีวิตใหม่ไปปฏิบัติ ทั้งนี้ ผู้ให้การปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักว่าเป็นแนวทางชีวิตใหม่ แต่ยังคงประสบกับข้อจำกัด และไม่สามารถหลีกเลี่ยงจากความวิตกกังวลได้หมด

ส่วนเทคนิค การให้การปรึกษาแบบอรรถนิเวศนิยม จะมีความอิสระในการใช้เทคนิคอย่างกว้างขวาง และหลากหลาย ในกระบวนการให้การปรึกษา ผู้ให้การปรึกษา คือ ผู้ที่พัฒนาตนเองที่จะพยายามช่วยเหลือผู้รับการปรึกษามากกว่าพูดถึงประสบการณ์ และความรู้สึกต่างๆ และสิ่งสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพ คือ ความจริงใจ ความซื่อสัตย์ และความเป็นธรรมชาติ นอกจากนี้ยังใช้เทคนิคการเผชิญกับความคิดที่แสดงออกของผู้คนรอบข้าง และนำเทคนิคจากรูปแบบอื่น ๆ มาใช้ เช่น การฝึกการจินตนาการ การตระหนักรู้ และการตั้งเป้าหมายในชีวิต (Gladding, 2004)

การให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ (Gestalt Counseling)

การให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์เป็นการปรึกษาที่มีรากฐานจากแนวคิดทางจิตวิทยาแนวมนุษยนิยม ซึ่งพัฒนาโดยเฟรดริก เอส เพิร์ลส์ (Fredrick S. Perls) แนวความคิดที่สำคัญได้แก่ ความเป็นองค์รวม การผสมผสาน เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ และความสมดุล (whole integration and balance) (Gilliland and James, 1998; Kottler, et al., 2008) โดยให้ความสำคัญกับหน้าที่โดยรวมของบุคคล และมีความเชื่อว่ามนุษย์มีสมรรถนะในตนเอง แต่ละบุคคลจะมีพลัง มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และมีการตระหนักในตนเอง ซึ่งบุคคลจะมีประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ดังนี้ 1) บุคคลอาจจะขาดการติดต่อกับสิ่งแวดล้อม 2) บุคคลอาจคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อม 3) บุคคลอาจจะล้มเหลวทางหน้าที่การทำงาน 4) บุคคลอาจจะเป็นผู้ไม่สมบูรณ์แบบ และ 5) บุคคลอาจมีประสบการณ์ที่ขัดแย้งกันระหว่างสิ่งที่คิดว่าควรจะทำ (the topdog) และสิ่งที่ต้องการจะทำ (the underdog) และบุคคลอาจมีสิ่งที่อยู่ในตนเองแตกต่างกัน เช่น ความรัก/ ความทารุณ ความเป็นชาย/ ความเป็นหญิง หรือความรู้สึกยินดี/ ความรู้สึกเจ็บปวด เป็นต้น (Gladding, 2004) ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ เหมาะที่จะใช้กับผู้ที่มีปัญหาที่ไม่ตระหนักถึงความรู้สึก ความต้องการ หรือปัญหาที่แท้จริงของตนเอง พยายามหลีกเลี่ยงไม่กล้าเผชิญกับความรู้สึก หรือปัญหานั้น ๆ

เนื่องจากกลัวว่าจะก่อให้เกิดความสะเทือนใจ หรือความรู้สึกนั้นขัดกับค่านิยมที่ได้รับการถ่ายทอดจากสังคม (วัชร ทรัพย์มี, 2547)

เป้าหมายของการปรึกษาทฤษฎีนี้ มีความคล้ายคลึงกับทฤษฎีการปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง และแบบอัตถิภาวะนิยม อย่างไรก็ตามทฤษฎีนี้มีเป้าหมายที่เป็นแบบเฉพาะตัวที่เพิ่มการมีสติรู้ตัว และการรับรู้ถึงประสาทสัมผัสต่าง ๆ ดังนี้ 1) ช่วยให้บุคคลดำเนินชีวิตอยู่กับปัจจุบัน และทำเรื่องราวในอดีตที่ค้างคาให้เสร็จสมบูรณ์ 2) เพิ่มการเข้าถึงศักยภาพของตน และยอมรับชื่นชมศักยภาพตามแบบฉบับที่ตนมีอยู่ให้มากขึ้น 3) ลดการพึ่งพิงการสนับสนุนจากภายนอก 4) ส่งเสริมการมีความรับผิดชอบ และการรู้จักเลือกอย่างเหมาะสม 5) ส่งเสริมการสื่อสาร การสัมผัส หรือการติดต่อกับตนเอง และผู้อื่น 6) เพิ่มความภาคภูมิใจ การยอมรับตนเอง และการใช้ศักยภาพของตน 7) ลดการแบ่งแยกออกเป็น 2 ขั้ว 8) พัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตให้ประสบความสำเร็จ โดยไม่ละเมิดผู้อื่น และ 9) ส่งเสริมการบูรณาการ สร้างความสมดุล และความเป็นองค์รวม ขั้นตอนการปรึกษาแบบเกสโตลท์ ไม่มีการกำหนดโครงสร้างให้กับผู้ให้การศึกษา การเริ่มต้นจะลื่นไหลไปตามเรื่องราวที่เป็นภาพ (figure) ของผู้รับการศึกษา ไม่มีการกำหนดทิศทาง หรือผลลัพธ์ของการพบกันแต่ละครั้ง กระบวนการทั้งหมดขึ้นกับความคิดสร้างสรรค์ และความเป็นธรรมชาติ (spontaneity) ของผู้ให้การศึกษา ที่จะทำให้ผู้รับการศึกษาเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง (ควมณิ จงรักษ์, 2548) ส่วนเทคนิค การให้การศึกษาจะเน้นการฝึกและทดลองในช่วงเวลาของการให้การศึกษา และสิ่งสำคัญที่สุด คือ การฝึกการเผชิญหน้ากับปัญหานั้น ๆ (Gladding, 2004)

การให้การศึกษาแบบพฤติกรรมนิยม (Behavioral Counseling)

แนวคิดพฤติกรรมนิยมได้รับการพัฒนามาจากผลการศึกษาของบุคคลสำคัญหลายท่าน ได้แก่ ไอวาน พาฟลอฟ (Ivan Pavlov) ในช่วง 1848-1936 บี เอฟ สกินเนอร์ (B. F. Skinner) ในช่วง 1904-1990 และ อัลเบิร์ต เบนด์รา (Albert Bandura) ในปี 1940 ซึ่งแนวคิดนี้มีอิทธิพลต่อการให้การศึกษามาเป็นระยะเวลานาน โดยมี ครัมโบลท์ซ (Kumboltz) เป็นผู้แนะนำให้นำมาใช้ในการให้การศึกษาเป็นคนแรก (Kottler, et al., 2008; Neukrug, 2007) แนวคิดการให้การศึกษาแบบพฤติกรรมนิยมมุ่งเน้นที่ปัจจุบัน พฤติกรรม คือ การเรียนรู้ที่จะทำให้เกิดการปรับตัว หรือการปรับตัวไม่ได้ ซึ่งการเรียนรู้จะมีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงบุคคลที่ไม่สามารถปรับตัวได้ และมุ่งเน้นไปที่การกำหนดเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Gladding, 2004) ส่วนแนวคิดในการพิจารณามนุษย์มีหลักการ ดังนี้ 1) มนุษย์สามารถควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้ แม้ว่าสิ่งแวดล้อมจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม 2) นักพฤติกรรมนิยมเชื่อว่าบุคคลเกิดมาโดยไม่มีความคิด หรือความเลวติดตัวมา แต่พฤติกรรมของบุคคลได้มาจากการเรียนรู้ ดังนั้นจึงต้องเข้าใจที่มาของพฤติกรรม และใช้หลักการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนพฤติกรรม 3) การสร้างประสบการณ์ให้บุคคลจะทำให้ได้เรียนรู้ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้

4) พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อน จึงสามารถคาดการณ์พฤติกรรมของบุคคลได้ ถ้าสามารถควบคุมเหตุการณ์เหล่านั้นได้ จะควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์ได้ 5) พฤติกรรมที่ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดี หรือลดความรู้สึกเป็นทุกข์ จะมีแนวโน้มเกิดขึ้นซ้ำอีก และ 6) ความกลัว หรือความวิตกกังวลเป็นสิ่งที่ได้มาจากการเรียนรู้ (วัชร ทรัพย์มี, 2547)

เป้าหมายทั่วไปของการให้การปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยมคือ การทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความจริง และเป็นที่ยอมรับของผู้นับถือการปรึกษา โดยการวางแผนอย่างเป็นระบบ และมีความสม่ำเสมอ สำหรับเป้าหมายเฉพาะเจาะจงจะเป็นสิ่งที่กำหนดร่วมกันระหว่างผู้ให้การปรึกษากับผู้รับการปรึกษาแต่ละราย เป้าหมายที่กำหนดต้องมีความชัดเจนเป็นรูปธรรม และดำเนินการตกลงร่วมกันเป็นสัญญา เพื่อชี้นำการให้การปรึกษา (ดวงฉิน จงรักษ์, 2548) เกลดดิ้ง (Gladding, 2004) ให้ความเห็นว่าจุดมุ่งหมายของการปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยมเพื่อต้องการช่วยให้บุคคลได้มีการจัดการที่ดีกับชีวิต บรรลุวัตถุประสงค์ส่วนตัว และหน้าที่การงาน และมุ่งเน้นปรับลด หรือขจัดพฤติกรรมที่ไม่สามารถปรับตัวได้แทนที่ด้วยพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งหลักการสำคัญคือการมีจุดมุ่งหมายร่วมกันระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา

ส่วนขั้นตอนการปรึกษา ทอดด์ และโบฮาร์ท (Todd and Bohat, 1999) ได้เสนอไว้ ดังนี้ 1) ขั้นตอนการกำหนดปัญหา ก่อนที่จะกำหนดปัญหา ผู้ให้การปรึกษาจะให้ความสำคัญกับการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับการปรึกษา โดยเน้นความไว้วางใจ แสดงความอบอุ่น และความเข้าใจ ในขณะเดียวกันผู้ให้การปรึกษาจะทำความเข้าใจกับปัญหา โดยพิจารณาว่าปัญหานั้นเกิดจากการเรียนรู้ อย่างไรก็ตาม ความถี่ของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา สิ่งเร้าภายนอกที่ทำให้เกิดปัญหา วิธีการแก้ไขปัญหา และวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนที่สามารถวัดได้เชิงพฤติกรรม 2) ผู้ให้การปรึกษาเลือกหลักการเรียนรู้ที่เหมาะสมที่สุดกับปัญหาของผู้รับการปรึกษา และดำเนินการช่วยเหลือ โดยอธิบายกระบวนการช่วยเหลือ ทั้งนี้ อาจอ้างอิงหลักฐานงานวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของวิธีการ/เทคนิค ที่ใช้กับผู้รับการปรึกษาคนอื่นที่ประสบปัญหาเดียวกัน 3) ขั้นผู้รับการปรึกษานำวิธีการไปลงมือปฏิบัติภายใต้การดูแลของผู้ให้การปรึกษา และ 4) ขั้นประเมินผลความสำเร็จ ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาร่วมกันประเมินผลการเรียนรู้ใหม่ที่คาดหวังให้เกิดขึ้น เพื่อขจัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาว่าได้ผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด เพื่อดำเนินการปรับปรุงแก้ไข

เทคนิคที่ใช้ในการให้การปรึกษามี 2 อย่าง คือ เทคนิคทั่วไปและเทคนิคเฉพาะ เทคนิคทั่วไป ได้แก่ การใช้สิ่งที่เป็นแรงจูงใจ (use of reinforcers) อย่างต่อเนื่อง การพัฒนา (shaping) การดำรงไว้ให้คงอยู่ต่อไป (maintenance) การขจัดออก (extinctic) และการลงโทษ (punishment) ส่วนเทคนิคเฉพาะได้แก่ การฝึกซ้อมพฤติกรรม (behavioral rehearsal) การจัดสิ่งแวดล้อม (environmental planning) การฝึกฝน

การกล้าแสดงออก (assertiveness training) การสร้างข้อตกลง (contingency) การให้เวลานอกหลังจากได้รับการเสริมทางบวก (time out) และการแก้ไขปรับปรุงอย่างเต็มที่ (overcorrection) (Gladding, 2004)

การให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational- Emotive Behavioral Counseling)

การให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม เป็นการช่วยเหลือบุคคล แนวมนุษยนิยม ที่ผสมผสานแนวคิดทางปรัชญา และเทคนิคทางจิตวิทยา ซึ่งมี เอลลิส (Albert Ellis) เป็นเจ้าของทฤษฎี ทฤษฎีนี้มีหลักการสำคัญว่า สาเหตุแห่งปัญหา หรือการปรับตัวไม่ได้ของบุคคล มีสาเหตุจากความคิดที่ไม่มีเหตุผล ดังนั้นการช่วยเหลือบุคคลจึงมุ่งไปที่การเปลี่ยนแนวความคิดใหม่ ไปสู่ความมีเหตุผล ซึ่งเป็นวิธีแบบนำทาง โดยอธิบาย และแนะนำวิธีการต่าง ๆ ให้นำไปปฏิบัติ โดยเน้นการใช้สติปัญญาในการพิจารณาสาเหตุของปัญหา และตัดสินใจว่าจะทำอะไรจึงจะเอาชนะอุปสรรคได้ ด้วยวิธีการที่มีความยืดหยุ่น และการมีสัมพันธภาพที่เต็มไปด้วยความอบอุ่น และการยอมรับจากผู้รับการปรึกษา (ดวงมณี จงรักษ์, 2548)

เอลลิสได้พัฒนา ทฤษฎี ABC (ABC Theory of Emotion) ซึ่งจะช่วยอธิบายความเชื่อแบบไร้เหตุผล ที่นำบุคคลไปสู่ภาวะอารมณ์ทางลบ และความเชื่อแบบมีเหตุผลที่ส่งผลต่ออารมณ์ทางบวก ตามกรอบแนวคิด ABCDE ดังนี้ A (activating emotional experience) หมายถึงพฤติกรรม เหตุการณ์ ปรากฏการณ์ หรือประสบการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ B (belief or interpretation of experience) หมายถึง ความเชื่อ หรือ การแปลความหมายประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ไร้เหตุผล C (consequence) หมายถึง อารมณ์ ทางลบต่าง ๆ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความเชื่อที่ไร้เหตุผลของบุคคล ได้แก่ ความวิตกกังวล (anxiety) ความกลัว (fear) ความสับสน (confusion) ความไม่พอใจ (frustration) และความโกรธ (anger) เป็นต้น D (disputing irrational beliefs) หมายถึง การโต้แย้งความเชื่อที่ไร้เหตุผลให้เปลี่ยนเป็นความคิด ที่มีเหตุผล และ E (emotional effect) หมายถึง ผลลัพธ์ทางอารมณ์ที่มุ่งหวัง ได้แก่ การบรรเทาหรือผ่อนคลาย (relief) การมีความกดดันเพียงเล็กน้อย (mild tension) การมีความรำคาญ หรือขุ่นเคืองเพียงเล็กน้อย (mild annoyance) และความรู้สึกตื่นเต้นน่ายินดี (excitement) เป็นต้น (Kottler & Shepard, 2008) ในการพิจารณาว่าความคิดใด หรือพฤติกรรมใดมีเหตุผลหรือไม่นั้น เอลลิสได้เสนอเกณฑ์ การพิจารณาไว้ ดังนี้ 1) ความคิดหรือพฤติกรรมนั้นตั้งอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง 2) การตัดสินใจหรือการกระทำนั้นเป็นการช่วยเหลือ และป้องกันชีวิตตนเอง 3) ความคิดหรือการกระทำนั้นช่วยให้บรรลุเป้าหมายทั้งระยะใกล้ และระยะไกลได้อย่างรวดเร็ว 4) ความคิด หรือการกระทำนั้นช่วยป้องกัน หรือ ขจัดความขัดแย้งภายในตนเอง หรือกับบุคคลอื่น (ประเทือง ภูมิภัทราคม, 2540)

เกลดดิ้ง (Gladding, 2004) ให้ความเห็นว่าจุดมุ่งหมายขั้นแรกของการให้การปรึกษาแบบ พิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม มุ่งเน้นที่จะช่วยเหลือบุคคลได้ตระหนักว่าสามารถมีชีวิตอยู่ได้

อย่างมีเหตุผลมากกว่าที่เป็นอยู่เดิม และจุดมุ่งหมายต่อมา คือ การช่วยให้บุคคลได้เปลี่ยนแปลงเพื่อที่จะเอาชนะความคิด และพฤติกรรมของตนเอง หนทางหนึ่งที่จะทำได้ คือ การสอนบุคคลตามรูปแบบของเอลลิส จะช่วยสนับสนุนให้ผู้รับการปรึกษามีความอดทนมากขึ้นต่อตนเอง และผู้อื่น และพยายามที่จะช่วยให้บุคคลบรรลุเป้าหมายส่วนบุคคล และช่วยให้บุคคลได้เรียนรู้พฤติกรรมใหม่ เทคนิคเบื้องต้นที่ใช้มี 2 ประการ คือ การสอน (teaching) และการโต้แย้ง (disputing) โดยสอนให้บุคคลได้เรียนรู้แนวคิดพื้นฐาน และสร้างความเข้าใจว่า ความคิดมีความเชื่อมโยงกับอารมณ์ และพฤติกรรมทั้งหลาย ส่วนการโต้แย้งทางความคิดและความเชื่อทำได้ 3 รูปแบบ คือ 1) การโต้แย้งทางความคิด 2) การโต้แย้งโดยใช้จินตนาการ และ 3) การโต้แย้งทางพฤติกรรม เช่น การแสดงบทบาทสมมุติ หรือให้การบ้าน นอกจากนี้ยังมีเทคนิคอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ ได้แก่ การเผชิญหน้า (confrontation) และการสนับสนุน หรือส่งเสริม (encouragement) โดยการสนับสนุนให้ละทิ้งกระบวนการทางความคิดที่ไม่เกิดประโยชน์ และส่งเสริมให้พยายามปฏิบัติตามกระบวนการที่แนะนำ (Gladding, 2004)

การให้การปรึกษาแนวคิดชาเทียร์ (Satir Model)

การให้การปรึกษาแนวคิดชาเทียร์มีรากฐานมาจากการให้การปรึกษารอบครัวของ ชาเทียร์ (Virginia Satir) ที่เน้นทฤษฎีการติดต่อสื่อสารอย่างเป็นระบบผสมผสานกับทฤษฎีแนวมนุษยนิยม ซึ่ง Satir มีความเชื่อว่า บุคคลมีพลังทางบวกในการเจริญเติบโต และมีคุณค่าทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และทางพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ (Neukrug, 2007) ชาเทียร์แบ่งการติดต่อสื่อสาร เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะกดดันออกเป็น 5 ชนิด ดังนี้ 1) ตำหนิ (blamer) มีลักษณะ จับผิด ตำหนิผู้อื่น หรือโทษผู้อื่น 2) ใช้แต่เหตุผลอย่างเดียว (super-reasonable) มีลักษณะใช้เหตุผล อ้างเหตุผลในการตัดสินใจโดยไม่มีอารมณ์หรือความรู้สึกร่วมด้วย 3) เบี่ยงเบน (irrelevant) มีลักษณะเบี่ยงเบน หรือหันเหความสนใจไปจากสิ่งที่กำลังพูดอยู่ 4) สมยอม มีลักษณะขอโทษ และการทำหรือพูดเพื่อให้ผู้อื่นพอใจ และ 5) เหมาะสม สอดคล้อง (congruent) มีลักษณะการติดต่อสื่อสารที่ชัดเจน ตรงไปตรงมา จริงใจ ซื่อสัตย์ และมีความสอดคล้องทางด้านความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรม (ศิริรัตน์ คุปต์วุฒิ, 2545)

แนวคิดพื้นฐานของรูปแบบชาเทียร์ เป็นความเชื่อเกี่ยวกับการปรับตัว และการเปลี่ยนแปลงของบุคคลในด้านต่าง ๆ ที่ช่วยให้เกิดความเข้าใจ เห็นใจ และเป็นแนวทางในการบำบัดผู้ป่วยได้อย่างดีเยี่ยม ความเชื่อต่าง ๆ มีดังนี้ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับคน เช่น บุคคลส่วนใหญ่ทำดีที่สุดเท่าที่เขาจะทำได้ ณ เวลานั้น ๆ ความสัมพันธ์ที่ดีนั้นตั้งอยู่บนพื้นฐานของคุณค่าของบุคคลที่เท่าเทียมกัน และ คนเป็นเจ้าของอารมณ์และความรู้สึก จึงสามารถเรียนรู้ที่จะเป็นนายของอารมณ์และความรู้สึกของตนเองได้ เป็นต้น 2) ความเชื่อเกี่ยวกับการปรับตัว เช่น ปัญหาเกิดจากการปรับตัว ทุกคนมีภูมิคุ้มกันอยู่ภายในที่สามารถนำมาใช้ปรับตัวเพื่อพัฒนาตนเอง เป็นต้น 3) ความเชื่อเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง เช่น การเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นไปได้เสมอ แม้การเปลี่ยนแปลงภายนอกจะมีข้อจำกัดหรือเปลี่ยนไม่ได้ แต่การเปลี่ยนแปลงภายใน

จิตใจนั้นสามารถเป็นไปได้ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีตเปลี่ยนแปลงไม่ได้ แต่สามารถเปลี่ยนผลกระทบที่ยังมีมาถึงปัจจุบันได้ และการบำบัดจำเป็นต้องเป็นแนววกและมีจุดมุ่งหมาย เป็นต้น Satir มีหลักแนวคิดว่าการประสพการณ์ของบุคคลเปรียบเสมือนภูเขาน้ำแข็ง (Iceberg) ซึ่งแบ่งออกเป็น 7 ระดับ ดังนี้ (ณรงค์ สุภัทรพันธุ์ และนางพาง ลิมสุวรรณ, 2547)

ระดับ 1 Behavior คือ การกระทำ หรือเรื่องราวของบุคคล เป็นสิ่งที่แสดงออก ซึ่งเป็นส่วนที่พื้นน้ำ

ระดับ 2 Feeling คือ อารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้น เช่น สนุกสนาน เพลิดเพลิน มีความสุข ตื่นเต้น หลงใหล โกรธ เจ็บปวด กลัว เสียใจ และเศร้า เป็นต้น

ระดับ 3 Feeling about feeling คือ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น รู้สึกอาย หรือรู้สึกผิดที่โกรธ เป็นต้น

ระดับ 4 Perception คือ สิ่งที่บุคคล เห็น คิด และเชื่อ รวมทั้งข้อสันนิษฐานต่าง ๆ ซึ่งสิ่งที่บุคคลรับรู้จะเป็นจริงสำหรับตนเอง

ระดับ 5 Expectations คือ ความต้องการ หรือความคาดหวังที่มีต่อตนเอง และผู้อื่น และความคาดหวังของผู้อื่นที่มีต่อตนเอง

ระดับ 6 Yearning คือ สิ่งที่บุคคลทั่วไปปรารถนา (universal need) เช่น ความรัก การยอมรับ ความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน (sense of belonging) ความสร้างสรรค์ ความเชื่อมโยง (connection) และอิสรภาพ (freedom) เป็นต้น

ระดับ 7 Self คือ ตัวตน (I am) ซึ่งเป็นจิตวิญญาณ พลังชีวิต สาระ แก่น ความเป็นตัวเอง และสิ่งที่ตัวเองเป็น

การเปรียบเทียบโดยใช้ภูเขาน้ำแข็งนี้ทำให้มองเห็น และเข้าใจจิตใจบุคคลได้ดีขึ้น เพราะเป็นรูปธรรมที่จะใช้เป็นเครื่องมือในการบำบัดแนวชาเทียร์ได้ ดังนี้ 1) ทำความเข้าใจว่าจิตใจบุคคลในระดับต่างๆ เป็นอย่างไร พฤติกรรมที่แสดงออกเป็นผลจากสิ่งต่างๆ ที่อยู่ภายในจิตใจที่กลังไปอะไรบ้าง เพราะแต่ละเหตุการณ์จะส่งผลกระทบได้ทุกระดับ 2) สร้างความเชื่อมโยงในทุกระดับของ Iceberg เพื่อที่จะเข้าถึงผู้รับการบำบัดได้จริง 3) สำรวจผลกระทบที่เกิดขึ้น เมื่อเหตุการณ์ได้แสดงผลกระทบต่อจิตใจทุกระดับ จะสำรวจได้ว่าแต่ละระดับเกิดอะไรขึ้นบ้าง 4) ตั้งเป้าหมายเฉพาะในการบำบัดว่าต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรในจิตใจ และต้องการให้ตนเองเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง 5) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเมื่อรู้เป้าหมายการเปลี่ยนแปลงในระดับต่าง ๆ ที่ต้องการ จึงใช้เทคนิคต่าง ๆ ชวนำทางให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยเริ่มจากชั้นใดของ Iceberg นั้นขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของ แต่ละบุคคล และ 6) ตอกย้ำการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในทุกระดับของ Iceberg

เป้าหมายของการบำบัดมี 2 อย่าง ดังนี้ (ณรงค์ สุภัทรพันธุ์ และนางพางา ลิ้มสุวรรณ, 2547)

Meta goals เป็นเป้าหมายสำหรับผู้รับการบำบัดทุกราย เพราะเป็นผลลัพธ์ ที่บุคคลควรจะได้รับ เนื่องจากเป็นเป้าหมายที่ทำให้เกิดการเติบโตพัฒนา ซึ่งผู้บำบัดทำเป้าหมายนี้ตลอดเวลาของการบำบัดเมื่อมีโอกาส ซึ่งมี 4 ประการ คือ 1) ช่วยให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกว่าคุณค่ามากขึ้น มีความภาคภูมิใจในตัวเอง มองตัวเองในแง่บวก มีความมั่นใจในตนเอง รู้สึกตนเองเป็นคนมีประโยชน์ พอใจตนเอง ตลอดจนยอมรับตนเองมากขึ้น 2) ช่วยให้ผู้รับการบำบัดตัดสินใจเอง คือสามารถที่จะเลือกเอง มองเห็นทางเลือกไม่น้อยกว่า 3 ทางในแต่ละเรื่องที่ต้องตัดสินใจ ซึ่งจะทำให้ตนเองรู้สึกมีอำนาจ (empowered) และสามารถเลือกได้ทั้งการตอบโต้ หรือตอบสนอง 3) ช่วยให้ผู้รับการบำบัดรับผิดชอบต่อจิตใจของตนเอง และ 4) ช่วยให้มีชีวิตของผู้รับการบำบัดมีความสอดคล้องกลมกลืนมากขึ้น โดยมีจิตใจอยู่ในภาวะสมดุล มีความรู้ตัว สามารถเปิดเผย เชื่อมโยงกับคนอื่น กลมกลืนไม่ขัดแย้งยอมรับ รู้สึกสงบในจิตใจ และไม่ใช้ชีวิตไปตามอารมณ์

Specific goals เป็นเป้าหมายเฉพาะบุคคลของผู้รับการบำบัด ซึ่งแต่ละคนจะแตกต่างกันไป ผู้บำบัด และผู้รับการบำบัดจะต้องหาเป้าหมายที่ต้องการในการบำบัดแต่ละครั้งร่วมกัน ที่สำคัญต้องเป็นเป้าหมายที่ผู้รับการบำบัดสามารถทำได้ด้วยตนเอง

ส่วนขั้นตอนการบำบัดแบ่งเป็น 10 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ผู้บำบัด เตรียมตัวก่อนจะพบผู้รับการบำบัด เพื่อให้มีความหนักแน่น สงบ สมาน และมีความสอดคล้องกลมกลืน (congruent) และพร้อมจะอยู่กับผู้รับการบำบัดได้เต็มที่ในระหว่างบำบัด 2) สร้างความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับผู้รับการบำบัด (contact) อย่างต่อเนื่อง 3) รับฟังปัญหาและประสบการณ์ของผู้รับการบำบัด พิจารณาว่าปัญหานั้น เกิดขึ้นมาได้อย่างไร 4) ประเมินปัญหาของผู้รับการบำบัดว่าก่อให้เกิดผลกระทบต่อระดับต่าง ๆ ของ Iceberg อย่างไรบ้าง 5) เริ่มช่วยให้ผู้รับการบำบัดตั้งเป้าหมายสำหรับการเปลี่ยนแปลง โดยเริ่มจากเป้าหมายเบื้องต้น หรืออาจตั้งเป้าหมายเฉพาะหากผู้รับการบำบัดพร้อม 6) ทำให้ผู้รับการบำบัดตกลง และมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองให้ดีขึ้น 7) ใช้เวลาที่เหลือในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยใช้เทคนิคต่าง ๆ อย่างเป็นธรรมชาติ 8) ตอกย้ำการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยก่อนจบชั่วโมงการบำบัดให้ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้น เน้นที่การตกลง และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 9) ให้การบ้านเพื่อตอกย้ำการเปลี่ยนแปลง เพื่อเพิ่มศักยภาพให้ตนเองทำสิ่งต่าง ๆ ได้ดีขึ้นนอกชั่วโมงการบำบัด และ 10) ยุติการบำบัดของชั่วโมงนั้น และนัดหมายครั้งต่อไป (ณรงค์ สุภัทรพันธุ์ และคณะ, 2547) ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ (2545) ให้ความเห็นว่าการทำความเข้าใจและเข้าถึงผู้รับการปรึกษาเป็นเทคนิคที่สำคัญและจำเป็นในการให้การปรึกษาแนวจิตวิทยาไทย

การให้การปรึกษาแบบผสมผสาน (Integrative approach to counseling)

การให้การปรึกษาแบบผสมผสานเป็นการรวมทฤษฎีให้การปรึกษา ตั้งแต่ 2 ทฤษฎีขึ้นไป เพื่อให้การบำบัดมีประสิทธิภาพสูงสุด เช่น การรวมทฤษฎีจิตวิเคราะห์เข้ากับทฤษฎีทางพฤติกรรม

นิยม และการนำทฤษฎีของโรเจอร์ (Rogers) มาใช้ร่วมกับทฤษฎีอื่น ๆ เป็นต้น ส่วนเทคนิคที่นำมาใช้ในการให้การปรึกษาแบบผสมผสานมีพื้นฐานจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง ได้แก่ 1) ผลลัพธ์ของงานวิจัยที่มีการนำไปใช้ (relevant empirical outcomes research) 2) ความมีเหตุและผลในการนำไปปฏิบัติในแต่ละสถานการณ์ (the pragmatics of the situation) หรือ 3) จากความรู้ที่ได้มาจากการปฏิบัติทางคลินิก เช่น การบำบัดโดยผสมผสานรูปแบบต่าง ๆ ของ ลาซารัส (Arnold Lazarus) เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการช่วยเหลือผู้รับการปรึกษาให้ไปถึงจุดมุ่งหมายต่าง ๆ โดยใช้เทคนิค การประเมิน (assessment) ดังนี้ 1) พฤติกรรม (behavior) 2) การตอบสนองทางอารมณ์ (affective responses) 3) ความรู้สึก (sensations) 4) ความใฝ่ฝัน (imagery) 5) ความคิด (cognition) 6) สัมพันธภาพส่วนบุคคล (interpersonal relationships) และ 7) การใช้ยาและลักษณะทางชีวภาพของบุคคล (drugs and biology) และการประยุกต์ใช้เทคนิคต่าง ๆ (technical applications) โดยใช้ความรู้ที่ได้จากงานวิจัย หรือจากการปฏิบัติที่มีเหตุผล และยังให้ความสำคัญกับลักษณะของผู้บำบัด (the therapist interpersonal style) ซึ่งจะเปลี่ยนไปตามความต้องการ และความคาดหวังของผู้รับการปรึกษา (Flagnagan, 2004)

นอกจากนี้ยังมีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาความเป็นจริง โดยมีวิลเลียม เกลสเซอร์ (William Glasser) เป็นผู้พัฒนาทฤษฎีและวิธีการ ซึ่งเป็นการผสมผสานแนวคิดการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล และอารมณ์ (The Rational Emotive Approach to Counseling) ของเอลลิส (Ellis) และแนวคิดการให้การปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Counseling) ของ โรเจอร์ส (Rogers) (วัชร ทรัพย์มี, 2545) การให้การปรึกษาแบบพิจารณาความเป็นจริงมุ่งไปที่พฤติกรรมในปัจจุบันของบุคคล โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ตอบสนองความต้องการของตนเองได้ดีขึ้น (Gibson & Mitchell, 1999) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เชื้อสัต์และไว้วางใจ (Neukrug, 2007) เพื่อเพิ่มการควบคุมตนเอง โดยการเลือกสิ่งที่ดีกว่าเดิมซึ่งพิจารณาจากเกณฑ์ ดังนี้ 1) สิ่ง que เลือกตอบสนองความต้องการพื้นฐานและความต้องการเฉพาะของบุคคล 2) มีความรับผิดชอบในการเลือกโดยเคารพในสิทธิของผู้อื่น และ 3) การเลือกตั้งอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง และบรรลุได้ด้วยการวางแผนที่ดี ส่วนขั้นตอนการให้การปรึกษามีดังนี้ 1) สำรวจความต้องการและการรับรู้ของผู้รับการปรึกษา 2) การร่วมแสดงความต้องการและการรับรู้ โดยผู้ให้การปรึกษา 3) การตกลงใจและมีข้อผูกพันต่อการให้การปรึกษา 4) การทบทวนทิศทางของการกระทำโดยรวม 5) ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้ประเมินพฤติกรรม การรับรู้ และความต้องการ และ 6) การวางแผนเพื่อให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (ดวงมณี จงรักษ์, 2548)

การให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

จากการศึกษา พบว่า มีผู้นำรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ และเทคนิค เกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคล ไปใช้ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ดังนี้ พรจิตต์ ทองบัณฑิต (2546) ศึกษาผลของการให้การปรึกษาแนวโลโกเทอราปี (Logo Therapy) ต่อความเข้มแข็งในการมองโลก ของผู้ป่วยภายหลังการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นการให้การปรึกษาแบบอัตถิภาวนิยม (Existential Counseling) ผลการศึกษาพบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความเข้มแข็งในการมองโลกเพิ่มขึ้น สุวิมล ผู้ดี (2548) ศึกษาผลของการให้การปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person- Centered Counseling) ที่มีต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะอารมณ์ซึมเศร้าของผู้พยายามฆ่าตัวตาย พบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และมีภาวะซึมเศร้ามลดลง จุฑาธิป เหมินทร์ (2547) ศึกษาผลของการให้การปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส (Neuro- Linguistic Programming) ต่อความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นการให้การปรึกษาแบบจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Counseling) พบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงขึ้น วรารักษ์ วรรณพิรุณ (2545) ศึกษาผลของการให้การปรึกษารูปแบบการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และกมลรัตน์ ชวนินิ (2548) ศึกษาผลของการให้การปรึกษาที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational- Emotive Behavior Therapy) ในผู้ป่วยภายหลังการพยายามฆ่าตัวตายต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นการให้การปรึกษาแบบ REBT Counseling พบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้ามลดลง กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม (2548) ศึกษาผลของการให้การปรึกษาดำเนินโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้ามลดลง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก (2547) ศึกษาการให้การปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริงเพื่อพัฒนาความภาคภูมิใจในตนเองแก่ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นการให้การปรึกษาแบบผสมผสาน (Integrative Approach to Counseling) พบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความภาคภูมิใจในตนเองเพิ่มขึ้น และยังพบว่ามีผลการศึกษาผลของการให้การปรึกษารายบุคคลแนวจิตซาเทียร์ (Satir Model) แก่ผู้รอดชีวิตจากการฆ่าตัวตาย พบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น (มัลลิกา พูลสวัสดิ์, 2549) นอกจากนี้ยังมีการบำบัดทางจิตวิทยาแบบสั้น (Brief Psychological Intervention) ซึ่งเป็นการให้การปรึกษาแบบจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Counseling) ช่วยทำให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีความคิดฆ่าตัวตายลดลง (Guthrie, et al., 2001) จากงานวิจัยดังกล่าว พบว่าสอดคล้องกับสาเหตุของปัญหาที่หลากหลาย และซับซ้อนของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ศึกษาจึงเล็งเห็นความสำคัญที่จะนำวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสรุปเป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป

บทที่ 3

กระบวนการในการศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ และสังเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวกับการให้การปรึกษา วิทยุบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งมีกระบวนการศึกษา และทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบดังนี้ (Polit & Hungler, 1997)

1. สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการจากแหล่งข้อมูล (Search for information sources) ซึ่งประกอบด้วย
 - 1.1 แหล่งข้อมูลงานวิจัย (data source)
 - 1.2 กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น (key word)
 - 1.3 เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (inclusion criteria)
2. วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ ซึ่งประกอบด้วย
 - 2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัย (evaluation of research quality)
 - 2.2 การก่อกองข้อมูลจากงานวิจัย (data extraction)

การสืบค้นงานวิจัย และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการจากแหล่งข้อมูล (Search for information sources)

แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data source) แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัย และหลักฐานอ้างอิงเชิงวิชาการ (information sources) จากวัสดุตีพิมพ์ผลงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยการสืบค้นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (electronic research) ที่น่าเชื่อถือจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ดังนี้

1. สืบค้นงานวิจัย และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการของประเทศไทยจากฐานข้อมูลของห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ห้องสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ห้องสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น ห้องสมุดมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ห้องสมุดมหาวิทยาลัยบูรพา ห้องสมุดมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ห้องสมุดมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรมสุขภาพจิต ThaiLIS, SuicideThai, Riclic และ Thairesearch
2. สืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลของต่างประเทศ ได้แก่ OVID, ProQuest, CINAHL Science Direct, Pubmed, WHO, Backwell, Medscape, MDconsult, and Google Scholar

3. สืบค้นงานวิจัย และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ โดยการค้นคว้าด้วยตนเองจาก ห้องสมุดของสถาบันการศึกษา และสถานบริการต่าง ๆ ทางสาธารณสุข ได้แก่ ห้องสมุด มหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ห้องสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ห้องสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา ห้องสมุดวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ห้องสมุดสถาบันกัลยาณราชนครินทร์ ห้องสมุดโรงพยาบาลศรีธัญญา และห้องสมุดกรมสุขภาพจิต นอกจากนี้ได้สืบค้นจากเอกสารอ้างอิง ทำบทยางงานวิจัยและเอกสารทางวิชาการต่าง ๆ เพื่อนำไปค้นหาเอกสารฉบับเต็ม (full text)

กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น (Key word) คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ปัญหาที่สนใจมีดังนี้ “suicide”, “attempted suicide”, “reattempted suicide”, “repeat suicide”, “suicide attempts”, “deliberate self-harm”, “attempted suicide” AND “counseling”, “deliberate self-harm” AND “counseling”, “reattempted suicide” AND “counseling”, “repeat suicide” AND “counseling”, “suicide attempts” AND “counseling”, “suicide” AND “counseling” AND “intervention” มาต้วตาย การทำร้ายตนเอง และการให้คำปรึกษา

เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ (Inclusion criteria) ใช้เกณฑ์ ในการพิจารณาคัดเลือก ดังนี้

1. เป็นงานวิจัย และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้การปรึกษา รายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
 2. ชนิดหรือประเภทของหลักฐานเชิงประจักษ์ พิจารณาจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการ สุ่มตัวอย่าง งานวิจัยกึ่งทดลอง และงานวิจัยเชิงคุณภาพ
 3. เป็นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการที่สามารถหาเอกสารฉบับเต็ม (full text) ได้
- การสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (electronic databases) และค้นคว้าด้วย ตนเองจากเอกสารสิ่งพิมพ์ โดยใช้คำสำคัญ ได้จำนวนการศึกษาวิจัยที่สืบค้นได้ และจำนวนที่เลือก นำมาใช้ตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงฐานข้อมูล ชุดคำสำคัญที่ใช้สืบค้นข้อมูล และจำนวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบ และนำมาใช้ในการวิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคล ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ฐานข้อมูล (Databases/ manual search)	คำสำคัญที่ใช้ ในการสืบค้นข้อมูล	จำนวนเรื่อง ทั้งหมด	จำนวนเรื่อง ที่ตรงตาม เกณฑ์คัดเลือก
OVID	“attempted suicide” AND counseling	270	0
	“suicide attempts” AND counseling	297	0
	“deliberate self- harm” AND counseling	165	0
	“repeated suicide” AND counseling	370	0
	suicide AND counseling AND intervention	140	0
ProQuest	“attempted suicide” AND counseling	42	0
	“suicide attempts” AND counseling	182	1
	“deliberate self- harm” AND counseling	133	0
	“repeated suicide” AND counseling	0	0
	suicide AND counseling AND intervention	134	1
CINAHL	“attempted suicide” AND counseling	44	0
	“repeat suicide”	5	0
	“reattempted suicide”	0	0
	“suicide attempts”	39	0
	“deliberate self- harm”	195	0
	suicide AND counseling AND intervention	34	0

ตารางที่ 1 แสดงฐานข้อมูล ชุดคำสำคัญที่ใช้สืบค้นข้อมูล และจำนวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบ และนำมาใช้ในการวิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคล ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

ฐานข้อมูล (Databases/ manual search)	คำสำคัญที่ใช้ ในการสืบค้นข้อมูล	จำนวนเรื่อง ทั้งหมด	จำนวนเรื่อง ที่ตรงตาม เกณฑ์คัดเลือก
ScienceDirect	“attempted suicide” AND counseling	3	0
	“repeat suicide”	5	0
	“reattempted suicide”	5	0
	“deliberate self- harm”	128	0
	suicide AND counseling	39	0
Backwell	“attempted suicide” AND counseling	226	0
	“repeat suicide”	2	0
	“suicide attempts”	0	0
	“deliberate self-harm” AND counseling	226	0
	suicide AND counseling AND intervention	20	0
Pubmed	suicide AND counseling	145	0
	“repeat suicide”	16	0
	“reattempted suicide”	10	0
	“deliberate self- harm”	526	1
	suicide AND counseling AND intervention	122	0
Medscape	“attempted suicide”	172	0
	“repeat suicide”	2	0
	“reattempted suicide”	0	0
	“suicide attempts”	325	0
	“deliberate self- harm”	28	0

ตารางที่ 1 แสดงฐานข้อมูล ชุดคำสำคัญที่ใช้สืบค้นข้อมูล และจำนวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบ และนำมาใช้ในการวิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคล ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

ฐานข้อมูล (Databases/ manual search)	คำสำคัญที่ใช้ ในการสืบค้นข้อมูล	จำนวนเรื่อง ทั้งหมด	จำนวนเรื่อง ที่ตรงตาม เกณฑ์คัดเลือก
WHO	“attempted suicide”	5	0
	“repeat suicide”	0	0
	“reattempted suicide”	0	0
	“suicide attempts”	2	0
	“deliberate self- harm”	1	0
MD consult	“attempted suicide”	3	0
	“repeat suicide”	5	0
	“reattempted suicide”	3	0
	“deliberate self- harm”	6	0
Google Scholar	“repeat suicide” AND counseling	228	0
	“reattempted suicide” AND counseling	56	0
Rielic	suicide	16	0
	“deliberate self- harm”	0	0
SuicideThai	ฆ่าตัวตาย การทำร้ายตนเอง การให้คำปรึกษา	101	0
ThaiLIS	ฆ่าตัวตาย การทำร้ายตนเอง การให้คำปรึกษา	26	5
Thairesearch	ฆ่าตัวตาย การทำร้ายตนเอง การให้คำปรึกษา	0	0
กรมสุขภาพจิต	ฆ่าตัวตาย การทำร้ายตนเอง การให้คำปรึกษา	56	1

ตารางที่ 1 แสดงฐานข้อมูล ชุดคำสำคัญที่ใช้สืบค้นข้อมูล และจำนวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบ และนำมาใช้ในการวิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคล ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

ฐานข้อมูล (Databases/ manual search)	คำสำคัญที่ใช้ ในการสืบค้นข้อมูล	จำนวนเรื่อง ทั้งหมด	จำนวนเรื่อง ที่ตรงตาม เกณฑ์คัดเลือก
ห้องสมุดต่าง ๆ			
- ห้องสมุดสถาบัน กัลยาณมิตร	suicide OR attempted suicide OR deliberate self-harm	78	3
- ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	AND counseling AND intervention ฆ่าตัวตาย การทำร้ายตนเอง		
- ห้องสมุดวิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี	การให้คำปรึกษา		
รวม		4,050	12

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้ในการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีจำนวนเรื่องทั้งหมดที่สืบค้นได้จำนวน 4,050 เรื่อง ซึ่งเมื่อพิจารณางานวิจัย และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการพบว่าไม่เป็นไปตามเกณฑ์คัดเลือกทั้ง 3 ข้อ จำนวน 4,038 เรื่อง จึงได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 12 เรื่อง คือ 1) จากฐานข้อมูล ProQuest จำนวน 2 เรื่อง โดยใช้คำสืบค้น “suicide attempts” AND “counseling” และ “suicide” AND “counseling” AND “intervention” 2) จากฐานข้อมูล Pubmed จำนวน 1 เรื่อง โดยใช้คำสืบค้น “deliberate self-harm” 3) จากฐานข้อมูล ThaiLIS จำนวน 5 เรื่อง และฐานข้อมูล กรมสุขภาพจิต จำนวน 1 เรื่อง โดยใช้คำสืบค้น ฆ่าตัวตาย การทำร้ายตนเองและการให้คำปรึกษาและ 4) จากการสืบค้นจากเอกสารสิ่งพิมพ์ของห้องสมุดของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ห้องสมุดวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส และห้องสมุดสถาบันกัลยาณมิตร จำนวน 3 เรื่อง

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ

จากการทบทวนวรรณกรรม และสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการให้การ
ปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีแนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยและ
หลักฐานอ้างอิงทางวิชาการดังนี้

1. การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of research quality)

ประเมินระดับคุณภาพของงานวิจัยตามเกณฑ์ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) โดยแบ่งคุณภาพหลักฐานงานวิจัยออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ A หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลอง หรือ Meta- analysis ของงานวิจัย
เชิงทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง และมีกลุ่มควบคุม หรืองานวิจัยเชิงทดลองเดียวที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง
และมีกลุ่มควบคุม

ระดับ B หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม
แต่อาจเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ระดับ C หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการเปรียบเทียบ การหา
ความสัมพันธ์หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยายอื่น ๆ

ระดับ D หมายถึงหลักฐานที่ได้ความเห็นหรือฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ
(expert concensus)

จากการประเมินระดับคุณภาพของงานวิจัยตามเกณฑ์ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย พบว่ามีหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ A จำนวน 1 เรื่อง ระดับ B จำนวน 5 เรื่อง และ
ระดับ C จำนวน 6 เรื่อง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการประเมินระดับคุณภาพของงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้การปรึกษา
รายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผู้วิจัย/ ปี	ระดับคุณภาพ
Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning	Elspeth Guthrie, Navneet Kapur, Kevin Mackway-Jones, Carolyn Chew- Graham, James Moorey, Elizabeth Mendel, Federica Marino-Francis, Sarah Sanderson, Clive Turpin, Gary Boddy and Barbara Tomenson / 2001	ระดับ A
ผลการให้คำปรึกษาแนวโลโกเทอราปีต่อความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยภายหลังพยายามฆ่าตัวตาย	พรจิตต์ ทองบัณฑิต/ 2546	ระดับ B
ผลการให้คำปรึกษาแบบยิคนบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง และภาวะอารมณ์ซึมเศร้าของผู้พยายามฆ่าตัวตาย	สุวิมล ผู้ดี/ 2548	ระดับ B
ผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อความสอดคล้องในการมองโลกของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย	จุฑาธิป เหมินทร์/ 2547	ระดับ B
ผลการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังพยายามฆ่าตัวตาย	วราภรณ์ วรรณพิรุณ/ 2545	ระดับ B

ตารางที่ 2 แสดงผลการประเมินระดับคุณภาพของงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้การปรึกษา
รายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผู้วิจัย/ ปี	ระดับคุณภาพ
ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบ องค์รวมต่อภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย	กัญญาพิชญ์ จันทน์นิยม/ 2549	ระดับ B
การศึกษาการให้คำปรึกษาที่เน้นการ พิจารณาเหตุผลอารมณ์ และพฤติกรรม ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย	กมลรัตน์ ชวณี/ 2548	ระดับ C
การให้การปรึกษาแนวคิด Satir แก่ผู้รอดชีวิตจากการฆ่าตัวตาย	มัลลิกา พูนสวัสดิ์/ 2549	ระดับ C
การให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎี เผชิญความจริงเพื่อพัฒนาความภาคภูมิใจ ในตนเองแก่ผู้พยายามฆ่าตัวตาย	จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก/ 2547	ระดับ C
การให้การปรึกษา: มุมมองของ ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในชุมชน	สุนทรี ศรีโกไสย ภัทราภรณ์ พุ่งปันคำ และพันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบุลย์/ 2548	ระดับ C
Counseling for suicide: Client perspective	Barbara L. Paulson and Michelle Worth/ 2002	ระดับ C
A consumer's perspective of a suicide intervention programme	Samar Aoun and Lyn Johnson/ 2001	ระดับ C

2. การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction)

ในส่วนการกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย เพื่อนำผลการวิจัยไปวิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อสรุปเป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยการพิจารณาการกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัยที่คัดเลือก ดังนี้

- 2.1 ปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของงานศึกษาวิจัย (problem or purpose)
- 2.2 แบบการวิจัย (research design)
- 2.3 กลุ่มตัวอย่าง (sample)
- 2.4 สถานที่หรือแหล่งวิจัย (setting)
- 2.5 เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล (instruments and data collection)
- 2.6 วิธีการวิจัย และการจัดกระทำ (method and intervention)
- 2.7 ผลการศึกษาวิจัย (finding or result)
- 2.8 ข้อเสนอแนะ (implementation)

ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย แสดงในตารางที่ 5 ในภาคผนวก

จากนั้นนำข้อมูลที่กลั่นกรองได้มาวิเคราะห์และสังเคราะห์การให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายตามวัตถุประสงค์การศึกษา

บทที่ 4

ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์ และสังเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้การปรึกษารายบุคคล ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย สามารถแบ่งผลการศึกษาออกเป็น 7 กลุ่ม ดังนี้

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัย และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ
2. รูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบโปรแกรม
3. ผู้ให้การบำบัด
4. ผู้รับการบำบัด
5. สถานที่ในการให้การบำบัด
6. แบบประเมินที่ใช้ในการวิจัย
7. ผลลัพธ์ของการบำบัด

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ

จากการศึกษาพบว่าวรรณกรรมทั้ง 12 เรื่องที่นำมาประเมินคุณภาพ เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Study) อยู่ในระดับ A จำนวน 1 เรื่อง (Guthrie, et al., 2001) งานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) อยู่ในระดับ B จำนวน 5 เรื่อง (กัญญาพิชญ์ จันทรนิคม, 2549; จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546; วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545; สุวิมล ผู้ดี, 2548) กรณีศึกษา (Case Study) อยู่ในระดับ C จำนวน 3 เรื่อง (กมลรัตน์ ช้วนินิ, 2547; จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547; มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549) และงานวิจัยเชิงคุณภาพอื่น ๆ อยู่ในระดับ C จำนวน 3 เรื่อง (สุนทรี ศรีโกสย, ภัทราภรณ์ หุ่นปันคำ และ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2548; Aoun & Johnson, 2000; Paulson & Worth, 2002) ทั้งหมดเป็นวรรณกรรมที่ศึกษาในประเทศ จำนวน 9 เรื่อง และต่างประเทศ จำนวน 3 เรื่อง และเมื่อพิจารณาถ้อยแถลงข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่คัดเลือกพบว่าเป็นงานวิจัยที่มีวิธีการวิจัย และมีการใช้เครื่องมือในการศึกษาที่มีความน่าเชื่อถือ จึงถือได้ว่ามีคุณภาพและความเพียงพอในการนำมาศึกษา

2. รูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบโปรแกรม

จากการศึกษางานวิจัย การให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ป่วยมาด้วยตัวตายที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง กึ่งทดลอง และ Case Study จำนวน 9 เรื่อง พบว่ารูปแบบและทฤษฎีที่ใช้ในการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ป่วยมาด้วยตัวตายที่นำมาใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) แบบโลโกเทอราปี (Logo Therapy) ใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบอัตถิภาวะนิยม (Existential Counseling) จำนวน 1 เรื่อง (พรจิตต์ทองบัณฑิต, 2546) 2) แบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person- Centered Counseling) จำนวน 1 เรื่อง (สุวิมล ผู้ดี, 2548) 3) แบบทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส (Neuro- Linguistic Programming) จำนวน 1 เรื่อง (จุฑาธิป เหมินทร์, 2547) และแบบการบำบัดทางจิตวิทยาแบบสั้น (Brief Psychological Intervention) จำนวน 1 เรื่อง (Guthrie, et al., 2001) ใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Counseling) 4) แบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จำนวน 1 เรื่อง (วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545) และแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม จำนวน 1 เรื่อง (กมลรัตน์ ชวนินิ, 2547) ใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (REBT Counseling) 5) แบบแนวคิดซาเทียร์ ใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแนวคิดซาเทียร์ (Satir Model) จำนวน 1 เรื่อง (มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549) 6) แบบการพยาบาลองค์รวม (Holistic Nursing Program) จำนวน 1 เรื่อง (กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549) และแบบทฤษฎีเผชิญความจริง (Reality Therapy) จำนวน 1 เรื่อง (จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547) ใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผสมผสาน (Integrate Approach to Counseling) กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบโปรแกรมในการบำบัดรูปแบบต่าง ๆ แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบโปรแกรมในการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้พิพยายมฆ่าตัวตาย

ผู้ศึกษา/ปี	รูปแบบ และทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการ และเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบโปรแกรม
1. ผู้ศึกษา/ปี: พรจิตต์ ทองบัณฑิต/ 2546	กระบวนการบำบัด	1. สร้างสัมพันธภาพ ทำความเข้าใจข้อตกลงเบื้องต้นและแนะนำโปรแกรม (ครั้งที่ 1)	9 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง วันละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 5 วัน
รูปแบบ: แบบ โล โกเทอราปี (Logo Therapy)		2. เพิ่มสัมพันธภาพ สร้างการตระหนักรู้ โดยตระหนักถึงภาวะไร้ความหมายของตน และค้นพบคุณค่าของการมีชีวิต (ครั้งที่ 2)	
ทฤษฎีที่ใช้: Existential Counseling		3. การค้นพบความหมายหรือข้อสำรวจตนเอง (ครั้งที่ 3, 4)	
		4. การอุทิศตนเพื่อความหมายหรือข้อสร้างพันธสัญญา (ครั้งที่ 5)	
		5. ขึ้นพัฒนาความหมาย เป็นการค้นหาความหมายที่แท้จริงของชีวิต (ครั้งที่ 6)	
		6. พัฒนาทักษะเพื่อสร้างความชัดเจนของความหมายชีวิต (ครั้งที่ 7)	
		7. การค้นพบความหมายในชีวิตด้วยตนเองหรือข้อปรับเปลี่ยนทิศทางใหม่ (ครั้งที่ 8)	
		8. การยุติการให้บริการ (ครั้งที่ 9)	

ตารางที่ 3 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และการบำบัดครบ โปรแกรมในการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่ยกยอมาตัวตาย (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบ และทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการ และเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบโปรแกรม
2. ผู้ศึกษา/ปี: สุวิมล ผู้ดี/ 2548 รูปแบบ: แบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person- Centered Therapy) ทฤษฎีที่ใช้: Person- Centered Counseling	เทคนิคที่ใช้ในการบำบัด เทคนิคลดการหมกมุ่น (dereflection) เทคนิคการปรับทัศนคติ (attitude modification) และเทคนิคการพูดคุยทาง หรือเทคนิค การสนทนาแบบ โซเครติส (Socratic Dialogue) กระบวนการบำบัด 1. สร้างเสริมสัมพันธภาพ (ครั้งที่ 1) 2. จัดตั้งสัมพันธภาพในใจเพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ (ครั้งที่ 2) 3. ร่วมด้วยช่วยกันเพื่อสำรวจ และแก้ไข้ปัญหา (ครั้งที่ 3-9) 4. จัดตั้งการให้การปรึกษา (ครั้งที่ 10)	10 ครั้ง ๆ ละ 30- 50 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 5 สัปดาห์

ตารางที่ 3 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และการบำบัดครบโปรแกรมในการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้พิพยายมฆ่าตัวตาย (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี	รูปแบบ และทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการ และเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบโปรแกรม
เทคนิคที่ใช้ในการบำบัด การยอมรับ (acceptance) การสะท้อนความรู้สึก (reflection of feeling) การสะท้อนเนื้อหา (reflection of content) การทำให้เกิดความกระจ่าง (clarification) การเรียบและการฟัง (listening)			
ผู้ศึกษา/ปี: จุฑาธิป เหมินทร์/ 2547 รูปแบบ: แบบทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส (Neuro- Linguistic Programming) ทฤษฎีที่ใช้: Psychoanalytic Counseling	กระบวนการบำบัด 1. สร้างความเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น 2. ตัดสินสภาพเหตุการณ์ส่วนบุคคล 3. จำกัดขอบเขตของปัญหา 4. การตัดสินใจกระทำตามจุดประสงค์ของการบำบัด		3 ครั้ง ทุก 2 วัน ใช้เวลารวม 6 วัน

ตารางที่ 3 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบ โปรแกรมในการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้พิพยายมฆ่าตัวตาย (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี	รูปแบบ และทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการ และเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบโปรแกรม
เทคนิคที่ใช้ในการบำบัด เทคนิคการสร้างทฤษฎีใหม่ได้จัดถ้านักแบบองค์รวม เทคนิคการสัมพัทธ์แห่งตน และเทคนิคการวางแผนอนาคต โปรแกรมการบำบัดมุ่งไปให้การช่วยให้เข้าใจตนเอง และแก้ไขปัญหาความยุ่งยากกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ภายในบุคคล หรือความทุกข์ต่าง ๆ ทางจิตใจที่มีแนวโน้มแสดงและระหว่างกันการบำบัดผู้บ้าจะประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย และแจ้งให้แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยรับทราบ			
4. ผู้ศึกษา/ปี: Guthrie et al./ 2001	รูปแบบ: การบำบัดทางจิตวิทยาแบบสั้น (Brief Psychological Intervention)	ทฤษฎีที่ใช้: Psychoanalytic Counseling	4 ครั้ง ๆ ละประมาณ 50 นาที ภายใน 1 สัปดาห์

ตารางที่ 3 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และการบำบัดครบ โปรแกรมในการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้พิพยายมฆ่าตัวตาย (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบ และทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการ และเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบโปรแกรม
5. ผู้ศึกษา/ปี: วราภรณ์ วรรณพิรุณ/ 2545 รูปแบบ: แบบพิจารณาเหตุผล และอารมณ์ (Rational- Emotive Therapy) ทฤษฎีที่ใช้: REBT Counseling	กระบวนการบำบัด 1. ปฐมนิเทศ (ครั้งที่ 1) 2. การฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองในสถานการณ์ต่าง ๆ (ครั้งที่ 2, 3 และ 4) 3. สรุปผล และปฐมนิเทศ (ครั้งที่ 5) การบำบัดที่ใช้ร่วม ได้แก่การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 20 นาที เทคนิคที่ใช้ในการบำบัด เทคนิคทางปัญญา (cognitive techniques) เทคนิคทางอารมณ์ (emotive techniques) และเทคนิคทางพฤติกรรม (behavioral techniques)	5 ครั้ง ๆ ละ 60- 90 นาที วันละครั้ง เป็นระยะเวลา 5 วัน

ตารางที่ 3 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบโปรแกรมในการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้พิพยายมฆ่าตัวตาย (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบ และทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการ และเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบโปรแกรม
6. ผู้ศึกษา/ปี: กมลรัตน์ ช้วนิน/ 2547 รูปแบบ: แบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational- Emotive Behavioral Therapy) ทฤษฎีที่ใช้: REBT Counseling	กระบวนการบำบัด 1. สร้างสัมพันธภาพ และวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัญหา (ครั้งที่ 1) 2. การฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง (ครั้งที่ 2) 3. การฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองจากสถานการณ์ที่กำหนด (ครั้งที่ 3) 4. ประเมินผลการฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง และประเมินนิเทศทางโทรศัพท์ (ครั้งที่ 4) เทคนิคที่ใช้ในการบำบัด การถาม การสอนหรืออธิบายโดยตรง การตีความ การท้าทาย การใช้ตรรกวิทยา การใช้บทบาทสมมติ การเรียนรู้จากตัวแบบ การเสริมแรง และปรับโทษ	4 ครั้ง ๆ ละ 40 นาที 1 ครั้ง/วัน เป็นระยะเวลา 4 วัน

ตารางที่ 3 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และการบำบัดครบโปรแกรมในการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้พิชิตภัยพิบัติ (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบ และทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการ และเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบโปรแกรม
7. ผู้ศึกษา/ปี: กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม/ 2549 <i>กระบวนการบำบัด</i> รูปแบบ: แบบการพยาบาลองค์รวม (Holistic Nursing Program) ทฤษฎีที่ใช้: Integrate Approach to Counseling	1. สัมภาษณ์สภาพเพื่อการบำบัดครั้งที่ 1 (วันที่ 1) เป็นการสร้างความไว้วางใจ และการกำหนดข้อตกลงเบื้องต้น 2. สัมภาษณ์สภาพเพื่อการบำบัดครั้งที่ 2 (วันที่ 2) เป็นการพัฒนาคุณค่าในตนเอง และการดำรงชีวิตในครอบครัว และชุมชน 3. สัมภาษณ์สภาพเพื่อการบำบัดครั้งที่ 3 (วันที่ 3) เป็นการส่งเสริมความผูกพันทางจิตวิญญาณ และฝึกทักษะการผ่อนคลาย 4. สัมภาษณ์สภาพเพื่อการบำบัดครั้งที่ 4 (วันที่ 4) การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ 5. สัมภาษณ์สภาพเพื่อการบำบัดครั้งที่ 5 (วันที่ 5) เป็นการติดตามเยี่ยมที่บ้าน และยุติการบำบัด	5 ครั้ง ๆ ละ 40 นาที (วันที่ 1, 2, 3, 7 และ 14) ของการบำบัด เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

ตารางที่ 3 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบโปรแกรมในการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้พิพยายมฆ่าตัวตาย (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี	รูปแบบ และทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการ และเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบโปรแกรม
8. ผู้ศึกษา/ปี: จุฬารัตน ศรีศักดิ์นอก/ 2547	กระบวนกรบำบัด	การบำบัดที่เข้าร่วม ได้แก่ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่ม	
	รูปแบบทฤษฎีเชิงจิตวิทยา	เทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	
		การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด	
	8. ผู้ศึกษา/ปี: จุฬารัตน ศรีศักดิ์นอก/ 2547	กระบวนกรบำบัด	
	รูปแบบทฤษฎีเชิงจิตวิทยา	1. สร้างสัมพันธภาพ (ครั้งที่ 1)	6 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง
		2. การสำรวจความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมตนเอง (ครั้งที่ 2)	ทุก 1 สัปดาห์
		3. การยอมรับตนเองอย่างมีคุณค่า (ครั้งที่ 3)	เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์
		4. การยอมรับในความแตกต่าง (ครั้งที่ 4)	
		5. การสร้างการเห็นคุณค่าในตนเอง (ครั้งที่ 5)	

ตารางที่ 3 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบ โปรแกรมในการให้
การปรึกษารายบุคคลในผู้พิชิตภัยพิบัติ (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบ และทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการ และเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบโปรแกรม
6. การยุติการให้การปรึกษา เทคนิคที่ใช้ในการบำบัด การสร้างสัมพันธภาพ การตั้งคำถาม การเผชิญหน้า (confrontation) การทำสัญญา (contact) การแสดงบทบาทสมมติ (role playing)		
9. ผู้ศึกษา/ปี: มัลลิกา พูนสวัสดิ์/ 2549 รูปแบบ: แบบแนวคิดซาทียร์ ทฤษฎีที่ใช้: Satir Model	กระบวนการบำบัด 1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ประเมินความพร้อมสภาพจิตใจ และสำรวจสิ่งที่อยู่ในใจ (ครั้งที่ 1) 2. สร้างสัมพันธภาพต่อเนื่อง รวบรวมข้อมูล สำรวจประสบการณ์ภายในจิตใจ กำหนดเป้าหมาย และสร้างพันธะสัญญาในการเปลี่ยนแปลง (ครั้งที่ 2)	6 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง ระยะเวลาขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเป็นฝ่ายนัด

ตารางที่ 3 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบ โปรแกรมในการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้พิพยายมฆ่าตัวตาย (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบ และทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการ และเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบโปรแกรม
	3. สร้างสัมพันธภาพต่อเนื่อง ทบทวนการบ้านที่ผ่านมา ตอกย้ำการเปลี่ยนแปลง และกำหนดเป้าหมาย (ครั้งที่ 3-5) 4. สิ้นสุดการให้การปรึกษา และสรุปโดยเน้นการคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (ครั้งที่ 6)	
	เทคนิคที่ใช้ในการบำบัด การเตรียมตัวของผู้ให้การปรึกษา (prepare yourself) การกำหนดเป้าหมาย (set goals) การรับฟังปัญหา (problem) การสำรวจภายในจิตใจ (exploration) การสร้างพันธะสัญญา (commitment) การเปลี่ยนแปลง (change) การตอกย้ำ (anchoring) การทบทวน (feedback) การยุติบำบัด (closure) และการให้กำบ้าน (home work)	

จากตารางจะเห็นได้ว่ากระบวนการ และเทคนิคที่ใช้ในการให้การศึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในแต่ละรูปแบบมีขั้นตอนเป็นไปในแนวทางเดียวกัน คือ เริ่มตั้งแต่การสร้างสัมพันธภาพ การดำเนินการให้การปรึกษา โดยมีเทคนิคที่คล้ายคลึงและแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับทฤษฎีพื้นฐานที่ใช้ในการบำบัด และจบลงด้วยการยุติการให้การปรึกษา การบำบัดที่ใช้ร่วม ได้แก่ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (muscle relaxation) (วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545) การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) และการใช้กระบวนการกลุ่ม (group process) (กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549) ส่วนจำนวนครั้งระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาของการบำบัดจนครบโปรแกรมโดยรวมทั้ง 9 เรื่อง พบว่าอยู่ระหว่าง 3- 10 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง ความถี่วันละ 2 ครั้ง ถึงห่างกันทุกสัปดาห์ และมีระยะเวลาที่ใช้บำบัดจนครบโปรแกรมนาน 4 วัน ถึง 6 สัปดาห์ โดยมีงานวิจัยที่มีการบำบัด 4 ครั้ง ๆ ละ 40- 50 นาที แต่ละครั้งระยะห่างกัน 1 วัน จำนวน 1 เรื่อง (กมลรัตน์ ชวนินี, 2547) 5 ครั้ง ๆ ละ 60- 90 นาที ห่างกันทุก 1 วัน นาน 5 วัน จำนวน 1 เรื่อง (วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545) 5 ครั้ง ๆ ละ 40 นาที (วันที่ 1, 2, 3, 7 และ 14 ของการบำบัด) นาน 2 สัปดาห์ จำนวน 1 เรื่อง (กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549) 9 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง วันละ 2 ครั้ง นาน 5 วัน จำนวน 1 เรื่อง (พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546) 10 ครั้ง ๆ ละ 30- 50 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ จำนวน 1 เรื่อง (สุวิมล ผู้ดี, 2548) 6 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที ทุกสัปดาห์ จำนวน 1 เรื่อง (จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547) ทุก 2 วัน จำนวน 3 ครั้ง แต่ไม่ระบุระยะเวลาแต่ละครั้ง จำนวน 1 เรื่อง (จุฑาธิป เหมินทร์, 2547) 4 ครั้ง ๆ ละประมาณ 50 นาที ภายใน 1 สัปดาห์ จำนวน 1 เรื่อง (Guthrie, et al., 2001) และ 6 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง ระยะห่างขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ป่วย จำนวน 1 เรื่อง (มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549)

3. ผู้ให้การบำบัด

จากการศึกษาพบว่า ผู้บำบัดเป็นพยาบาล จำนวน 4 เรื่อง (กมลรัตน์ ชวนินี, 2547; กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549; มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549; Guthrie, et al., 2001) และเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ศึกษาอบรมด้านจิตวิทยาการปรึกษา จำนวน 5 เรื่อง (จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547; พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546; วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545; สุวิมล ผู้ดี, 2548) จากการศึกษามุมมองของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เคยได้รับการปรึกษา พบว่าผู้บำบัดควรมีลักษณะที่เป็นกันเอง สุภาพ นุ่มนวล เรียบร้อย แต่งกายสะอาด น่าเชื่อถือ บุคลิกภาพดี พูดไพเราะ ให้กำลังใจ มีอารมณ์ขัน มีความเป็นมิตรสูง มีความเต็มใจ และมีเวลาให้อย่างเพียงพอ ใส่ใจผู้อื่น มีความรักและเข้าใจคน เป็นผู้ฟังที่ดี เน้นถึงความปลอดภัยของบุคคล และมีการสื่อสารที่ดี (สุนทรี ศรี โกสย และคณะ, 2548; Aoun & Johnson, 2000)

4. ผู้รับการบำบัด

ในการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่าผู้รับการบำบัดมีลักษณะดังนี้ เป็นผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างปี พ.ศ. 2542- 2549 (กมลรัตน์ ชำนิณี, 2547; กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549; จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547; พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546; มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549; วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545; สุวิมล ผู้ดี, 2548; Guthire, et al., 2001) แบ่งเป็นเพศหญิง จำนวน 1 เรื่อง (พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546) ไม่จำกัดเพศ จำนวน 8 เรื่อง (กมลรัตน์ ชำนิณี, 2547; กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549; จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547; มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549; วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545; สุวิมล ผู้ดี, 2548; Guthire, et al., 2001) ซึ่งมีลักษณะตามเกณฑ์ดังนี้

อายุ กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 15- 30 ปี จำนวน 1 เรื่อง (พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546) อายุ 18 ปี ขึ้นไป จำนวน 1 เรื่อง (วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545) อายุ 20- 59 ปี จำนวน 1 เรื่อง (กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549) อายุ 17- 60 ปี จำนวน 1 เรื่อง (กมลรัตน์ ชำนิณี, 2547) และไม่จำกัดอายุ จำนวน 4 เรื่อง (จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547; สุวิมล ผู้ดี, 2548; และไม่ระบุอายุที่ชัดเจน จำนวน 1 เรื่อง (Guthire, et al., 2001)

ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย เป็นผู้ที่ยกมาฆ่าตัวตายครั้งแรก จำนวน 2 เรื่อง (พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546; สุวิมล ผู้ดี, 2548) และไม่จำกัดจำนวนครั้งของการพยายาม ฆ่าตัวตาย จำนวน 7 เรื่อง (กมลรัตน์ ชำนิณี, 2547; กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549; จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547; มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549; วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545; Guthire, et al., 2001)

ด้านการสื่อสาร เป็นผู้สามารถอ่าน เขียนหนังสือได้ พูดภาษาได้ ไม่มีความบกพร่องด้านการฟัง และการมองเห็น สามารถสื่อสารเข้าใจง่าย ได้ตอบรู้อเรื่อง และสามารถทำแบบประเมินได้ด้วยตนเอง จำนวน 9 เรื่อง (กมลรัตน์ ชำนิณี, 2547; กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549; จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547; พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546; มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549; วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545; สุวิมล ผู้ดี, 2548; Guthire, et al., 2001)

ระดับสติปัญญา และพยาธิสภาพทางสมอง ไม่มีภาวะสติปัญญาบกพร่องหรือมีพยาธิสภาพที่สมอง จำนวน 1 เรื่อง (วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545) ไม่มีประวัติการป่วยทางจิตเวช จำนวน 1 เรื่อง (สุวิมล ผู้ดี, 2548) ไม่มีความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรง จำนวน 2 เรื่อง (จุฑาธิป เหมินทร์, 2547, วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545) มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สามารถรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคลได้ถูกต้อง จำนวน 2 เรื่อง (กมลรัตน์ ชำนิณี, 2547; กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549) ไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญา หรือมีพยาธิสภาพที่สมอง และไม่มีอาการทางจิตรุนแรง จำนวน 1 เรื่อง (พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546) และไม่ระบุ

ระดับสติปัญญาและพยาธิสภาพทางสมองจำนวน 4 เรื่อง (จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547; พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546; มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549; Guthrie, et al., 2001)

นอกจากนี้ ผู้รับการบำบัดยังต้องมีลักษณะตามเกณฑ์ คือ ไม่มีความเจ็บป่วยรุนแรงทางกาย และช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ จำนวน 2 เรื่อง (พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546; วรากรณ์ วรรณพิรุณ, 2545)

5. สถานที่ในการบำบัด

สถานที่ในการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่พบจากการศึกษาวิจัยมีดังนี้ แผนกผู้ป่วยใน จำนวน 8 เรื่อง (กมลรัตน์ ชวณิ, 2547; กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549; จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547; พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546; มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549; วรากรณ์ วรรณพิรุณ, 2545; สุวิมล ผู้ดี, 2548) และที่บ้านของผู้รับการบำบัดจำนวน 1 เรื่อง (Guthrie, et al., 2001)

6. แบบประเมินที่ใช้ในการศึกษา

แบบประเมินที่นำมาใช้ในการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินผลลัพธ์ของการให้การปรึกษารูปแบบต่าง ๆ ดังนี้

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 4 เรื่อง ประกอบด้วย ชื่อ-สกุล ที่อยู่ โทรศัพท์ อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา สภาพทางเศรษฐกิจ อาชีพ รายได้ การได้ยืมข้อมูลเกี่ยวกับ การเจ็บป่วย จำนวนครั้ง และวิธีที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย สาเหตุ การฆ่าตัวตาย ประวัติปัญหาสุขภาพกาย และสุขภาพจิต และประวัติการทำร้ายตนเอง หรือการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว (กมลรัตน์ ชวณิ, 2547; กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549; มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549; สุวิมล ผู้ดี, 2548) และ ไม่ระบุ จำนวน 4 เรื่อง (จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546; วรากรณ์ วรรณพิรุณ, 2545; Guthrie, et al., 2001) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเชิงคุณภาพที่ใช้การบันทึกข้อมูลทั่วไปซึ่งประกอบด้วย การสังเกต (observation) การสัมภาษณ์ระดับลึกผู้พยายามฆ่าตัวตายและสมาชิกครอบครัว (indepth interview) และอัตชีวประวัติ (autobiography) จำนวน 1 เรื่อง (จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547)

2) แบบประเมินผลลัพธ์ของการให้การปรึกษารูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก ตามแนวคิดทฤษฎีความผาสุกในชีวิตของแอนโทโนฟสกี (Antonovsky) (1987) จำนวน 2 เรื่อง (จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546) แบบวัดความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg's Self-esteem Scale-RSES) (Rosenberg and Schooler) (1989) ซึ่งแปล และดัดแปลงโดย นิราศศิริ โรจนธรรมกุล (2535) จำนวน 1 เรื่อง (สุวิมล ผู้ดี, 2548) แบบประเมินระดับคุณค่าในตนเองของ คูเปอร์สมิธ (Coopersmith) (1984) จำนวน 1 เรื่อง (มัลลิกา

พูนสวัสดิ์, 2549) แบบสอบถามความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งจุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก (2547) ดัดแปลงมาจากแบบวัดของ ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529) จำนวน 1 เรื่อง (จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547) แบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D (Center for Epidemiological Studies- Depression scale) ซึ่งดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยอุมพร ตรังคสมบัติ และคณะ (2541) จำนวน 1 เรื่อง (วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545) แบบวัดภาวะอารมณ์ซึมเศร้า ซึ่งนำมาจากแบบวัดของ ซิกมอนด์ แอนด์ สแนธ (Zigmon & Snaith, 1983) ซึ่งแปลและเรียบเรียงโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2538) จำนวน 1 เรื่อง (สุวิมล ผู้ดี, 2548) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต จำนวน 1 เรื่อง (มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองที่พัฒนามาจาก Beck Depression inventory ดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทยโดยแพทย์หญิงดวงใจ กสานติกุล และคณะ จำนวน 1 เรื่อง (กมลรัตน์ ช้วนินี, 2547) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck) (1967) จำนวน 2 เรื่อง (กัญญาพิชญ์ จันทรนิยม, 2549; Guthrie, et al., 2001) แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายของ เบ็ค (Beck) จำนวน 1 เรื่อง (Guthrie, et al., 2001) แบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต จำนวน 1 เรื่อง (จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547) และแบบประเมินการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่พัฒนาจากแนวคิดของ ฮิลล์ และสมิท (Hill & Smith) (1990) และ โอเร็ม (Orem) (1985) จำนวน 1 เรื่อง (กัญญาพิชญ์ จันทรนิยม, 2549) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลลัพธ์ และแบบประเมินที่ใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ผลลัพธ์	แบบประเมินที่ใช้
ความเข้มแข็งในการมองโลก	1. แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก ตามแนวคิดทฤษฎีความผาสุกในชีวิตของแอนโทโนฟสกี (Antonovsky) (1987) (จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546)
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	1. แบบวัดความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg's Self- Esteem Scale- RSES) (Rosenberg & Schooler) (1989) ซึ่งแปลและดัดแปลงโดย นิราศศิริ โรจนธรรมกุล (2535) (สุวิมล ผู้ดี, 2548) 2. แบบประเมินระดับคุณค่าในตนเองของ คูเปอร์สมิธ (Coopersmith) (1984) (มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549) 3. แบบสอบถามความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งจุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก (2547) ดัดแปลงมาจากแบบวัดของ ฟ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529) (จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547)
ภาวะซึมเศร้า	1. แบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D (Center for Epidemiological Studies- Depression scale) ดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยอุมาพร ตรังคสมบัติ และคณะ (2541) (วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545) 2. แบบวัดภาวะอารมณ์ซึมเศร้า ซึ่งนำมาจากแบบวัดของ ซิกมอนด์ แอนด์ สแนช (Ziqmon & Snaithe) (1983) แปลและเรียบเรียงโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2538) (สุวิมล ผู้ดี, 2548) 3. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต (มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549)

ตารางที่ 4 แสดงผลลัพธ์ และแบบประเมินที่ใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

ผลลัพธ์	แบบประเมินที่ใช้
ภาวะซึมเศร้า (ต่อ)	4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองที่พัฒนามาจาก Beck Depression inventory ดัดแปลง และแปลเป็นภาษาไทยโดย แพทย์หญิงดวงใจ กษานติกุล และคณะ (กมลรัตน์ ช้วนินิ, 2547) 5. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck) (1967) (กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549; Guthrie, et al., 2001)
ความคิดฆ่าตัวตาย และภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	1. แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายของ เบ็ค (Beck) (Guthrie, et al., 2000) 2. แบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต (จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547)
การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต	1. แบบประเมินการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่พัฒนาจากแนวคิดของ ฮิลล์ และสมิท (Hill & Smith) (1990) และ โอเร็ม (Orem) (1985) (กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549)

7. ผลลัพธ์ของการให้การบำบัด

7.1 ผลลัพธ์ของการให้การปรึกษาแต่ละรูปแบบ

การให้การปรึกษารายบุคคลในผู้พยายามฆ่าตัวตายแต่ละรูปแบบเกิดผลลัพธ์ในการบำบัดดังนี้

1. ผลลัพธ์ด้านภาวะซึมเศร้า พบว่า ในระยะหลังทดลองผู้พยายามฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน

4 เรื่อง ซึ่งใช้รูปแบบพิจารณาเหตุผล และอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545) แบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (สุวิมล ผู้ดี, 2548) แบบการพยาบาลองค์รวม (กัญญาพิชญ์ จันทน์นิยม, 2549) และแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม (กมลรัตน์ ชำนิณี, 2547) และพบว่าในระยะติดตามผลมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 3 เรื่อง โดยใช้รูปแบบการพยาบาลองค์รวม (กัญญาพิชญ์ จันทน์นิยม, 2549) แบบพิจารณาเหตุผล และอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545) และแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (สุวิมล ผู้ดี, 2548) นอกจากนี้จากการศึกษารายกรณี พบว่าผู้ป่วยฆ่าตัวตาย 3 ราย มีภาวะซึมเศร้าลดลง หลังจากได้รับการปรึกษาแบบแนวจิตวิทยาเทียร์ (มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549)

2. ผลลัพธ์ด้านความเข้มแข็งในมุมมองโลก พบว่า ผู้ป่วยฆ่าตัวตายมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 2 เรื่อง ซึ่งได้รับการให้การศึกษาแบบโลกเทอร์รี่ (จุฑาธิป เหมินทร์, 2547) และแบบทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส (พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546)

3. ผลลัพธ์ด้านความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่า ในระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล ผู้ป่วยฆ่าตัวตายมีความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 1 เรื่อง ซึ่งได้รับการให้การศึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (สุวิมล ผู้ดี, 2548) และผลการศึกษารายกรณี จำนวน 2 เรื่อง พบว่าผู้ป่วยฆ่าตัวตายรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น หลังจากได้รับการปรึกษาแบบทฤษฎีเผชิญความจริง (จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547) และแบบแนวจิตวิทยาเทียร์ (มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549)

4. ผลลัพธ์ด้านการฆ่าตัวตาย พบว่าหลังการให้การศึกษาทุกรูปแบบช่วยลดพฤติกรรม การฆ่าตัวตายซ้ำ (กมลรัตน์ ชำนิณี, 2547; กัญญาพิชญ์ จันทน์นิยม, 2549; จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547; พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546; วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545; มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549; สุวิมล ผู้ดี, 2548; Guthrie, et al., 2001) เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ด้านความคิดฆ่าตัวตายและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพบว่ารูปแบบการบำบัดทางจิตวิทยาแบบสั้น (Brief Psychological Intervention) ช่วยให้ผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Guthrie, et al., 2001) และพบว่าการให้การศึกษาแบบแนวจิตวิทยาเทียร์ช่วยให้ภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง (มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549) อย่างไรก็ตามจากการศึกษารายกรณีพบว่าหลังจากให้การศึกษาแบบทฤษฎีเผชิญความจริง ความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างในระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผลไม่มีความแตกต่างกัน (จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547)

7.2 ผลลัพธ์จากการศึกษาเชิงคุณภาพ

จากการศึกษามุมมองของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เคยได้รับการปรึกษาพบว่า กระบวนการและเทคนิคการให้การปรึกษาที่ผู้รับการบำบัดได้รับมี 5 วิธีด้วยกันคือ การแนะนำ การถาม การสะท้อนคิด การให้ข้อมูล และการให้แนวทางแก้ไขปัญหา ส่วนวิธีการปรึกษาที่ผู้รับการปรึกษาต้องการ ได้แก่ การที่ผู้ให้การปรึกษาช่วยประทับประคองจิตใจก่อนในช่วงแรกของการให้การปรึกษา แล้วจึงพูดถึงประเด็นสาเหตุปัญหาอย่างแท้จริง (สุนทรี ศรีโกโสย และคณะ, 2548) ส่วนการศึกษาถึงสิ่งที่ช่วยให้ผู้รับบำบัดเอาชนะความกลัวฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยการสอบถามผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เคยได้รับการบำบัด พบประเด็นสำคัญที่ช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายผ่านพ้นวิกฤตมาได้ ดังนี้ 1) พัฒนาคำตระหนัก และความรับผิดชอบในตนเองในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (developing self-awareness and personal responsibility) 2) ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจพฤติกรรมฆ่าตัวตายของตนเอง (understanding suicidal behavior) 3) พัฒนาลักษณะใหม่ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (developing a new identify) 4) ช่วยให้ผู้ป่วยเอาชนะความรู้สึกไร้อำนาจ และความรู้สึกหมดหวัง (overcoming helplessness and despair) 5) ใช้กระบวนการเพื่อให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ (using emotions for change) 6) ให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อการบำบัด (positive therapeutic relationships) และ 7) สร้างความรู้สึกไว้วางใจ และความรู้สึกมีคุณค่า (feeling trusted and valued) (Paulson & Worth, 2002)

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ และสังเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การ
ปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ในส่วนการอภิปรายผลการศึกษาผู้ศึกษาแบ่งการอภิปรายผล
ดังนี้

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ
2. ผลลัพธ์ของการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
3. คุณสมบัติของผู้ให้การบำบัด
4. ลักษณะของผู้รับการบำบัด
5. การบำบัดที่ใช้ร่วมกับการให้การปรึกษารายบุคคล

คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัย และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ

การศึกษานี้มีงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์จำนวน
12 เรื่อง เมื่อนำวรรณกรรมดังกล่าวที่สืบค้นได้มาประเมินคุณภาพโดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับ
งานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) พบว่า เป็นงานวิจัยที่เป็น Randomised
controlled trial ซึ่งอยู่ในระดับ A จำนวน 1 เรื่อง (Guthrie, et al., 2001) งานวิจัยที่เป็น Quasi-experimental
study ซึ่งอยู่ในระดับ B จำนวน 5 เรื่อง (กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549; จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; พรจิตต์
ทองบัณฑิต, 2546; วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545; สุวิมล ผู้ดี, 2548) เป็นกรณีศึกษาและงานวิจัยเชิงคุณภาพ
อื่นๆ ซึ่งอยู่ในระดับ C จำนวน 6 เรื่อง (กมลรัตน์ ชวนินี, 2547; จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547; มัลลิกา
พูนสวัสดิ์, 2549, สุนทรี ศรีโกไสย และคณะ, 2548; Aoun & Johnson, 2000; Paulson & Worth, 2002)
วรรณกรรมทั้ง 12 เรื่องนี้เป็นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการในประเทศจำนวน 9 เรื่อง และ
ต่างประเทศจำนวน 3 เรื่อง ทุกเรื่องเป็นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายาม
ฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพ และมีจำนวนเพียงพอที่จะนำมาใช้ในการศึกษา

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์วรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาถึงผลลัพธ์ของการให้การปรึกษา
รายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในแต่ละรูปแบบ โดยผู้ให้การบำบัดที่เป็นบุคลากร

ในทีมสุขภาพจิตและจิตเวช และผู้รับการบำบัดที่มีลักษณะเฉพาะ นอกจากนี้ยังมีการใช้การบำบัดอื่น ๆ ร่วมกับการให้การปรึกษารายบุคคล ซึ่งพบว่าผลลัพธ์ของการบำบัดส่วนใหญ่เกิดผลดีต่อผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ดังนั้นสิ่งดังกล่าวจึงนับว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

ผลลัพธ์ของการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์วรรณกรรมพบว่าผลลัพธ์ของการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่นำมาศึกษา ถึงแม้มีพื้นฐานทฤษฎีต่างกัน แต่ก็ให้ผลลัพธ์ ในทิศทางเดียวกันคือ ช่วยลดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ (กมลรัตน์ ชวนินิ, 2547; กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549; จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547; พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546; วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545; มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549; สุวิมล ผู้ดี, 2548; Guthrie et al., 2001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โรดส์ และลิงก์ส (Rhodes & Links, 1998) ที่ว่า การให้การบำบัดทางจิตสังคมจะช่วยให้พฤติกรรมการฆ่าตัวตายลดลงร้อยละ 33- 50 และการศึกษาของ เคิร์ซ และ มอลเลอร์ (Kurze & Moller, 1995) เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้พยายามฆ่าตัวตายหลังจากระยะวิกฤต พบว่ามีส่วนช่วยในการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ และลดอัตราการตาย ส่วนผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ เป็นผลมาจากการใช้การบำบัดรูปแบบต่าง ๆ ที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการให้การปรึกษารายบุคคล ดังนี้

แบบโลโกเทอราปี (Logo Therapy) เป็นการบำบัดที่ใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบอัตถิภาวนิยม (Existential Counseling) ซึ่งช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความเข้มแข็งในการมองโลกเพิ่มขึ้น เนื่องจากการบำบัดตามแนวคิดนี้ส่งเสริมให้ผู้รับการบำบัดได้ตระหนักถึงความสำคัญด้านจิตวิญญาณ รับรู้ถึงความอิสระในการเลือกด้วยตนเอง และพร้อมที่จะรับผิดชอบในการกระทำของตนเอง (พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546) โดยที่แอนโทโนฟสกี (Antonovsky, 1982) ได้ให้ความเห็นว่า การที่บุคคลรู้สึกมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จะช่วยส่งเสริมบุคคลให้เพิ่มความเข้มแข็งในการมองโลกได้ ซึ่งการให้การปรึกษาแบบโลโกเทอราปีนั้นเป็นการบำบัดที่เน้นการมองอนาคตอย่างมีจุดหมาย และช่วยให้บุคคลตระหนักถึงความหมายในการมีชีวิตอยู่ของตน (Frankl, 1970 อ้างในพรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546) และการให้การปรึกษาแบบโลโกเทอราปียังช่วยให้ผู้ป่วยหลังพยายามฆ่าตัวตายมองเห็นความหมายจากเหตุการณ์ที่ผ่านมา และตระหนักถึงคุณค่าของชีวิต ซึ่งจะช่วยให้มีพลังในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเอง (พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546) ดังนั้นจึงมีส่วนช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายตระหนักถึงการมีชีวิตอยู่ต่อไป

จากการวิเคราะห์ การบำบัดรูปแบบนี้เป็น การบำบัดในผู้ป่วยใน โดยมีการบำบัด 9 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 5 วัน ซึ่งพบว่า ช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความเข้มแข็งในการมองโลกเพิ่มขึ้น ดังนั้น การบำบัดนี้จึงเหมาะสมกับผู้ป่วยที่บำบัดรักษาแผนกผู้ป่วยใน เพราะบำบัดวันละ 2 ครั้ง

ในระยะเวลาอันสั้น นอกจากนี้ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลการบำบัดรูปแบบนี้ โดยติดตามประเมินผลในระยะยาว

แบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Therapy) เป็นการบำบัดที่ใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Counseling) ซึ่งช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น เนื่องจากช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดอารมณ์ผ่อนคลาย มีโอกาสระบายความคับข้องใจอย่างเป็นอิสระ ซึ่งเป็นการปลดปล่อยความกดดันต่าง ๆ ให้น้อยลง การที่ผู้รับการบำบัดได้รับการสนองด้วยความเห็นใจ เข้าใจ และให้กำลังใจจะช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายรู้สึกดีขึ้น การสร้างสัมพันธภาพที่ดีอย่างต่อเนื่องยังช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายเกิดความไว้วางใจมากเพียงพอที่จะเปิดเผยความรู้สึกและความคิดต่ออารมณ์ และความต้องการของตนเองอย่างเป็นอิสระ สามารถพัฒนาให้เกิดความตระหนักในตนเอง ซึ่งช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายพิจารณาไตร่ตรองตนเองอย่างลึกซึ้ง กล้าเผชิญปัญหา และวางแผนแก้ปัญหาของตนเองได้ในระดับหนึ่ง จึงทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง (สุวิมล ผู้ดี, 2548) ซึ่ง คอตเลอร์ และเชพาร์ด (Kottler and Shepard, 2008) ได้ให้ความเห็นว่ามนุษย์มีการเจริญเติบโตที่มุ่งไปสู่การมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งกระบวนการพัฒนาตามธรรมชาตินี้ มุ่งไปสู่การยกระดับการพัฒนาทางจริยธรรม อารมณ์และพฤติกรรมให้สูงขึ้น และสามารถทำให้ง่ายขึ้นโดยผู้ช่วยเหลือที่เชี่ยวชาญที่มีความสามารถในการกระตุ้นความสามารถของบุคคลที่มีอยู่ตามธรรมชาติ ซึ่งการที่ผู้รับการบำบัดรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้นจะช่วยเป็นเกราะป้องกันการพยายามฆ่าตัวตาย

จากการวิเคราะห์การบำบัดรูปแบบนี้เป็น การบำบัดในแผนกผู้ป่วยใน โดยมีการบำบัด 10 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที วันละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ซึ่งพบว่าช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และจากการติดตามผลการบำบัดในสัปดาห์ที่ 10 ก็ยังได้ผลลัพธ์เช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ดังนั้นอาจนำรูปแบบนี้ไปใช้ในการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก หรือการบำบัดผู้ป่วยในชุมชน

รูปแบบทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส (Neuro-Linguistic Programming) เป็นการบำบัดที่ใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Counseling) มีผลทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายเพิ่มความเข้มแข็งในการมองโลก เนื่องจากเป็นการบำบัดที่ประกอบด้วยเทคนิคเฉพาะ เริ่มจากเทคนิคทฤษฎีใหม่ได้จัดสำนักแบบองค์รวม ซึ่งเป็นเทคนิคที่ทำให้ผู้บำบัดได้เข้าสู่กระบวนการผ่อนคลายในระดับลึกเพื่อขยายการรับรู้ ปรับแก้ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมเดิม และมองประสบการณ์เดิมในแง่มุมใหม่ ให้ความหมายใหม่ ค้นพบพลังทางบวกของตนเอง ทำให้เกิดความตระหนักและความเชื่อมั่นในตนเอง สามารถหาทางเลือกที่เหมาะสมกับตนเองในการแก้ปัญหาได้ และมีพลังในการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมทางบวกอย่างถาวร ส่วนเทคนิควิธีพลังแห่งตนทำให้ผู้รับบำบัดค้นพบพลังทางบวกและความสามารถที่ตนเองไม่ได้ให้ความสำคัญ ทำให้รู้ว่าตนเองมีศักยภาพ รู้สึกว่าชีวิตของตนเองมีความหมาย ซึ่งทำให้เกิด

ความภาคภูมิใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป และยังมีเทคนิควางแผนอนาคตที่น่าลักษณะเด่นส่วนบุคคล ค่านิยม ความถนัด สภาพความต้องการและความปรารถนา และสภาพสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ นำมาประกอบในการวางแผนอนาคตของตนเอง ทำให้มองเห็นอนาคตว่าจะทำอย่างไร และจินตนาการขั้นตอนการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดเอง และนำมาซึ่งความสำเร็จในชีวิต (จุฑาธิป เหมินทร์, 2547) การให้การปรึกษาแบบจิตวิเคราะห์จะช่วยให้บุคคลได้ตระหนักถึงจิตใต้สำนึกของตนเองมากขึ้น ช่วยแก้ไขปัญหาลักษณะต่าง ๆ และเพิ่มความสามารถในการปรับตัว (Gladding, 2004; ดวงมณี จงรัก, 2548) ส่งผลให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความเข้มแข็งในการมองโลกเพิ่มขึ้น และเกิดความภาคภูมิใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป

จากการวิเคราะห์การบำบัดรูปแบบนี้เป็นการบำบัดในแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยมีการบำบัดที่ใช้เทคนิคเฉพาะทางจิตวิทยา 3 เทคนิค ๆ ละ 1 ครั้งทุก 2 วัน ใช้เวลารวม 6 วัน หลังการบำบัด 1 สัปดาห์ และในระยะติดตามผล 3 สัปดาห์ พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความเข้มแข็งในการมองโลกเพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าการบำบัดรูปแบบนี้ค่อนข้างจะเหมาะสมกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เพราะระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดสั้น แต่อย่างไรก็ดี การนำไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยกลุ่มนี้ อาจให้การบำบัดอย่างต่อเนื่องหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และควรศึกษาความคงอยู่ของความเข้มแข็งในการมองโลกในระยะยาว

แบบการบำบัดทางจิตวิทยาแบบสั้น (Brief Psychological Intervention) เป็นการบำบัดที่ใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic counseling) มีผลทำให้ผู้รับการบำบัดมีความคิดฆ่าตัวตายลดลง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการฆ่าตัวตายซ้ำถูกกระตุ้นโดยปัจจัยที่มาจากปัญหาภายในบุคคล (Guthrie, et al., 2001) ซึ่งโปรแกรมที่ใช้ในการบำบัดมุ่งเน้นเป็นพิเศษในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ภายในบุคคล จึงเป็นสิ่งสำคัญในการต่อต้านความคิด และการพยายามฆ่าตัวตาย และการบำบัดนี้จะนำมาซึ่งการเข้าใจและช่วยแก้ไขปัญหาคือความยุ่งยากภายในบุคคล ที่เป็นสาเหตุของความทุกข์ทางจิตใจด้วยกระบวนการทางจิตวิเคราะห์ (Guthrie, et al., 2001) ซึ่งเกลดดิ้ง (Gladding, 2004) ให้ความเห็นว่าการให้การปรึกษาแบบจิตวิเคราะห์ช่วยให้บุคคลได้ตระหนักถึงจิตใต้สำนึกของตนเองมากขึ้น ช่วยแก้ไขปัญหที่เกิดจากกระบวนการ และช่วยให้บุคคลแก้ไขปัญหาลักษณะเกี่ยวกับความต้องการทางด้านสังคม จึงทำให้ผู้รับการบำบัดมีความคิดฆ่าตัวตายลดลง

จากการวิเคราะห์การบำบัดรูปแบบนี้เป็นการบำบัดที่บ้าน โดยมีการบำบัด 4 ครั้ง ๆ ละ ประมาณ 50 นาที ภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์ พบว่า ผู้รับการบำบัดมีความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมฆ่าตัวตายลดลงเป็นระยะเวลานานถึง 6 เดือน ดังนั้น จึงเป็นการบำบัดที่ให้ผลลัพธ์ในระยะยาว และเนื่องจากการบำบัดที่บ้าน จึงเป็นทางเลือกหนึ่งของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ไม่ต้องการบำบัดแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามการที่จะนำมาประยุกต์ใช้นั้น ต้องคำนึงถึงระบบการดูแลสุขภาพของสังคมนั้น ๆ ว่าเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในชุมชนหรือไม่

แบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (Rational- Emotive Therapy) เป็นการบำบัดที่ใช้ทฤษฎีการให้ การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม (REBT Counseling) ผู้ป่วยที่ได้รับการให้ การปรึกษาดังกล่าวร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ พบว่ามีภาวะซึมเศร้าลดลง เนื่องจากภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะจิตใจที่ผิดปกติอย่างหนึ่ง ซึ่งแสดงออกทางอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม โดยเฉพาะความคิดที่ มีเหตุผลไม่เหมาะสมจะส่งผลถึงอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมตามมา เช่น การพยายามฆ่าตัวตาย เป็นต้น หลังจากที่ได้รับ การให้ การปรึกษาซึ่งเป็นการฝึกให้ผู้ป่วยคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง แทน ความคิดความเชื่อเดิมที่มีเหตุผลไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรมไป ในทางที่ดีขึ้น (วรารักษ์ วรรณพินิจ, 2545) ซึ่งดวงมณี จงรักษ์ (2548) ได้กล่าวไว้ว่าการปรึกษาแบบ พิจารณาเหตุผล อารมณ์ ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาลดความคิดที่เกิดผลเสียต่อตนเอง สร้างปรัชญาชีวิตที่อยู่ใน หลักของเหตุผล ลดความรู้สึกวิตกกังวล และลดการตำหนิตนเอง ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายมี ภาวะซึมเศร้าลดลง และเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

จากการวิเคราะห์การบำบัดรูปแบบนี้เป็น การบำบัดในแผนกผู้ป่วยใน โดยมีการบำบัดร่วมกับการ ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 5 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที ห่างกันทุก 1 วัน เป็นเวลา 5 วัน พบว่า ผู้รับการบำบัด มีภาวะซึมเศร้าลดลง การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการให้ผู้ป่วยได้มีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อก่อนการให้ การปรึกษานั้น ช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการเข้าสู่กระบวนการบำบัดมากขึ้น ดังนั้น อาจนำวิธีการฝึก ผ่อนคลายกล้ามเนื้อไปใช้ร่วมกับการบำบัดรูปแบบอื่น

แบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์ และพฤติกรรม (Rational- Emotive Behavioral Therapy) เป็นการ บำบัดที่ใช้ทฤษฎีการให้ การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม (REBT Counseling) ซึ่ง เป็นการศึกษารายกรณี ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายลดลง เนื่องจากเป็นกระบวนการให้ การปรึกษาเน้นที่การวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัญหา การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความเชื่อและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น รวมถึงผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งปัญหาของ ผู้ป่วยเกิดจากความคิดด้านลบ เป็นความคิดที่ไร้เหตุผลที่จะโน้มนำให้เกิดอารมณ์ทางลบ ซึ่งเกิดขึ้นโดย ไม่รู้ตัว ทำให้คิดไม่ดีต่อตนเองจนเกิดภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกสิ้นหวัง และคิดอยากฆ่าตัวตาย (กมลรัตน์ ช้วนินิ, 2547) และการบำบัดดังกล่าวยังช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น เนื่องจากการให้ การ ปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมมีความเชื่อพื้นฐานว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากความคิดที่มี เหตุผลไม่เหมาะสม ซึ่งมักจะคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า (Dryden & Yankura, 1993) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยตระหนัก ในความคิดของตน เข้าใจตนเอง และค้นพบคุณค่าในตนเอง ทักษะคติทางความคิดจะเปลี่ยนไป เพราะ ผู้ป่วยมีเป้าหมายในชีวิต และต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตน เพื่อให้มีความสุขในชีวิต ซึ่งเมื่อเผชิญ กับอุปสรรคต่าง ๆ จะพิจารณาและมีทางเลือกกว่าจะจัดการกับปัญหาอย่างไร โดยไม่คิดถึงการฆ่าตัวตาย เพื่อใช้แก้ปัญหา (กมลรัตน์ ช้วนินิ, 2547) โครี (Corey, 2000) ให้ความเห็นว่า การให้ การปรึกษาแบบ

พิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความคิดที่มีเหตุผลไม่เหมาะสมของตนเอง และเรียนรู้ถึงวิธีที่จะปรับเปลี่ยนให้เกิดเป็นความคิดที่มีเหตุผลที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยบำบัดมีความคิด และความรู้สึกต่อตนเองเปลี่ยนไปในทางที่ดี และจากการศึกษาพบว่า การบำบัดทางด้านความคิด และพฤติกรรม มีผลต่อการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ (Sande, Buskens, Allart, Graaf & Engeland, 1997)

จากการวิเคราะห์การบำบัดรูปแบบนี้เป็นการบำบัดในแผนกผู้ป่วยใน โดยมีการบำบัด 4 ครั้งๆ ละ 40 นาที ห่างกันทุก 1 วัน เป็นเวลา 4 วัน เมื่อติดตามผลหลังการบำบัด 2 สัปดาห์ พบว่า ผู้รับการบำบัดมีภาวะซึมเศร้าลดลง จะเห็นได้ว่าการศึกษานี้ประเมินผลลัพธ์เพียงด้านเดียว คือ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยง (risk factor) ต่อการพยายามฆ่าตัวตาย ดังนั้น การนำไปประยุกต์ใช้น่าจะมีการประเมินผลลัพธ์ในแง่ปัจจัยปกป้อง (protective factor) ที่สอดคล้องกับการบำบัดรูปแบบนี้ นอกจากนี้ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลการบำบัดรูปแบบนี้โดยติดตามประเมินผลในระยะยาว

รูปแบบแนวคิดซาตียร์ เป็นการบำบัดที่ใช้ทฤษฎีการให้การศึกษาแนวคิดซาตียร์ (Satir model) ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มความรู้สึกรู้ค่าในตนเอง และลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ด้วยองค์ประกอบของการเปลี่ยนแปลงที่ก่อให้เกิดผลสำเร็จ 5 ประการ คือ 1) การใช้ตัวตนของผู้บำบัดช่วยในการรักษา เช่น การที่ผู้บำบัดให้ความสนใจผู้ป่วยตลอดการบำบัด เป็นต้น 2) การสร้างบรรยากาศที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงโดยพิจารณาถึงความเป็นไปได้ 3) การช่วยให้ผู้ป่วยสัมผัสกับประสบการณ์ในขณะที่บำบัด ซึ่งไม่ใช่เพียงแค่การพูดคุย 4) การมีเป้าหมายทางบวก เน้นที่การเปลี่ยนแปลงจากสภาพเดิมและบำบัดอย่างเป็นระบบ 5) พิจารณาความสัมพันธ์ของประสบการณ์ในขั้นต่าง ๆ ของภาพจำลองภูเขาน้ำแข็ง (Iceberg) ของตนเอง และความสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่และปรับตัวได้ ซึ่งภาวะดังกล่าวขึ้นอยู่กับกระบวนการสนับสนุนของครอบครัว ชุมชนและการพบผู้บำบัดอย่างต่อเนื่อง ดังกรณีศึกษาในผู้ป่วยทั้ง 3 ราย ที่รอดชีวิตจากการฆ่าตัวตายที่ให้ความร่วมมือในการบำบัดสามารถลดภาวะเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และฆ่าตัวตายได้ ถือว่าประสบผลสำเร็จในการนำแนวคิดนี้มาใช้โดยมองผ่านประสบการณ์ของบุคคลว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลจะเป็นความจริงกับสิ่งที่บุคคลนั้นรับรู้ แต่คนส่วนใหญ่มักบอกเล่าตามความรู้สึก หรือความคาดหวังของตนเอง หากสามารถช่วยให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจความคิด ความคาดหวัง ความรู้สึก และความปรารถนาในจิตใจของตนได้จะสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม (มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549)

ซึ่ง ฌ็อง-ฌัก สุกัทรพันธ์ และนางพาง ลิมสุวรรณ (2547) ให้ความเห็นว่า การให้การบำบัดรูปแบบแนวคิดซาตียร์ ช่วยให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกว่าคุณค่ามากขึ้น มีความภาคภูมิใจในตัวเอง มองตัวเองในแง่บวก มีความมั่นใจในตนเอง พอใจตนเอง ยอมรับตนเองมากขึ้น และช่วยให้ผู้รับการบำบัดเลือกและตัดสินใจด้วยตนเอง มองเห็นทางเลือกไม่น้อยกว่า 3 ทาง ซึ่งจะทำให้ตนเองรู้สึกมีอำนาจ (empowered)

นอกจากนี้ยังช่วยให้มีจิตใจอยู่ในภาวะสมดุล มีความรู้ตัว สามารถเปิดเผย และเชื่อมโยงกับคนอื่น มีความกลมกลืนไม่ขัดแย้ง และรู้สึกสงบในจิตใจ จึงทำให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายรู้สึกมีคุณค่ามากขึ้น และลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งจากการศึกษาพบว่าความรู้สึกรู้ค่าที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เป็นสาเหตุส่วนหนึ่งของการพยายามฆ่าตัวตาย (Hauenstein, 1998)

จากการวิเคราะห์การบำบัดรูปแบบนี้เป็นการบำบัดในแผนกผู้ป่วยใน โดยมีการบำบัด 6 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง ระยะห่างขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ป่วยโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเป็นฝ่ายนัด พบว่า ช่วยให้ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มความรู้สึกรู้ค่าในตนเอง และลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตามการบำบัดรูปแบบนี้ผู้บำบัดจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในทฤษฎีพื้นฐานเป็นอย่างดี และจะต้องมีประสบการณ์ในการบำบัด นอกจากนี้ผู้รับการบำบัดจะต้องอยู่ในภาวะที่เหมาะสมต่อการบำบัด

รูปแบบการพยาบาลองค์รวม (Holistic Nursing Program) เป็นการบำบัดที่ใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผสมผสาน (Integrative Approach to Counseling) ช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้าลดลง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการบำบัดที่ประกอบด้วยการช่วยเหลือบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม ดังนี้ 1) สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดการรับรู้และความเข้าใจตรงกัน โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาของตนเองในปัจจุบันทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ร่วมค้นหาสาเหตุ กำหนดเป้าหมายและวางแผนในการแก้ปัญหาอย่างเป็นเหตุและผล สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ โดยใช้ศักยภาพของตนเองในการแก้ไข ความคิดและความรู้สึกต่าง ๆ ในด้านลบให้เป็นความคิดและความเชื่อในด้านบวกทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต ช่วยให้มีวิธีในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลและสังคม และเพิ่มการยกย่องตนเอง 2) ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง โดยฝึกให้ผู้ป่วยได้มองและสำรวจตนเอง ทำให้รู้จักและเข้าใจความคิดและพฤติกรรมทั้งด้านดีและด้านที่ต้องการพัฒนา ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยรู้จักและเข้าใจตนเอง รับรู้ถึงความสามารถและตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง เกิดความภาคภูมิใจและยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง จนเกิดความรู้สึกรู้ค่าในตนเอง 3) การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัว และชุมชน ซึ่งจะช่วยให้บุคคลได้พิจารณา ไตร่ตรอง และตัดสินใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความแข็งแรงด้านร่างกาย ซึ่งช่วยลดความตึงเครียด 4) ฝึกทักษะการผ่อนคลายและ 5) ส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และสร้างเสริมกำลังใจด้วยคำนิยามและความเชื่อในสิ่งที่ผู้ป่วยเคารพนับถือและศรัทธา เช่น การงดเว้นความชั่วด้วยการปฏิบัติดี การสร้างความคิดดีด้วยการทำบุญและให้ทาน และการทำจิตใจให้บริสุทธิ์ด้วยการทำสมาธิ เป็นต้น (กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549)

ซึ่งการพยาบาลที่ผสมผสานกันระหว่าง กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี มีกิจกรรมประกอบด้วย สัมพันธภาพเพื่อ

การบำบัด การส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัว และชุมชน การฝึกทักษะการผ่อนคลาย และการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นองค์ประกอบของความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 อ้างในกัญญาพิชญ์ จันทรนิคม) และผลการศึกษาของ ครุณี เลิศปรีชา (2545) ที่ศึกษาการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ประกอบด้วย การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสาร การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนา และการดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งควรได้รับการส่งเสริมให้ดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น จะเห็นได้ว่าการบำบัดดังกล่าวช่วยทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายลดภาวะซึมเศร้าและมีการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ซึ่งจะช่วยในการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตาย

จากการวิเคราะห์การบำบัดรูปแบบนี้เป็นการบำบัดในแผนผู้ป่วยใน โดยมีการบำบัดรวมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่ม และมีการบำบัด 5 ครั้ง ๆ ละ 40 นาที (วันที่ 1, 2, 3, 7 และ 14 ของการบำบัด) พบว่าช่วยทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้าลดลง และมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น การศึกษาครั้งนี้มีการใช้กระบวนการบำบัดรูปแบบอื่น ๆ รวมด้วย ดังนั้นการจะนำไปประยุกต์ใช้ ผู้บำบัดจึงควรฝึกทักษะกระบวนการบำบัดต่าง ๆ นี้ให้เกิดความชำนาญก่อนนำไปใช้

รูปแบบทฤษฎีเผชิญความจริง (Reality Therapy) เป็นการบำบัดที่ใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผสมผสาน (Integrative Approach to Counseling) ซึ่งช่วยทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น เนื่องจากเป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลให้ยอมรับตนเอง ครอบครัวและสังคม มองตนเองอย่างมีคุณค่า มีความเข้าใจในความแตกต่างระหว่างบุคคล สร้างคุณค่าในตนเอง เปลี่ยนพฤติกรรมให้เกิดการพัฒนาความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม มีการปรับตัว และสามารถเผชิญปัญหาได้ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและอนาคต ทำให้ผู้รับบำบัดมีการพัฒนาความภาคภูมิใจในตนเองไปในทางที่ดีขึ้น มองตนเองอย่างมีคุณค่า พัฒนาตนเองอย่างมีเป้าหมายทั้งระยะสั้น และระยะยาว รู้จักตนเอง มีสติ แก้ไขปัญหาและอุปสรรคด้วยตนเอง มีความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง และมีความรับผิดชอบต่อตนเองและครอบครัวได้ดีขึ้น (จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547) ซึ่งกลาสเซอร์ (Glasser, 1969) ได้กล่าวไว้ว่าการให้การปรึกษาตามทฤษฎีเผชิญความจริง ช่วยให้ผู้มีความรับผิดชอบต่อการแก้ปัญหา ตัดสินใจที่จะเผชิญปัญหา มีความอิสระในตัวเอง ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง รู้จักวิธีสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รับผิดชอบต่อภาระกิจของตนเอง และมีเป้าหมายในชีวิตด้วยตนเองมากกว่า การขึ้นอยู่กับอิทธิพลสิ่งแวดล้อม หรือสถานการณ์ต่าง ๆ จากภายนอก จึงทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

จากการวิเคราะห์การบำบัดรูปแบบนี้เป็นการบำบัดในแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยมีการบำบัด 6 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง ห่างกัน 1 สัปดาห์ โดยใช้เวลารวม 6 สัปดาห์ พบว่า ช่วยทำให้ผู้ป่วยยามฆ่าตัวตายรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีการประเมินผลลัพธ์หลังการบำบัดทันทีเท่านั้น จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลของการบำบัดรูปแบบนี้โดยติดตามประเมินผลในระยะยาว และเป็นการบำบัดที่สามารถกระทำได้สัปดาห์ละครั้ง ดังนั้น น่าจะสามารถประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยในชุมชนได้

จะเห็นได้ว่า ผลลัพธ์ของการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่นำมาศึกษาทุกรูปแบบมีส่วนช่วยให้ผู้รับการบำบัดไม่กลับไปฆ่าตัวตายซ้ำ ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัดส่วนใหญ่คือผลลัพธ์ด้านภาวะซึมเศร้า ร่องลงมาได้แก่ ผลลัพธ์ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และด้านความเข้มแข็งในการมองโลก ตามลำดับ ผลลัพธ์ดังกล่าว เป็นปัจจัยระดับบุคคลที่เป็นสาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตาย แสดงให้เห็นว่า การให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นวิธีการบำบัดทางจิตสังคมที่สำคัญ ซึ่งมุ่งเน้นที่การป้องกัน และแก้ไขสาเหตุของปัญหา ดังนั้นจึงเป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยหลังจากพยายามฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตามควรมีการติดตามเยี่ยมหลังให้การปรึกษาเนื่องจากการศึกษาของ กุนติ โตโพธิ์ไทย (2551) พบว่า การติดตามผู้ป่วยยามทำร้ายตนเองที่บ้านมีส่วนช่วยในการประเมินสภาพของผู้ป่วย เพื่อเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย และเพื่อดูแลอย่างใกล้ชิดต่อไป

นอกจากนี้จากการวิเคราะห์การศึกษาโดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยยามฆ่าตัวตายที่เคยได้รับการปรึกษา ในแง่ของวิธีการในการให้การปรึกษาที่ผู้รับการบำบัดต้องการก็พบว่าผู้รับการปรึกษาต้องการให้ผู้บำบัดช่วยประคับประคองจิตใจก่อนแล้วจึงพูดถึงประเด็นสาเหตุปัญหาอย่างแท้จริง (สุนทรี ศรีโกสย และคณะ, 2548) และยังพบว่าสิ่งที่ช่วยให้ผู้รับการบำบัดเอาชนะความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้แก่ การพัฒนาความตระหนักและความรับผิดชอบในตนเองในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย การช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจพฤติกรรมฆ่าตัวตายของตนเอง การพัฒนาบุคลิกลักษณะใหม่ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย การช่วยให้ผู้ป่วยเอาชนะความรู้สึกไร้อำนาจ และความรู้สึกหมดหวัง การใช้กระบวนการเพื่อให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ การให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อการบำบัด และการสร้างความรู้สึกไว้วางใจ และความรู้สึกมีคุณค่า (Paulson & Worth, 2002) ซึ่งประเด็นต่าง ๆ เหล่านี้เป็นประเด็นสำคัญที่ผู้บำบัดสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในกระบวนการให้การปรึกษาเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความเข้าใจในพฤติกรรมของตนเอง และหาทางออกสำหรับตนเองในทางสร้างสรรค์ ดังที่ ไนเมเยอร์ และเฟเฟอร์ (Neimeyer & Pfeffer, 1994) ได้กล่าวไว้ว่าส่วนสำคัญในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยามฆ่าตัวตายนั่นก็คือการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและการหาทางออกอย่างเหมาะสม

คุณสมบัติของผู้ให้การบำบัด

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์วรรณกรรมพบว่าผู้บำบัดมีหลายวิชาชีพ ได้แก่พยาบาล (กมลรัตน์ ชำนิณี, 2547; กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549; มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549; Guthrie, et al., 2001) และบุคลากรสาธารณสุขที่ศึกษาอบรมด้านจิตวิทยาการปรึกษา (จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547; พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546; วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545; สุวิมล ผู้ดี, 2548) โดยที่ผู้บำบัดจะต้องฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการบำบัด

จากการศึกษาเชิงคุณภาพยังพบว่าลักษณะของผู้บำบัดที่ผู้รับการบำบัดต้องการ คือ เป็นกันเอง สุภาพ นุ่มนวล เรียบร้อย แต่งกายสะอาด น่าเชื่อถือ บุคลิกภาพดี พูดไพเราะ ให้กำลังใจ มีอารมณ์ขัน มีความเป็นมิตรสูง มีความเต็มใจและมีเวลาให้อย่างเพียงพอ ใส่ใจผู้อื่นมีความรักและเข้าใจคน เป็นผู้ฟังที่ดี นึกถึงความปลอดภัยของบุคคล และมีการสื่อสารที่ดี (สุนทรี ศรีโกสย และคณะ, 2548; Aoun & Johnson, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อัญสุรีย์ ศิริโสภณ และนวรรณ์ สุวรรณพ้อง (2544) ที่พบว่า ผู้ให้การปรึกษามีทักษะในด้านการสร้างรู้สึกอบอุ่นความเป็นมิตร การมีสัมพันธภาพที่ดี และการเป็นผู้ฟังที่ดี

นอกจากนี้การศึกษาเชิงคุณภาพที่เกี่ยวกับการให้การปรึกษาโดยใช้แผนที่ความคิด (concept mapping) กับผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย พบว่ามีประโยชน์ต่อการพัฒนาบทบาทของผู้ให้การปรึกษาเกี่ยวกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งบทบาทสำคัญของผู้บำบัดที่ผู้รับการบำบัดต้องการ คือ สัมพันธภาพที่ดี และการให้กำลังใจเพื่อการฟื้นฟูสภาพจิตใจ ซึ่งผู้รับการบำบัดจะได้รับการช่วยเหลือให้ลดความคิดฆ่าตัวตายโดยอาศัยสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด พร้อมทั้งยอมรับและแก้ไขอารมณ์ต่าง ๆ ที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย (Paulson and Worth, 2002) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กรีนเบิร์ก และวัตสัน (Greenberg and Watson, 1999) ที่พบว่า ความคิดเห็นจากภายนอกการสนับสนุนและให้กำลังใจจากสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีส่วนสำคัญในกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

จะเห็นได้ว่า ผู้ให้การบำบัดในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอาจเป็น พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขที่ศึกษาด้านจิตวิทยาให้การปรึกษา โดยที่ผู้บำบัดจะต้องผ่านการอบรมเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการบำบัดก่อนให้การปรึกษา ในฐานะพยาบาล การให้การปรึกษารายบุคคลเป็นสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ตามบทบาทที่กำหนดโดยสภาการพยาบาล ซึ่งมีความเป็นอิสระในการปฏิบัติ (สภาการพยาบาล, 2546) นอกจากนี้ผู้บำบัดจะต้องมีการพัฒนาบุคลิกลักษณะที่ดีเพื่อให้ผู้รับการบำบัดพึงพอใจ และร่วมมือในการบำบัด และที่สำคัญผู้บำบัดจะต้องมีสัมพันธภาพที่ดี เพื่อเป็นหนทางไปสู่ความสำเร็จในการให้การปรึกษา

ลักษณะของผู้รับการบำบัด

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์วรรณกรรมพบว่าผู้รับการบำบัดเป็นเพศชาย และหญิงที่พยายามฆ่าตัวตาย และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างปี พ.ศ. 2542 - 2549 (กมลรัตน์ ช้วนินิ, 2547; กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549; จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547; พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546; มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549; วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545; สุวิมล ผู้ดี, 2548; Guthrie, et al., 2001) ซึ่งมีลักษณะตามเกณฑ์ ดังนี้

อายุอยู่ในช่วง 15- 65 ปี (กมลรัตน์ ช้วนินิ, 2547; กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549; พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546) ไม่จำกัดอายุ (จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547; สุวิมล ผู้ดี, 2548; มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549) และอายุ 18 ปี ขึ้นไป (วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่ไม่ระบุอายุชัดเจน (Guthrie et al., 2001) จะเห็นได้ว่าผู้รับการบำบัดส่วนใหญ่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป โดยอยู่ในช่วงวัยรุ่นถึงวัยสูงอายุ อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาส่วนหนึ่งที่ไม่จำกัดอายุ และไม่ระบุอายุผู้รับการบำบัด

มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้ง (กมลรัตน์ ช้วนินิ, 2547; กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549; จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547; มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549; วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545) และรองลงมาเป็น ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก (พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546; สุวิมล ผู้ดี, 2548) จะเห็นได้ว่าผู้รับการบำบัดส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป ซึ่งแอนเดรียสัน และ เบลค (Andreasen and Black, 2001) ให้ความเห็นว่าปัจจัยทางคลินิกที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายคือ การเคยมีประวัติการฆ่าตัวตาย ซึ่งผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายจะกลับทำซ้ำจนสำเร็จสูงถึง 100 เท่าของผู้ที่ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย และจำนวนครั้งในการพยายามฆ่าตัวตายที่มากขึ้นจะเพิ่มโอกาสในการทำสำเร็จสูงขึ้น (สุภรัตน์ เอกอัสวิน, 2547) ดังนั้นการให้การบำบัดในบุคคลที่เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายน่าจะมีส่วนช่วยในการลดอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำ และอัตราการตายได้

ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร เป็นผู้สามารถอ่าน และเขียนหนังสือได้ ไม่มีความบกพร่องด้านการฟัง และการมองเห็น สามารถสื่อสารเข้าใจง่าย ได้ตอบรู้เรื่อง และสามารถทำแบบประเมินได้ด้วยตนเอง (กมลรัตน์ ช้วนินิ, 2547; กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549; จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547; พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546; มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549; วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545; สุวิมล ผู้ดี, 2548; Guthrie, et al., 2001) ซึ่ง บราวน์ และ รีบาลัส (Brown and Srebalus, 1996) ให้ความเห็นว่าถ้าผู้รับการบำบัดมีความตั้งใจ และมีความสามารถในการสื่อสารด้วยคำพูด จะเกิดประโยชน์ต่อการให้การปรึกษา ซึ่งการมีลักษณะดังกล่าวเป็นสิ่งที่จำเป็นในกระบวนการให้การปรึกษา

มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สามารถรับรู้เวลา สถานที่และบุคคลได้ถูกต้อง ไม่มีพยาธิสภาพที่สมอง ไม่มีประวัติการป่วยทางจิตเวช หรือไม่มีความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรง (กมลรัตน์ ช้วนินิ, 2547;

กัญญาพิชญ์ จันทน์นิยม, 2549; จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546; วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545) และไม่ระบุระดับสติปัญญาและพยาธิสภาพทางสมอง (จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547; พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546; มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549; Guthrie, et al., 2001) ซึ่งการที่ผู้รับการปรึกษามีความสามารถรับรู้ตามความเป็นจริงจะมีส่วนช่วยสนับสนุนให้เกิดประโยชน์ในการปรึกษา (Brown & Srebalus, 1996) อย่างไรก็ตาม มีการศึกษา 1 เรื่องที่ผู้รับการบำบัดมีความเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) พบว่าการบำบัดมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเพิ่มความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง และสามารถกลับไปใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ (มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549) นอกจากนี้ผู้รับการบำบัดยังมีลักษณะไม่มีความเจ็บป่วยรุนแรงทางกาย และช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ (พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546; วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545)

จะเห็นได้ว่าผู้รับการบำบัดควรมีลักษณะตามเกณฑ์ดังนี้ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป มีความสามารถด้านการสื่อสาร มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สามารถรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคลได้ถูกต้อง ไม่มีความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรง ไม่มีความเจ็บป่วยรุนแรงทางกาย และช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ซึ่งการมีลักษณะดังกล่าวเป็นสิ่งที่จำเป็นในกระบวนการให้การปรึกษา

การบำบัดที่ใช้ร่วมกับการให้การปรึกษารายบุคคล

จากการสังเคราะห์วรรณกรรมพบว่าการนำการบำบัดรูปแบบต่าง ๆ มาใช้บำบัดผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายร่วมกับการให้การปรึกษารายบุคคล ดังนี้

การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle relaxation) เป็นส่วนประกอบส่วนหนึ่งที่สำคัญที่นำมาใช้ร่วมกับการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมาบำบัดในโรงพยาบาลซึ่งมีสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย อีกทั้งยังคงมีอารมณ์ต่างๆ เช่น ความเครียดที่เกิดจากพฤติกรรมฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ยังมีปัญหาอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ปัญหาครอบครัว วิกฤตการณ์ในชีวิต ความเจ็บป่วยเรื้อรังทางกาย เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้รับบำบัดไม่สุขสบายและมีความคิดวนเวียนอยู่กับปัญหาเดิม ๆ ของตนเอง จึงต้องมีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยก่อนการให้การปรึกษา เพื่อให้ผู้รับบำบัดอยู่ในสภาพผ่อนคลาย ซึ่งในสภาวะนี้จะช่วยเพิ่มความสามารถในการรับรู้ข้อมูลใหม่ ๆ และช่วยให้ฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองในขณะที่ให้การปรึกษาได้ดีขึ้น ส่งผลให้ปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมให้เปลี่ยนเป็นความคิดที่มีเหตุผลได้ง่าย ซึ่งส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง และเกิดพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม (วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญาพิชญ์ จันทน์นิยม (2548) ที่มีการฝึกทักษะการผ่อนคลายร่วมกับการบำบัดในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่าผู้รับการบำบัดมีภาวะซึมเศร้าลดลง จึงควรนำการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อมาใช้บำบัดร่วมในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) และกระบวนการกลุ่ม เป็นส่วนประกอบที่นำมาใช้ร่วมกับการให้การศึกษารูปแบบโปรแกรมการพยาบาลองค์รวม เพื่อให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเกิดการเรียนรู้กระบวนการทางความคิดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมุ่งเน้นให้ผู้รับบำบัดสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ โคลบ (Kolb, 1984 อ้างในกรมสุขภาพจิต, 2543) กระบวนการสร้างความรู้ต้องใช้ประสบการณ์จากผู้เรียนเอง โดยผู้เรียนเป็นฝ่ายกระทำ ซึ่งจะช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายเกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่การเรียนรู้ใหม่ ๆ อย่างต่อเนื่อง (กัญญาพิชญ์ จันทรนิยม, 2548) ส่วนการใช้กระบวนการกลุ่มในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีส่วนช่วยให้ผู้รับบำบัดมีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น ทั้งทางด้านการพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง การดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชน และการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ (กัญญาพิชญ์ จันทรนิยม, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กมลวรรณ สุขบวรวัฒน์ (2549) ที่พบว่าการใช้โปรแกรมกลุ่มการสร้างเสริมพลังอำนาจ มีผลทำให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมดูแลตนเองมากขึ้นจากการศึกษาของพัชรี คำธิตา และคณะ (2550) พบว่า การใช้กระบวนการกลุ่มในการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจมีผลให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายสามารถปรับกระบวนการความคิดของตนเอง มีทักษะในการเผชิญปัญหา และมองเห็นคุณค่าในตนเอง ส่งผลไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตายซ้ำ หรือการฆ่าตัวตายสำเร็จ นอกจากนี้ ปรานี วงศ์ใหญ่ และ วันเพ็ญ ยืนยงแสน (2549) ได้ศึกษาการใช้กระบวนการกลุ่ม (group process) โดยประยุกต์แนวคิดของ ซาเทียร์ (Virginia Satir) และจิตวิทยาแนวพุทธ ร่วมกับการให้การสนับสนุนทางสังคม (social support) ในผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างเรียนรู้ที่จะช่วยเหลือตนเองมากขึ้นปรับเปลี่ยนมุมมอง วิธีคิด สามารถดูแลตนเองและครอบครัว มีการช่วยเหลือกันเองในกลุ่ม และมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ช่วยให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ส่งผลให้ไม่มีความคิด หรือพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายซ้ำ จึงควรนำการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการใช้กระบวนการกลุ่มมาใช้บำบัดร่วมในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย

ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ และสังเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การศึกษารายบุคคลในผู้พยายามฆ่าตัวตายนี้ พยาบาล และบุคลากรในทีมสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการให้การปรึกษากลุ่มบุคคลดังกล่าว การให้การศึกษารายบุคคลนั้นจะต้องเลือกรูปแบบที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาของแต่ละบุคคล อันจะเป็นการช่วยเหลือทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่าใช้จ่าย อย่างไรก็ตามการให้การปรึกษาต้องขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้รับการบำบัด และผู้ให้การปรึกษาจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีการให้การศึกษารายบุคคลในแต่ละรูปแบบเป็นอย่างดี และควรฝึกฝนทักษะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และคุ้มค่าใช้จ่าย ซึ่งมีงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์จำนวน 12 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่เป็น Randomised Controlled Trial อยู่ในระดับ A จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยที่เป็น Quasi-Experimental Study อยู่ในระดับ B จำนวน 5 เรื่อง เป็นกรณีศึกษา และงานวิจัยเชิงคุณภาพอื่น ๆ อยู่ในระดับ C จำนวน 6 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศ จำนวน 9 เรื่อง และต่างประเทศ จำนวน 3 เรื่อง ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์วรรณกรรมทั้งหมดสามารถสรุปสาระสำคัญเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในประเด็นต่อไปนี้ 1) ผลลัพธ์ของการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย 2) คุณสมบัติของผู้ให้การบำบัด 3) ลักษณะของผู้รับการบำบัด และ 4) การบำบัดที่ใช้ร่วมกับการให้การปรึกษารายบุคคล มีรายละเอียดสรุปผลดังนี้

ผลลัพธ์ของการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์วรรณกรรมพบว่า ผลลัพธ์ของการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทุกรูปแบบช่วยลดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซ้ำ (กมลรัตน์ ช้วนินิ, 2547; กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549; จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547; พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546; วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545; มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549; สุวิมล ผู้ดี, 2548 Guthrie, et al., 2001) ส่วนผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ เป็นผลมาจากการใช้การบำบัดรูปแบบต่าง ๆ ที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการให้การปรึกษารายบุคคล ซึ่งสรุปได้ดังนี้ 1) แบบโลโกเทอราปี (Logo Therapy) เป็นการบำบัดที่ใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบอัตถิภาวนิยม (Existential Counseling) ส่งผลให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความเข้มแข็งในการมองโลกเพิ่มขึ้น (พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546) 2) แบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง เป็นการบำบัดที่ใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Counseling) ช่วยให้ผู้รับบำบัดรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น (สุวิมล ผู้ดี, 2548) 3) รูปแบบทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส เป็นการบำบัดที่ใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Counseling) มีผลทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายเพิ่ม

ความเข้มแข็งในการมองโลก (จุฑาธิป เหมินทร์, 2547) 4) รูปแบบการบำบัดทางจิตวิทยาแบบสั้น (Brief Psychological Intervention) เป็นการบำบัดที่ใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Counseling) มีผลทำให้ผู้รับการบำบัดมีความคิดฆ่าตัวตายลดลง (Guthrie, et al., 2001) 5) แบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ เป็นการบำบัดที่ใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม (REBT Counseling) ผู้ป่วยที่ได้รับการให้การปรึกษาดังกล่าวร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ พบว่ามีภาวะซึมเศร้าลดลง (วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545) 6) แบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์ และพฤติกรรม เป็นการบำบัดที่ใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (REBT Counseling) ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายลดลง (กมลรัตน์ ช้วนินิ, 2547) 7) รูปแบบแนวคิดซาเทียร์ เป็นการบำบัดที่ใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแนวคิดซาเทียร์ (Satir Model) ช่วยทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549) 8) แบบการพยาบาลองค์รวม (Holistic Nursing Program) เป็นการบำบัดที่ใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผสมผสาน (Integrative Approach to Counseling) ช่วยทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้าลดลง และมีการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น (กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549) และ 9) แบบทฤษฎีเผชิญความจริง (Reality Therapy) เป็นการบำบัดที่ใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผสมผสาน (Integrative Approach to Counseling) ช่วยทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น (จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547)

จะเห็นได้ว่าผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัดส่วนใหญ่ คือผลลัพธ์ด้านภาวะซึมเศร้า รongลงมา ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความเข้มแข็งในการมองโลก ตามลำดับ ผลลัพธ์ดังกล่าวเป็นปัจจัยระดับบุคคลที่เป็นสาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตาย แสดงให้เห็นว่าการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นวิธีการบำบัดรักษาทางจิตสังคมที่สำคัญซึ่งมุ่งเน้นที่การป้องกันและแก้ไขสาเหตุของปัญหา ดังนั้นจึงเป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยหลังจากพยายามฆ่าตัวตาย

คุณสมบัติของผู้ให้การบำบัด

จากการวิเคราะห์ และสังเคราะห์วรรณกรรมพบว่าผู้บำบัดมีหลายวิชาชีพ ได้แก่พยาบาล (กมลรัตน์ ช้วนินิ, 2547; กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549; มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549; Guthrie, et al., 2001) และบุคลากรสาธารณสุขที่ศึกษาทางด้านจิตวิทยาการปรึกษา (จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547; พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546; วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545; สุวิมล ผู้ดี, 2548) โดยที่ผู้บำบัดจะต้องฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการบำบัด

จากการศึกษาเชิงคุณภาพยังพบว่าผู้บำบัดควรมีลักษณะที่เป็นกันเอง สุภาพ นุ่มนวล เรียบง่าย แต่งกายสะอาด น่าเชื่อถือ บุคลิกภาพดี พูดไพเราะ ให้กำลังใจ มีอารมณ์ขัน มีความเป็นมิตรสูง

มีความเต็มใจและมีเวลาให้อย่างเพียงพอ ใส่ใจผู้อื่นมีความรักและเข้าใจคน เป็นผู้ฟังที่ดี คำนึงถึงความปลอดภัยของบุคคล และมีการสื่อสารที่ดี (สุนทรี ศรีโกไสย และคณะ, 2548; Aoun & Johnson, 2000) นอกจากนี้ยังพบว่าบทบาทที่สำคัญของผู้บำบัดที่ผู้รับการบำบัดต้องการ คือ สัมพันธภาพที่ดี และการให้กำลังใจเพื่อการฟื้นฟูสภาพจิตใจ ซึ่งผู้รับการบำบัดจะได้รับการช่วยเหลือให้ลดความคิดฆ่าตัวตายโดยอาศัยสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด พร้อมทั้งยอมรับและแก้ไขอารมณ์ต่าง ๆ ที่อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (Paulson, et al., 2002)

ลักษณะของผู้รับการบำบัด

ผู้รับการบำบัดเป็นเพศชายและหญิงที่พยายามฆ่าตัวตาย และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างปี พ.ศ. 2542- 2549 (กมลรัตน์ ช้วนินิ, 2547; กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549; จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547; พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546; มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549; วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545; สุวิมล ผู้ดี, 2548; Guthire, et al., 2001) โดยมีลักษณะตามเกณฑ์ดังนี้

อายุอยู่ในช่วง 15- 65 ปี (กมลรัตน์ ช้วนินิ, 2547; กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549; พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546) ไม่จำกัดอายุ (จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547; สุวิมล ผู้ดี, 2548; มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549) และอายุ 18 ปี ขึ้นไป (วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่ไม่ระบุอายุชัดเจน (Guthire et al., 2001) จะเห็นได้ว่าผู้รับการบำบัดส่วนใหญ่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป โดยอยู่ในช่วงวัยรุ่นถึงวัยสูงอายุ อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาส่วนหนึ่งที่ไมจำกัดอายุ และไม่ระบุอายุผู้รับการบำบัด

มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย 1 ครั้งขึ้นไป (กมลรัตน์ ช้วนินิ, 2547; กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549; จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547; มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549; วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545) และรองลงมาเป็นผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก (พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546; สุวิมล ผู้ดี, 2548) จะเห็นได้ว่าผู้รับการบำบัดส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป

ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สามารถอ่าน เขียนหนังสือได้ ไม่มีความบกพร่องด้านการฟัง และการมองเห็น สามารถสื่อสารเข้าใจง่าย ได้ตอบรู้เรื่อง และสามารถทำแบบประเมินได้ด้วยตนเอง (กมลรัตน์ ช้วนินิ, 2547; กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549; จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547; พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546; มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549; วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545; สุวิมล ผู้ดี, 2548; Guthire, et al., 2001)

มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สามารถรับรู้เวลา สถานที่และบุคคลได้ถูกต้อง ไม่มีพยาธิสภาพที่สมอง ไม่มีประวัติการป่วยทางจิตเวช หรือไม่มีความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรง (กมลรัตน์ ช้วนินิ, 2547;

กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549; จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546; วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545) และไม่ระบุระดับสติปัญญาและพยาธิสภาพทางสมอง (จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547; พรจิตต์ ทองบัณฑิต; มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549; Guthrie, et al., 2001) ซึ่งการที่ผู้รับการปรึกษามีความสามารถรับรู้ตามความเป็นจริงจะมีส่วนช่วยสนับสนุนให้เกิดผลดีต่อการปรึกษา (Brown & Srebalus, 1996) อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาบางเรื่องได้แก่ การให้การปรึกษาแนวคิดซาร์เทีย (Sartir Model) ที่ผู้รับการบำบัดมีความเจ็บป่วยทางจิตเวช พบว่าการบำบัดมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเพิ่มความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง และสามารถกลับไปใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ (มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549)

นอกจากนี้ ผู้รับการบำบัดยังมีลักษณะ ไม่มีความเจ็บป่วยรุนแรงทางกาย และช่วยเหลือตนเอง ในกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ (พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546; วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545) จะเห็นได้ว่า ผู้รับการบำบัดมีลักษณะตามเกณฑ์ดังนี้ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป มีความสามารถด้านการสื่อสาร มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สามารถรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคลได้ถูกต้อง ไม่มีความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรง มีความสนใจเข้าร่วมการบำบัด ไม่มีความเจ็บป่วยรุนแรงทางกาย และช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ซึ่งการมีลักษณะดังกล่าวเป็นสิ่งที่จำเป็นในกระบวนการให้การปรึกษา

การบำบัดที่ใช้ร่วมกับการให้การปรึกษารายบุคคล

จากการสังเคราะห์วรรณกรรมพบว่าการนำการบำบัดรูปแบบต่าง ๆ มาใช้บำบัดผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายร่วมกับการให้การปรึกษารายบุคคล ดังนี้

การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle relaxation) เป็นส่วนประกอบส่วนหนึ่งที่สำคัญที่นำมาใช้ร่วมกับการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมาบำบัดในโรงพยาบาล ซึ่งมีสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย อีกทั้งยังคงมีอารมณ์ต่าง ๆ เช่น ความเครียดที่เกิดจากพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ยังมีปัญหาอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ปัญหาครอบครัว วิกฤตการณ์ในชีวิต ความเจ็บป่วยเรื้อรังทางกาย เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้รับบำบัดไม่สุขสบาย และมีความคิดวนเวียนอยู่กับปัญหาเดิม ๆ ของตนเอง จึงต้องมีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยก่อนการให้การปรึกษา เพื่อให้ผู้รับบำบัดอยู่ในสภาพผ่อนคลาย ซึ่งในสภาวะนี้จะช่วยเพิ่มความสามารถในการรับรู้ข้อมูลใหม่ ๆ และช่วยให้ฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองในขณะที่ให้คำปรึกษาได้ดีขึ้น ส่งผลให้ปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมให้เปลี่ยนเป็นความคิดที่มีเหตุผลได้ง่าย (กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2548; วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545) ซึ่งส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง และเกิดพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) และกระบวนการกลุ่ม เป็นส่วนประกอบที่นำมาใช้ร่วมกับการให้การปรึกษารูปแบบโปรแกรมการพยาบาลองค์กรวม เพื่อให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเกิด

การเรียนรู้กระบวนการทางความคิดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งแนวทางการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมุ่งเน้นให้ผู้รับ บำบัดสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิด การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ โคลบ (Kolb, 1984 อ้างในกรมสุขภาพจิต, 2543) กระบวนการสร้างความรู้ต้องใช้ประสบการณ์จากผู้เรียนเอง โดยผู้เรียนเป็นฝ่ายกระทำ ซึ่งจะช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายเกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่การเรียนรู้ใหม่ ๆ อย่างต่อเนื่อง (กัญญาพิชญ์ จันทรนิยม, 2548) ส่วนการใช้กระบวนการกลุ่มในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีส่วนช่วยให้ผู้รับบำบัดมีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น ทั้งทางด้านการพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง การดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชน และการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ (กัญญาพิชญ์ จันทรนิยม, 2548) ซึ่งช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายสามารถปรับกระบวนการความคิดของตนเอง มีทักษะ ในการเผชิญปัญหาและมองเห็นคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้ไม่มีการฆ่าตัวตายซ้ำ หรือการฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่ง ปราณี วงศ์ใหญ่ และวันเพ็ญ ยืนยงแสน (2549) ได้ศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม (group process) โดย ประยุกต์ใช้แนวคิดของ ซาเทียร์ (Virginia Satir) และจิตวิทยาแนวพุทธ ร่วมกับการให้การสนับสนุนทาง สังคม (social support) ในผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างเรียนรู้ที่จะช่วยเหลือตนเองมากขึ้น ปรับเปลี่ยนมุมมอง วิถีคิด สามารถดูแลตนเองและครอบครัว มีการช่วยเหลือกันเองในกลุ่ม และมีส่วนร่วม ในกิจกรรมของชุมชน ช่วยให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ส่งผลให้ไม่มีความคิด หรือพฤติกรรมทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย

ผลที่ได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์วรรณกรรมจะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลและบุคลากร ในทีมสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย การให้การปรึกษารายบุคคลอย่างเหมาะสม กับสภาพปัญหาของแต่ละบุคคลเป็นสิ่งที่สำคัญ จึงควรเลือกรูปแบบที่มีผลลัพธ์ตอบสนองต่อปัญหาของ ผู้ป่วย ซึ่งเป็นการช่วยเหลือทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพ กลุ่มคำใช้จ่าย ซึ่งพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ อย่างอิสระตามสมรรถนะและบทบาทที่สภาการพยาบาลกำหนด และสิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการให้การ ปรึกษาได้แก่ คุณลักษณะของผู้ให้การปรึกษา ลักษณะของผู้รับการบำบัด และการบำบัดที่ใช้ร่วมกับการ ให้การปรึกษา เพราะเป็นส่วนประกอบสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการบำบัด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้เพื่อการบำบัด

ผลที่ได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ พยายามฆ่าตัวตายนี้ พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการให้ การปรึกษากลุ่มบุคคลดังกล่าว การให้การปรึกษารายบุคคลนั้นจะต้องเลือกรูปแบบที่เหมาะสมกับสภาพ ปัญหาของแต่ละบุคคล และผู้ให้การปรึกษาจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีและมีประสบการณ์การให้การ

ปรึกษารายบุคคลในแต่ละรูปแบบเป็นอย่างดี โดยที่รูปแบบต่าง ๆ ที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

แบบโลโกเทอราปี (Logo Therapy) เป็นการบำบัดในผู้ป่วยใน โดยมีการบำบัด 9 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 5 วัน ซึ่งพบว่า ช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความเข้มแข็งในการมองโลกเพิ่มขึ้น ดังนั้น การบำบัดนี้จึงเหมาะสมกับผู้ป่วยที่บำบัดรักษาแผนกผู้ป่วยใน เพราะบำบัดวันละ 2 ครั้ง ในระยะเวลาอันสั้น นอกจากนี้ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลการบำบัดรูปแบบนี้ โดยติดตามประเมินผลในระยะยาว

แบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person- Centered Therapy) เป็นการบำบัดในแผนกผู้ป่วยใน โดยมีการบำบัด 10 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที วันละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ซึ่งพบว่า ช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และจากการติดตามผลการบำบัดสัปดาห์ที่ 10 ก็ยังได้ผลลัพธ์เช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ดังนั้นอาจนำรูปแบบนี้ไปใช้ในการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก หรือการบำบัดผู้ป่วยในชุมชน

แบบทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส (Neuro- Linguistic Programming) เป็นการบำบัดในแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยมีการบำบัดที่ใช้เทคนิคเฉพาะทางจิตวิทยา 3 เทคนิค ๆ ละ 1 ครั้ง ทุก 2 วัน ใช้เวลารวม 6 วัน หลังการบำบัด 1 สัปดาห์ และในระยะติดตามผล 3 สัปดาห์ พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความเข้มแข็งในการมองโลกเพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าการบำบัดรูปแบบนี้ค่อนข้างจะเหมาะสมกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เพราะระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดสั้น แต่อย่างไรก็ดี การนำไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยกลุ่มนี้ อาจให้การบำบัดอย่างต่อเนื่องหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และควรศึกษาความคงอยู่ของความเข้มแข็งในการมองโลกในระยะยาว

แบบการบำบัดทางจิตวิทยาแบบสั้น (Brief Psychological Intervention) เป็นการบำบัดที่บ้าน โดยมีการบำบัด 4 ครั้ง ๆ ละ ประมาณ 50 นาที ภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์ พบว่า ผู้รับการบำบัดมีความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรม ฆ่าตัวตายลดลงเป็นระยะเวลานานถึง 6 เดือน ดังนั้น จึงเป็นการบำบัดที่ให้ผลลัพธ์ในระยะยาว และเนื่องจากเป็นการบำบัดที่บ้านจึงเป็นทางเลือกหนึ่งของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ไม่ต้องการบำบัดแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามการที่จะนำมาประยุกต์ใช้นั้น ต้องคำนึงถึงระบบการดูแลสุขภาพของสังคมนั้น ๆ ว่าเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในชุมชนหรือไม่

แบบพิจารณาเหตุผล และอารมณ์ (Rational- Emotive Therapy) ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นการบำบัดในแผนกผู้ป่วยใน โดยมีการบำบัดร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 5 ครั้ง ๆ ละ 60- 90 นาที ห่างกันทุก 1 วัน เป็นเวลา 5 วัน พบว่า ผู้รับการบำบัดมีภาวะซึมเศร้าลดลง การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการให้ผู้ป่วยได้มีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อก่อนการให้ การปรึกษานั้น ช่วยให้ผู้ป่วยมีความ

พร้อมในการเข้าสู่กระบวนการบำบัดมากขึ้น ดังนั้น อาจนำวิธีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อไปใช้ร่วมกับการบำบัดรูปแบบอื่น

แบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์ และพฤติกรรม (Rational- Emotive Behavioral Therapy) เป็นการบำบัดในแผนกผู้ป่วยใน โดยมีการบำบัด 4 ครั้งๆ ละ 40 นาที ห่างกันทุก 1 วัน เป็นเวลา 4 วัน เมื่อติดตามผลหลังการบำบัด 2 สัปดาห์ พบว่า ผู้รับการบำบัดมีภาวะซึมเศร้าลดลง จะเห็นได้ว่าการศึกษาศึกษาครั้งนี้ ประเมินผลลัพธ์เพียงด้านเดียว คือ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยง (risk factor) ต่อการพยายามฆ่าตัวตาย ดังนั้น การนำไปประยุกต์ใช้น่าจะมีการประเมินผลลัพธ์ในแง่ปัจจัยปกป้อง (protective factor) ที่สอดคล้องกับการบำบัดรูปแบบนี้ นอกจากนี้ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลการบำบัดรูปแบบนี้โดยติดตามประเมินผลในระยะยาว

รูปแบบแนวจิตวิทยาเชิงรู้คิด เป็นการบำบัดในแผนกผู้ป่วยใน โดยมีการบำบัด 6 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง ระยะห่างขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ป่วยโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเป็นฝ่ายนัด พบว่า ช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตามการบำบัดรูปแบบนี้ผู้บำบัดจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในทฤษฎีพื้นฐานเป็นอย่างดี และจะต้องมีประสบการณ์ในการบำบัด นอกจากนี้ผู้รับการบำบัดจะต้องอยู่ในภาวะที่เหมาะสมต่อการบำบัด

รูปแบบการพยาบาลองค์รวม (Holistic Nursing Program) เป็นการบำบัดในแผนกผู้ป่วยใน โดยมีการบำบัดร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่ม และมีการบำบัด 5 ครั้งๆ ละ 40 นาที (วันที่ 1, 2, 3, 7 และ 14 ของการบำบัด) พบว่าช่วยทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้าลดลง และมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น การศึกษานี้มีการใช้กระบวนการบำบัดรูปแบบอื่น ๆ ร่วมด้วย ดังนั้นการจะนำไปประยุกต์ใช้ ผู้บำบัดจึงควรฝึกทักษะกระบวนการบำบัดต่าง ๆ นี้ให้เกิดความชำนาญก่อนนำไปใช้

รูปแบบทฤษฎีเผชิญความจริง (Reality Therapy) เป็นการบำบัดในแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยมีการบำบัด 6 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง ห่างกัน 1 สัปดาห์ โดยใช้เวลารวม 6 สัปดาห์ พบว่า ช่วยทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีการประเมินผลลัพธ์หลังการบำบัดทันทีเท่านั้น จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลของการบำบัดรูปแบบนี้โดยติดตามประเมินผลในระยะยาว และเป็นการบำบัดที่สามารถทำได้สัปดาห์ละครั้ง ดังนั้น น่าจะสามารถประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยที่รับการบำบัดในชุมชนได้

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้พยายามฆ่าตัวตายควรศึกษาทดลองร่วมกับการบำบัดรูปแบบอื่น ๆ ที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย เช่น การฝึกสมาธิแนวพุทธ เป็นต้น เพื่อพัฒนารูปแบบต่าง ๆ ในการดูแลช่วยเหลือ และเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับการบำบัด

2.2 ควรนำทฤษฎีการให้การปรึกษารายบุคคลอื่น ๆ มาศึกษาในบริบทของสังคม และวัฒนธรรมของคนไทย เพื่อเป็นพื้นฐานในการกำหนดรูปแบบที่เหมาะสมกับผู้รับการปรึกษา เพื่อพัฒนารูปแบบการให้การปรึกษาให้ครอบคลุมผู้รับการบำบัดที่มีลักษณะแตกต่างกัน

2.3 ควรศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ประสบผลสำเร็จในการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้พยายามฆ่าตัวตาย และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการให้การปรึกษา



การสังเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

A SYNTHESIS OF LITERATURE ON INDIVIDUAL COUNSELING FOR SUICIDE ATTEMPTS

สุริยะ จงแพ 4937010 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษานิพนธ์ : พชรินทร์ นันทจันทร์, Ph.D. (Nursing), โสภณ แสงอ่อน,
Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข ในแต่ละปีจะมีคนฆ่าตัวตายทั่วโลกประมาณ 1,000,000 คน และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต 10 อันดับแรกของโลก (Ellis, 2006) ประเทศไทยพบอัตราการฆ่าตัวตายสูงเป็นอันดับที่ 71 ของโลก และเป็นอันดับที่ 4 ของทวีปเอเชีย และในปี พ.ศ. 2540- 2545 พบอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ 6.9, 8.1, 8.6, 8.4, 7.7 และ 7.8 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2549) จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่าอัตราการพยายามฆ่าตัวตายเท่ากับ 51.4 ต่อแสนประชากร (อภิชัย มงคล, สุพิน พิมพ์เสน, ปิตพงษ์ เกษมสมบูรณ์, นุศราพร เกษมสมบูรณ์ และประสงค์ สิงห์นาง, 2545) และในแต่ละปีจะมีผู้พยายามฆ่าตัวตายเท่ากับ 20,500- 21,500 รายต่อปี (อภิชัย มงคลและคณะ อ้างในอภิชัย มงคล และทวี ตั้งเสรี, 2547) นอกจากนี้ยังพบว่าบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายมีจำนวนมากกว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 10- 20 เท่า (WHO, 1999) ซึ่งกลุ่มดังกล่าวมีโอกาสทำซ้ำ และฆ่าตัวตายสำเร็จได้

การฆ่าตัวตายซ้ำมีความสำคัญทางสาธารณสุข เนื่องจากผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายจะกระทำซ้ำจนสำเร็จสูงถึง 100 เท่าของผู้ที่ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย และจำนวนครั้งที่มากขึ้นจะเพิ่มโอกาสในการทำสำเร็จสูงขึ้น (สุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2547) จากการศึกษาพบว่าอัตราการทำร้ายตนเองมากกว่า 1 ครั้ง เท่ากับ 5.5 ต่อแสนประชากร และยังพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำมีแนวโน้มสูงขึ้น

โดยในปี พ. ศ. 2546- 2547 ประเทศไทยพบอัตราฆ่าตัวตายซ้ำ เท่ากับ 3.7 และ 3.9 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2548)

การฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกันหลายประการ ซึ่งมีปัจจัยในระดับบุคคลเป็นสาเหตุที่สำคัญ ได้แก่ ความเครียด ความรู้สึกไร้ค่า (Wilburn & Smith, 2005) ความเข้มแข็งในการมองโลก (A Sense of Coherence, SOC) ต่ำ (Mehlum, 1998; Edward & Holden, 2001) ภาวะซึมเศร้า (ศุภรัตน์ เอกอัสวิน, 2545) และมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง (ครุณี เลิศปรีชา, 2545) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยทางด้านครอบครัว และสังคม เช่น ปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว (เขมิกัญจน์ ไพฑูรย์, ถนอมศรี อินทนนท์ และวันดี สุทธรังสี, 2551; ปราชญ์ บุญวงศ์วิโรจน์, สมกวร หาญพัฒนชัยกุล และบารมี จรัสสิงห์, 2547) เป็นต้น

การฆ่าตัวตาย ทั้งการฆ่าตัวตายสำเร็จและไม่สำเร็จ ก่อให้เกิดความสูญเสียต่อตนเอง ครอบครัว สถาบันและองค์กร สังคม และประเทศชาติเป็นอย่างมาก จากการศึกษาพบว่า การที่บุคคลฆ่าตัวตายจะเกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability- Adjusted Life Year, DALYs) ในเพศชาย เท่ากับ 83,252 DALYs และในเพศหญิงเท่ากับ 25,434 DALYs นอกจากนี้ยังเป็นภาวะหรือโรคที่ทำให้บุคคลเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Year Lost due to premature death: YLLs) โดยในเพศชายเท่ากับ 159,640 YLLs อยู่ในลำดับที่ 5 และในเพศหญิงเท่ากับ 58,177 YLLs อยู่ในลำดับที่ 10 ของประเทศ (มาโนช หล่อตระกูล, 2547) การฆ่าตัวตายอาจก่อให้เกิดความพิการ หรือทุพพลภาพจนไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ และอาจเกิดการกลับมาทำซ้ำ จนเป็นภาระแก่ผู้อื่นในการดูแล ซึ่งส่งผลให้บุคคลในครอบครัวเกิดความเครียด และวิตกกังวล นอกจากนี้ยังเกิดผลกระทบต่อองค์กรต่าง ๆ ที่ต้องใช้ทรัพยากรอย่างมากในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นการระงับของประเทศ ส่วนการช่วยเหลือบุคคลกลุ่มนี้มีหลายรูปแบบ ได้แก่ การรักษาด้วยยา การช็อกไฟฟ้า และการบำบัดทางจิตสังคม เช่น การให้การปรึกษารายบุคคล จัดบำบัดรายบุคคล และครอบครัวบำบัด เป็นต้น

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายพบว่า อัตราการฆ่าตัวตายจะแปรผันตามลักษณะของปัจเจกบุคคล (Durkheim, 1897 อ้างใน เพชรรา ปาสรานนท์, 2547) ดังนั้นการให้การปรึกษารายบุคคลจึงมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งพบว่าช่วยแก้ไขปัญหาที่เป็นปัจจัยในระดับบุคคลของผู้พยายามฆ่าตัวตาย เช่น ภาวะซึมเศร้า (กมลรัตน์ ชำนิณี, 2547; วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545; สุวิมล ผู้ดี, 2548) เพิ่มความเข้มแข็งในการมองโลก (จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546) และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547; สุวิมล ผู้ดี, 2548) เป็นต้น การให้การปรึกษารายบุคคลเป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลให้เข้าใจตนเอง และสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น และสามารถวางแผนในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีทักษะในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น (ดวงมณี จงรักษ์, 2548; วัชร ทรัพย์มี, 2547; Hansen, Rossberg, &

Cramer, 1994; Higdon, 2004) การให้การปรึกษารายบุคคลมีทฤษฎีพื้นฐานต่าง ๆ ที่จะใช้เป็นแนวทางในการให้การปรึกษา เช่น การให้การปรึกษาแบบจิตวิเคราะห์ (Corey, 2005; Gladding, 2004; Neukrug, 2007; Seligman, 2006) การให้การปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Corey, 2005; Kottler & Shepard, 2008) การให้การปรึกษาแบบอัตถิภาวนิยม (ดวงมณี จงรักษ์, 2548; Gladding, 2004) เป็นต้น ส่วนการศึกษาวิจัยที่นำการให้การปรึกษารายบุคคลมาใช้ในการบำบัดผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เช่น การให้การปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Therapy) มีผลให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และมีภาวะซึมเศร้าลดลง (สุวิมล ผู้ดี, 2548) และการศึกษาการให้การปรึกษาแบบโลโกเทอราปี (Logo Therapy) ที่ช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตาย มีความเข้มแข็งในการมองโลก เพิ่มขึ้น (พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546) เป็นต้น

บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะต้องมีการเฝ้าระวัง และให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน และต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการทำซ้ำ ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน มีหน้าที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ซึ่งครอบคลุมการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จึงสนใจที่จะทบทวน วิเคราะห์ และสังเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย อันจะทำให้ผู้ศึกษามีความเข้าใจ และนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

วัตถุประสงค์

เพื่อวิเคราะห์ และสังเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในประเด็นต่อไปนี้

1. รูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค ระยะเวลาและความถี่ที่ใช้ในการบำบัด
2. ผู้ให้การบำบัด
3. ผู้รับการบำบัด
4. สถานที่ในการให้การบำบัด
5. แบบประเมินที่ใช้ในการวิจัย
6. ผลลัพธ์ของการบำบัด

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้อันจะนำไปประยุกต์ใช้ในการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

คำนิยามศัพท์

การให้การปรึกษารายบุคคล (Individual counseling) หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือบุคคลโดยใช้แนวคิดทฤษฎี และวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมทักษะในการจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนาตนเองในระดับสูงสุด โดยที่ผู้รับการปรึกษาสามารถตัดสินใจ และเลือกกระทำด้วยตนเอง โดยที่ผู้บำบัดอาจเป็นพยาบาล นักจิตวิทยา จิตแพทย์ หรือบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพจิตและจิตเวช

ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (Suicide attempts) หมายถึง บุคคลที่กระทำเพื่อให้ตนเองเสียชีวิตด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง หรือเพื่อให้ตนเองเกิดอันตรายรุนแรงจนถึงแก่ความตาย แต่กระทำไม่สำเร็จ

วิธีดำเนินการศึกษา (Methodology)

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ และสังเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งมีกระบวนการศึกษา และทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบดังนี้ (Polit & Hungler, 1997)

การสืบค้นงานวิจัย และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการจากแหล่งข้อมูล (Search for information sources)

แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data source) แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัย และหลักฐานอ้างอิงเชิงวิชาการ (information sources) จากวัสดุตีพิมพ์ผลงานวิจัยทั้งในประเทศ และต่างประเทศ

โดยการสืบค้นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (electronic research) ที่น่าเชื่อถือจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ดังนี้

1. สืบค้นงานวิจัย และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการของประเทศไทยจากฐานข้อมูลของห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ห้องสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ห้องสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น ห้องสมุดมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ห้องสมุดมหาวิทยาลัยบูรพา กรมสุขภาพจิต ThaiLIS, SuicideThai, Riclic และ Thairesearch
2. สืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลต่าง ๆ ของต่างประเทศ ได้แก่ OVID, ProQuest, CINAHL Science Direct, Pubmed, WHO, Backwell, Medscape, MD consult และ Google Scholar
3. สืบค้นงานวิจัย และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ โดยการค้นคว้าด้วยตนเองจากห้องสมุดของสถาบันการศึกษา และสถานบริการต่าง ๆ ทางสาธารณสุข ได้แก่ ห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ห้องสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ห้องสมุดมหาวิทยาลัยบูรพา ห้องสมุดวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ห้องสมุดสถาบันกัลยาราชนครินทร์

ห้องสมุดโรงพยาบาลศรีธัญญา และห้องสมุดกรมสุขภาพจิต นอกจากนี้ได้สืบค้นจากเอกสารอ้างอิง ทำบทยางงานวิจัยและเอกสารทางวิชาการต่าง ๆ เพื่อนำไปค้นหาเอกสารฉบับเต็ม (full text)

กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น (Key word) คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่สนใจมีดังนี้ suicide, “attempted suicide”, “reattempted suicide”, “repeat suicide”, “suicide attempts”, “deliberate self-harm”, “attempted suicide” AND counseling, “deliberate self-harm” AND counseling, “reattempted suicide” AND counseling, “repeat suicide” AND counseling, “suicide attempts” AND counseling, suicide AND counseling AND intervention มาตวตตาย การทำร้ายตนเอง และการให้คำปรึกษา

เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ (Inclusion criteria) ใช้เกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือก ดังนี้

- 1) เป็นงานวิจัย และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้การปรึกษา รายบุคคลในผู้ที่พยายามมาตวตตาย
- 2) ชนิดหรือประเภทของหลักฐานเชิงประจักษ์ พิจารณาจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มตัวอย่าง งานวิจัยกึ่งทดลอง งานวิจัยเชิงคุณภาพ และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการที่ได้ผ่านความเห็นหรือฉันทมติจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ
- 3) เป็นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการที่สามารถหาเอกสารฉบับเต็ม (Full Text) ได้

แนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

จากการทบทวนวรรณกรรม และสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามมาตวตตาย มีแนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการดังนี้

1. การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of research quality)

ประเมินระดับคุณภาพของงานวิจัยตามเกณฑ์ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) โดยแบ่งคุณภาพหลักฐานงานวิจัยออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ A หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลอง หรือ Meta-analysis ของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง และมีกลุ่มควบคุม หรืองานวิจัยเชิงทดลองเดี่ยวที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง และมีกลุ่มควบคุม

ระดับ B หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานวิจัยที่มีการออกแบบบรรดคุม แต่อาจเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ระดับ C หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการเปรียบเทียบ การหาความสัมพันธ์ หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยายอื่น ๆ

ระดับ D หมายถึงหลักฐานที่ได้ความเห็นหรือฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (expert concensus)

จากการประเมินระดับคุณภาพของงานวิจัยตามเกณฑ์ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย พบว่ามีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงตามเกณฑ์คัดเลือกระดับ A จำนวน 1 เรื่อง ระดับ B จำนวน 5 เรื่อง และระดับ C จำนวน 6 เรื่อง รวมวรรณกรรมที่นำมาใช้ศึกษาทั้งสิ้นจำนวน 12 เรื่อง

2. การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction)

การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย (data extraction) เพื่อนำผลการวิจัยไปวิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อสรุปเป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับการให้การรักษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยการพิจารณากลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัยที่คัดเลือก ดังนี้

- 2.1 ปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของงานศึกษาวิจัย (problem or purpose)
- 2.2 แบบการวิจัย (research design)
- 2.3 กลุ่มตัวอย่าง (sample)
- 2.4 สถานที่หรือแหล่งวิจัย (setting)
- 2.5 เครื่องมือ และการเก็บรวบรวมข้อมูล (instruments and data collection)
- 2.6 วิธีการวิจัย และการจัดกระทำ (method and intervention)
- 2.7 ผลการศึกษาวิจัย (finding or result)
- 2.8 ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ (implementation)

จากนั้นนำข้อมูลที่กลั่นกรองได้มาวิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อสรุปผลการศึกษาเกี่ยวกับการให้การรักษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์วรรณกรรมสามารถแบ่งผลการศึกษออกเป็น 7 กลุ่ม ดังนี้

คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ

จากการศึกษาพบว่าวรรณกรรมทั้ง 12 เรื่องที่นำมาประเมินคุณภาพ เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Study) อยู่ในระดับ A จำนวน 1 เรื่อง (Guthrie, et al., 2001) งานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) อยู่ในระดับ B จำนวน 5 เรื่อง (กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549; จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546; วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545; สุวิมล ผู้ดี, 2548) กรณีศึกษา (Case Study) อยู่ในระดับ C จำนวน 3 เรื่อง (กมลรัตน์ ชำนิณี, 2547; จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547; มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549) และงานวิจัยเชิงคุณภาพอื่น ๆ อยู่ในระดับ C จำนวน 3 เรื่อง (สุนทรี ศรีโกไสย ภัทราภรณ์ พุ่งปันคำ และพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2548; Aoun & Johnson, 2000; Paulson & Worth, 2002) ทั้งหมดเป็นวรรณกรรมที่ศึกษาในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งมีความเพียงพอในการนำมาศึกษา

รูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค ระยะเวลา และความถี่ที่ใช้ในการบำบัด

แบบโลโกเทอราปี (Logo therapy) ใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบอัตถิภาวะนิยม (Existential Counseling) ซึ่งมีกระบวนการดังนี้ สร้างสัมพันธภาพ ทำความเข้าใจข้อตกลงเบื้องต้น และแนะนำโปรแกรม เพิ่มสัมพันธภาพและสร้างการตระหนักรู้โดยตระหนักถึงภาวะไร้ความหมายของตนและค้นพบคุณค่าของการมีชีวิต การค้นพบความหมายหรือขึ้นสำรวจตนเอง การอุทิศตนเพื่อ ความหมายหรือขึ้นสร้างพันธะสัญญา การพัฒนาความหมายซึ่งเป็นการค้นหาความหมายที่แท้จริงของชีวิต การพัฒนาทักษะเพื่อสร้างความชัดเจนของความหมายในชีวิต การค้นพบความหมายในชีวิตด้วยตนเองหรือการปรับทิศทางใหม่ และการยุติการให้บริการ เทคนิคที่ใช้ได้แก่ เทคนิคลดการหมกมุ่น (dereflection) เทคนิคการปรับทัศนคติ (attitude modification) และเทคนิคการพูดคุยนำทางหรือ เทคนิคการสนทนาแบบโสเครติส (Socratic dialogue) โดยมีกิจกรรม 9 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง วันละ 2 ครั้ง (5 วัน) (พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546)

แบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person- center Therapy) ใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person- Centered Counseling) ซึ่งมีกระบวนการดังนี้ สร้างเสริมสัมพันธภาพ (ครั้งที่ 1) สื่อสัมพันธ์ความในใจเพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ (ครั้งที่ 2) 3) ขึ้นร่วมด้วยช่วยกันเพื่อสำรวจและแก้ไขปัญหา (ครั้งที่ 3- 9) และยุติการให้การปรึกษา (ครั้งที่ 10) เทคนิคที่ใช้ได้แก่ การยอมรับ

(acceptance) การสะท้อนความรู้สึก (reflection of feeling) การสะท้อนเนื้อหา (reflection of content) การทำให้เกิดความกระจ่าง (clarification) การเงียบ และการฟัง (listening) ซึ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพ โดยมีกิจกรรม 10 ครั้ง ๆ ละ 30- 50 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ (สุวิมล ผู้ดี, 2548)

รูปแบบทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส (Neuro-Linguistic Programming) ใช้ทฤษฎีการให้การศึกษาแบบจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Counseling) ซึ่งมีกระบวนการบำบัดดังนี้ สร้างความเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น การตัดสินใจสาเหตุการเกิดส่วนบุคคล การจำกัดขอบเขตของปัญหา และการตัดสินใจกระทำตามจุดประสงค์ของการบำบัด เทคนิคที่ใช้ได้แก่ เทคนิคการสร้างทฤษฎีใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวม เทคนิคสัมพันธ์แห่งตน และเทคนิคการวางแผนอนาคต โดยมีกิจกรรม 3 ครั้ง ห่างกันทุก 2 วัน (จุฑาธิป เหมินทร์, 2547)

การบำบัดทางจิตวิทยาแบบสั้น (Brief Psychological Intervention) ใช้ทฤษฎีการให้การศึกษาแบบจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Counseling) ซึ่งมีกระบวนการบำบัดมุ่งไปที่การช่วยให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจตนเอง และแก้ไขปัญหาคือความยุ่งยากกับเหตุการณ์ต่างๆ ภายในบุคคล หรือความทุกข์ต่าง ๆ ทางจิตใจที่มีแนวโน้มแย่ลง โดยมีกิจกรรม 4 ครั้ง ๆ ละประมาณ 50 นาที ภายใน 1 สัปดาห์ (Guthrie et al., 2001)

แบบพิจารณาเหตุผล และอารมณ์ (Rational Emotive Therapy) ใช้ทฤษฎีการให้การศึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (REBT Counseling) ซึ่งมีกระบวนการบำบัดดังนี้ ปฐมนิเทศ (ครั้งที่ 1) การฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองในสถานการณ์ต่างๆ (ครั้งที่ 2, 3 และ 4) สรุปผลและปัจฉิมนิเทศ (ครั้งที่ 5) ในแต่ละครั้งมีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อครั้งละ 20 นาที เทคนิคที่ใช้ได้แก่ เทคนิคทางปัญญา (cognitive techniques) เทคนิคทางอารมณ์ (emotive techniques) และเทคนิคทางพฤติกรรม (Behavioral techniques) โดยมีกิจกรรม 5 ครั้ง ๆ ละ 60- 90 นาที (วรารักษ์ วรรณพิรุณ, 2545)

แบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavioral Therapy) ใช้ทฤษฎีการให้การศึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (REBT Counseling) ซึ่งมีกระบวนการบำบัดดังนี้ สร้างสัมพันธภาพ และวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัญหา (ครั้งที่ 1) การฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง (ครั้งที่ 2) การฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองจากสถานการณ์ที่กำหนด (ครั้งที่ 3) ประเมินผลการฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง และปัจฉิมนิเทศทางโทรศัพท์ (ครั้งที่ 4) เทคนิคที่ใช้ได้แก่ เทคนิค การถาม การสอนหรืออธิบายโดยตรง การตีความ การใช้คำพูดเชิงท้าทาย การใช้ตรรกวิทยา การใช้บทบาทสมมติ การเรียนรู้จากตัวแบบ การเสริมแรง และปรับโทษ โดยมีกิจกรรม 5 ครั้ง ๆ ละ 40 นาที (กมลรัตน์ ช้วนินิ, 2547)

รูปแบบการพยาบาลองค์รวม (Holistic Nursing Program) ใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผสมผสาน (Integrative Approaches to Counseling) ซึ่งมีกระบวนการบำบัดดังนี้ สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดครั้งที่ 1 (วันที่ 1) เป็นการสร้างความไว้วางใจ และการกำหนดข้อตกลงเบื้องต้น สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดครั้งที่ 2 (วันที่ 2) เป็นการพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง และการดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชน สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดครั้งที่ 3 (วันที่ 3) เป็นการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ และฝึกทักษะการผ่อนคลาย สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดครั้งที่ 4 (วันที่ 7) เป็นการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดครั้งที่ 5 (วันที่ 14) เป็นการติดตามเยี่ยมที่บ้าน และยุติการบำบัด โดยเน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งใช้ร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation) และกระบวนการกลุ่ม โดยมีกิจกรรม 5 ครั้ง และทำกิจกรรมวันที่ 1, 2, 3, 7 และ 14 ของการบำบัด (กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549)

รูปแบบทฤษฎีเผชิญความจริง (Reality Therapy) ใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผสมผสาน (Integrative Approach to Counseling) ซึ่งมีกระบวนการบำบัดดังนี้ สร้างสัมพันธภาพ (ครั้งที่ 1) การสำรวจความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมตนเอง (ครั้งที่ 2) การยอมรับตนเองอย่างมีคุณค่า (ครั้งที่ 3) การยอมรับในความแตกต่าง (ครั้งที่ 4) การสร้างการเห็นคุณค่าในตนเอง (ครั้งที่ 5) และการยุติให้คำปรึกษา (ครั้งที่ 6) ส่วนเทคนิคที่ใช้คือ การสร้างสัมพันธภาพ การตั้งคำถาม การเผชิญหน้า (confrontation) การทำสัญญา (contact) และการแสดงบทบาทสมมติ (role playing) การสอน การคิดและวางแผนอย่างมีระบบ การให้ข้อมูล การกระตุ้นให้คิดอย่างไตร่ตรอง การสนทนาเฉพาะเจาะจง การแปลความหมาย และการให้กำลังใจ โดยมีกิจกรรม 6 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง ห่างกัน 1 สัปดาห์ (จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547)

รูปแบบแนวคิดซาทียร์ (Satir Model) ใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแนวคิดซาทียร์ (Satir model) ซึ่งมีกระบวนการบำบัดดังนี้ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ประเมินความพร้อมสภาพจิตใจและสำรวจสิ่งที่อยู่ในใจ (ครั้งที่ 1) สร้างสัมพันธภาพต่อเนื่อง รวบรวมข้อมูล สำรวจประสบการณ์ภายในจิตใจ กำหนดเป้าหมายและสร้างพันธะสัญญาในการเปลี่ยนแปลง (ครั้งที่ 2) สร้างสัมพันธภาพต่อเนื่อง ทบทวนการบ้านที่ผ่านมา ดอกย้ำการเปลี่ยนแปลง และกำหนดเป้าหมาย (ครั้งที่ 3-5) และสิ้นสุดการให้การปรึกษาโดยเน้นการคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (ครั้งที่ 6) เทคนิคที่ใช้ ได้แก่ การเตรียมตัวของผู้ให้การปรึกษา (prepare yourself) การสัมผัส (make contact) การกำหนดเป้าหมาย (set goals) การรับฟังปัญหา (problem) การสำรวจภายในจิตใจ (exploration) การสร้างพันธะสัญญา (commitment) การเปลี่ยนแปลง (change) การดอกย้ำ (anchoring) การทบทวน (feedback) การยุติบำบัด (closure) และการให้การบ้าน (home work) โดยมีกิจกรรม 6 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที และมีระยะห่างในการบำบัด 1-7 วัน (มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549)

ผู้ให้การบำบัด

ผู้บำบัดเป็นพยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขที่ศึกษาอบรมด้านจิตวิทยาการปรึกษา (กมลรัตน์ ช้วนินี, 2547; กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549; จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547; พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546; มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549; วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545; สุวิมล ผู้ดี, 2548; Guthire et al., 2001) และจากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่าผู้บำบัดควรมีลักษณะที่เป็นกันเอง สุภาพ นุ่มนวล เรียบร้อย แต่งกายสะอาด น่าเชื่อถือ บุคลิกภาพดี พูดไพเราะ ให้กำลังใจ มีอารมณ์ขัน มีความเป็นมิตรสูง มีความเต็มใจ และมีเวลาให้อย่างเพียงพอ ใส่ใจผู้อื่น มีความรัก และเข้าใจคน เป็นผู้ฟังที่ดี นึกถึงความปลอดภัยของบุคคล และมีการสื่อสารที่ดี (สุนทรี ศรีโกสโย และคณะ, 2548; Aoun & Johnson, 2000)

ผู้รับการบำบัด

ผู้รับการบำบัดเป็นผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลระหว่างปี พ.ศ. 2542- 2549 (กมลรัตน์ ช้วนินี, 2547; กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549; จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547; พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546; มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549; วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545; สุวิมล ผู้ดี, 2548; Guthire, et al., 2001) ซึ่งมีลักษณะดังนี้ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เคยพยายามฆ่าตัวตายตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สามารถรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคลได้ถูกต้อง ไม่มีพยาธิสภาพที่สมอง ไม่มีประวัติการป่วยทางจิตเวช หรือไม่มี ความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรง และไม่มีความเจ็บป่วยรุนแรงทางกาย

สถานที่ในการบำบัด

สถานที่ที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นการบำบัดในโรงพยาบาล (กมลรัตน์ ช้วนินี, 2547; กัญญาพิชญ์จันทน์นิม, 2549; จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547; พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546; วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545; สุวิมล ผู้ดี, 2548) และมีการศึกษาบางส่วนให้การบำบัดที่บ้าน เนื่องจากผู้รับการปรึกษาไม่ต้องการบำบัดที่แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล (Guthire, et al., 2001)

แบบประเมินที่ใช้ในการศึกษา

แบบประเมินที่นำมาใช้แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ชื่อ- สกุล ที่อยู่ โทรศัพท์ อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา สภาพทางเศรษฐกิจ อาชีพ รายได้ การได้ยิน ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย จำนวนครั้ง วิธีที่ใช้ สาเหตุการฆ่าตัวตาย ประวัติปัญหาสุขภาพกาย และสุขภาพจิต และประวัติการทำร้ายตนเอง หรือการฆ่าตัวตายของ

สมาชิกในครอบครัว (กมลรัตน์ ช้วนินิ, 2547; กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549; มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549; สุวิมล ผู้ดี, 2548) นอกจากนี้ยังใช้การบันทึกข้อมูลทั่วไปซึ่งประกอบด้วยการสังเกต (Observation) การสัมภาษณ์ระดับลึก ผู้พยายามฆ่าตัวตายและสมาชิกครอบครัว (indept interview) และอัตชีวประวัติ (autobiography) (จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547) ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินผลลัพธ์ของการให้การปรึกษารูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก (SOC) ตามแนวคิดทฤษฎีความสุขในชีวิตของแอนโทโนฟสกี (Antonovsky) (1987) (จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546) แบบวัดความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg's Self- Esteen Scale- RSES) (Rossenberg & Schooler) (1989) ซึ่งแปลและดัดแปลงโดย นิราศศิริ โรจนธรรมกุล (2535) (สุวิมล ผู้ดี, 2548) แบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D (Center for Epidemiological Studies-Depression scale) ซึ่งดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย อุมพร ตรังคสมบัติ และคณะ (2541) (วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545) แบบวัดภาวะอารมณ์ซึมเศร้า ซึ่งนำมาจากแบบวัดของ ซิกมอนด์ แอนด์ สแนธ (Zigmon & Snaith) (1983) ซึ่งแปลและเรียบเรียงโดย ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2538) (สุวิมล ผู้ดี, 2548) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต (มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549) แบบประเมินระดับคุณค่าในตนเองของ คูเปอร์สมิธ (Coopersmith) (1984) (มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck) (1967) (กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549; Guthire, et al., 2001) แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายของเบ็ค (Beck) (Guthire, et al., 2001) แบบประเมินการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่พัฒนาจากแนวคิดของ ฮิลล์ และสมิท (Hill & Smith) (1990) และ โอเร็ม (Orem) (1985) (กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองที่พัฒนามาจาก Beck Depression inventory ดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทย โดย แพทย์หญิงดวงใจ กษานติกุล และคณะ (กมลรัตน์ ช้วนินิ, 2547) แบบสอบถามความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่ง จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก (2547) ดัดแปลงมาจากแบบวัดของ ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529) และแบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต (จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547)

ผลลัพธ์ของการบำบัด

ผลลัพธ์ของการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทุกรูปแบบช่วยลดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซ้ำ (กมลรัตน์ ช้วนินิ, 2547; กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549; จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547; พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546; วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545; มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549; สุวิมล ผู้ดี, 2548; Guthire, et al., 2001) ส่วนผลลัพธ์ของการบำบัดรายค่านมีดังนี้ 1) ผลลัพธ์ด้านความเข้มแข็งในการมองโลก พบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความเข้มแข็ง

ในการมองโลกสูงกว่า ก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546) 2) ผลลัพธ์ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผลผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (สุวิมล ผู้ดี, 2548) และผลการศึกษารายกรณีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 3 รายรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น (มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549) 3) ผลลัพธ์ด้านภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลอง และติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (กมลรัตน์ ช้วนินิ, 2547; กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549; วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545; สุวิมล ผู้ดี, 2548) และจากการศึกษารายกรณี ผู้พยายามฆ่าตัวตาย 3 ราย พบว่ามีภาวะซึมเศร้าลดลง (มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2548) 4) ผลลัพธ์ด้านความคิดฆ่าตัวตาย หลังให้การปรึกษาผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Guthrie et al., 2001) อย่างไรก็ตามจากการศึกษารายกรณีพบว่าหลังจากให้การปรึกษาคิดฆ่าตัวตายในระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผลไม่มีความแตกต่างกัน (จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547) นอกจากนี้ ยังมีผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ ที่ได้จากการศึกษารายกรณีได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่เพิ่มมากขึ้น (จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547) และความถี่ต่อการฆ่าตัวตายลดลง (มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2547)

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาสามารถสรุปสาระสำคัญเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในประเด็นต่อไปนี้ 1) ผลลัพธ์ของการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย 2) คุณสมบัติของผู้ให้การบำบัด 3) ลักษณะของผู้รับการบำบัด และ 4) การบำบัดที่ใช้ร่วมกับการให้การปรึกษารายบุคคล ซึ่งอภิปรายผลได้ดังนี้

ผลลัพธ์ของการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ผลลัพธ์ของการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทุกรูปแบบช่วยลดการฆ่าตัวตายซ้ำ (กมลรัตน์ ช้วนินิ, 2547; กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549; จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547; พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546; วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545; มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549; สุวิมล ผู้ดี, 2548; Guthrie, et al., 2001) ส่วนผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ เป็นผลมาจากการบำบัดในแต่ละรูปแบบที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการให้การปรึกษารายบุคคล ซึ่งมีส่วนช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตายดังนี้ 1) แบบโลโกเทอราปี (Logo Therapy) ช่วยให้เห็นความหมาย และ

ตระหนักถึงคุณค่าของชีวิต ส่งผลให้ความเข้มแข็งในการมองโลกเพิ่มขึ้น (พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546) 2) แบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person- Centered Therapy) ช่วยพัฒนาให้เกิดความตระหนักในตนเอง กล้าเผชิญปัญหา และยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ซึ่งทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น (สุวิมล ผู้ดี, 2548) 3) รูปแบบทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส (Neuro-Linguistics Program) ช่วยให้ตระหนักถึงจิตใต้สำนึกของตนเองมากขึ้น ซึ่งช่วยในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ และเพิ่มความสามารถในการปรับตัว ทำให้มีความเข้มแข็งในการมองโลกเพิ่มขึ้น (จุฑาธิป เหมินทร์) 4) รูปแบบการบำบัดทางจิตวิทยาแบบสั้น (Brief Psychological Intervention) มีส่วนช่วยแก้ปัญหาต่าง ๆ ภายในบุคคล ส่งผลให้ความคิดฆ่าตัวตายลดลง (Guthrie et al., 2001) 5) แบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ช่วยให้ฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง ซึ่งทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545) 6) แบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ช่วยให้มีความคิด และความรู้สึกต่อตนเองเปลี่ยนไปในทางที่ดี ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (กมลรัตน์ ชวนินิ, 2547) 7) รูปแบบแนวจิตวิทยาเชิงรู้ ช่วยให้เข้าใจความคิด ความคาดหวัง ความรู้สึก และความปรารถนาของตนเอง และสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งทำให้เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549) 8) รูปแบบการพยาบาลองค์รวม โดยเน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งเป็นการช่วยเหลือผู้รับบำบัดทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคมช่วย ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง และดูแลตนเองเพิ่มขึ้น (กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม) และ 9) รูปแบบทฤษฎีเผชิญความจริง ช่วยให้มองตนเองอย่างมีคุณค่า พัฒนาตนเองอย่างมีเป้าหมาย มีสติ และแก้ไขปัญหาและอุปสรรคด้วยตนเอง ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น (จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547)

จะเห็นได้ว่าผลลัพธ์ส่วนใหญ่ คือผลลัพธ์ด้านภาวะซึมเศร้า ร่องลงมาได้แก่ ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความเข้มแข็งในการมองโลก ตามลำดับ ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวเป็นปัจจัยระดับบุคคลที่เป็นสาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตาย แสดงให้เห็นว่าการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นการบำบัดทางจิตสังคมที่สำคัญซึ่งมุ่งเน้นที่การป้องกัน และแก้ไขสาเหตุของปัญหา ซึ่ง โรดส์ และลิงค์ส (Rhodes and Links, 1998) ได้ศึกษาพบว่า การให้การบำบัดทางจิตสังคมจะทำให้พฤติกรรมการฆ่าตัวตายลดลง ร้อยละ 33- 50 และการศึกษาของ เคิร์ช และมอลเลอร์ (Kurze and Moller, 1995) เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้พยายามฆ่าตัวตายหลังจากระยะวิกฤต พบว่ามีส่วนช่วยในการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ และลดอัตราการตาย

คุณสมบัติของผู้ให้การบำบัด

ผู้บำบัดเป็นพยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขที่ศึกษาอบรมด้านจิตวิทยาการปรึกษา (กมลรัตน์ ชวณินี, 2547; กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2549; จุฑาธิป เหมินทร์, 2547; จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547; พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546; มัลลิกา พูนสวัสดิ์, 2549; วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545; สุวิมล ผู้ดี, 2548; Guthrie, et al., 2001) โดยที่ผู้บำบัดต้องฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการบำบัด และจากการศึกษาเชิงคุณภาพยังพบว่าผู้บำบัดควรมีลักษณะที่เป็นกันเอง สุภาพ นุ่มนวล เรียบร้อย แต่งกายสะอาด น่าเชื่อถือ บุคลิกภาพดี พูดไพเราะ ให้กำลังใจ มีอารมณ์ขัน มีความเป็นมิตรสูง มีความเต็มใจและมีเวลาให้อย่างเพียงพอ ใส่ใจผู้อื่นมีความรักและเข้าใจคน เป็นผู้ฟังที่ดี คำนึงถึงความปลอดภัยของบุคคล และมีการสื่อสารที่ดี (สุนทรี ศรีโกสย และคณะ, 2548; Aoun & Johnson, 2000) นอกจากนี้ พอลสัน และวอร์ท (Paulson and Worth, 2002) นอกจากนี้ยังพบว่า บทบาทที่สำคัญของผู้บำบัดที่ผู้รับการบำบัดต้องการ คือ สัมพันธภาพที่ดี และการให้กำลังใจเพื่อการฟื้นฟูสภาพจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อัญสุรีย์ ศิริโสภณ และนวรรณ์ สุวรรณพ่อง (2544) เกี่ยวกับความสามารถของผู้ให้การปรึกษาซึ่งควรมีทักษะในด้านการเป็นผู้ฟังที่ดี การสร้างรู้สึกอบอุ่น ความเป็นมิตร และการมีสัมพันธภาพที่ดี

ลักษณะของผู้รับการบำบัด

ผู้รับการบำบัดเป็นเพศชายและหญิงที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยมีลักษณะตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) ผู้บำบัดส่วนใหญ่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป ซึ่งอยู่ในช่วงวัยรุ่นจนถึงวัยสูงอายุ 2) มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย 1 ครั้งขึ้นไป 3) ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร เป็นผู้ที่สามารถอ่าน และเขียนหนังสือได้ ไม่มีความบกพร่องด้านการฟัง และการมองเห็น สามารถสื่อสารเข้าใจง่าย ได้ตอบรู้เรื่อง และสามารถทำแบบประเมินได้ด้วยตนเอง ซึ่ง บราวน์ และรีบาลัส (Brown and Srebalus, 1996) ให้ความเห็นว่าถ้าผู้รับการบำบัดมีความตั้งใจ และสามารถสื่อสารด้วยคำพูด จะเกิดประโยชน์ต่อการให้การปรึกษา 4) มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สามารถรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคลได้ถูกต้อง ไม่มีพยาธิสภาพที่สมอง ไม่มีประวัติการป่วยทางจิตเวช หรือไม่มีความคิดผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรง ซึ่งการที่ผู้รับการปรึกษาสามารถรับรู้ตามความเป็นจริงจะมีส่วนช่วยสนับสนุนให้เกิดผลดีต่อการปรึกษา (Brown & Srebalus, 1966) นอกจากนี้ผู้รับการบำบัดยังเป็นผู้ที่ไม่มีความเจ็บป่วยรุนแรงทางกาย และช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ (พรจิตต์ ทองบัณฑิต, 2546; วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545) จะเห็นได้ว่าผู้รับการบำบัดควรมีลักษณะตามเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป เป็นผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป มีความสามารถด้านสื่อสาร มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สามารถรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคลได้ถูกต้อง ไม่มีความ

ผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรง มีความสนใจเข้าร่วมการบำบัด ไม่มีความเจ็บป่วยรุนแรงทางกาย และช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งการที่ผู้รับบำบัดมีลักษณะดังกล่าวเป็นสิ่งที่จำเป็นในการให้การปรึกษา

การบำบัดที่ใช้ร่วมกับการให้การปรึกษารายบุคคล

จากการสังเคราะห์วรรณกรรมพบว่าการนำการบำบัดรูปแบบต่าง ๆ มาใช้บำบัดผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายร่วมกับการให้การปรึกษารายบุคคล ดังนี้

การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle relaxation) เป็นส่วนประกอบส่วนหนึ่งที่สำคัญที่นำมาใช้ร่วมกับการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ จากการที่ผู้ป่วยมาบำบัดในโรงพยาบาล ซึ่งมีสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย และยังคงมีอารมณ์ต่าง ๆ เช่น ความเครียดที่เกิดจากพฤติกรรมฆ่าตัวตาย นอกจากนี้อาจมีปัญหาอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ปัญหาครอบครัว เป็นต้น ส่งผลให้ผู้รับบำบัดไม่สบายใจ และมีความวิตกกังวลอยู่กับปัญหาเดิม ๆ ของตนเอง จึงต้องฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อก่อนให้การปรึกษาเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสามารถในการรับรู้ข้อมูลใหม่ ๆ และฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองในขณะที่ให้คำปรึกษาได้ดีขึ้น (กัญญาพิชญ์ จันทรนิยม, 2548; วราภรณ์ วรรณพิรุณ, 2545) ซึ่งส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง และเกิดพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) และกระบวนการกลุ่ม เป็นส่วนประกอบที่นำมาใช้ร่วมกับการให้การปรึกษารูปแบบโปรแกรมการพยาบาลองค์กรร่วม เพื่อให้ผู้รับบำบัดเกิดการเรียนรู้กระบวนการทางความคิดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมุ่งเน้นการสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของ โคล์บ (Kolb, 1984 อ้างในกรมสุขภาพจิต, 2543) ซึ่งจะช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายเกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่การเรียนรู้ใหม่ ๆ อย่างต่อเนื่อง (กัญญาพิชญ์ จันทรนิยม, 2548) ส่วนการใช้กระบวนการกลุ่มมีส่วนช่วยให้ผู้รับบำบัดมีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น ทั้งทางด้านการพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง การดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชน และการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ (กัญญาพิชญ์ จันทรนิยม, 2549) ซึ่งช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายสามารถปรับกระบวนการความคิดของตนเอง มีทักษะในการเผชิญปัญหา และมองเห็นคุณค่าในตนเอง ส่งผลไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตายซ้ำ หรือการฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่ง พัชรีย์ คำธิดา อัมพวรรณ ธาตุ และ ชนาภา นันต์แสนสิงห์ชัย (2550) ได้ศึกษาการใช้กระบวนการกลุ่มในการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ พบว่าช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายสามารถปรับกระบวนการความคิดของตนเอง มีทักษะในการเผชิญปัญหา และมองเห็นคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้ไม่เกิดการฆ่าตัวตายซ้ำ หรือการฆ่าตัวตายสำเร็จ

ผลที่ได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์วรรณกรรมจะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรในทีมสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย การให้การปรึกษารายบุคคลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้รับการบำบัดเป็นสิ่งที่สำคัญ จึงควรเลือกรูปแบบที่มีผลลัพธ์ตอบสนองต่อปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการช่วยเหลือทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพ คุ่มค่าใช้จ่าย และพยาบาลสามารถปฏิบัติได้อย่างอิสระตามสมรรถนะและบทบาทที่ สภาการพยาบาลกำหนด และสิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้แก่ คุณสมบัติของผู้ให้การปรึกษา ลักษณะของผู้รับการบำบัด และการบำบัดที่ใช้ร่วมกับการให้การปรึกษา เพราะเป็นส่วนประกอบสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการบำบัด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้เพื่อการบำบัด

การให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นวิธีการบำบัดรักษาทางจิตสังคมรูปแบบหนึ่งที่พยาบาล และบุคลากรในทีมสุขภาพจิต และจิตเวชสามารถนำไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วย อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษารูปแบบและทฤษฎี และฝึกทักษะต่าง ๆ เป็นอย่างดีก่อนนำไปใช้ และควรให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ของการบำบัด ได้แก่ การเลือกรูปแบบและทฤษฎีที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้รับบำบัด การกำหนดและการพัฒนาคุณสมบัติที่เหมาะสมของผู้บำบัด และการคำนึงถึงลักษณะของผู้รับการบำบัด นอกจากนี้ควรนำมาใช้ร่วมกับการบำบัดรูปแบบอื่น ๆ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายควรศึกษาทดลองร่วมกับการบำบัดรูปแบบอื่น ๆ ที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมไทยเช่น การฝึกสมาธิแนวพุทธ เป็นต้น เพื่อพัฒนารูปแบบต่าง ๆ ในการดูแลช่วยเหลือ และเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับการบำบัด
2. ควรนำทฤษฎีการให้การปรึกษารายบุคคลอื่น ๆ มาศึกษาในบริบทของสังคม และวัฒนธรรมของคนไทย เพื่อเป็นพื้นฐานในการกำหนดรูปแบบที่เหมาะสมกับผู้รับการศึกษา เพื่อพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาให้ครอบคลุมผู้รับการบำบัดที่มีลักษณะแตกต่างกัน
3. ควรศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ประสบความสำเร็จในการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการให้การปรึกษา

A SYNTHESIS OF LITERATURE ON INDIVIDUAL COUNSELING FOR SUICIDE ATTEMPTS

SURIYA JONGPHAE 4937010 RAMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PATCHARIN NINTACHAN, Ph.D. (Nursing), SOPIN SANGON, Ph.D. (Nursing)

EXTENDED SUMMARY**Introduction**

Suicide is an important public health problem. Each year, there are about 1,000,000 people who committed suicide, and suicide is the tenth leading cause of death in the world (Ellis, 2006). Thailand ranks 71st of the world and 4th of Asia when it comes to rate of suicide. Between 1997 and 2002, the rate of successful suicide was equal to 6.9, 8.1, 8.6, 8.4, 7.7, and 7.8 per 100,000 people (Department of Mental Health, B.E. 2549). An epidemiologic study has shown that the rate of attempted suicides is 51.4 per the population of 100,000 (Apichai Mongkol, Supin Pimsane, Pattapong Kasemsomboon, Nusraporn Kasemsomboon, & Prasong Singhnang, B.E. 2545). In each year, there are about 20,500 to 21,500 people who attempt suicide (Apichai Mongkol et al., B.E. 2545 cited in Apichai Mongkol & Tawee Tangseree, B.E. 2547). Furthermore, it has been found that the number of people who attempted suicide is about ten to 20 times higher than that of people who successfully committed suicide (WHO, 1999), and these people are likely to reattempt suicide and have a chance to be successful at suicide.

Repeated suicides are important for public health. This is because individuals who have attempted suicide have 100 times more chances to attempt suicides until they are successful, when compared to those who have never had such attempt. Besides, the more they attempt to commit suicide, the more likely they will

become successful (Suparat Ekassavin, B.E. 2547). Studies have revealed that the rate of repeated deliberate self-harm is 5.5 in the population of 100,000. It has also been found that the rate of reattempted suicides continues to increase. In 2003 to 2004, the rate of reattempted suicide was 3.7 and 3.9 per 100,000 people, respectively (Department of Mental Health, B.E. 2548).

There are several causes of suicide. Factors in the individual level which constitute major problems are stress, worthlessness (Wilburn, & Smith, 2005), low sense of coherence (Mehlum, 1998; Edward & Holden, 2001), depression (Suparat Ekassavin, B.E. 2545), and a moderate level of mental self-care (Darunee Lertpreecha, B.E. 2545). Furthermore, individuals with suicide attempts tend to have other problems including family relationship problems (Khemikarn Paitoon, Thanomsri Intanon, & Wandee Sutharangsee, B.E. 2551; Pratch Boonyawongwiroj, Somkuan Hanpattanachaikurn, & Baramee Charassing, B.E. 2547).

Suicide attempts, both successful and unsuccessful, result in great losses to self, family, institution and organization, society, and the nation. A study has revealed that individuals with suicide attempts will have disability-adjusted life year (DALYs) equal to 83,252 DALYs in males and 25,434 DALYs in females. In addition, suicide attempts are the cause of year lost due to premature death (YLLs), equal to 159,640 YLLs in males and 58,177 YLLs in females, ranking the fifth and tenth in the country, respectively (Manote Lortrakul, B.E. 2547). Suicide attempts also lead to morbidity or disability so severe that individuals are unable to live a normal life, and they may have repeated attempts, which causes burdens to caregivers. In short, suicide attempts result in stress and anxiety of the family. Also, they have an effect on different organizations and require considerable resources to solve the problems they cause, hence a great national burden. There are different ways to assist individuals with suicide attempts including pharmacological treatment, electrical shock, and psychosocial therapy such as individual counseling, individual psychotherapy, and family therapy, to name a few.

A study of factors related to suicide has shown that the rate of suicides fluctuates with individuals' characteristics (Durkheim, 1987 cited in Petchara Pasaranon, B.E. 2547). Therefore, individual counseling is important for suicide attempts. Previous studies have suggested that individual counseling helps solve

problems of individuals' suicide attempts including reducing depression (Kamolrat Chuaninee, B.E. 2547; Waraporn Wanpirun, B.E. 2545; Suwimol Pudee, B.E. 2548), increasing sense of coherence (Juthatip Hemin, B.E. 2547; Pornjit Thongbandit, B.E. 2546), and increasing sense of self-esteem (Juraiwan Srisaknok, B.E. 2547; Suwimol Pudee, B.E. 2548), etc. Individual counseling is a process that enables individuals to understand themselves and their environment better, to more effectively plan for their future, and to increase problem-solving skills (Duangmanee Jongrak, B.E. 2548; Watcharee Sapmee, B.E. 2547; Hansen, Rossberg, & Cramer, 1994; Higdon, 2004). Individual counseling is conducted based on theoretical bases including psychoanalysis counseling (Corey, 2005; Gladding, 2004; Neukrug, 2007; Seligman, 2006), person-centered counseling (Corey, 2005; Kottlor & Shepard, 2008), existential counseling (Duangmanee Jongrak, B.E. 2548; Gladding, 2004), etc. Research on individual counseling for suicide attempts has suggested that person-centered counseling can make individuals with suicidal attempts develop self-esteem and decrease depression (Suwimol Pudee, B.E. 2548), while logo therapy counseling develops sense of coherence of individuals with suicide attempts (Pornjit Thongbundit, B.E. 2546).

Individuals with suicide attempts constitute a high-risk group that needs to be monitored and assisted, immediately and continuously, to prevent repeated attempts. As a professional nurse working in a community hospital responsible for mental health care of patients including those with suicide attempts, the researcher was interested in reviewing, analyzing, and synthesizing research literature on individual counseling for suicide attempts so as to apply the findings from research evidence to more efficiently and effectively provide care to this particular group of patients.

Objectives

The present study aimed at analyzing and synthesizing research literature on individual counseling for suicide attempts in the following topics:

1. Types, Theories, Processes, Techniques, Duration, and Frequency of Therapy
2. Therapists

3. Patients
4. Settings
5. Assessment tools
6. Outcomes

Expected Outcomes and Benefits

The findings of the present study could be used to develop a new body of knowledge to benefit provision of individual counseling for patients with suicide attempts.

Definition of Terms

Individual counseling refers to a process of providing assistance to individuals using various theories and methods to promote effective problem coping and maximize self-development, which can be selected and practiced by patients themselves, and therapists may be nurse

Suicide attempts refer to individuals who carry out an action to kill themselves in one way or another or to cause deadly harm to themselves unsuccessfully.

Methodology

The present study was an analysis and synthesis of research literature on individual counseling for suicide attempts which consisted of the systematic review of research evidence based on the criteria proposed by Polit and Hungler (1997) as follows:

Search for information source

Research data sources used in the search for research and academic references published both in Thailand and abroad were reliable electronic databases including the following:

1. Research and academic references published in Thailand were searched from databases of the library of Mahidol University, Chulalongkorn University, Chiang Mai University, Khon Khan University, Prince of Songkla's University,

Burapa University, Department of Mental Health, ThaiLIS, SuicideThai, Riclic, and Thairesearch.

2. Research was also searched for from foreign databases including OVID, ProQuest, CINAHL, Science Direct, Pubmed, WHO, Blackwell, Medscape, MD consult, and Google Scholar.

3. Research and academic references were also searched manually from libraries of educational institutes and public healthcare service providers including Mahidol University, Chulalongkorn University, Chiang Mai University, Boromarajonani College of Nursing, Galayarajanagarindra Institute, Srithanya Hospital, and Department of Mental Health. In addition, bibliography of research and academic references was also used in search of a full text.

Keywords used in the search included suicide, attempted suicide, reattempted suicide, repeat suicide, suicide attempts, deliberate self-harm, attempted suicide AND counseling, deliberate self-harm AND counseling, reattempted suicide AND counseling, repeat suicide AND counseling, suicide attempts AND counseling, suicide AND counseling AND intervention มาต้วตย การทำร้ายตนเอง และการให้คำปรึกษา

Inclusion criteria were as follows:

1. It is research or academic evidence related to counseling for suicide attempts.
2. As regards the type of research and academic evidence, it could be experimental research with randomization, quasi-experimental research, qualitative research, or expert consensus.
3. Its full text was available.

Guidelines in Analyzing and Synthesizing Research Evidence

The analysis and synthesis of research literature on individual counseling for suicide attempts was conducted in the following manner:

1. Evaluation of research quality

The criteria proposed by the Royal College of Thai Physicians (B.E. 2544) were used to divide research evidence into the following four levels:

Level A refers to evidence which is a meta-analysis of randomized controlled trials or a randomized controlled trial.

Level B refers to evidence which is a meta-analysis of at least one randomized controlled trial or carefully designed quasi-experimental research, non-randomized controlled trial, cohort study, and case-control study.

Level C refers to evidence derived from correlational research, causal-comparative research, or descriptive research.

Level D refers to evidence from expert consensus, textbooks, or non-research documents.

Based on the aforementioned criteria, there were altogether 12 research studies selected in this study. Of these, one was categorized under Level A, five were categorized under Level B, and six were categorized under Level C.

2. Data extraction

Data extraction was conducted to analyze and synthesize the research literature to arrive at a new body of knowledge on individual counseling for suicide attempts as follows:

- 2.1 Problems or objective of the study
- 2.2 Research design
- 2.3 Sample
- 2.4 Setting
- 2.5 Instruments and data collection
- 2.6 Method and intervention
- 2.7 Findings or results
- 2.8 Implementations

The data derived from the search were then analyzed and synthesized to come up with findings on individual counseling for suicide attempts.

Findings

The findings of the analysis and synthesis of research literature on individual counseling for suicide attempts can be divided into seven topics as follows:

Quality and Sufficiency of Research Evidence

Of the 12 research studies selected in this study, one was experimental research categorized under Level A (Guthrie et al., 2001), five were quasi-experimental studies categorized under Level B (Kanyapitch Channiyom, B.E. 2549; Juthatip Hemin, B.E. 2547; Pornjit Thongbundit, B.E. 2546; Waraporn Wanpirun, B.E. 2545; Suwimol Pudee, B.E. 2548), three were case studies categorized under Level C (Kamolrat Chuaninee, B.E. 2547; Juraiwan Srisaknok, B.E. 2547; Mallitha Poonsawad, B.E. 2549), and three were qualitative research studies also categorized under Level C (Soontharee Srikosai, Pattaraporn Toongpankam, & Pannapa Kittiratpaiboon, B.E. 2548; Aoun & Johnson, 2000; Paulson & Worth, 2002). These studies were conducted either in Thailand or abroad, and they were considered sufficient for this study.

Types, Theories, Processes, Techniques, Duration, and Frequency of Therapy

Logo therapy involves existential counseling which consists of establishing relationship, reaching initial agreement, introducing the program, increasing awareness by realizing the meaningless condition of self and searching for meaning of life. It also involves examining self and devoting self for meaning or for creating promise, developing meaning which is the true meaning of life, developing skills for clarity of meaning of life, discovering meaning in life by self or adjusting directions, and terminating services. The techniques used include dereflection, attitude modification, and Socratic dialogue. The activities are organized nine times, each lasting one hour, two times a day for five days (Pornjit Thongbundit, B.E. 2546).

Person-centered therapy utilizes person-centered counseling which includes establishing relationship (session one), communicating what is inside the mind to generate trust (session two), searching for and solving problems (sessions three to nine), and terminating counseling (session ten). The techniques used include acceptance, reflection of feeling, reflection of content, clarification, and listening, which emphasizes establishing relationship. There are ten activities, each lasting 30 to 50 minutes, twice a week, for five weeks consecutively (Suwimol Pudee, B.E. 2548).

Neuro-linguistic program involves psychoanalytic counseling which consists of understanding others' feelings, making decision about individuals'

condition, limiting the scope of the problem, and making decision to fulfill the objectives of the therapy. The techniques used are creating new holistic subconscious attitudes, self-power radius technique, and future planning. There are three activities conducted every two days (Juthatip Hemin, B.E. 2547).

Brief psychological intervention makes use of psychoanalytic counseling which involves a therapeutic process that aims at making patients understand themselves and solve internal problems or mental sufferings that tend to worsen. There are four activities, lasting approximately 50 minutes each, within one week (Guthire et al., 2001).

Rational emotive therapy uses rational counseling and REBT counseling. The processes include orientation (session one), practice of rational thinking in different situations (sessions two to four), and conclusion (session five). Muscle relaxation is included for 20 minutes in all sessions. The techniques used are cognitive techniques, emotive techniques, and behavioral techniques. There are five activities, each lasting 60 to 90 minutes (Waraporn Wanpirun, B.E. 2545).

Rational emotive behavioral therapy makes use of rational counseling and REBT counseling. The processes include establishing relationship and analyzing problematic situation (session one), practice of rational thinking by self (session two), practice of rational thinking in the specified situations (session three), and carefully assessing rational thinking by self and terminating the program (session four). The techniques used are asking questions, direct teaching or explaining, using challenging talks, using logical thinking, role-playing, learning from a model, and reinforcing and punishing. There are five activities, each lasting 40 minutes (Kamolrat Chuaninee, B.E. 2547).

Holistic nursing program applies integrative approach to counseling. The processes include establishing relationship for therapy (day one), establishing trust and reaching initial agreement for therapy (day two), developing self-worth and living with family and community (day three), promoting spiritual well-being and practicing relaxation techniques am (day seven), making telephone calls and establish relationship for therapy (day 14) before conducting home visits and terminating the therapy. The program emphasizes participatory learning and relaxation techniques in

group activities. Five activity sessions are conducted on the first, second, third, seventh, and 14th days of the therapy (Kanyapitch Channiyom, B.E. 2549).

Reality therapy makes use of integrative approach to counseling. The processes include establishing relationship (session one), examining thoughts, feelings, and behaviors of self (session two), establishing self-acceptance (session three), accepting differences (session four), creating self-worth (session five), and terminating therapy (session six). The techniques used are establishing relationships, asking questions, confrontation, contact, role-playing, systematic thinking and planning, provision of information, stimulating critical thinking, specific conversation, meaning interpretation, and giving encouragement. There are six sessions, each lasting one hour, with a one-week interval (Juraiwan Srisaknok, B.E. 2547).

Satir model includes the following process: establishing relationship for therapy, assessing mental readiness, and investigating what is in the mind (session one), establishing continuous relationship to gather information and examining mental experience, as well as setting goals and commitment for change (session two), establishing continuous relationship to review homework and emphasize changes, as well as setting goals (sessions three to five), and terminating the program with emphasis on changes (session six). The techniques used are preparing self, making contact, setting goals, listening to problems, exploring, making commitment, making changes, anchoring, giving feedback, closure, and giving homework. There are five sessions, each lasting 60 to 90 minutes, with a one-to-seven-day interval (Mallitha Poonsawad, B.E. 2549).

Therapists

The therapists can be nurses, and medical person who are trained to be psychological counselor (Kamolrat Chuaninee, B.E. 2547; Kanyapitch Channiyom, B.E. 2549; Juthatip Hemin, B.E. 2547; Juraiwan Srisaknok, B.E. 2547; Pornjit Thongbundit, B.E. 2546; Mallitha Poonsawad, B.E. 2549; Waraporn Wanpirun, B.E. 2545; Suwimol Pudee, B.E. 2548; Guthire et al., 2001). Qualitative research has revealed that therapists should be friendly, polite, and soft-mannered. They should dress cleanly, look reliable, have good personality, speak nicely, know how to offer encouragement, have sense of humor, look willing to help, have time to deal with

patients, be considerate, be loving and understanding, be a good listener, and have good communication skills (Soontharee Srikosai, et al., B.E. 2548; Aoun & Johnson, 2000).

Patients

Patients are individuals who had attempted suicides and were hospitalized between 1999 and 2006 (Kamolrat Chuaninee, B.E. 2547; Kanyapitch Channiyom, B.E. 2549; Juthatip Hemin, B.E. 2547; Juraiwan Srisaknok, B.E. 2547; Pornjit Thongbundit, B.E. 2546; Mallitha Poonsawad, B.E. 2549; Waraporn Wanpirun, B.E. 2545; Suwimol Pudee, B.E. 2548; Guthire et al., 2001). They were 15 years old or older; had at least one suicide attempt; had no communication problems; were fully conscious; were able to have correct understanding of date, time, and person; had no pathology of the brain; had no psychiatric history or severe mental disorders; and had no serious physical illnesses.

Settings

Most of the therapy sessions were carried out at a hospital (Kamolrat Chuaninee, B.E. 2547; Kanyapitch Channiyom, B.E. 2549; Juthatip Hemin, B.E. 2547; Juraiwan Srisaknok, B.E. 2547; Pornjit Thongbundin, B.E. 2546; Mallitha Poonsawad, B.E. 2549; Waraporn Wanpirun, B.E. 2545; Suwimol Pudee, B.E. 2548). In one study, the therapy was given at home because the patients did not want to have caring at the hospital (Guthire et al., 2001).

Assessment tools

The assessment scales used in these studies could be divided into two parts. The first part elicited general information including name, address, telephone number, age, gender, education, marital status, religion, economic status, occupation, income, hearing ability, history of illness, and reason for suicide attempts. History of physical and mental illnesses was elicited, including history of self-harm of patients and families (Kamolrat Chuaninee, B.E. 2547; Kanyapitch Channiyom, B.E. 2549; Mallitha Poonsawad, B.E. 2549; Suwimol Pudee, B.E. 2548). In addition, there were records of observation and in-depth interviews of individuals with suicide attempts

and families and their autobiography (Juraiwan Srisaknok, B.E. 2547). The second part involved assessment of outcomes of different forms of counseling including sense of coherence scale based on the well-being theory of Antonovsky (1987) (Juraiwan Srisaknok, B.E. 2547; Pornjit Thongbundit, B.E. 2546), Rosenberg's self-esteem scale (RSES) (Rosenberg & Schooler, 1989), which was translated and adapted by Nirassiri Rojanathamakul (B.E. 2535) (Suwimol Pudee, B.E. 2548), Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D) which was translated into Thai by Umaporn Trangkasombat et al. (B.E. 2541) (Waraporn Wanpirun, B.E. 2545), depression scale of Ziqmon & Snaith (1983) which was translated into Thai by Thana Nilchaikovit et al., (B.E. 2538) (Suwimol Pudee, B.E. 2548), Depression and Suicide Screening Scale of the Department of Mental Health (Mallitha Poonsawad, B.E. 2549), Coopersmith's self-worth scale (Mallitha Poonsawad, B.E. 2549), Beck's depression scale (Kanyapitch Channiyom; Guthire et al., 2001), Beck's suicide scale (Guthire et al., 2001), Mental Self-care Assessment Scale developed from the concept of Hill and Smith (1990) and Orem (1985) (Kanyapitch Channiyom, B.E. 2549), self-administered depression scale developed from Beck's Depression Inventory and translated into Thai by Duangjai Ksantikul et al. (Kamolrat Chuaninee, B.E. 2547), self-pride scale developed from the scale of Phongpan Kerdpitak (B.E. 2529) (Juraiwan Srisaknok, B.E. 2547), and suicide risk assessment scale of the Department of Mental Health (Juraiwan Srisaknok, B.E. 2547).

Outcomes

As regards the outcomes of individual counseling in suicide attempts, it was found that individual counseling could reduce reattempted suicides (Kamolrat Chuaninee, B.E. 2547; Kanyapitch Channiyom, B.E. 2549; Juthatip Hemin, B.E. 2547; Juraiwan Srisaknok, B.E. 2547; Pornjit Thongbundit, B.E. 2546; Mallitha Poonsawad, B.E. 2549; Waraporn Wanpirun, B.E. 2545; Suwimol Pudee, B.E. 2548; Aoun & Jonhson, 2000; Guthire et al., 2001). The outcomes on each aspect of the therapy are as follows: First, as for sense of coherence, individuals with suicide attempts had higher sense of coherence than before the experiment and that of the control subjects after the end of the experiment and during the follow-up period with statistical significance at the .05 level (Juthatip Hemin, B.E. 2547; Pornjit

Thongbundit, B.E. 2546). Second, when considering self-worth, individuals with suicide attempts had higher sense of self-worth than before the experiment and that of the control subjects after the end of the experiment and during the follow-up period with statistical significance at .05 level (Suwimol Pudee, B.E. 2548). In one case study, three individuals with suicide attempts had higher sense of self-worth after receiving the counseling (Mallitha Poonsawad, B.E. 2549). Third, regarding depression, the findings showed that individuals with suicide attempts had lower depression than before the experiment and that of the control subjects after the experiment and during the follow-up period with statistical significance at .05 level (Kamolrat Chuaninee, B.E. 2547; Kanyapitch Channiyom, B.E. 2549; Waraporn Wanpirun, B.E. 2545; Suwimol Pudee, B.E. 2548). And in one case study, three individuals with suicide attempts had less depression after receiving counseling. Fourth, with regard to suicidal thoughts, after provision of individual counseling, the patients had less suicidal thoughts with statistical significance at .05 level (Guthire et al., 2001). However, one case study reported that there were no differences in suicidal thoughts after the experiment and during the follow-up period (Juraiwan Srisaknok, B.E. 2547). Besides, there were other outcomes that were derived from case studies including increased self-worth (Juraiwan Srisaknok, B.E. 2547) and decreased suicide risks (Mallitha Poonsawad, B.E. 2549).

Discussion

The findings of the selected studies can be summarized in four categories: 1) outcomes on individuals with suicide attempts, 2) qualifications of therapist, 3) characteristics of patients, and 4) therapy used with individual counseling, which can be discussed below.

Outcomes of individual counseling on suicide attempts

It has been discovered that individual counseling can reduce rates of reattempted suicide (Kamolrat Chuaninee, B.E. 2547; Kanyapitch Channiyom, B.E. 2549; Juthatip Hemin, B.E. 2547; Juraiwan Srisaknok, B.E. 2547; Pornjit Thongbundit, B.E. 2546; Mallitha Poonsawad, B.E. 2549; Waraporn Wanpirun, B.E. 2545; Suwimol Pudee, B.E. 2548; Guthire et al., 2001). Other outcomes resulted from

each therapy which was based on the theory of individual counseling including the following: 1) Logo therapy enables individuals to understand meaning and value of life, hence an increase in sense of coherence (Pornjit Thongbundit, B.E. 2546). 2) Person-centered therapy enables individuals to develop self-awareness, problem-coping, and acceptance of truth, which in turn helps increase their sense of self-worth (Suwimol Pudee, B.E. 2548). 3) The neuro-linguistics program enables individuals to realize their sub-consciousness, to solve problems, and to increase their self-adjustment ability, so they have more understanding of the world (Juthatip Hemin, B.E. 2547). 4) Brief psychological intervention which was carried out together with specifications on care for suicidal attempts in hospital and dissemination of knowledge in community helps solve internal problems of individuals and reduce suicidal thoughts (Guthire et al., 2001). 5) The rational emotive therapy with muscle relaxation techniques allows individuals to practice rational thinking which can decrease depression (Waraporn Wanpirun, B.E. 2545). 6) The rational emotive behavioral therapy enables individuals to have more positive thinking and feelings toward themselves, hence a reduction in depression (Kamolrat Chuaninee, B.E. 2547). 7) Satir model makes individuals understand ideas, expectations, feelings, and desires of self and cope with problems appropriately, which increases self-worth and decrease depression (Mallitha Poonsawad, B.E. 2549). 8) Holistic nursing with an emphasis on participatory learning and group process assists patients with their physical and psychosocial aspects, hence less depression and more self-care (Kanyapitch Channiyom, B.E. 2549). 9) Confrontation theory can help individuals with suicide attempt understand their self-worth, develop themselves meaningfully and consciously, and solve problems and overcome obstacles by themselves, so they have higher sense of self-worth (Juraiwan Srisaknok, B.E. 2547). In conclusion, it can be seen that the outcomes of most forms of counseling are effects on depression, followed by sense of coherence and self-worth, respectively. Such outcomes are individual factors that may be reasons for suicide attempts. This means that individual counseling in suicide attempts is a psychosocial therapy that emphasizes prevention and solving problems. According to Rhodes & Links (1998), provision of psychosocial therapy can reduce suicidal behaviors by 33-50%. Likewise, Kurze and Moller (1995) found

that assistance provided to individuals with suicide attempts during the critical period can prevent reattempted suicides and reduce rates of successful suicides.

Qualifications of therapists

Therapists are nurses, and medical person who are trained to be psychological counselor (Kamolrat Chuaninee, B.E. 2547; Kanyapitch Channiyom, B.E. 2549; Juthatip Hemin, B.E. 2547; Juraiwan Srisaknok, B.E. 2547; Pornjit Thongbundit, B.E. 2546; Mallitha Poonsawad, B.E. 2549; Waraporn Wanpirun, B.E. 2545; Suwimol Pudee, B.E. 2548; Guthire et al., 2001), and therapists to undergo training to develop knowledge and skills in counseling. Also, qualitative findings have revealed that therapists should be friendly, polite, and soft-mannered. They should dress cleanly, look reliable, have good personality, speak nicely, know how to offer encouragement, have sense of humor, look willing to help, have time to deal with patients, be considerate, be loving and understanding, be a good listener, and have good communication skills (Soontharee Srikosai, et al., B.E. 2548; Aoun & Johnson, 2000). Moreover, Pualson and Worth (2002) point out that an important role of therapists that are required by patients are good relationships and encouragement to ensure mental rehabilitation. Similarly, Ansuree Sirisophon (B.E. 2544) conducted a study on qualifications of therapists and concluded that therapists should have listening skills, know how to generate warmth, be friendly, and know how to establish a good relationship.

Characteristics of patients

The patients are females and males who have attempted suicides with the following characteristics: 1) They are older than 15 years old, ranging in age from teenagers to elderly persons, 2) They have history of at least one suicide attempts, 3) They have no communication problems, are able to read and write in Thai, have no hearing and visual impairments, and are able to complete the data collection instruments by themselves. Brown and Srebalus (1996) point out that if patients have intention and are able to communicate with words, it will benefit counseling. 4) They have full consciousness and are able to understand date, time, place, and person. Also, they do not have pathology of the brain and have no history of severe psychiatric

illness or mental disorder. According to Brown and Srebalus if patients have accurate and normal perception, the counseling outcomes will be enhanced. In addition, they do not have any serious physical sicknesses and are able to carry out daily living activities by themselves (Pornjit Thongbundit, B.E. 2546; Waraporn Wanpirun, B.E. 2545). According to the study findings, all of these characteristics are essential for successful provision of individual counseling.

Therapy used with individual counseling

A review of research literature has shown that there are different forms of therapy that are used together with individual counseling as follows:

Muscle relaxation is a major component of the rational emotive therapy. When patients come to the hospital to receive counseling, they will find themselves in an unfamiliar environment. They may also be stricken with different emotions such as stress caused by suicide attempts, as well as other problems such as family problems. Therefore, they may not be comfortable and be obsessed with their old ideas and thoughts. For this reason, muscle relaxation is implemented to make patients more comfortable and relaxed, which will increase their ability to take in new information and to practice reasoning which, in turn, enhances the effectiveness of counseling (Kanyapitch Channiyom, B.E. 2549; Waraporn Wanpirun, B.E. 2545), hence a reduction in depression and an establishment of new and appropriate behavior.

Participatory learning and group process are also used together with individual counseling in the holistic nursing counseling to enable patients to learn about effective thinking process. Participatory learning generally emphasizes the establishment of knowledge based on previous experiences of individuals. It was developed based on the concept of Kolb (1984 cited in Department of Mental Health, B.E. 2543). It enables individuals with suicide attempts to have continuous learning (Kanyapitch Channiyom, B.E. 2549). In addition, group process enables patients to develop self-care efficacy and self-worth, as well as learn to live with their family in the community happily. Group process also promotes spiritual well-being of individuals (Kanyapitch Channiyom, B.E. 2549), so it helps individuals with suicide attempts to adjust their thinking process, develop problem-solving skills, and realize their self-worth, hence a prevention of repeated suicide attempts or successful suicide

attempts. Patcharee Khamthita, Ampawan Thakas, and Chanakarn Sansingchai (B.E. 2550) investigated the use of group process to develop mental strength of individuals and found that group process enabled individuals with suicide attempts to adjust their thinking process, develop problem-solving skills, and realize their sense of self-worth, which can prevent further attempts at suicide.

The results of the analysis and synthesis of research literature can benefit professional nurses and personnel in the mental health and psychiatric team in providing care to patients with suicide attempts. Individual counseling suitable for problems of patients is important, as it prevents and solves the cause of the problem. Thus, individual counseling that responds to patients' problems should be selected because it offers psychosocial assistance that is effective, with good cost-benefit ratio, and practical for nurses who can carry out individual counseling independently accounting to their efficacy and roles specified by the Nursing Council. What should be taken into account when providing individual counseling for patients with suicide attempts are qualifications of counselors, characteristics of patients, and the type of therapy used with individual counseling to ensure highest efficiency and effectiveness of the individual counseling offered to patients with suicide attempts.

Recommendations for therapy

Individual counseling for patients with suicide attempts is a form of psychosocial treatment that can be implemented by nurses and staff in the mental health and psychiatric team. However, patterns and theories of individual counseling, as well as related skills, should be carefully considered by therapists. Different components of the individual counseling should also be taken into consideration before implementing individual counseling, including selecting the type and theory of counseling that is suitable for patients' problems, specifying and developing necessary qualifications of therapists, and considering characteristics of patients. In addition, individual counseling may be used with other forms of therapy to ensure highest efficiency and effectiveness.

Recommendations for further research

1. Research on individual counseling for patients with suicide attempts should be carried out to investigate other forms of therapy that are appropriate for Thai cultures such as Buddhist meditation so as to design various therapies to best benefit patients with suicide attempts.

2. Other theories of individual counseling should be examined under the Thai social and cultural context so as to specify the types of counseling suitable for patients who seek counseling and to derive at various and comprehensive forms of individual counseling for patients with suicide attempts.

3. Studies should also be carried out to explore factors that promote the success of individual counseling for patients with suicide attempts as well as factors that hinder effective provision of individual counseling for patients with suicide attempts.

บรรณานุกรม

- กมลวรรณ สุขบรรทัด. (2549). การศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลสอยดาว จังหวัดจันทบุรี. โครงการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กมลรัตน์ ชวนินิ. (2548). การศึกษาการให้คำปรึกษาที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และ พฤติกรรม ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม. โครงการศึกษาอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กัญญาพิชญ์ จันทรนิคม. (2548). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรมสุขภาพจิต. (2543). คู่มือการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2548). คู่มือการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมสุขภาพจิต. (2548). รายงานสรุปผลการนำเสนอผลการดำเนินงาน "เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย". กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสุขภาพจิต. (2549). สุขภาพจิตไทย พ. ศ. 2547- 2548. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรรณิการ์ เถาหมอ และ ศิริมา เนาวรัตน์. (2542). ครอบครัวกับการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดนครสวรรค์. นครสวรรค์: โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์.
- กุนตี โตโพธิ์ไทย. (2551). การติดตามผู้พยายามทำร้ายตนเองที่บ้านด้วยเทคนิคการให้การปรึกษา. Retrieved 30 ธันวาคม 2551, from โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ Web site: <http://www.jvkk.go.th/research/qresearch.asp?code=0102499-6k>.
- เขมิกาญจน์ ไพฑูรย์, ถนอมศรี อินทนนท์ และวันดี สุทธรังสี. (2551). รายงานเบื้องต้นสัมพันธภาพในครอบครัวและภาวะทางสุขภาพของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล

- สุราษฎร์ธานี. Retrieved 10 กันยายน 2551, from โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ Web site: <http://www.jvkk.go.th/researchnew/details.asp?code=0101904-8k>.
- จรรยา ัญญาคี. (2539). การปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วยที่พยายามอัตวินิบาตกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรามารับดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จารุวรรณ บุญไมตรีสัมพันธ์. (2547). การศึกษาการใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. โครงการศึกษาอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก. (2547). การให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริงเพื่อพัฒนาความภาคภูมิใจในตนเองแก่ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย. โครงการศึกษาอิสระ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. Retrieved 10 กันยายน 2551, from ThaiLis database.
- จุฑาธิป เหมินทร์. (2547). ผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อความสอคล้องในการมองโลกของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. Retrieved 7 เมษายน 2550, from ThaiLis database.
- จำลอง ดิษยนิช. (2542). จิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์การพิมพ์.
- ฉวีวรรณ คำเวียงสา. (2550). การปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ที่ยากายฆ่าตัวตายที่รับบริการในโรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน. การค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิตติพร ยากองโก. (2550). การประเมินผลการใช้ข้อกำหนดการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน. การค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ครุณี เลิศปรีชา. (2545). การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ควมณี จงรักย์. (2548). ทฤษฎีการให้การปรึกษาและจิตบำบัดเบื้องต้น. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ณรงค์ สุภัทรพันธ์ และนางพาง ลิมสุวรรณ. (2546). เอกสารประกอบการฝึกอบรม Satir' Systemic Brief Therapy.

- นภัสศิริ คำสอน. (2548). การศึกษาโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อสัมพันธภาพในครอบครัว และความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลหันคา จังหวัดชัยนาท. โครงการศึกษาอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา เณลิมกุล, ชะลอ ชูพงษ์ และมณฑิพย์ บริสุทธี. (2542). ครอบครัวกับการพยายามฆ่าตัวตาย: การศึกษาเชิงคุณภาพ. จันทบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี.
- เบญจมาภรณ์ รุ่งสาธ. (2548). การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี. โครงการศึกษาอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุปผชาติ รักษาจันทร์ และวันดี แก้วเสียง. (2547). การศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยหญิงในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลขอนแก่น. Retrieved 7 เมษายน 2550, from โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ Web site: <http://www.jvkk.go.th/researchnew/details.asp?code=0102007-8k>.
- ประเทือง ภูมิภักตราม. (2540). การปรับพฤติกรรม: ทฤษฎีการประยุกต์. กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์.
- ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล. (2542). การฆ่าตัวตาย: การสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พลัสเพรส.
- ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์, สมควร หาญพัฒนชัยกุล และบารมี จรัสสิงห์. (2547). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองในประเทศไทย. รายงานการวิจัย. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ปรานี วงศ์ใหญ่ และวันเพ็ญ ยืนยงแสน. (2549). การสนับสนุนทางสังคมและกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรม การฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย. Retrieved 30 ธันวาคม 2551, from ThaiLis database.
- พัชรี คำธิดา, อัมพวรรณ ฤกาศ และชนากานต์ แสนสิงห์ชัย. (2550). รูปแบบการดูแลและช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำโดยกระบวนการสร้างความเข้มแข็งทางใจ. Retrieved 7 เมษายน 2550, from โรงพยาบาลขอนแก่นราชนครินทร์ Web site: <http://www.jvkk.go.th/researchnew/details.asp?code=0101467-9k>.
- เพชร ภาสราพันธ์. (2547). การพิสูจน์ทฤษฎีการฆ่าตัวตาย. Retrieved 10 กันยายน 2551, from กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข Web site: <http://www.dmh.moph.go.th/abstract/details.asp?id=3527>.

- พรจิตต์ ทองบัณฑิต. (2546). ผลการให้คำปรึกษาแนวโลกาภิวัตน์ต่อความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยภายหลังการพยายามฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. Retrieved 7 เมษายน 2550, from ThaiLis database.
- กิมศักดิ์ บุญเจียร. (2541). การพยายามฆ่าตัวตาย: กรณีศึกษาที่จังหวัดชัยนาท. วิทยานิพนธ์สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาบัณฑิต สาขาสังคมวิทยา คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มัลลิกา พูลสวัสดิ์. (2549). การให้การปรึกษารายบุคคลแนวจิตวิทยาเกี่ยวกับผู้รอดชีวิตจากการฆ่าตัวตาย. กรณีศึกษา กลุ่มงานส่งเสริมวิชาการและบริการสุขภาพจิต คณะกรรมการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยี โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- รัชฎาพร ธรรมน้อย. (2548). การสนับสนุนทางสังคมและสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการโรงพยาบาล. การค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2538). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2544). คำแนะนำการสร้าง “แนวทางเวชปฏิบัติ” (Clinical Practice Guideline). สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 18(16), 36-47.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2546). แผนการสอนการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตาย. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3.
- วัชร ทรัพย์มี. (2547). ทฤษฎีให้บริการปรึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วราภรณ์ วรรณพิรุณ. (2545). ผลของการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังการพยายามฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. Retrieved 7 เมษายน 2550, from ThaiLis database.
- สรชนก สุทวัน. (2548). บทบาทการพยาบาลจิตเวช การปรึกษาและการประสานงาน. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิริรัตน์ คุปติวุฒ. (2548). ครอบครัวบำบัดและการให้การปรึกษา. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุภรัตน์ เอกอัศวิน. (2545). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 10(3), 143.

- สุรรัตน์ เอกอัศวิน. (2547). การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในวัยรุ่นที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 12(1), 42.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2543). *โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2549). *จิตเวชศาสตร์พื้นฐาน และโรคทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมหมาย เลหะจินดา และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2543). ลักษณะการเลี้ยงดูของพ่อแม่กับความคิดฆ่าตัวตายของเด็กวัยรุ่น. Retrieved 7 เมษายน 2550, from กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข Web site: <http://www.dmh.go.th/abstract/details.asp?id=2670>.
- สภาการพยาบาล. (2546). *แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในระบบสุขภาพ ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. เชียงใหม่: คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย. (2542). การศึกษารูปแบบการเผชิญความเครียดและเงื่อนไขการนำไปสู่การฆ่าตัวตายของนิสิตนักศึกษา. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร.
- สุนทรี ศรีโกสย, ภัทราภรณ์ ทุ่งป็นคำ และพันธุ์ภา กิตติรัตนไพฑูรย์. (2548). การให้การปรึกษา: มุมมองของผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 25(6), 35-46.
- สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2545). *การพยาบาลจิตเวช*. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- สุวิมล ผู้ดี. (2548). ผลของการให้คำปรึกษาแบบยิคนุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองและภาวะอารมณ์ซึมเศร้าของผู้พยายามฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อภิชัย มงคล และทวี ตั้งเสรี. (2547). รายงานการศึกษาระบาดวิทยาของผู้ทำร้ายตนเอง. รายงานการวิจัย. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อภิชัย มงคล, สุพิน พิมพ์เสน, ปัทพงษ์ เกษมสมบูรณ์, นุศราพร เกษมสมบูรณ์ และประสงค์ สิงห์นาง. (2545) *ระบาดวิทยาของพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย*. รายงานผลการศึกษา. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์.
- อัญสุรีย์ ศิริโสภณ และนวรรตน์ สุวรรณพ้อง. (2546). ความสามารถในการให้การปรึกษาของผู้ให้การปรึกษาในโรงพยาบาลชุมชนเขต 8. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 11(2), 77-86.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2545). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: ด่านสุทธาการพิมพ์.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2542). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: ชันดีการพิมพ์.

- Andreasen, N. C., & Black, D. W. (2001). *Introductory Textbook of Psychiatry* (3rd ed.). Washington, DC.: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Aoun, S., & Johnson, L. (2001). A consumer's perspective of a suicide intervention programme. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10, 97-104. Retrieved September 23, 2008, from ProQuest database.
- Antonovsky, A. (1982). *Health, stress and coping*. California, Josey-Bass Inc. Publishing.
- Bardee, M. A., & Bricker, P. (1996). Suicide In K.M. Fortinash, & P.A. Holiday- Worrt (Eds.), *Psychiatric mental health nursing*, 24, 613- 633.
- Brown, D., & Srebalus, D. J., (1996). *Introduction to the counseling profession*. USA: A Simon & Schuster company.
- Capuzzi, D., & Gross, D. R. (1999). *Counseling and Psychotherapy: Theories and Interventions*. USA: Prentice Hall, Inc.
- Coon, D., & Mitterer, J.O. (2008). *Psychology: A Journey* (3rd ed.). Belmont, CA: Thomson Wadsworth.
- Corey, G. (2001). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (6th ed). Pacific Grove, CA: Brooks/ Cole.
- Corey, G. (2005). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy* (7th ed.). USA: Thomson Learning.
- Dryden, W., & Yankura, J. (1993). *Counselling Individual: A Rational Emotive Handbook* (2nd ed.). Whurr Publishers Ltd.
- Edward, M. J., & Holden, R. R. (2001). Coping, meaning in life and suicidal Manifestation: Examining gender differences. *Journal of Clinical Psychology*, 18, 1517- 1534.
- Ellis, T.E. (2006). *Cognition and Suicide: Theory, Research, and Therapy*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Faberow, N. L. (1980). *The many Faces of suicide*. New York : McGraw- Hill.
- Greenberg, L. S., & Watson, J. (1998). Experimental therapy of depression: Differential effects of Client- centered relationship conditions and process experimental interventions. *Psychotherapy Research*, 8, 210- 224.

- Guthrie, E., Kapur, N., Mackway- Jones, K., Chew- Graham, C., Moorey, J., Mendel, E., et al. (2001). Randomised control trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ*, 323. Retrieved September 23, 2008, from Pubmed database.
- Gibson, R. L., & Mitchell, M. H. (1999). *Introduction to Counseling and Guidance*. (5th ed.). New Jersey: Prentice- Hall, Inc.
- Gilliland, B. E., & James, R. K. (1998). *Theories and strategies in counseling and psychotherapy* (4th ed). Boston: Allyn & Bacon.
- Gladding, S.T. (2004). *Counseling: A Comprehensive Profession* (5th ed.). New Jersey: Pearson Education., Inc.
- Hales, R. E., & Yudofsky, S. C. (2004). *Essentials of clinical Psychiatry* (2nd ed.). Washington, DC.: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Hansen, J. C., Rossberg, R. H., & Cramer, S. H. (1994). *Counseling: Theory and Process* (5th ed.). Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Hauenstein, E. J. (1998). Case- finding and care in suicide: Children, Adolescents, and Adult. In M.H. Bogd, & M.A. Nihart (Eds.), *Psychiatric nursing contemporary Practice*, 2, 1080- 1101.
- Higdon, J. (2004). *From Counselling Skills to Counsellor: A Psychodynamic Approach*. New York: Palgrave Macmillan.
- Kim, H. F., Marangell, L. B., & Yudofsky, S. C. (2006). *Psychopharmacological Treatment and Electroconvulsive Therapy*. In R.I. Simon, & R.E. Hales (Eds.), *The American Psychiatric*.
- Kottler, J. A., & Shepard, D. S. (2008). *Introduction to Counseling* (6th ed.). USA: Thomson Brooks/Cole.
- Kurze, A. & Moller, S. J. (1995). Attempted suicide: Efficacy of treatment programs. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 49(1), 99-103. Retrieve December 30, 2008, from Google Scholar database.
- Mehlum, L. (1998). Suicidal ideation and sense of coherence in male conscripts. *Acta psychiatrica scandinavica*, 98(6), 487- 492.

- Neimeyer, R. A., & Pfeffer, A. M. (1994). The ten most common errors on suicide interventionists. In A.A. Leenaars, & J.T. Maltzberger (Eds.), *Treatment of suicidal people* (pp 207-224). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Neukrug, Ed. (2007). *The world of the Counselor: An Introduction to the Counseling Profession* (3rd ed.). USA: Thomson Brooks/Cole.
- Okun, B. F. (2002). *Effective Helping* (6th ed.). Canada: Thomson Learning.
- Oquendo, M. A., Carballo, J. J., Stanley, B., & Brodsky, B. S. (2006). Personality Disorders. In R.I. Simon, & R.E. Hales (eds.), *Suicide Assessment and Management*.
- Paulson, B. L., Wort, M. (2002). Counseling for suicide: Client perspectives. *Journal of Counseling and Development*, 80(1), 86-93. Retrieved August 30, 2007, from ProQuest database.
- Patterson, C. H., & Watkins, C. E. (1996). *Theories of Psychotherapy* (5th ed.). USA: Harper Collins College Publishers.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1997). *Essentials of Nursing Research: Method, Appraisal and Utilization* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Raj, M. A.J., Kumaraiah, V., Bhide A.V. (2001). Cognitive- behavioural intervention in deliberate self- harm. *Acta Psychiatr Scand*, 104(5), 340-345. Retrieved August 30, 2007, from Pubmed database.
- Rhodes, A. E., & Links, P. S., (1998). Suicide and Suicidal Behaviours: Implications for Mental Health Services. *Psychiatry*, 43, 785- 791. Retrieved December 24, 2008, from Google Scholar database.
- Sande R., Buskens E., Allart E., Graaf Y., & Engeland, H., (1997). Psychosocial intervention Following suicide attempt: a systematic review of treatment interventions. *Acta Psychiatr Scand*, 96, 43-50. Retrieved September 23, 2008, from Pubmed database.
- Seligman, L. (2006). *Theories of Counseling and Psychotherapy: System, Strategies, and skills* (2nd ed.). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Shaffer, D. (2005). Mood Disorders in Children and Adolescents. In B.J. Sadock, & V. A. Sadock. (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry Volume II* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott.

- Shirley, Y., Tracie, M. S., Carlos, M. G., Andrew, E. S., John, G.G., et al. (2004). Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicide behavior. *American Journal of psychiatry*, 161, 1296- 1298.
- Shives, L. R. (2005). *Basic Concepts of Psychiatric- Mental health Nursing* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams, & Wilkins.
- Sommers - Flanagan, J., & Sommers- Flanagan, R. (2004). *Counseling and Psychotherapy Theories in Context and Practice: Skills, Strategies, and Techniques*. USA: John wiley, & Sons, Inc.
- Sternberg, R. J. (2000). *Pathways to Psychology* (2nd ed.). Orlando: Harcourt, Inc.
- Stuart, G. W. (2005). *Handbook of Psychiatric Nursing* (6th ed.). Philadelphia: Elsevier, Inc.
- Todd, J., & Bohat, A. C. (1999). *Foundation of clinical counseling psychology* (3rd ed.). New York: Addison-Weskey. Educational Publisher inc.
- Videbeck, S. L. (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams, & Wilkins.
- Wilburn, V. R. & Smith, D. E. (2006). Stress, Self- Esteem, and Suicidal Ideation in Late Adolescents. *Spring 2005*, 40(157) 33. Retrieved March 23, 2008, from ProQuest database.
- Wilson, H., & Kneisl, C. (1996). *Psychiatric Nursing* (5th ed.) New Jersey: Addison- Wesley.
- World Health Organization (WHO). (1999). *Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry version 2.1*. glossary. Geneva: WHO.



ตารางที่ 5 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคล
ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

เรื่องที่	1
ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผลการให้คำปรึกษาแนวโลโกเทอราปีต่อความเข้มแข็งในการมองโลก ของผู้ป่วยภายหลังจากพยายามฆ่าตัวตาย
ผู้แต่ง	พรจิตต์ ทองบัณฑิต
แหล่งตีพิมพ์/ ปี	วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา/ 2546

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	1. เพื่อเปรียบเทียบผลของการให้การปรึกษาแนวโลโกเทอราปี และการดูแลตามปกติของโรงพยาบาลบ้านบึงต่อความเข้มแข็งใน การมองโลกของผู้ป่วยภายหลังจากพยายามฆ่าตัวตาย 2. เพื่อเปรียบเทียบผลของการให้การปรึกษาแนวโลโกเทอราปีต่อ การเพิ่มความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยภายหลังจาก พยายามฆ่าตัวตายในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และ ระยะติดตามผล
Design	การวิจัยกึ่งทดลอง
Level	B
Setting	แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี
Sample	เกณฑ์คัดเข้า ผู้ป่วยภายหลังจากพยายามฆ่าตัวตายจำนวน 16 คน ที่ยังไม่ได้รับความช่วยเหลือโดยการให้คำปรึกษาและการทำ จิตบำบัด โดยคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ 1) เพศหญิง อายุ 15-30 ปี 2) เป็นผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก 3) อ่านและเขียนหนังสือได้ และสามารถทำแบบประเมินได้ด้วย ตนเอง 4) ไม่มีภาวะสติปัญญาบกพร่องหรือมีพยาธิสภาพที่สมอง 5) ไม่มีความเจ็บป่วยรุนแรงทางกาย 6) ช่วยเหลือตนเองในกิจวัตร

ตารางที่ 5 สรุปผลการกั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample (ต่อ)	ประจำวันได้ปกติ 7) ไม่มีอาการทางจิตรุนแรง 8) สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย และคัดเลือกจากผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบง่ายเพื่อแบ่งเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 8 คน เกณฑ์คัดออก -
Outcomes	ความเข้มแข็งในการมองโลก (A Sense of Coherence, SOC)
Instruments	1. แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก ตามแนวคิดทฤษฎีความผาสุกในชีวิตของแอนโทโนฟสกี (Antonovsky) (1987) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านความสามารถในการเข้าใจเหตุการณ์ (comprehensibility) ด้านความสามารถในการจัดการกับชีวิต (manageability) ด้านการมองโลกอย่างมีคุณค่าและมีความหมาย (meaningfulness) โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 ใช้ประเมินกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 2. โปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวโลกทอราปี ซึ่งสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ
Interventions	กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวโลกทอราปี มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพ ทำความเข้าใจข้อตกลงเบื้องต้นและแนะนำโปรแกรม (session ที่ 1) 2) เพิ่มสัมพันธภาพและสร้าง การตระหนักรู้ โดยตระหนักถึงภาวะไร้ความหมายของตนและค้นพบคุณค่าของการมีชีวิต (session ที่ 2- 3)

ตารางที่ 5 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	3) การค้นพบความหมายหรือขั้นสำรวจตนเอง (session ที่ 4) 4) การอุทิศตนเพื่อความหมายหรือขั้นสร้างพันธะสัญญา (session ที่ 5) 5) ขั้นพัฒนาความหมาย เป็นการค้นหาความหมายที่แท้จริงของชีวิต (session ที่ 6) 6) พัฒนาทักษะเพื่อสร้างความชัดเจนของความหมายในชีวิต (session ที่ 7) 7) การค้นพบความหมายในชีวิตด้วยตนเองหรือขั้นปรับทิศทางใหม่ (session ที่ 8) 8) การยุติการให้บริการ (session ที่ 9) โปรแกรมให้คำปรึกษาแนวโลโกเทอราปี ทำ 9 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 5 วัน ขณะพักรักษาในโรงพยาบาล และเว้นระยะ 2 สัปดาห์เพื่อติดตามผล กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาล
Results	Within group ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยภายหลังจากพยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการให้คำปรึกษาแนวโลโกเทอราปีในระยะหลังทดลองและติดตามผลมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีความเข้มแข็งในการมองโลกในระยะติดตามผลสูงกว่าระยะหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีความเข้มแข็งในการมองโลกในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผลแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 Between group ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยภายหลังจากพยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการโปรแกรมมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 5 สรุปผลการถกแถลงข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคล
ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Implication	การให้การปรึกษารายบุคคลแบบโลโกเทอราปีช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีการตระหนักรู้ถึงภาวะไร้ความหมายของตน ค้นพบคุณค่าของการมีชีวิต อุทิศตนเพื่อสร้างพันธะสัญญาและค้นหาความหมายที่แท้จริงของชีวิต และพัฒนาทักษะเพื่อสร้างความชัดเจนของความหมายชีวิต อย่างไรก็ตามผู้ให้การปรึกษาจะต้องมีความรู้พื้นฐานทางทฤษฎีเป็นอย่างดีก่อนให้การปรึกษา

ตารางที่ 5 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคล
ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

เรื่องที่	2
ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผลการให้คำปรึกษาแบบยี่ดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อความรู้สึกถึงคุณค่า ในตนเอง และภาวะอารมณ์ซึมเศร้าของผู้พยายามฆ่าตัวตาย
ผู้แต่ง	สุวิมล ผู้ดี
แหล่งตีพิมพ์/ ปี	วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา/ 2546

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบยี่ดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มี ต่อความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง และภาวะอารมณ์ซึมเศร้าของ ผู้พยายามฆ่าตัวตาย
Design	การวิจัยกึ่งทดลอง
Level	B
Setting	แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี
Sample	เกณฑ์คัดเข้า ผู้ป่วยภายหลังจากพยายามฆ่าตัวตายจำนวน 12 คน โดยไม่จำกัด อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และภาวะ ทางเศรษฐกิจ และคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ 1) เป็นผู้พยายามฆ่าตัวตายในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 20 ธันวาคม 2547- 20 มีนาคม 2548 รวม 3 เดือน 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นการพยายามฆ่าตัวตายและเป็นการกระทำ ครั้งแรก 3) เป็น ผู้สามารถอ่าน เขียน และพูดภาษาไทยได้ 4) ไม่มีปัญหาและไม่มี ประวัติการป่วยทางจิตเวช 5) มีคะแนนแบบวัดความรู้สึกถึงคุณค่า ในตนเองน้อยกว่า 35 คะแนน ซึ่งคัดเลือกโดยวิธีสุ่มตัวอย่าง แบบง่ายเพื่อนำเข้าเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 6 คน เกณฑ์คัดออก -

ตารางที่ 5 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Outcomes	1. ความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง 2. ภาวะอารมณ์ซึมเศร้า
Instruments	1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นชุดคำถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการเจ็บป่วย และโรคประจำตัว ใช้รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้พยายามฆ่าตัวตายในระยะก่อนทดลอง 2. แบบวัดความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg's Self-esteem Scale-RSES) (Rosenberg & Schooler) (1989) ที่ นิราศศิริ โรจนธรรมกุล (2535) แปลและดัดแปลงมาใช้ในงานวิจัยเรื่อง ผลของการปรึกษาจิตวิทยาแบบกลุ่มที่มีต่อการเพิ่มการเห็นคุณค่าในตัวเองของสตรีในสถานสงเคราะห์หญิงบ้านเกร็ดกระการ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 ใช้ประเมินกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้ โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .72 3. แบบวัดภาวะอารมณ์ซึมเศร้า ที่นำมาจากแบบวัดความวิตกกังวลและความเศร้า (Hospital Anxiety Depression Scale: HADS) ของ ซิกมอนด์ แอนด์ สแนธ (Zigmon & Snaith) (1983) ซึ่งแปลและเรียบเรียงโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2538) โดยเลือกใช้เฉพาะส่วนที่วัดความซึมเศร้ามาใช้ประเมินกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปตรวจสอบความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้ โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .63 4. โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบยืดยบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ตารางที่ 5 สรุปผลการกั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions	กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบยิดบุคคลเป็นศูนย์กลางซึ่งมีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้ 1) ขั้นสร้างเสริมสัมพันธภาพ (session ที่ 1) 2) ขั้นสื่อสัมพันธ์ความในใจเพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ (session ที่ 2) 3) ขั้นร่วมด้วยช่วยกันเพื่อสำรวจและแก้ไขปัญหา (session ที่ 3-9) 4) ยุติการให้การปรึกษา (session ที่ 10) เทคนิคที่ใช้ได้แก่ การยอมรับ (acceptance) การสะท้อนความรู้สึก (reflection of feeling) การสะท้อนเนื้อหา (reflection of content) การทำให้เกิดความกระจ่าง (clarification) การเงียบและการฟัง (silence and listening) และการตั้งคำถาม (questioning) โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบยิดบุคคลเป็นศูนย์กลาง มีกิจกรรม 10 ครั้ง ๆ ละ 30-50 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ การทดลองแบ่งเป็น 3 ระยะ คือระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาล
Results	Within group ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบยิดบุคคลเป็นศูนย์กลางในระยะหลังทดลองและติดตามผล มีความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนทดลอง และมีภาวะอารมณ์ซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบยิดบุคคลเป็นศูนย์กลางในระยะติดตามผลมีความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองสูงกว่าหลังทดลอง และมีภาวะอารมณ์ซึมเศร้าต่ำกว่าหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 5 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคล
ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	Between group ในระยะหลังทดลองและติดตามผลกลุ่มทดลองมีความรู้สึถึงคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีภาวะอารมณ์ซึมเศร้าต่ำกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
Implication	การให้การปรึกษารายบุคคลแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลาง ช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้วยการมีส่วนร่วมในการสำรวจ และแก้ไขปัญหาของตนเอง เพื่อลดอารมณ์ซึมเศร้า

ตารางที่ 5 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

เรื่องที่	3
ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อความสอดคล้องในการมองโลกของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
ผู้แต่ง	จุฑาธิป เหมินทร์
แหล่งตีพิมพ์/ ปี	วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา/ 2547

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาผลของการให้การปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสด้วยเทคนิคทฤษฎีใหม่ได้จัดสำนึกแบบองค์รวม เทคนิคสัมพันธ์แห่งตน และเทคนิควางแผนอนาคตต่อความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
Design	การวิจัยกึ่งทดลอง
Level	B
Setting	แผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ
Sample	เกณฑ์คัดเข้า ผู้ป่วยภายหลังจากพยายามฆ่าตัวตายจำนวน 12 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้พยายามฆ่าตัวตาย 2) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และไม่มี ความบกพร่องด้านการฟัง 3) ไม่มีความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรง 4) ไม่จำกัดจำนวนครั้งของการฆ่าตัวตาย 5) สมัครเข้าร่วมวิจัย คัดเลือกโดยวิธีสุ่มอย่างมีระบบ เพื่อนำเข้าเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 6 คน เกณฑ์คัดออก ผู้ที่มีคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกไม่อยู่ในช่วง 29-87 คะแนน
Outcomes	ความเข้มแข็งในการมองโลก (SOC)

ตารางที่ 5 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Instruments (ต่อ)	1. แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลกของแอนโทโนฟสกี (Antonovsky) (1987) ที่ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.86 แบบประเมินมีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านความสามารถในการเข้าใจ (comprehensibility) ด้านการจัดการ (manageability) และด้านการเห็นคุณค่าและความหมาย (meaningfulness) ใช้เก็บข้อมูล 3 ระยะ คือระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล โดยระยะติดตามผลห่างจากระยะหลังทดลอง 3 สัปดาห์ 2. โปรแกรมการให้การปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจากโปรแกรมการให้การปรึกษาของวิลลา (Villar) (1997) และงานวิจัยของ จูทามาศ แหนจอ (2544) อัจฉราภักดีพินิจ (2544) และ ชาญญากรณ์ ธนพานิช (2545) และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ
Interventions	กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสมีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้ 1. สร้างความเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น 2. ตัดสินสภาพเหตุการณ์ส่วนบุคคล 3. จำกัดขอบเขตของปัญหา 4. การตัดสินใจกระทำตามจุดประสงค์ของการบำบัด เทคนิคที่ใช้ ได้แก่ การสร้างทฤษฎีใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวม เทคนิคสัมพันธ์แห่งตน และเทคนิคการวางแผนอนาคต โดยได้รับคำปรึกษา 3 เทคนิค ๆ ละ 1 ครั้ง แต่ละเทคนิคห่างกันทุก 2 วัน การทดลองแบ่งเป็น 3 ระยะ คือระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาล

ตารางที่ 5 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	Within group กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสมีคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกในระยะหลังทดลอง และติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกในระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 Between group กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
Implication	การให้การปรึกษารายบุคคลทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ตัดสินสภาพเหตุการณ์ต่าง ๆ จำกัดขอบเขตของปัญหา และตัดสินใจกระทำตามจุดมุ่งหมาย

ตารางที่ 5 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคล
ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

เรื่องที่	4
ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผลการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล และอารมณ์ร่วมกับการฝึก ผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังพยายาม ฆ่าตัวตาย
ผู้แต่ง	วราภรณ์ วรรณพิรุณ
แหล่งตีพิมพ์/ ปี	วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา/ 2545

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาผลการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล และอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ภายหลังพยายามฆ่าตัวตาย
Design	การวิจัยกึ่งทดลอง
Level	B
Setting	แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา
Sample	เกณฑ์คัดเข้า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 10 คน อายุ 18 ปี ขึ้นไป และยังไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือโดยการให้การปรึกษาและการทำ จิตบำบัด โดยคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ 1) ไม่มีภาวะสติปัญญาบกพร่องหรือมีพยาธิสภาพที่สมอง 2) ไม่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงทางกาย 3) สามารถลุกนั่ง และ ประกอบกิจวัตรประจำวันของตัวเองได้ 4) ไม่มีอาการทางจิต รุนแรง 5) ไม่มีภาวะบกพร่องทางการมองเห็น และการได้ยิน 6) สัมผัสใจเข้าร่วมงานวิจัย จากนั้นคัดเลือกโดยวิธีสุ่มตัวอย่าง แบบง่ายเพื่อนำเข้าเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 5 คน เกณฑ์คัดออก -
Outcomes	ภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 5 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Instruments (ต่อ)	1. แบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D (Center for Epidemiological Studies- Depression scale) ซึ่งดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย อุมพร ตรังคสมบัติ และคณะ (2541) และผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.88 ใช้ประเมินกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล โดยระยะหลังทดลองห่างจากระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ 2. โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาจากรูปแบบการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ของ เอลลิส (Ellis) (1961) และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3. การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามเทพของ สมบัติ ตาปัญญา (ม.ป.ป.)
Interventions	กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามเทพของสมบัติ ตาปัญญา (ม.ป.ป.) มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้ 1) ปฐมนิเทศ (ครั้งที่ 1) 2) การฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองในสถานการณ์ต่างๆ (ครั้งที่ 2, 3 และ 4) 3) สรุปผลและปัจฉิมนิเทศ (ครั้งที่ 5) ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย มุมมองในการมองปัญหาของผู้ป่วย ต่อเหตุการณ์ที่ไม่สบายใจ การเปลี่ยนมุมมองให้เป็นไปในทางบวก และเป็นสิ่งที่มีความหมายและมีคุณค่าสำหรับผู้ป่วย และในแต่ละครั้งมีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อครั้งละ 20 นาที โดยได้รับโปรแกรมฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อจำนวน 5 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที การทดลองแบ่งเป็น 3 ระยะ คือระยะ

ตารางที่ 5 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคล
ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	ก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมได้รับการให้การปรึกษาทางจิตสังคมตามปกติของโรงพยาบาล 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 30- 50 นาที
Results	Within group ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าในระยะหลังทดลองและในระยะติดตามผลลดลงมากกว่าในระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) Between group กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลองและในระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
Implication	การให้การปรึกษารายบุคคลแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองในสถานการณ์ต่าง ๆ และมีความรู้สึกละอายใจ อย่างไรก็ตาม ผู้ให้การปรึกษาจะต้องมีความรู้ทางทฤษฎีเป็นอย่างดี และผ่านการฝึกทักษะก่อนให้การปรึกษา

ตารางที่ 5 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคล
ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

เรื่องที่	5
ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อภาวะซึมเศร้า และ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
ผู้แต่ง	กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม
แหล่งตีพิมพ์/ ปี	วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย/ 2549

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและคะแนน เฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม 2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และคะแนน เฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ระหว่าง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมกับกลุ่มที่ได้รับการ ดูแลตามปกติ
Design	การวิจัยกึ่งทดลอง
Level	B
Setting	แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
Sample	เกณฑ์คัดเข้า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วย ใน ระหว่างวันที่ 15 พฤษภาคม ถึงวันที่ 15 สิงหาคม 2548 จำนวน 40 คน โดยคัดเลือกตามเกณฑ์ดังนี้ 1) มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สามารถรับรู้เวลา สถานที่ บุคคลได้ ถูกต้อง 2) สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้เข้าใจ ได้ตอบรู้อเรื่อง และตอบแบบสัมภาษณ์ได้ดี 3) มีอายุตั้งแต่ 20- 59 ปี เนื่องจากอยู่ใน วัยผู้ใหญ่ และมีวุฒิภาวะเพียงพอที่จะตัดสินใจเลือกวิธีการในการ ดูแลตนเองได้ 4) มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายจนต้องเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล 5) มีภาวะซึมเศร้าโดยวัดจากแบบประเมิน

ตารางที่ 5 สรุปผลการก่อกำเนิดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample (ต่อ)	ภาวะซึมเศร้า (Beck Depressive Inventory: BDI) ในระดับน้อยถึงมาก (มีคะแนนระหว่าง 17- 30) 6) ยินยอมและให้ความร่วมมือในการทำวิจัย โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่ายเข้าเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน และใช้วิธีจับคู่ (matching) กลุ่มตัวอย่างเพื่อควบคุมตัวแปรเกิน เกณฑ์คัดออก -
Outcomes	1. ภาวะซึมเศร้า 2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง
Instruments	1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อความต่าง ๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนครั้ง วิธีที่ใช้ สาเหตุการฆ่าตัวตาย ประวัติปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต และประวัติการทำร้ายตนเอง หรือการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว ใช้รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้พยายามฆ่าตัวตายในระยะก่อนทดลอง 2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depressive Inventory: BDI) ที่สร้างขึ้นโดย Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (2522) และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83 ใช้ประเมินกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล 3. แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สร้างขึ้นโดยจินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ที่พัฒนามาจากแนวคิดของ ฮิลล์ และสมิทธิ์ (Hill and Smith, 1990) และ โอเร็ม (Orem, 1985) แบ่งออกเป็นการดูแลในด้านต่าง ๆ 7 ด้าน คือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเอง

ตารางที่ 5 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Instruments (ต่อ)	โดยทั่วไป และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.92 ใช้ประเมินกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล 4. แบบวัดความรู้ในการดูแลตนเอง และการจัดการกับภาวะซึมเศร้า เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อทดสอบความรู้ ความเข้าใจกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นเครื่องมือกำกับการทดลองโดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richarson 20: KR 20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.75 5. แบบวัดความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิดของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg Self- Esteem Scale(1965) แปลและเรียบเรียงโดย ผ่องศรี ศรีมรกต (2536) แบบสอบถามเป็นข้อคำถามประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเจตคติ และความรู้สึกที่มีต่อตนเอง โดยนำมาใช้เป็นเครื่องมือกำกับการทดลอง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84 6. โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อการดำรงชีวิตที่ปกติสุขของจินตนา ยูนิพันธ์ (2542) และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ
Interventions	กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมซึ่งมีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้ 1. สัมภาษณ์เพื่อการบำบัดครั้งที่ 1 (วันที่ 1) เป็นการสร้างความไว้วางใจ และการกำหนดข้อตกลงเบื้องต้น

ตารางที่ 5 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	2. สัมภาษณ์ภาพเพื่อการบำบัดครั้งที่ 2 (วันที่ 2) เป็นการพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง และการดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชน (วันที่ 2) 3. สัมภาษณ์ภาพเพื่อการบำบัดครั้งที่ 3 (วันที่ 3) เป็นการส่งเสริมความผูกพันทางจิตวิญญาณ และฝึกทักษะการผ่อนคลาย 4. สัมภาษณ์ภาพเพื่อการบำบัดครั้งที่ 4 (วันที่ 7) เป็นการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ 5. สัมภาษณ์ภาพเพื่อการบำบัดครั้งที่ 5 (วันที่ 14) เป็นการติดตามเยี่ยมที่บ้าน และยุติการบำบัด หลักการและเทคนิคที่ใช้ได้แก่ การนำเสนอและเชื่อมโยงสถานการณ์ การสะท้อนความคิดและค่านิยม การสร้างความเข้าใจและความคิดรวบยอด การทดลองและการตรวจสอบพฤติกรรมใหม่ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมจำนวน 5 ครั้ง ๆ ละ 40 นาที โดยมีระยะห่างในการบำบัดเป็นวันที่ 1, 2, 3, 7 และ 14 ของการบำบัด การทดลองแบ่งเป็น 3 ระยะ คือระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มควบคุม ได้รับการให้การปรึกษาโดยพยาบาลจิตเวชที่ผ่านการอบรมการให้การปรึกษาจำนวน 1-2 ครั้ง
Results	ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีอายุตั้งแต่ 20- 59 ปี เข้ารับการรักษาระหว่างวันที่ 15 พฤษภาคม 2548 ถึงวันที่ 15 สิงหาคม 2548 จำนวน 44 คน มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สามารถรับรู้ เวลา สถานที่ และบุคคลได้ถูกต้อง สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้เข้าใจ และโต้ตอบรู้เรื่อง และตอบแบบสัมภาษณ์ได้ดี เป็นผู้ที่มิภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยถึงมาก (มีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่าง 17- 30) ซึ่งผ่านความเห็นของแพทย์ว่าเข้าร่วมศึกษาวิจัยได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ตารางที่ 5 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	Within group ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมในระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผลมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 Between group กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าลดลง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลอง และในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
Implication	การให้การปรึกษารายบุคคลตามโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง และการดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชน ส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ และความรู้สึกผ่อนคลาย ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 5 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคล
ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

เรื่องที่	6
ชื่อเรื่องงานวิจัย	การศึกษาการให้คำปรึกษาที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
ผู้แต่ง	กมลรัตน์ ช้วนินิ
แหล่งตีพิมพ์/ ปี	โครงการศึกษาอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย/ 2547

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังการให้บริการปรึกษาที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม
Design	กรณีศึกษา (Case Study)
Level	C
Setting	แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม
Sample	เกณฑ์คัดเข้า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 20 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ดังนี้ 1) อายุระหว่าง 17- 60 ปี 2) มีภูมิลำเนาในเขตจังหวัดสมุทรสงคราม 3) มีคะแนนภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไป 4) มีทัศนคติเชิงบวกยอมรับว่า สามารถรับรู้ บุคคล เวลา และสถานที่ได้ถูกต้อง 5) สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้เข้าใจ และโต้ตอบรู้เรื่อง และ 6) ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์คัดออก -
Outcomes	ภาวะซึมเศร้า
Instruments	1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา สภาพทางเศรษฐกิจ อาชีพ การได้ยิน และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ตารางที่ 5 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Instruments (ต่อ)	2. แบบวัดภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง ที่พัฒนามาจาก Beck Depression Inventory ที่แพทย์หญิงดวงใจ กษานติกุล และคณะ (2547) ดัดแปลง และแปลเป็นภาษาไทย เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย (vegetative) ความกระตือรือร้น (motivation) อาการทางความคิด (cognitive) และทางอารมณ์ (psychological) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และทดสอบความเที่ยงโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach'alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.86 โดยนำมาใช้ประเมินผู้ป่วยในระยะก่อนทดลอง และระยะติดตามผล 3. รูปแบบการให้การปรึกษาที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมซึ่งผู้วิจัยประยุกต์มาจากโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ของ วราภรณ์ วรรณพิรุณ (2545) ที่พัฒนาจากทฤษฎีให้บริการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมของ Ellis (1961) และผ่านการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 4. แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามของ เสาวนีย์ สำนวน (2545) ที่ดัดแปลงแบบสอบถามต่อจากผ่องศรี ศรีมรกต (2536) ซึ่งแปลและเรียบเรียงมาจากแนวคิดของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg Self-Esteem Scale) (1965) เป็นข้อคำถามประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเจตคติ และความรู้สึกที่มีต่อตนเอง โดยนำมาใช้เป็นเครื่องมือกำกับการศึกษา
Interventions	กลุ่มทดลอง ได้รับรูปแบบการให้การปรึกษาที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้ 1. สร้างสัมพันธภาพ และวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัญหา

ตารางที่ 5 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	2. การฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง 3. การฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองจากสถานการณ์ที่กำหนด 4. ประเมินผลการฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง และติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์เป็นรายบุคคล โดยให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ของการฝึกคิดอย่างมีเหตุผล ผลที่ได้รับจากการให้การปรึกษาใน 3 ครั้งที่ผ่านมา และการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน และผู้ให้การปรึกษาช่วยสรุปผลการให้การปรึกษาที่ผู้รับการปรึกษาแต่ละรายได้รับ พร้อมทั้งยุติการให้การให้การปรึกษา การให้การปรึกษามีการดำเนินการ 4 ครั้ง ๆ ละ 40 นาที และแต่ละครั้งมีระยะห่าง 1 วัน กลุ่มควบคุม -
Results	Within group หลังให้การปรึกษาที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้พยายามฆ่าตัวตายลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 Between group -
Implication	การให้การปรึกษารายบุคคลที่เน้นการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายพัฒนาความคิด วิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัญหา และทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง เพื่อลดภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตามผู้ให้การปรึกษาจะต้องมีความรู้ทางทฤษฎีเป็นอย่างดี และผ่านการฝึกทักษะก่อนให้การปรึกษา

ตารางที่ 5 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคล
ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

เรื่องที่	7
ชื่อเรื่องงานวิจัย	การให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริงเพื่อพัฒนา ความภาคภูมิใจในตนเองแก่ผู้พยายามฆ่าตัวตาย
ผู้แต่ง	จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก
แหล่งตีพิมพ์/ ปี	โครงการศึกษาอิสระ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้ คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหาสารคาม/ 2547

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อพัฒนาความภาคภูมิใจในตนเองแก่ผู้พยายามฆ่าตัวตาย โดย การให้การปรึกษา แบบรายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริง และ เพื่อศึกษาข้อมูลของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการใน โรงพยาบาลชัยภูมิ
Design	กรณีศึกษา (Case Study)
Level	C
Setting	แผนกผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชัยภูมิ
Sample	เกณฑ์คัดเข้า ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการรักษาที่ โรงพยาบาลชัยภูมิ ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2546- 30 มิถุนายน 2546 ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจงที่มีปัญหาผัดหวัง จากความรัก จำนวน 2 คน โดยกำหนดคุณสมบัติไว้ดังนี้ 1. มารับบริการตรวจรักษาด้วยโรคทางกาย และมีการ พยายาม ฆ่าตัวตาย 2. สามารถพูด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 3. สนใจและให้ความร่วมมือในการศึกษา 4. เพศเดียวกัน และมีอายุใกล้เคียงกัน 5. เป็นผู้พยายามฆ่าตัวตายในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ เกณฑ์คัดออก -

ตารางที่ 5 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Outcomes	ความภาคภูมิใจในตนเอง (Self- Esteem)
Instruments	1) การสังเกต (observation) และการบันทึกพฤติกรรม 2) การสัมภาษณ์ระดับลึกผู้พยายามฆ่าตัวตาย และสมาชิกครอบครัว (indept interview) ซึ่งผู้วิจัยได้คัดแปลงแนวคำถามของ นิตยา เกลิมกุล และคณะ (2542) 3) อัตชีวประวัติ (autobiography) โดยให้ผู้ป่วยเล่าเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในอดีต สภาพในปัจจุบัน และความมุ่งหวังในอนาคต 4) การเยี่ยมบ้าน (Home- Visit) เพื่อสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย สภาพความเป็นอยู่ การอยู่กับสมาชิกในครอบครัว เจตคติบุคคลในครอบครัว และการดำเนินชีวิตของครอบครัว 5) แบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ใช้สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ชื่อ สกุล อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพ อาชีพ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้แก่ สาเหตุที่พยายามฆ่าตัวตาย วิธีการที่ใช้ ช่วงเวลา ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายในอดีต วิธีการจัดการกับปัญหา ความสัมพันธ์ในครอบครัว และความยุ่งยากในชีวิต 6) แบบสอบถามความภาคภูมิใจในตนเอง (Self- Esteem) ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดของ ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529) โดยผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดสอบความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.88 7) แบบสังเกตแบบมีโครงสร้างขณะการให้การปรึกษา 8) แบบวัดบุคลิกภาพ DAP (Personality Projection in Drawing of Human Figure) 9) โปรแกรมการให้การปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น และผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ

ตารางที่ 5 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริงมีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้ 1. การสร้างสัมพันธภาพ (session ที่ 1) 2. การสำรวจความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมตนเอง (session ที่ 2) 3. การยอมรับตนเองอย่างมีคุณค่า (session ที่ 3) 4. การยอมรับในความแตกต่าง (session ที่ 4) 5. การสร้างการเห็นคุณค่าในตนเอง (session ที่ 5) 6. การยุติให้การปรึกษา (session ที่ 6) ใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพ การตั้งคำถาม การเผชิญหน้า (confrontation) การทำสัญญา (contact) การแสดงบทบาทสมมติ (role playing) การสอน การคิดและวางแผนอย่างมีระบบ การให้ข้อมูล การกระตุ้นให้คิดอย่างไตร่ตรอง การสนทนาเฉพาะเจาะจง การแปลความหมาย และการให้กำลังใจ การให้การปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริงมีการดำเนินการ 6 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง ห่างกัน 1 สัปดาห์
Results	ผู้รับการบำบัด 2 คน มีอายุ 28 ปี และ 29 ปี มีความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนอย่างน้อย 1 ครั้ง และป่วยเป็นโรคกระเพาะอาหาร ซึ่งการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริงมีผลทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบเปิดเผย ตัวจะทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมในปัจจุบันได้ดีกว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบเก็บตัว และได้สำรวจตนเองถึงความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับตนเอง แก้ไขปัญหา เห็นถึงความสามารถและคุณค่าในตนเอง ยอมรับตนเอง และยอมรับถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล

ตารางที่ 5 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Implication (ต่อ)	การให้การปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริง ช่วยให้ผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายพัฒนาการสำรวจพฤติกรรม ความรู้สึก และความคิดของตนเอง การแก้ไขปัญหา การเห็นถึงความสามารถ และคุณค่าในตนเอง และยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล เพื่อเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง อย่างไรก็ตามการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริงในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นกรณีศึกษา และมีตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาน้อย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดจึงควรทำการศึกษาวิจัยเชิงทดลองก่อนนำไปใช้

ตารางที่ 5 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

เรื่องที่	8
ชื่อเรื่องงานวิจัย	การให้การปรึกษาแนวคิด Satir แก่ผู้รอดชีวิตจากการฆ่าตัวตาย
ผู้แต่ง	มัลลิกา พูนสวัสดิ์
แหล่งตีพิมพ์/ ปี	กรณีศึกษา กลุ่มงานส่งเสริมวิชาการและบริการสุขภาพจิต คณะกรรมการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยี โรงพยาบาลขอนแก่นราชชนรินทร์/ 2549

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษากระบวนการให้การปรึกษาแนวคิด Satir แก่ผู้รอดชีวิตจากการฆ่าตัวตาย
Design	กรณีศึกษา
Level	C
Setting	แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนรินทร์ จังหวัดขอนแก่น
Sample	เกณฑ์คัดเข้า ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนรินทร์ ในช่วงเดือนมกราคม- มิถุนายน 2549 จำนวน 3 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่สามารถสื่อสารเข้าใจง่าย และสมัครใจให้ความร่วมมือตามนัดทุกครั้ง เกณฑ์คัดออก -
Outcomes	1. ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2. ภาวะซึมเศร้า 3. ความมีคุณค่าในตนเอง
Instuments	1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ชื่อ-สกุล ที่อยู่ โทรศัพท์ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส และปัญหาด้านสุขภาพในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ใช้เก็บข้อมูลทั่วไปในผู้พยายามฆ่าตัวตาย 2. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต ใช้คัดกรองผู้ป่วยก่อนให้การปรึกษา

ตารางที่ 5 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Instruments (ต่อ)	3 แบบประเมินระดับคุณค่าในตนเองของ คูเปอร์สมิธ (Coopersmith) (1984) เป็นฉบับผู้ใหญ่อายุ 16 ปีขึ้นไป ครอบคลุมองค์ประกอบ และปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ได้แก่ การได้รับการยอมรับ ได้รับเกียรติได้รับความสนใจ การเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง การประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ การได้กระทำในสิ่งที่สอดคล้องกับค่านิยมและความปรารถนาของตน และการปกป้องความสำนึกในคุณค่าแห่งตนที่มีอยู่ ใช้เก็บข้อมูลก่อนหลังให้การปรึกษา 4. โปรแกรมการให้การปรึกษาแนวคิด Satir
Interventions	โปรแกรมการให้การปรึกษาแนวคิด Satir มีรายละเอียดดังนี้ 1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ประเมินความพร้อมสภาพจิตใจและสำรวจสิ่งที่อยู่ในใจ (ครั้งที่ 1) 2. สร้างสัมพันธภาพต่อเนื่อง รวบรวมข้อมูล สำรวจประสบการณ์ภายในจิตใจ กำหนดเป้าหมาย และสร้างพันธะสัญญาในการเปลี่ยนแปลง (ครั้งที่ 2) 3. สร้างสัมพันธภาพต่อเนื่อง ทบทวนการบ้านที่ผ่านมา คอยให้การเปลี่ยนแปลง และกำหนดเป้าหมาย (ครั้งที่ 3- 5) 4. สิ้นสุดการให้การปรึกษา สรุปโดยเน้นการคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (ครั้งที่ 6) การให้การปรึกษาแนวคิด Satir มีกิจกรรม 6 ครั้ง ๆ ละประมาณ 1 ชั่วโมง ระยะเวลาขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเป็นฝ่ายนำ
Results	ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 3 ราย มีอายุ 18- 47 ปี เป็นเพศชาย 1 ราย และเพศหญิง 2 ราย การศึกษาระดับประถมศึกษา 1 ราย และมัธยมศึกษา 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคซึมเศร้า 3 ราย เคยพยายามฆ่าตัวตายตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไปจำนวน 3 ราย

ตารางที่ 5 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 3 ราย รับรู้ปัญหาเบื้องต้นของตนเอง เกิดความไว้วางใจผู้บำบัด และเปิดเผยเรื่องราวที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ ซึ่งพบว่ามีความเครียด ภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง และรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น
Implication	โปรแกรมการให้การปรึกษาแนวคิด Satir ช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น และมีภาวะเครียด และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา และมีตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาน้อย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด จึงควรทำการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง ก่อนนำไปใช้ นอกจากนี้ผู้ให้การปรึกษาจะต้องมีความรู้ทางทฤษฎีเป็นอย่างดี และผ่านการฝึกทักษะก่อนให้การปรึกษา

ตารางที่ 5 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคล
ในผู้ที่ย้ายมาอาศัย (ต่อ)

เรื่องที่	9
ชื่อเรื่องงานวิจัย	การให้การปรึกษา: มุมมองของผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในชุมชน
ผู้แต่ง	สุนทรี ศรีโกไสย ภทราภรณ์ พุ่งปันคำ และ พันธุ์ภา กิตติรัตน์ ไพบูลย์
แหล่งตีพิมพ์/ ปี	วารสารพยาบาลศาสตร์, 25(6), 35-46/ 2548

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษามุมมองของผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในชุมชนต่อการบริการ ปรึกษาที่เคยได้รับ โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะคือ ค้นหาความหมาย ของการให้การปรึกษา อธิบายถึงวิธีการให้การปรึกษาที่ได้รับ และ บรรยายคุณลักษณะของผู้ให้การปรึกษาตามมุมมองของผู้พยายาม ฆ่าตัวตาย
Design	การวิจัยเชิงคุณภาพ
Level	C
Setting	ห้องให้บริการปรึกษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่
Sample	ผู้ที่เคยได้รับบริการปรึกษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัด เชียงใหม่ด้วยปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายภายใน 1 ปีก่อนการ เก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 20 คน ระหว่างเดือนมกราคม- เดือน ตุลาคม 2548 โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้คือ 1) มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง 2) เคยได้รับ บริการปรึกษาเกี่ยวกับการปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้ง 3) สามารถจำ และเล่าเหตุการณ์ขณะได้รับการปรึกษาได้ 4) พูด และสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการทำ วิจัย และสามารถมาให้ข้อมูลในโรงพยาบาลชุมชนที่เคยมารับการ ปรึกษาได้
Outcomes	มุมมองของผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่เคยได้รับบริการ ให้การปรึกษาในประเด็นต่อไปนี้

ตารางที่ 5 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Outcomes	- ความหมายของการให้การปรึกษา - วิธีการให้การปรึกษาที่ได้รับและต้องการ - คุณลักษณะของผู้ให้การปรึกษาที่ได้รับและต้องการ
Instruments	1. การสัมภาษณ์เจาะลึกโดยมีแนวคำถามที่เป็นประเด็นสำคัญคือ มีเหตุการณ์อะไรที่ทำให้ได้รับบริการปรึกษาจากพยาบาล การได้รับการปรึกษารั้งสุดท้ายเป็นอย่างไร ผู้ให้คำปรึกษามีวิธีการให้การปรึกษาอย่างไร คิดอย่างไรต่อวิธีการที่ได้รับ รู้สึกต่อการบริการปรึกษาที่เคยได้รับอย่างไร เพราะอะไรถึงรู้สึกเช่นนั้น มีการเปลี่ยนแปลงอะไรเกิดขึ้นบ้างหลังได้รับการปรึกษา เข้าใจคำว่าให้การปรึกษาว่าอย่างไร คิดว่าผู้ให้การปรึกษาควรมีลักษณะอย่างไร เพราะอะไร คิดว่าการให้การปรึกษาที่เหมาะสมกับผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายน่าจะเป็นอย่างไร เพราะอะไร โดยใช้ร่วมกับการบันทึกภาคสนามจนข้อมูลมีความอิ่มตัวในรายชื่อ 20 2. การสนทนากลุ่ม 1 ครั้งเพื่อตรวจสอบความตรงของข้อมูล
Interventions	-
Results	การให้ความหมายของบริการปรึกษาตามมุมมองของผู้ให้ข้อมูลแบ่งออกได้เป็น 7 ความหมาย คือ การให้คำแนะนำ การอบรมสั่งสอน การให้กำลังใจ การให้แนวทางแก้ไขปัญหา การพูดคุยที่เป็นกันเอง การให้ได้พูดระบายออกมา และการเข้าถึงแก่นของปัญหา สำหรับวิธีการให้การปรึกษาที่ได้รับพบว่ามี 5 วิธีด้วยกัน คือ การแนะนำ การถาม การสะท้อนคิด การให้ข้อมูล และการให้แนวทางแก้ไขปัญหานอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลยังเสนอความจำนงในวิธีการปรึกษาที่ต้องการได้แก่ การที่ผู้ให้การปรึกษาช่วยประทับประคองจิตใจก่อน และการพูดถึงประเด็นสาเหตุปัญหาอย่างแท้จริง และผู้ให้ข้อมูลบางรายแสดงความจำนงที่จะไม่ถูก

ตารางที่ 5 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	ถามถึงความคิดฆ่าตัวตายซ้ำอีก ส่วนคุณลักษณะของผู้ให้การปรึกษาที่ผู้ให้ข้อมูลมีความประทับใจและต้องการให้คงอยู่ได้แก่ ท่าทีของความเป็นมิตร ความไวใจได้ การเข้าถึงตัวผู้รับบริการ การที่ผู้ให้การปรึกษาเป็นคนรูปร่างหน้าตาดี พูดไพเราะ และมีเหตุผล ส่วนคุณสมบัติที่เป็นที่ไม่ต้องการคือการพูดในเชิงตำหนิ และผู้ให้ข้อมูลยังประสงค์ที่จะให้ผู้ให้การปรึกษามีคุณลักษณะที่ประกอบด้วย การมีท่าทางของความสุภาพ นุ่มนวล เรียบร้อย มนุษย์สัมพันธ์ดี ใจเย็น ยิ้มแย้ม จริงใจ แต่งกายสะอาด เข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการ รูปร่างหน้าตาดี พูดไพเราะ ให้กำลังใจ เป็นกันเอง มีเหตุผล ไม่ตำหนิหรือดูต่ำ และมีอารมณ์ขัน
Implication	การให้การปรึกษาที่ผู้รับบริการต้องการคือ การที่ผู้ให้การปรึกษาช่วยประคับประคองจิตใจก่อน และการพูดถึงประเด็นสาเหตุปัญหาอย่างแท้จริง ส่วนคุณลักษณะของผู้ให้การปรึกษาที่ผู้รับบริการประทับใจและต้องการได้แก่ ความเป็นมิตร มีท่าทางสุภาพ ไวใจได้ ใจเย็น ยิ้มแย้ม จริงใจ แต่งกายสะอาด เข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการ ให้กำลังใจ รูปร่างหน้าตาดี มีอารมณ์ขัน พูดไพเราะ และมีเหตุผล ส่วนคุณสมบัติที่ไม่ต้องการ คือการพูดเชิงตำหนิ

ตารางที่ 5 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคล
ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

เรื่องที่	10
ชื่อเรื่องงานวิจัย	Randomised controlled trial of brief psychological intervention after self poisoning
ผู้แต่ง	Elspeth Guthrie, Navneet Kapur, Kevin Mckway- Jones, Carolyn Chew- Graham, James Moorey, Elizabeth Mendel, Federica Marino-Francis, Sarah Sanderson, Clive Turpin, Gary Boddy and Barbara Tomenson
แหล่งตีพิมพ์/ ปี	BMJ, 323(21)/ 2001

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อแสดงผลของการบำบัดทางจิตสังคมแบบย่อ (Brief psychological intervention)
Design	การศึกษาวิจัยเชิงทดลอง (RCT)
Level	A
Setting	ที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง
Sample	เกณฑ์คัดเข้า ผู้ป่วยหลังจากพยายามทำร้ายตนเองด้วยผู้ใหญ่อายุ 18-65 ปีจำนวน 119 คน ที่มารักษาที่แผนกฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลที่มีการเรียนการสอนทางจิตเวช และพฤติกรรมศาสตร์ (School of Psychiatry and Behavioral Science, University of Manchester) กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถด้านการอ่านและเขียนภาษาอังกฤษ อาศัยอยู่บริเวณใกล้เคียงโรงพยาบาล และไม่ต้องการเข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมิน และวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้พยายามทำร้ายตนเอง และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการศึกษาวิจัยจากสมาชิกในทีมวิจัยซึ่งไม่ได้เป็นผู้บำบัด หลังจากยินยอมบำบัดสมาชิกในทีมซึ่งเป็นนักสถิติจะสุ่มตัวอย่างเพื่อนำเข้าเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 5 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample (ต่อ)	เกณฑ์คัดออก -
Outcomes	1. ความคิดฆ่าตัวตาย 2. ภาวะซึมเศร้า 3. อัตราการทำร้ายตนเองซ้ำ
Instruments	1) แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายของเบ็ค (The Beck Scale for Suicidal Ideation) และ 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (The Beck Depression Inventory) ใช้ประเมินกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังจบการบำบัด และในระยะ 6 เดือนหลังบำบัด 3) โปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมแบบสั้น ซึ่งรูปแบบถูกพัฒนาโดย ฮอบสัน (Hobson) (1985)
Interventions	กลุ่มทดลอง ได้รับการบำบัดโดยพยาบาลในทีมวิจัย 4 ครั้ง ๆ ละประมาณ 50 นาที ภายใน 1 สัปดาห์ โปรแกรมการบำบัดมุ่งไปที่การช่วยให้เข้าใจตนเอง และแก้ไขปัญหาความยุ่งยากกับเหตุการณ์ต่างๆ ภายในบุคคล หรือความทุกข์ต่าง ๆ ทางจิตใจที่มีแนวโน้มแย่ลง และระหว่างการบำบัดผู้บำบัดจะประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย และแจ้งให้แพทย์ทั่วไปที่ดูแลผู้ป่วยรับทราบ กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ
Result	จากการประเมินการทำร้ายตนเองซ้ำ ซึ่งตรวจสอบจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลโดยสมาชิกในทีมวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองมีการทำร้ายตนเองซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองมีสัดส่วนการทำร้ายตนเองซ้ำร้อยละ 9 ส่วนกลุ่มควบคุมมีสัดส่วนการทำร้ายตนเองซ้ำร้อยละ 28 และจากการประเมินหลังจากบำบัด 6 เดือนพบว่า กลุ่มทดลองมีความคิดฆ่าตัวตายลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน
Implication	การบำบัดทางจิตวิทยาแบบสั้นช่วยให้ผู้ที่พยายามทำร้ายตนเองเข้าใจตนเอง และแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ทางด้านจิตใจ ซึ่งมีผลทำให้ความคิดฆ่าตัวตาย และอัตราการทำร้ายตนเองซ้ำลดลง

ตารางที่ 5 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคล
ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

เรื่องที่	11
ชื่อเรื่องงานวิจัย	Counseling for suicide: Client perspectives
ผู้แต่ง	Barbara L. Paulson and Michelle Worth
แหล่งตีพิมพ์/ ปี	Counseling and Development, 80(1), 86-93/ 2002

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่ออธิบายสิ่งที่เป็นประเด็นสำคัญในกระบวนการให้การปรึกษาที่ช่วยให้ผู้รับการบำบัดเอาชนะความคิดฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย
Design	การวิจัยเชิงคุณภาพ
Level	C
Setting	ไม่ระบุ
Sample	เกณฑ์คัดเข้า ผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายจำนวน 44 คน โดยแบ่งแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 ช่วงดังนี้ ระยะที่ 1 จำนวน 9 คน คัดเลือกจากการรับสมัครโดยโฆษณาทางหนังสือพิมพ์ และจากการส่งต่อของผู้บำบัดทางคลินิกในชุมชน ระยะที่ 2 จำนวน 35 คน คัดเลือกจากการติดต่อกับตัวแทนทางคลินิก และนักเวชปฏิบัติทางคลินิกจาก 3 เมืองหลัก ในประเทศแคนาดา เกณฑ์คัดเข้า -
Outcomes	ประเด็นสำคัญในกระบวนการให้การปรึกษาที่ช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถเอาชนะความคิดฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
Procedure	การศึกษาแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ให้กลุ่มตัวอย่าง 9 คน ตอบแบบสัมภาษณ์ที่เป็นคำถามปลายเปิด การสัมภาษณ์ถูกบันทึก และใช้วิธีการของ จีออจิ

ตารางที่ 5 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Procedure (ต่อ)	(Giorgi) (1985) เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล และได้ประเด็นสำคัญที่กลุ่มตัวอย่างพบว่ามีส่วนช่วยในกระบวนการบำบัดสรุปได้ 65 รายการ ระยะที่ 2 ให้กลุ่มตัวอย่าง 35 คน ใช้บัตรคำ (card) ของประเด็นสำคัญที่สรุปได้ในระยะแรกที่คล้ายกันนำมาจัดกลุ่ม ซึ่งข้อมูลที่ได้ถูกวิเคราะห์โดยใช้แผนที่ความคิด (concept mapping) นอกจากนี้ ยังให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความสำคัญของประเด็นต่างๆ ทั้ง 65 รายการ
Instruments	เครื่องมือที่ใช้มีดังนี้ ระยะที่ 1: 1) แบบสัมภาษณ์ที่เป็นคำถามปลายเปิด โดยมีแนวคำถามได้แก่ อะไรในกระบวนการให้การปรึกษาที่ช่วยให้คุณเอาชนะความคิด และพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ ระยะที่ 2: 1) แบบสัมภาษณ์ที่เป็นคำถามปลายเปิด โดยมีแนวคำถามได้แก่ คุณสามารถเอาชนะความคิด และพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้อย่างไรในกระบวนการให้การปรึกษา และอะไรที่ช่วยให้คุณเกิดการเปลี่ยนแปลงในการให้การปรึกษา 2) บัตรคำ (card) ของประเด็นสำคัญในกระบวนการให้การปรึกษาที่ช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถเอาชนะความคิดฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมฆ่าตัวตาย 3) แบบสอบถามเกี่ยวกับความสำคัญของประเด็นต่าง ๆ ที่ช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถเอาชนะความคิดฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยแบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ เริ่มจาก ไม่มีความสำคัญ (not important) เท่ากับ 1 จนถึงมีความสำคัญมากที่สุด (extremely important) เท่ากับ 5
Results	จากผลการศึกษาพบว่าประเด็นสำคัญในกระบวนการให้การปรึกษาที่ช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถเอาชนะความคิดฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมฆ่าตัวตายมีดังนี้ 1) พัฒนาความตระหนัก และ

ตารางที่ 5 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	ความรับผิดชอบในตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (developing-self- awareness and personal responsibility) 2) ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจพฤติกรรมฆ่าตัวตายของตนเอง (understanding suicidal behavior) 3) พัฒนาบุคลิกลักษณะใหม่ในผู้ที่พยายาม ฆ่าตัวตาย (developing a new identify) 4) ช่วยให้ผู้ป่วยเอาชนะความรู้สึกไร้อำนาจ และความรู้สึกหมดหวัง (overcoming helplessness and despair) 5) ใช้กระบวนการเพื่อให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ (using emotions for change) 6) ให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อการบำบัด (positive therapeutic relationships) และ 7) สร้างความรู้สึกไว้วางใจ และความรู้สึกมีคุณค่า (felling trusted and valued)

ตารางที่ 5 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคล
ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

เรื่องที่	12
ชื่อเรื่องงานวิจัย	A consumer's perspective of a suicide intervention programme
ผู้แต่ง	Samar Aoun and Lyn Johnson
แหล่งตีพิมพ์/ ปี	Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing, 10, 97-104/ 2001

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อประเมินผลที่ได้จากโปรแกรมการบำบัดผู้พยายามฆ่าตัวตายจากมุมมองของผู้รับการบำบัด
Design	การวิจัยเชิงสำรวจ
Level	C
Setting	ในโรงพยาบาล และในชุมชน บริเวณภาคตะวันตกเฉียงใต้ของออสเตรเลีย
Sample	เกณฑ์คัดเข้า ผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย หรือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเมืองบันดูลี (Bundury) หลังได้รับโปรแกรมให้การปรึกษา (Suicide Intervention Counsellor, SIC) ภายใน 2 ปี จำนวน 35 คน เกณฑ์คัดออก -
Outcomes	มุมมองของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการให้การปรึกษาที่ได้รับที่ประกอบด้วยประเด็นต่อไปนี้ 1) การเปลี่ยนแปลงในปัญหาต่าง ๆ 2) การเปลี่ยนแปลงในด้านการแก้ไขปัญหา 3) การเปลี่ยนแปลงของความคิด และความพยายามฆ่าตัวตาย 4) ความช่วยเหลือของผู้ให้ การปรึกษาเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหา 5) เหตุผลในการสิ้นสุดการให้การปรึกษา และ 6) การช่วยเหลือในระยะหลังให้การให้การปรึกษา
Instruments	แบบสอบถามปลายเปิด โดยมีแนวคำถามได้แก่ ชนิดของการบำบัดที่ได้รับจากผู้ให้การปรึกษา อะไรที่พบว่าเกิดประโยชน์ต่อผู้รับการบำบัด และอะไรที่ผู้รับการบำบัดไม่ชอบ

ตารางที่ 5 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions	โปรแกรมการบำบัด (SIC) ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ
Results	ผลการศึกษามุมมองของผู้รับการบำบัดในแต่ละประเด็น มีดังนี้ 1. ด้านการเปลี่ยนแปลงในปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาในระยะยาวร้อยละ 15 ปัญหาหลัก ไม่เป็นปัญหามากเหมือนครั้งก่อนร้อยละ 51.5 ปัญหาไม่เปลี่ยนแปลงร้อยละ 24.2 ปัญหารุนแรงกว่าเดิมร้อยละ 6.1 2. ด้านการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการจัดการกับปัญหา ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีความสามารถมากขึ้นร้อยละ 54.3 มีความยินดีที่จะปรับปรุงความสามารถในตนเองร้อยละ 20 ไม่มีการเปลี่ยนแปลงร้อยละ 20 และความสามารถในการแก้ปัญหาเล็กน้อยร้อยละ 5.7 3. ความช่วยเหลือของผู้ให้การปรึกษาเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหา พบว่าผู้ให้การปรึกษามีส่วนช่วยเหลือมากถึงมากที่สุดร้อยละ 51.5 มีส่วนช่วยเหลือปานกลางร้อยละ 15.2 และมีส่วนช่วยเหลือน้อยหรือน้อยมากร้อยละ 30.3 และหนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่างพบผู้บำบัด 1 ครั้ง ร้อยละ 12 พบมากกว่า 1 ครั้งแต่ไม่ทราบจำนวนส่วนใหญ่พบ 7 ครั้ง ซึ่งระบุว่าพบมากกว่า 6 ครั้งใน 6 สัปดาห์ โดยใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง 4. ลักษณะของผู้บำบัดที่ต้องการคือ มีความกรุณาและใจดีมากๆ มีความเป็นมิตรสูง มีความเต็มใจ และมีเวลาให้เพียงพอ มีลักษณะเป็นผู้ประคับประคองอย่างสูง ใส่ใจผู้อื่น มีความรักและเข้าใจคน เป็นผู้ฟังที่ดี นึกถึงความปลอดภัยของบุคคล และมีการสื่อสารที่ดี 5. สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างไม่ชอบพบว่าไม่ต้องการที่จะบอกทุกสิ่งทุกอย่างร้อยละ 40 ไม่ชอบไปคลินิกจิตเวชเพราะรู้สึกอายร้อยละ 17 ระยะการให้การปรึกษาสั้นไปร้อยละ 11.4 รู้สึกลำบากใจที่จะบอกอารมณ์ที่แท้จริงร้อยละ 17.1 และรู้สึกว่าการให้การปรึกษาเป็นเรื่องยุ่งยากร้อยละ 8.6

ตารางที่ 5 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	6. เหตุผลในการสิ้นสุดการปรึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นการตัดสินใจของผู้ป่วยร้อยละ 41.4 ตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วยร้อยละ 24.1 ตามลำดับ 7. ด้านการเปลี่ยนแปลงของความคิด และความพยายามฆ่าตัวตายพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการปรึกษาแล้วมีประสบการณ์ทางบวกต่อการให้การปรึกษา มีทักษะการเผชิญปัญหาดีขึ้น และสามารถหลุดพ้นจากปัญหาหลักได้ จึงมีความคิดและความพยายามฆ่าตัวตายน้อยกว่ากลุ่มที่มีประสบการณ์ในทางลบ นั่นคือกลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจต่อการปรึกษามีความคิดฆ่าตัวตายน้อยลงร้อยละ 25 และมีความพยายามฆ่าตัวตายน้อยลงร้อยละ 8.3 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความพึงพอใจมีความคิดฆ่าตัวตายน้อยลงร้อยละ 84.6 และมีความพยายามฆ่าตัวตายน้อยลงร้อยละ 46.2
Implication	ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เคยได้รับการให้การปรึกษาโดยทีมสุขภาพจิต และมีประสบการณ์ทางบวกต่อการปรึกษา จะแก้ไขปัญหาลึก และมีความสามารถในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลให้มีความคิดฆ่าตัวตายน้อยลง และพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายน้อยกว่ากลุ่มที่มีประสบการณ์ในทางลบ ส่วนบุคลิกของผู้บำบัดที่ผู้รับการปรึกษาต้องการคือมีความกรุณาและใจดีมาก ๆ มีความเป็นมิตรสูง มีความเต็มใจ และมีเวลาให้อย่างเพียงพอ มีลักษณะเป็นผู้ประคับประคองสูง ใส่ใจผู้อื่น มีความรักและเข้าใจคน เป็นผู้ฟังที่ดี นึกถึงความปลอดภัยของบุคคล และมีการสื่อสารที่ดี และสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างไม่ชอบส่วนใหญ่ไม่ต้องการที่จะบอกทุกสิ่งทุกอย่างและรองลงมา คือรู้สึกลำบากใจที่จะบอกอารมณ์ที่แท้จริง

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ-สกุล	นายสุริยะ จงแพ
วัน เดือน ปี เกิด	24 เมษายน 2513
สถานที่เกิด	จังหวัดสมุทรสงคราม
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลสงขลา ประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นสอง พ.ศ. 2533 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พยาบาลศาสตรบัณฑิต, พ.ศ. 2539 คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, พ.ศ. 2549-2551
ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลนภดล อำเภอบางคนที จังหวัด สมุทรสงคราม โทรศัพท์: 034-761476 E-mail: jpsry@hotmail.com
ที่อยู่ปัจจุบัน	10/1 หมู่ 1 ตำบล แหลมใหญ่ อำเภอมือทอง ฯ จังหวัดสมุทรสงคราม โทรศัพท์: 034-771274